

L 1 KR 89/06

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 8 KR 30/05
Datum
08.06.2006
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 89/06
Datum
18.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Leitsätze

1. Sieht ein Rahmenvertrag nach [§ 132a SGB V](#) vor, dass die häusliche Behandlungspflege nur durch Pflegepersonal mit einer bestimmten beruflichen Qualifikation erbracht werden darf, und wird gleichwohl die Leistung vertragswidrig durch minderqualifiziertes Pflegepersonal erbracht, hat die Krankenkasse gegen den Leistungserbringer auch dann ein Leistungsverweigerungsrecht bzw. bei bereits gezahltem Entgelt einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, wenn die Leistung erbracht worden ist, ohne dass ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden kann. Bei einer derartigen vom Vertrag abweichenden Leistung handelt es sich um ein Aliud, das den Leistungserbringer zu keiner Gegenleistung berechtigt.

2. Bei vertraglichen Festschreibungen einer bestimmten Qualifikation handelt es sich nicht um Regelungen mit bloßer Ordnungsfunktion, sondern um solche mit einer der Qualitätssicherung dienenden Steuerungsfunktion. Die Urteile des BSG vom 25.09.2001 - [B 3 KR 15/00 R - SozR 3-2500 § 132a Nr. 1](#), vom 13.05.2004 - [B 3 KR 2/03 R - SozR 4-2500 § 132a Nr. 1](#) finden keine Anwendung. Unerheblich ist insoweit, dass die Vertragsparteien auch einen Vertrag mit einem geringeren beruflichen Anforderungsprofil der Pflegekräfte hätten abschließen können.

3. Anschluss an BSG, Urteil vom 17.03.2005 - [B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213](#); Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 15/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 7](#).

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 08. Juni 2006 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 20.538,84 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin als Betreiberin des privaten Krankenpflagedienstes X von der Beklagten eine Vergütung in Höhe von 20.538,84 EUR für in der Zeit von Februar 2003 bis April 2003 erbrachte Leistungen der Behandlungspflege zurückfordern kann. Mit diesem von der ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch rechnete die Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden nur noch als Beklagte bezeichnet) gegen Vergütungsansprüche der Klägerin, die dieser unstreitig für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege entstanden waren, auf.

Am 06.07.1995 schlossen die Klägerin und eine weitere Rechtsvorgängerin der Beklagten einen für den hier streitigen Zeitraum noch maßgeblichen Vertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß [§ 132](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26.05.1994 ([BGBl. I S. 1014](#)) - seit 01.07.1997 durch [§ 132 a SGB V](#) ersetzt. Der sich anschließende Vertrag vom 01.07.2003 trat mit Wirkung vom selben Tage in Kraft. Im Vertrag vom 06.07.1995 (im Folgenden: der Rahmenvertrag) heißt es unter anderem: "§ 1 Gegenstand des Rahmenvertrages (1) Dieser Vertrag regelt Inhalt, Umfang, Vergütung und Qualität der Leistungen sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen für a) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemäß [§ 37 Abs. 1 SGB V](#), b) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ... § 4 Qualität der Leistungen und Qualitätsanforderungen (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nur für Tätigkeiten und Leistungen einzusetzen, für die sie durch entsprechende Ausbildung qualifiziert sind. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. (2) Häusliche Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht. Geeignete Pflegekräfte sind für a) Behandlungspflege Krankenschwestern/-pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/-pfleger. (Hervorhebung nicht im Original) b) Grundpflege Krankenschwestern/-

pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/-pfleger sowie Altenhelfer. Bestimmte Aufgaben der Grundpflege können auch auf Kranken- und Altenpflegehelfer/innen, Haus- und Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen mit staatlicher Anerkennung delegiert werden ... § 8 Vergütung (1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen richtet sich nach einer Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) ... § 9 Abrechnung der Leistungen (1) Der Leistungserbringer rechnet monatlich nach Ende des Einsatzes, spätestens nach Ablauf eines Kalendervierteljahres mit der AOK Leipzig ab. (3) Die Krankenkasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der Rechnung. Spätere Rechnungsberichtigungen bleiben vorbehalten.

§ 10 Beanstandung, Verjährung (1) Beanstandungen müssen von der AOK Leipzig innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden ...

§ 13 Vertragsverstöße (1) Werden von einem Vertragspartner die vertraglichen Pflichten nicht beachtet oder handelt er entgegen den Bestimmungen dieses Vertrages, kann von ihm Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden. Der andere Vertragspartner hat diese Verstöße schriftlich zu benennen. Schadenersatzansprüche der Vertragspartner bleiben davon unberührt ... § 15 Inkrafttreten und Kündigung (1) Der Vertrag tritt am 1. September 1995 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. (2) Die Anlage 2 (Vergütungsvereinbarung) kann unabhängig von einer Kündigung des Rahmenvertrages zu den dort festgelegten Fristen gekündigt werden."

Mit an die Klägerin gerichtetem Schreiben vom 24.06.2002 kündigte die Beklagte diese Preisvereinbarung hilfsweise fristgemäß zum 30.09.2002 für den Fall, dass die bereits im Schreiben vom 18.03.2002 dem "Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V." (ABVP) gegenüber ausgesprochene Kündigung der Klägerin gegenüber unwirksam sei.

Mit Schreiben vom 26.09.2002 übersandte die Beklagte der Klägerin eine "Grundlage der Vergütung Häuslicher Krankenpflege, Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V". Bezüglich des Inhalts dieser Grundlage wird auf Blatt 154 bis 165 der Akte des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) verwiesen. Außerdem führte die Beklagte in dem Schreiben vom 26.09.2002 aus:

"Aufgrund des Fehlens einer Vergütungsvereinbarung ab 01.10.2002 besteht die Situation fort, dass für den Zeitraum ab 01.10.2002 keine vertragliche Regelung zur Vergütung der erbrachten Leistungen mehr vorliegt.

Es ist sicher auch in Ihrem Interesse, dass diese Situation keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Patienten hat. Um Ihnen eine Leistungserbringung zu unseren Lasten zu ermöglichen, sind ab 01.10.2002 befristet bis längstens 31.12.2002 auf der Grundlage der beiliegenden Leistungsbeschreibung sowie der Vergütungssystematik und den aufgeführten Preisen die Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Die [Beklagte] genehmigt und bezahlt in dieser Weise alle Leistungen, die ab dem 01.10.2002 durch ihren Pflegedienst erbracht und bei der [Beklagten] zur Genehmigung vorgelegt werden."

Die von der Beklagten ursprünglich ausgesprochene Befristung bis 31.12.2002 wurde mehrfach verlängert und umfasste auch den streitgegenständlichen Zeitraum von Februar 2003 bis April 2003. Für diese Monate führte die Beklagte eine Prüfung der Abrechnungsunterlagen über die von der Klägerin erbrachte häusliche Krankenpflege durch. Prüfgegenstand war der Einsatz von nicht gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages qualifizierten Pflegekräften in der Behandlungspflege. Dabei errechnete die Beklagte zunächst einen Rückforderungsbetrag in Höhe von 20.530,99 EUR, den sie später auf 20.538,84 EUR korrigierte. Die Einzelheiten der Überprüfung wurden zwischen den Beteiligten in einem Gespräch am 04.07.2003 erörtert. Aus den konträren Rechtsstandpunkten ergab sich ein Schriftsatzwechsel. Mit Schreiben vom 28.09.2004 vertrat die Klägerin die Ansicht, die Rechtsprechung zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Zusammenhang mit der Leistungserbringung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung dürfe nicht auf die vorliegende Fallgestaltung übertragen werden. Maßgeblich sei hier allein § 13 des Rahmenvertrages. Für Schadenersatzansprüche sei aber kein Raum, weil die Behandlungspflege ordnungsgemäß erbracht worden sei. Mit Schreiben vom 22.10.2004 kündigte die Beklagte der Klägerin an, den Betrag von 20.538,84 EUR mit den Vergütungsansprüchen der Klägerin aus der häuslichen Krankenpflege ab Oktober 2004 nach § 69 Satz 3 SGB V in Verbindung mit §§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufzurechnen, und zwar verteilt auf mindestens vier Abrechnungen.

Tatsächlich nahm die Beklagte die Aufrechnung gegen unstreitige Forderungen der Klägerin wie folgt vor:

November 2004: 4.025,49 EUR, Dezember 2004: 4.449,48 EUR, Januar 2005: 4.127,87 EUR, Februar 2005: 4.144,14 EUR, März 2005: 3.791,86 EUR.

Am 28.01.2005 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Leipzig (SG) erhoben. Sie hat vorgetragen, der Beklagten stehe keine Forderung zu, mit der sie aufrechnen könne. Deshalb habe die Klägerin einen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe der in Teilbeträgen aufgerechneten vermeintlichen Forderung der Beklagten. Es werde bestritten, dass im Zeitraum von Februar von 2003 bis April 2003 in insgesamt 3.292 Fällen Leistungen der Behandlungspflege durch nicht geeignete Pflegekräfte erbracht worden seien. Aufgrund des zwischen den Beteiligten bestehenden Rahmenvertrages seien Bereicherungsansprüche ausgeschlossen.

Die Beklagte hat vorgetragen, sie habe im Abrechnungszeitraum von Februar 2003 bis April 2003 insgesamt 3.292 Fälle festgestellt, in denen die Klägerin Leistungen der Behandlungspflege durch nicht geeignete Pflegekräfte erbracht habe. Die jeweiligen Vergütungen für die durch nicht geeignete Pflegekräfte erbrachten Leistungen seien anhand der Leistungsabrechnungen konkret ermittelt worden. Danach habe die Beklagte im Februar 2003 7.438,20 EUR, im März 2003 6.571,11 EUR und im April 2003 6.529,53 EUR – insgesamt 20.538,84 EUR – für Leistungen gezahlt, die von nicht geeigneten Pflegekräften erbracht worden seien. Die zu Unrecht erbrachten Vergütungen könne sie gemäß § 69 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 812 Abs. 1 Satz 1 Alternative 1 BGB zurückverlangen. Es komme nicht darauf an, ob nach den gesetzlichen Regelungen des SGB V grundsätzlich Behandlungspflege durch andere Personen erbracht werden dürfe. Maßgeblich sei vorliegend allein die vertragliche Verpflichtung.

Dem Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 20.538,84 EUR nebst Zinsen zu zahlen, hat das SG mit Urteil vom 08.06.2006 stattgegeben. Die Klage sei als echte Leistungsklage statthaft (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz [SGG]), da die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis stünden. Die Klage sei auch begründet. Ein Anspruch der Beklagten auf Aufrechnung mit weiteren

Vergütungsansprüchen der Klägerin erweise sich unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt als unbegründet. Die Beklagte habe keinen vertraglichen Anspruch auf Aufrechnung. Insbesondere folge ein solcher Anspruch nicht aus § 13 des Rahmenvertrages, weil die Beklagte keinen Schadensersatz, sondern Aufrechnung geltend gemacht habe. Einem Anspruch der Beklagten stehe auch § 11 Abs. 3 des Rahmenvertrages entgegen, wonach bei Qualitätsmängeln oder bei Unwirtschaftlichkeit (zunächst) geeignete Maßnahmen zwischen der Klägerin und der Beklagten zu vereinbaren seien. Im Übrigen lägen die Voraussetzungen für eine Aufrechnung nicht vor. Denn die Aufrechnung sei ausgeschlossen, wenn die Eigenart des Schuldverhältnisses oder der Zweck der geschuldeten Leistung die Aufrechnung als mit Treu und Glauben unvereinbar erscheinen lasse (§§ 157, 242 BGB). Wenn für Vertragsverstöße ausdrücklich eine vertragliche Vereinbarung getroffen worden sei, "dürfte incidenter die einseitig erklärte Aufrechnung stillschweigend ausgeschlossen sein". Deswegen sei auch für einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch oder für Bereicherungsansprüche aus § 812 BGB kein Raum. Jedenfalls scheiterten aber sowohl ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch als auch ein Bereicherungsanspruch an dem Umstand, dass der von der Klägerin geschuldete vertragliche Erfolg eingetreten sei. Denn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) habe die Qualität der Maßnahmen nicht beanstandet. Schließlich fehle es an dem von der Beklagten behaupteten Vertragsverstoß. Aus der Formulierung in § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages sei nicht zu schließen, dass ausschließlich Krankenschwestern/-pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/-pfleger für die Behandlungspflege hätten eingesetzt werden dürfen. Selbst wenn unterstellt werde, dass die Qualifikationen der von der Beklagten beanstandeten Mitarbeiter der Klägerin nicht vertragsgemäß seien und die Klägerin die Vergütung ohne entsprechende Gegenleistung durch qualifiziertes Personal zu Unrecht erhalten habe, fehle es jedenfalls an einer wirtschaftlichen Schlechterstellung der Beklagten, weil die Klägerin die vergütete Leistung beanstandungsfrei erbracht habe und die Beklagte insoweit Regressansprüchen ihrer Versicherten nicht ausgesetzt (gewesen) sei. Aus der von der Beklagten in Bezug genommenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) folge nichts anderes. Sie betreffe nicht das in §§ 132 f. SGB V geregelte Leistungserbringerrecht, sondern solche Leistungserbringer, die einer besonderen Zulassung bedürften, um tätig zu werden. Diese Verfahren unterschieden sich von Sachverhalten der vorliegenden Art insofern, als für Pflegedienste kein öffentlich-rechtliches Zulassungsverfahren vorausgesetzt werde.

Gegen das ihr am 26.07.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 22.08.2006 Berufung eingelegt. Die Beklagte trägt vor, gegen die Auslegung von § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages durch das SG spreche bereits der systematische Aufbau des § 4 des Rahmenvertrages. Nach dessen § 4 Abs. 1 sei der Leistungserbringer verpflichtet, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nur für Tätigkeiten und Leistungen einzusetzen, für die sie durch entsprechende Ausbildung qualifiziert seien. Anschließend werde in § 4 Abs. 2 Satz 1 des Rahmenvertrages für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anlehnung an die gesetzliche Regelung festgelegt, dass die häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte zu erbringen sei. In § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rahmenvertrages werde dann konkret bestimmt, was die Vertragsparteien für die einzelnen Bestandteile der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) unter geeigneten Pflegekräften verstünden. § 4 Abs. 2 des Rahmenvertrages enthalte ein gestuftes Qualifikationsgefälle mit Bezug auf die konkret benannten Berufsgruppen für die einzelnen Bereiche der häuslichen Krankenpflege. Eine Delegation auf Kranken- und Altenpflegerhelfer/innen, Haus- und Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen mit staatlicher Anerkennung sei nur für bestimmte Aufgaben der Grundpflege vorgesehen (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe b des Rahmenvertrages). Daraus folge, dass Leistungen der Behandlungspflege nur durch Krankenschwestern/-pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/-pfleger zu erbringen seien. Die Klägerin habe jedoch Personen zur Behandlungspflege eingesetzt, die nicht über die vertraglich vereinbarte formale Qualifikation verfügten hätten. Bei den von der Klägerin erbrachten Leistungen handele es sich deshalb nicht um vertraglich vereinbarte, sondern um vertragsfremde Leistungen, für deren Vergütung der Vertrag keine Vergütungsgrundlage darstelle. Als "geeignete Pflegekräfte" habe die Klägerin nur den in § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages abschließend aufgezählten und entsprechend qualifizierten Personenkreis einsetzen dürfen. Das BSG habe in seinem Urteil vom 21.11.2002 (B 3 KR 14/02 R - BSGE 90, 150 = SozR 3-2500 § 132 a Nr. 4) klargestellt, dass die Konkretisierung des Begriffes "geeignete Pflegekräfte" dem Verwaltungsvollzug und der jeweiligen vertraglichen Regelung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vorbehalten sei. Da der zwischen den Beteiligten bestehende Rahmenvertrag keine Grundlage für die von der Klägerin durch minderqualifizierte Mitarbeiter erbrachten Leistungen darstelle, gehe es im Hinblick auf die Rückzahlung der von der Beklagten gezahlten Vergütungen nicht um eine Abwicklung innerhalb des Vertragsverhältnisses. Auch nach der Rechtsprechung des BSG verlange das Recht der Leistungserbringung, dass Leistungen, die - gesetzlich und vertraglich vorgegebenen - bestimmten formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht entsprächen, auch dann keinen Vergütungsanspruch auslösten, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden seien (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213 Rn. 26 = SozR 4-5570 § 30 Nr. 1 Rn. 23). Denn wenn die rechtswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch zu einer Vergütung führten, könnten die Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler und inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen. Wegen der Besonderheiten des gesetzlichen Sachleistungsprinzips für den Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fänden weitere zivilrechtlich denkbare Anspruchsgrundlagen (insbesondere Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag) ebenfalls keine Anwendung. Da die Klägerin somit keinen Vergütungsanspruch für die durch minderqualifiziertes Personal erbrachten Leistungen gegen die Beklagte erworben habe, habe die Beklagte diese Leistungen zu Unrecht bezahlt, so dass sie die gezahlte Vergütung von der Klägerin habe zurückverlangen und folglich - in entsprechender Anwendung der Aufrechnungsregelungen des BGB - mit künftigen Vergütungsansprüchen habe aufrechnen können. Dass eine ungerechtfertigt gezahlte Vergütung zu einem Erstattungsanspruch des Kostenträgers führe, ergebe sich auch aus den Urteilen des BSG vom 12.05.2005 (B 3 KR 18/04 R - SozR 4-5565 § 14 Nr. 8) und vom 01.09.2005 (B 3 KR 34/04 R - SozR 4-2500 § 130 Nr. 1).

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 08. Juni 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und schließt sich in ihren Ausführungen den Argumenten des SG an. Nach wie vor werde bestritten, dass Leistungen der Behandlungspflege in insgesamt 3.292 Fällen im Abrechnungszeitraum Februar 2003 bis April 2003 durch nicht im Sinne des Rahmenvertrages qualifizierte Pflegekräfte erbracht worden seien. Dies betreffe die gesamte von der Beklagten aufgerechnete Rückforderung. Im Übrigen sehe auch § 115 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) für den Fall nicht qualitätsgerechter Leistungserbringung nur eine Kürzungsmöglichkeit für die Pflegevergütung vor. Ab dem 01.10. 2002 sei der Rahmenvertrag vom 06.07.1995 durch die "Grundlage der Vergütung Häuslicher Krankenpflege, Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V", welche die Beklagte mit Schreiben vom 07.12.2009 übersandt habe, abgelöst worden, obwohl der Berufsverband der Klägerin entsprechende Verträge erst mit Wirkung vom 01.07.2003 abgeschlossen habe. Im Übrigen sei die Klägerin dadurch entreichert, dass sie nach Erhalt der Vergütung diese noch im gleichen Monat an ihre Mitarbeiter ausbezahlt habe; sie könne sich somit auf § 818 Abs. 3 BGB berufen.

Der Senat hat die Qualifikationsnachweise der von der Beklagten beanstandeten Mitarbeiter der Klägerin – Frau A. , Frau B. , Frau C. , Frau D. , Frau E. , Frau F. , Frau G. , Frau H. , Frau I. , Frau J. , Frau K. und Herrn L. – beigezogen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird hierauf verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Das Urteil des SG ist zu Unrecht ergangen. Die Beklagte durfte die bereits gezahlte Vergütung von 20.538,84 EUR für die in der Zeit von Februar 2003 bis April 2003 durch nicht im Sinne von § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages qualifiziertes Personal der Klägerin erbrachten Leistungen der Behandlungspflege zurückfordern. Sie konnte daher in dieser Höhe den ab Oktober 2004 aus Leistungen der Behandlungspflege entstandenen Vergütungsanspruch der Klägerin im Wege der Aufrechnung erfüllen. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist insoweit erloschen.

I. Zu Recht hat das SG allerdings die isolierte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) als zulässig angesehen. Da die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis stehen, durfte die Beklagte gegenüber der Klägerin keinen Verwaltungsakt erlassen (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.2002 – [B 3 KR 2/02 R](#) – SozR 3-2500 § 132 a Nr. 3 S. 8). Das Gleichordnungsverhältnis entstand durch den Rahmenvertrag nach [§ 132 SGB V](#) (seit 01.01.1997: [§ 132 a SGB V](#)). Seit dem 01.01.2000 ist die zwischen den Beteiligten bestehende Rechtsbeziehung jedenfalls dem öffentlichem Recht unterworfen, mithin trifft dies auch auf den Rückforderungsanspruch aus Zahlungen an die Klägerin für im Februar bis April 2003 erbrachte Leistungen zu. Mit der Neufassung von [§ 69 SGB V](#) durch Art. 1 Nr. 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl. I S. 2626](#)) stellte der Gesetzgeber klar, dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer in Zukunft insgesamt nur noch nach öffentlichem Recht zu bewerten sind (BSG, Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – SozR 4-2500 § 132 a Nr. 1 Rn. 6). Trotz dieser Gesetzesänderung blieben nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) (ab 01.04.2007: [§ 69 Satz 4 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 – [BGBl. I S. 378](#)) die Vorschriften des Zivilrechts weiterhin entsprechend anwendbar, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind.

II. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist infolge der von der Beklagten erfüllungshalber erklärten Aufrechnung erloschen.

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 ([§ 387 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Satz 4 SGB V](#)). Die Aufrechnung erfolgt durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Die Erklärung ist unwirksam, wenn sie unter einer Bedingung oder einer Zeitbestimmung abgegeben wird ([§ 388 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Satz 4 SGB V](#)). 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 ([§ 389 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Satz 4 SGB V](#)). Eine Forderung, der eine Einrede entgegensteht, kann nicht aufgerechnet werden ([§ 390 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Satz 4 SGB V](#)). Die Verjährung schließt die Aufrechnung nicht aus, wenn der Anspruch in dem Zeitpunkt noch nicht verjährt war, in dem erstmals aufgerechnet werden konnte ([§ 215 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Satz 4 SGB V](#)).

Die Beklagte war danach berechtigt, die Vergütung für Leistungen der Behandlungspflege durch minderqualifizierte Mitarbeiter der Klägerin für die Zeit von Februar bis April 2003 zurückzufordern (1.) und mit dieser Forderung gegen ab Oktober 2004 entstandene Forderungen der Klägerin (2.) aufzurechnen; ein Aufrechnungsverbot bestand nicht (3.). Auch sonst sind die Voraussetzungen für den Eintritt der Erfüllungswirkung gegeben (4.)

1. Das von der Beklagten geltend gemachte Rückforderungsbegehren findet seine Rechtsgrundlage 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 (BSG, Urteil vom 22.07.2004 – [B 3 KR 21/03 R](#) – [BSGE 93, 137](#) = SozR 4-2500 § 137 c Nr. 2, jeweils Rn. 8). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier vor (siehe I.). Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff. 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 (BSG, Urteil vom 22.07.2004 – [B 3 KR 21/03 R](#) – [BSGE 93, 137](#) = SozR 4-2500 § 137 c Nr. 2, jeweils Rn. 9).

So liegt es hier. Denn die Klägerin hat Leistungen der Behandlungspflege durch Personal erbracht, welches nicht über die in § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages vorausgesetzte Qualifikation verfügt. Ein vertraglicher Vergütungsanspruch der Klägerin ist deshalb nicht entstanden. Die gegenteilige Auffassung des SG, die auf der Auslegung beruht, die Aufzählung in § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages sei nicht abschließend, hält einer rechtlichen Überprüfung nicht stand.

a) Die Auslegung von § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages durch das SG widerspricht bereits dem Wortlaut der Regelung. Es heißt dort, dass geeignete Pflegekräfte für die Behandlungspflege Krankenschwestern/pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/pfleger sind. Eine Öffnungsklausel, die durch Formulierungen wie "insbesondere" oder "vor allem" gekennzeichnet ist, enthält § 4 Abs. 2 des Rahmenvertrages gerade nicht.

Das Ergebnis der Wortlautauslegung wird durch die systematische Auslegung von § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rahmenvertrages bestätigt. Denn unter dem dortigen Buchstaben b wird geregelt, welche Pflegekräfte für die Erbringung der Grundpflege geeignet sind. Ausdrücklich erwähnt wird, dass bestimmte Aufgaben der Grundpflege auf Kranken- und Altenpflegehelfer/innen, Haus- und Familienpflegerinnen und

Dorfhelferinnen mit staatlicher Anerkennung delegiert werden können. Eine solche Delegationsmöglichkeit ist in § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages jedoch nicht vorgesehen. Da es die Vertragsparteien für notwendig erachtet haben, bei der weniger qualifizierte Anforderungen stellenden Grundpflege ausdrücklich hervorzuheben, dass auch Pflegekräfte eingesetzt werden dürfen, die über eine geringere berufliche Qualifikation als die der Krankenschwestern/pfleger oder der Kinderkrankenschwestern/pfleger verfügen, müsste umso mehr eine Klarstellung dahin erfolgen, wenn es darum geht, die Erfüllung qualifizierter Anforderungen, wie sie sich aus der Behandlungspflege ergeben, durch weniger qualifiziertes Personal zu erlauben. Da dies nicht der Fall ist, lässt dies nur den Schluss zu, dass die Vertragsparteien nur Krankenschwestern/pfleger sowie Kinderkrankenschwestern/pfleger im Bereich der Behandlungspflege als geeignete Pflegekräfte angesehen haben.

Über diese von § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages geforderten Qualifikationen haben die von der Klägerin zur Behandlungspflege eingesetzten und von der Beklagten beanstandeten Mitarbeiter (Frau A. [Pflegehilfskraft bzw. Fachkraft für häusliche und mobile Pflege], Frau B. [Pflegehilfskraft], Frau C. [Pflegehilfskraft bzw. Fachkraft für ambulante Pflege], Frau D. [Pflegehilfskraft], Frau E. [Pflegehilfskraft], Frau F. [Kinderpflegerin], Frau G. [Zahnarzthelferin und Pflegehilfskraft], Frau H. [Pflegehilfskraft bzw. Fachkraft für mobile und häusliche Pflege], Frau I. [Sozialassistentin und Pflegehilfskraft], Frau J. [Kinderpflegerin], Frau K. [Pflegehilfskraft], Frau M. [Pflegehilfskraft], Frau N. [Pflegehilfskraft] und Herr L. [Sozialassistent und Pflegehilfskraft]) im streitgegenständlichen Zeitraum aber nicht verfügt.

b) Der Wirksamkeit der Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages im streitgegenständlichen Zeitraum steht nicht entgegen, dass die Beklagte die Vergütungsvereinbarung in Anlage 2 des Rahmenvertrages vom 06.07.1995 unter Einhaltung der maßgeblichen Kündigungsfrist spätestens mit Schreiben vom 24.06.2002 wirksam gekündigt hat. Denn dadurch blieb die Fortgeltung des Rahmenvertrages vom 06.07.1995 nach Maßgabe der Kündigungsregelung in dessen § 15 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage 2 unberührt, und es ist nur im Hinblick auf die Vergütung von Leistungen zur Behandlungspflege ein vertragsloser Zustand eingetreten. Dies ergibt sich explizit aus Anlage 2 zum Rahmenvertrag vom 06.07.1995. Dort heißt es: "Diese Vereinbarung kann unabhängig vom Versorgungsvertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2005 gekündigt werden." Eine entsprechende Bestimmung findet sich in § 15 Abs. 2 des Rahmenvertrages.

c) Nichts anderes folgt aus der bisher ergangenen Rechtsprechung des BSG zur Problematik der Vergütung von Leistungserbringern durch die Krankenkassen ohne vertragliche Grundlage.

aa) In den vom BSG entschiedenen Leistungserbringerstreitigkeiten ging es – anders als im vorliegenden Fall – um die Vergütung von Leistungen, deren ordnungsgemäße Erbringung zwischen den Beteiligten nicht streitig war (BSG, Urteil vom 25.09.2001 – [B 3 KR 15/00 R](#) – SozR 3-2500 § 132 a Nr. 1 S. 1 f., Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – SozR 4-2500 § 132 a Nr. 1 Rn. 2; Beschluss vom 27.07.2005 – [B 3 KR 21/05 B](#) – juris Rn. 1). Streitig war dort lediglich die Höhe der von der beklagten Krankenkasse für die erbrachten Leistungen zu zahlenden Vergütung.

Nach dieser Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 25.09.2001 – [B 3 KR 15/00 R](#) – SozR 3-2500 § 132 a Nr. 1 S. 3 ff.; Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – SozR 4-2500 § 132 a Nr. 1 Rn. 8 ff.; BSG, Beschluss vom 27.07.2005 – [B 3 KR 21/05 B](#) – juris Rn. 7) kommt in Fällen ordnungsgemäßer Leistungserbringung ohne vertragliche Vergütungsregelung zwar keine Fortgeltung der bisherigen gekündigten Vergütungsregelung in Betracht, ebenso wenig die Einräumung eines einseitigen Leistungsbestimmungsrechts nach [§ 315 BGB](#) auf Seiten der Krankenkasse, aber auch kein einseitiges Preisbestimmungsrecht auf Seiten des Leistungserbringers gemäß [§ 316 BGB](#). Denn andernfalls würde die ursprüngliche und kündbare Vergütungsregelung zwischen den Vertragspartnern unterlaufen. Da der Gesetzgeber in [§ 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) kein gemeinsames und einheitliches Handeln der verschiedenen Kassen, sondern gesonderte Vertragsabschlüsse vorsieht, kann auch nicht – da es an einer taxmäßigen Vergütungsordnung fehlt – von einer üblichen Vergütung im Sinne von [§ 612 Abs. 2 BGB](#) ausgegangen werden. Der Heranziehung des Grundsatzes der *Protestatio facto contraria* dürfte regelmäßig an dem Umstand scheitern, dass im Fall der Weiterbehandlung durch den Leistungserbringer unter ausdrücklicher Ablehnung der Annahme neuer Preisangebote der Krankenkasse diese nach Treu und Glauben nicht davon ausgehen darf, der Leistungserbringer habe die neuen Preisangebote durch die Weiterbehandlung konkludent angenommen. Jedoch soll dem Leistungserbringer nach der Rechtsprechung des BSG in diesen Fällen ein Anspruch aus [§ 812 Abs. 1](#), [§ 818 Abs. 2 BGB](#) zustehen. Die Krankenkasse soll zum Wertersatz in Höhe des objektiven Verkehrswertes der erbrachten Leistungen verpflichtet sein. Voraussetzung dafür ist aber, dass das Tätigwerden des Leistungserbringers die Krankenkasse von Verbindlichkeiten befreit, die aus den jeweiligen Sachleistungsansprüchen der Versicherten ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) auf Gewährung von Leistungen der ambulanten häuslichen Krankenpflege ([§ 37 SGB V](#)) resultieren.

bb) Ein Wertersatz gemäß [§ 818 Abs. 2 BGB](#) ist nach der Rechtsprechung des BSG aber dann ausgeschlossen, wenn sich aus Gründen der Sicherstellung ordnungsgemäßer Leistungserbringung ein Vorteilsausgleich zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer verbietet. In diesen Fällen können weder die Regelungen zur Geschäftsführung ohne Auftrag noch diejenigen der [§§ 812 ff. BGB](#) zur Anwendung kommen. Hierzu hat das BSG in Bezug auf die besonderen Erfordernisse des auf der vertragsärztlichen Verordnung basierenden Versorgungssystems ausgeführt (BSG, Beschluss vom 17.05.2000 – [B 3 KR 19/99 B](#) – juris Rn. 5):

"Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler und inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, haben innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die (vertragsärztliche) Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Arzt oder sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die er unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im übrigen ordnungsgemäß erbracht sind. Ihre Steuerungsaufgabe könnten die genannten Regelungen nicht erfüllen, wenn der Arzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die gesetz- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung oder einen Aufwendungsersatzanspruch aus GoA im Ergebnis dennoch vergütet bekäme."

Schon zuvor hatte das BSG entschieden, dass dem Zahnarzt für unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung vorgenommene Behandlungen keine Vergütung zusteht (BSG, Urteil vom 18.12.1996 – [6 RKa 66/95](#) – [BSGE 80, 1](#), 3 f. = [SozR 3-5545 § 19 Nr. 2](#) m.w.N.). Unabhängig von ihrer tatsächlichen Qualität gelten Leistungen, die von zahnärztlichem Hilfspersonal außerhalb des Rahmens einer zulässigen Delegation selbständig ausgeführt wurden, als in der kassen- bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung nicht

ordnungsgemäß erbracht und sind deshalb nicht zu vergüten. Werden solche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt, erwächst ihr ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. In derartigen Fällen ist der Bereicherungseinwand ausgeschlossen.

Auch in seinem Urteil vom 17.03.2005 ([B 3 KR 2/05 R - BSGE 94, 213](#) Rn. 26 = [SozR 4-5570 § 30 Nr. 1](#) Rn. 23) hat das BSG unter Hinweis auf die oben erwähnte Steuerungsfunktion der Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung ausgeführt:

"Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG 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 dem für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt, dem Apotheker oder den sonstigen Leistungserbringern für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und - wie hier - für den Versicherten geeignet und nützlich sind." (Hervorhebungen durch den Senat)

Die Versagung einer Vorteilsausgleichung soll nach der Rechtsprechung des BSG aber nur dann zum Zuge kommen, wenn zwingende Gründe die Einhaltung von formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfordern, weil sonst die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung infrage gestellt würde. Dabei geht es vor allem um die Einhaltung von Vorschriften, die die Qualität der Leistungserbringung sichern und deren Überprüfung erleichtern sollen. Dagegen soll bei Vorschriften, denen eine reine Ordnungsfunktion zukommt, kein Grund bestehen, dem Leistungserbringer eine Entschädigung auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu versagen (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 15/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr. 7](#) Rn. 17 m.w.N.).

cc) Entgegen der Auffassung der Klägerseite ist auch dem § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rahmenvertrages eine wesentliche Steuerungsfunktion zu entnehmen, so dass insoweit auch hinsichtlich der Leistungserbringung durch die Klägerin eine dem System der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbare Situation gegeben ist.

Dies wird besonders deutlich, wenn auf die einzelnen Maßnahmen der Behandlungspflege abgestellt wird. In Anlage 1 zu dem Rahmenvertrag (Blatt 94 bis 101 der Akte des Sächsischen LSG) wird unter Nr. 2 geregelt, welche Aufgaben zum Bereich der Behandlungspflege gehören. Hierzu gehören unter bestimmten Voraussetzungen z. B. die Verabreichung von Medikamenten, deren Applikation spezieller medizinischer Kenntnisse bedarf (2.1), ferner die Überwachung der Medikamente, deren Wirkung nach der Applikation medizinische Kontrolle erfordert (2.2), die Versorgung von Wunden (2.3) das Anlegen von Kompressionsverbänden (2.4), die Katheterisierung einschließlich Spülung (2.5), die Durchführung von Einlauf/Darmentleerung (2.6), Dekubitusversorgung/-behandlung (2.7), Blutdruckkontrolle, Blutzuckerkontrolle, Gewichtskontrolle zur verordneten Flüssigkeitsbilanzierung, Pulskontrolle bei Komplikationen - insbesondere bei Herzschrittmacherträgern - (2.8), der Wechsel und die Pflege der Magensonde (2.9), die Vornahme der Bronchialtoilette/Trachealkanülenpflege (2.11), der Stomaversorgung (2.13).

Die Aufzählung der Aufgaben der Behandlungspflege macht deutlich, dass deren ordnungsgemäße Durchführung besondere Fachkenntnisse voraussetzt, die von Hilfskräften ohne entsprechende Qualifikation nicht in allen Fällen erwartet werden können. Die zum Teil lebenserhaltende Bedeutung ist evident. Genauso wie eine ärztliche Leistung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nur von einem Arzt vertragsgemäß erbracht werden kann, kam auch für die Klägerin die vertragsgemäße Erbringung von Leistungen der Behandlungspflege nur durch Pflegefachkräfte in Betracht, die über die § 4 Abs. 2 Satz 2 Buchstabe a des Rahmenvertrages genannten Qualifikationen verfügten. Die Leistungserbringung durch Hilfskräfte stellt insoweit ein Aliud dar. Denn als professionelle Anbieterin hatte sie mit der Beklagten für den Bereich der Behandlungspflege eine nach [§ 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (in der Fassung bis 30.06.1997) bzw. nach [§ 132 a Abs. 2 SGB V](#) vertraglich zulässige konkretisierende Begriffsbestimmung der "geeigneten Pflegekräfte" im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGBV vorgenommen, an der sie sich festhalten lassen muss. In einem vergleichbaren Fall hat das BSG ausdrücklich betont, dass die "Anforderungen eines Versorgungsvertrages für einen Pflegedienst, der sämtliche Bereiche der häuslichen Krankenpflege nach den [§§ 132 a Abs. 2 Satz 1, 37 SGB V](#) einschließlich aller Aufgaben der ('großen') Behandlungspflege, abdecken will, ... wegen der dabei häufig - insbesondere bei der Pflege schwer kranker, älterer Personen - auftretenden gesundheitlichen Gefahren hoch anzusetzen" sind (BSG, Urteil vom 21.11.2002 - [B 3 KR 14/02 R - BSGE 90, 150](#), 155 f. = [SozR 3-2500 § 132a Nr. 4](#)). Für die "große" Behandlungspflege kämen deshalb nur Krankenpfleger/-schwestern, Kinderkrankenpfleger/-schwestern und Altenpfleger/-innen in Betracht (BSG, a.a.O. S. 156). Der Verwaltungsvollzug solle nicht mit Prüfungs- und Ermittlungsaufgaben darüber belastet werden, ob im Einzelfall hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen außerhalb der geregelten Berufsausbildung erworben worden seien (BSG, a.a.O. S. 157). Angesichts dessen kann keine Rede davon sein, dass § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rahmenvertrages nur eine formale Ordnungsfunktion erfüllt.

dd) Aus denselben Gründen kann sich die Klägerin auch nicht gemäß [§ 818 Abs. 3 BGB](#) darauf berufen, sie sei durch die Gehaltszahlungen entreichert.

d) Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch beträgt auch der Höhe nach zumindest die bereits gezahlte Vergütung von 20.538,84 EUR. Die Beklagte hat den von ihr aufgerechneten Gesamtbetrag der Höhe nach in ihren Unterlagen (Blatt 68 bis 91 der Verwaltungsakte der Beklagten) nachvollziehbar dokumentiert und im Ergebnis zutreffend berechnet. Nach ausführlicher Überprüfung sind für den Senat insoweit keine Rechenfehler ersichtlich.

2. Die Klägerin hatte in den Monaten, in denen mit Teilbeträgen des Erstattungsanspruchs aufgerechnet wurde, folgende Forderungen aufgrund ihrer erbrachten Leistungen gegen die Beklagte erworben: für Oktober 2004 in Höhe von 7.614,81 EUR für November 2004 in Höhe von 9.846,48 EUR für Dezember 2004 in Höhe von 11.175,26 EUR für Januar 2005 in Höhe von 6.622,77 EUR für Februar 2005 in Höhe von 9.905,28 EUR

Mit diesen Forderungen durfte die Beklagte in Teilbeträgen von 4.025,49 EUR, 4.449,48 EUR, 4.127,87 EUR, 4.144,14 EUR und 3.791,86 EUR aufrechnen.

3. Die Aufrechnung war auch nicht - wie das SG meint - gemäß § 13 des Rahmenvertrages ausgeschlossen. Denn die Erstattungsforderung,

mit welcher die Beklagte aufgerechnet hat, resultiert nicht aus diesem Vertrag, sondern aus Leistungen, die die Klägerin ohne vertragliche Grundlage erbracht hat.

Der Beklagten war es schließlich unbenommen, gegen spätere Rechnungen mit Rückzahlungsansprüchen aufzurechnen (BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) - [BSGE 93, 137](#) = [SozR 4-2500 § 137c Nr. 2](#); jeweils Rn. 28). Insbesondere greift kein gesetzliches Aufrechnungsverbot im Sinne von [§ 390 BGB](#) ein. Da der Erstattungsanspruch der Beklagten zum Zeitpunkt der Aufrechnung in Anlehnung an [§ 45](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch auch nicht verjährt war, findet auch [§ 215 BGB](#) keine Anwendung (siehe zu dieser Frage BSG, a.a.O. Rn. 29).

4. Gleichartigkeit und Gegenseitigkeit der Forderungen sind zu bejahen. Durch die Erklärung der Aufrechnung mit ihrem Erstattungsanspruch durch die Schreiben vom 26.11.2004, 15.12.2004, 21.01.2005, 21.02.2005 und 15.03.2005 hat die Beklagte auch bewirkt, dass die Forderungen der Klägerin für ab Oktober 2004 erbrachte Leistungen in Höhe von 20.538,84 EUR als erloschen gelten.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 47 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem beim Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich beim Bundessozialgericht Hausanschrift: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel, Postanschrift: 34114 Kassel einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt, 3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder, 4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder, 5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder, 6. 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, 7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten 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 Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 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 nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtsache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109](#) und [128 Abs.1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des [§ 103 SGG](#) nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Hinweis: Es besteht beim Bundessozialgericht Zugang für elektronisch signierte und verschlüsselte elektronische Dokumente; nähere Hinweise finden Sie auf der Internetseite des Bundessozialgerichts und auf der Internetseite www.egvp.de.

Die Einlegung der Beschwerde per E-Mail ist unzulässig. Es wird darauf hingewiesen, dass durch die Nichtbeachtung der gebotenen Form die gesetzliche Frist nicht gewahrt wird und das Rechtsmittel innerhalb der Frist in der vorgeschriebenen Form einzulegen ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen unter I Nrn. 2 bis 7) genannten Bevollmächtigten vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

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) 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.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2010-05-28