
Datum: 28.01.2005
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 12. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 12 KN 31/03 P
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2005:0128:S12KN31.03P.00

Sachgebiet: Pflegeversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

-
- Tatbestand: 1
- Die Klägerin fordert von dem Beklagten Vergütung für häusliche Pflegehilfe nach § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zurück. 2
- Der Beklagte war bis zum 31.12.2002 Inhaber des Pflegedienstes C, später C & Team in V (nachfolgend Pflegedienst C genannt). Der Pflegedienst C hat zum 01.01.2003 seinen Betrieb eingestellt. Das Gewerbe wurde abgemeldet. 3
- Der Pflegedienst C war bis zum 31.12.2002 Mitglied des Landesverbandes freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen e. V. (LfK). Unter Beteiligung dieses Berufsverbandes ist unter dem 07.11.1995 mit Wirkung ab 01.10.1995 der Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Nordrhein-Westfalen abgeschlossen worden (im folgendem Rahmenvertrag genannt). § 1 Abs. 3 des Rahmenvertrags sieht vor, dass dieser Vertrag für zugelassene Pflegedienste unmittelbar verbindlich ist. 4
- Für den Pflegedienst C war außerdem unter dem 07.11.1995 ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI mit Wirkung ab 01.10.1995 mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Westfalen-Lippe im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe abgeschlossen worden sowie unter dem 30.09.2000 eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 5

Der Pflegedienst C erbrachte auch für Versicherte der Klägerin häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und häusliche Krankenpflege nach § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Die Klägerin nahm eine nachträgliche Abrechnungsüberprüfung vor. Sie hat für den Zeitraum von Januar 2000 bis April 2001 bei zehn Versicherten, die vom Pflegedienst C versorgt wurden, die in den Leistungsnachweisen aufgeführten und abgerechneten Leistungen verglichen mit den in der Pflegedokumentation aufgeführten Leistungen. Die Versicherten beziehungsweise Angehörige hatten jeweils eine Einverständniserklärung mit folgendem Inhalt unterschrieben:

6

"Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Bundesknappschaft im Rahmen ihrer Bemühungen zur Optimierung der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Leistungen der Pflegeversicherung in meine Pflegedokumentation Einsicht nimmt und gegebenenfalls Kopien dieser Unterlagen anfertigt."

7

Die Klägerin ist davon ausgegangen, dass Leistungen, die in der Pflegedokumentation nicht aufgeführt sind, nicht erbracht wurden. Auf diese Weise hat sie bei sechs der überprüften zehn Versicherten eine Differenz zwischen den abgerechneten und den dokumentierten Leistungen und einen hieraus resultierenden Schaden von zunächst 23.844,96 Euro im Bereich der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI ermittelt.

8

Mit Schreiben vom 28.01.2003 an den Pflegedienst C teilte die Klägerin mit, im Rahmen einer intensiven Abrechnungsüberprüfung seien verschiedene Abrechnungsunregelmäßigkeiten festgestellt worden. Hierdurch sei für den Bereich der ambulanten Pflegeversicherung ein Fehlbetrag von 23.844,96 Euro ermittelt worden. Dieser Fehlbetrag sei hauptsächlich auf eine vertragswidrige mangelhafte Führung der Pflegedokumentation zurückzuführen. Der Fehlbetrag werde hiermit geltend gemacht und es werde im Sinne einer Anhörung Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt.

9

Der Beklagte nahm mit Schreiben seiner Bevollmächtigten vom 01.04.2003 Stellung: Er sei seit dem 01.01.2002 nicht mehr Geschäftsführer. Die Daten seien rechtswidrig erhoben, da eine Krankenkasse nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Recht auf Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen habe. Alle abgerechneten Leistungen könnten an Hand der Leistungsnachweise nachgewiesen werden. Die Pflegedokumentation diene dagegen in erster Linie medizinischen Zwecken.

10

Hierauf erwiderte die Klägerin mit Schreiben vom 09.04.2003: Der Beklagte sei während des überprüften Zeitraums Inhaber des Pflegedienstes gewesen. Die Versicherten hätten sich mit der Einsicht in die Pflegedokumentation einverstanden erklärt. Die Leistungserbringung könne nicht durch die Leistungsnachweise bewiesen werden. Nach den eindeutigen vertraglichen Regelungen in § 13 Abs.1 des Rahmenvertrags müssten in der Pflegedokumentation Angaben über Art und Uhrzeit der durchgeführten Pflegeleistungen festgehalten werden. Bei Differenzen zwischen den Angaben auf dem Leistungsnachweis, der nach § 15 Abs. 3 des Rahmenvertrags nur als Rechnungsanhang diene, einerseits und in der Pflegedokumentation andererseits müsse der Schluss gezogen werden, dass die nicht dokumentierten Leistungen zu Unrecht abgerechnet worden seien. Sollten die nicht dokumentierten Leistungen nicht anders nachgewiesen werden, müsse gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

11

Mit Schriftsatz seiner Bevollmächtigten vom 25.08.2003 ist der Beklagte bei seinen Rechtsansichten verblieben.

12

Die Klägerin verfolgt mit der am 19.12.2003 erhobenen Klage ihr Begehren weiter. Sie wiederholt im Wesentlichen ihr Vorbringen aus der vorprozessualen Korrespondenz. Ergänzend trägt sie vor, mit Hilfe des Leistungsnachweises könne ihre Abrechnungsstelle Monat für Monat lediglich eine logische Prüfung vornehmen, ob die in Rechnung gestellten Leistungen mit dem Leistungsnachweis übereinstimmen. Eine tiefergehende Prüfung, ob die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht worden seien, sei nur durch den Vergleich zwischen Pflegedokumentation und Leistungsnachweis möglich. Bei Differenzen sei es Aufgabe des Beklagten darzulegen, worin diese Unstimmigkeiten begründet seien.	
Die Klägerin legt für sechs namentlich Versicherte jeweils eine tabellarische Gegenüberstellung der Abrechnung des Pflegedienstes C und der ihrer Ansicht nach korrekten Abrechnung für den Zeitraum von Januar 2000 bis April 2001 vor, woraus sich eine Überzahlung von insgesamt 23.582,72 Euro ergibt. Zu den Einzelheiten wird auf diese Gegenüberstellung Bezug genommen.	14
Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,	15
den Beklagten zu verurteilen, an sie 23.582,72 Euro zu zahlen.	16
Der Beklagte beantragt schriftsätzlich,	17
die Klage abzuweisen.	18
Er wiederholt ebenfalls im Wesentlichen sein Vorbringen aus der vorgerichtlichen Korrespondenz. Ergänzend trägt er vor, die Einverständniserklärungen seien jeweils nicht vom Versicherten oder einer vertretungsberechtigten Person unterschrieben und zudem schon deshalb unwirksam, weil ihr Inhalt missverständlich und unzutreffend sei. Er sei nicht ordnungsgemäß angehört worden. Der Beklagte bestreitet, Leistungen abgerechnet zu haben, die nicht dokumentiert worden seien. Zudem diene die Pflegedokumentation anders als der Leistungsnachweis nicht der beweisrechtlichen Absicherung des Personals.	19
Der Beklagte legt einen Auszug aus dem 14. Datenschutzbericht des Landesdatenschutzbeauftragten Nordrhein-Westfalen aus dem Jahre 1999 vor sowie Auszüge aus der pflegewissenschaftlichen Literatur und eine Stellungnahme der Universität X.	20
Das Gericht hat den Rahmenvertrag vom 07.11.1995 beigezogen sowie den Versorgungsvertrag vom 07.11.1995 und die Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Westfalen-Lippe vom 30.09.2000.	21
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge der Klägerin Bezug genommen, die der Kammer vorgelegen haben.	22
Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.	23
Entscheidungsgründe:	24
Die Kammer konnte den Rechtsstreit im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).	25
Die zulässige Klage ist unbegründet.	26

Es handelt sich um eine nach § 54 Abs. 5 SGG statthafte (echte) Leistungsklage, denn es geht um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Klägerin gegen den Beklagten nicht ergehen musste, und auch nicht ergangen ist. Das Gleichordnungsverhältnis zwischen der klagenden Pflegekasse und dem beklagten ehemaligen Pflegedienstinhaber entstand durch den öffentlich-rechtlichen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI sowie den koordinationsrechtlichen Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI.	27
Die Klägerin hat gegen den Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung von 23.582,72 Euro:	28
Es besteht kein Anspruch auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen aus § 50 Abs. 2 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X). Leistungen im Sinne dieser Vorschrift sind Sozialleistungen im Sinne von § 11 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (Schroeder/Printzen-Wiesner, SGB X, § 50 Randnummer 2), das heißt Dienst-, Sach- und Geldleistungen an Versicherte, nicht jedoch Vergütung für Leistungserbringer.	29
Es besteht kein Anspruch auf Schadensersatz aus § 823 Absatz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die Vorschriften des BGB über das Deliktsrecht sind zwar gemäß § 61 Satz 2 SGB X anwendbar, denn der Rahmenvertrag wie auch der Versorgungsvertrag und die Vergütungsvereinbarung sind öffentlich-rechtliche Verträge im Sinne von § 53 SGB X. Der Beklagte hat jedoch keines der in § 823 Abs. 1 BGB genannten Rechtsgüter verletzt, insbesondere nicht das Eigentum der Klägerin, und er hat auch kein sonstiges Recht der Klägerin verletzt, sondern allenfalls deren Vermögen. Das Vermögen ist kein sonstiges Recht im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB (Palandt-Thomas, BGB, § 823 Randnummer 31).	30
Es besteht auch kein Anspruch auf Schadensersatz aus § 826 BGB wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung des Vermögens der Klägerin. Es ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass der Beklagte vorsätzlich, das heißt mit Wissen und Wollen des rechtswidrigen Erfolges (Palandt-Heinrichs a.a.O. § 276 Randnummer 10) nicht erbrachte Leistungen abgerechnet hat. Der Beklagte hat nicht vorsätzlich sittenwidrig das Vermögen der Klägerin geschädigt. Er hat nämlich auch in Höhe der zurückgeforderten 23.582,72 Euro einen Vergütungsanspruch aus § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI. Die Klägerin ist nämlich verpflichtet, Leistungen zu vergüten, für die nicht später als sechs Monate nach der Leistungserbringung eine Rechnung eingereicht wird, wenn - wie vorliegend - mit der monatlichen Abrechnung der unterschriebene Leistungsnachweis über die erbrachten Pflegeleistungen eingereicht wird und die Klägerin Beanstandungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhebt.	31
Dies ergibt eine ergänzende Auslegung der Vorschriften des Rahmenvertrags über die Kostenübernahme, die Abrechnung der Entgelte und die hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte (Abschnitt II des Rahmenvertrags), insbesondere der § 14 bis 18 des Rahmenvertrags.	32
Im Rahmenvertrag, im Versorgungsvertrag und in der Vergütungsvereinbarung ist nicht ausdrücklich geregelt, ob Leistungen zu vergüten sind, wenn sie im Leistungsnachweis (§ 14 des Rahmenvertrags) bestätigt worden sind oder wenn sie in der Pflegedokumentation (§ 13 des Rahmenvertrages) eingetragen sind oder wenn beides der Fall ist. Außerdem ist nicht vertraglich geregelt, ob der nach der Bezahlung von Rechnungen erhobene Vorwurf, die vergüteten Leistungen seien nicht erbracht worden, eine Beanstandung im Sinne von § 17 des Rahmenvertrags darstellt, die binnen sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden muss, oder einen Vertragsverstoß im Sinne von § 18 des Rahmenvertrags, der unter Anderem zum Schadensersatz verpflichtet. Da auch das Gesetz insoweit jeweils keine	33

Regelung enthält, war durch Auslegung zu ermitteln, wie diese Vertragslücke zu schließen ist. Die ergänzende Vertragsauslegung hat nach dem hypothetischen Parteiwillen mit Rücksicht auf die Verkehrssitte sowie Treu und Glauben zu erfolgen (Palandt-Heinrichs a.a.O. § 157 Randnummer 7).

Es entsprach dem hypothetischen Parteiwillen mit Rücksicht auf die Verkehrssitte sowie Treu und Glauben, dass nicht die Pflegedokumentation einschließlich des 34
Durchführungsnachweises sondern der Leistungsnachweis die für die Vergütung von Leistungen maßgebliche Unterlage ist. Gemäß § 14 Abs. 1 des Rahmenvertrags hat der Pflegedienst die von ihm erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Die vom Pflegedienst durchgeführten Leistungen sind täglich im Leistungsnachweis einzutragen und von der verantwortlichen Pflegekraft sowie durch den Pflegebedürftigen beziehungsweise einen Angehörigen oder den bestellten Betreuer einmal im Monat zu unterschreiben (§ 14 Abs. 2 des Rahmenvertrags).

Mit der monatlichen Abrechnung ist der Pflegekasse der Leistungsnachweis über die 35
erbrachten Pflegeleistungen einzureichen (§ 15 Abs. 3 des Rahmenvertrags). Die Tatsache, dass der Leistungsnachweis wie eine Quittung auch vom Pflegebedürftigen zu unterschreiben ist, und dass er mit der Rechnung einzureichen ist, spricht dafür, dass der Leistungsnachweis die für die Abrechnung und die Vergütung maßgebliche Unterlage ist, eben die durchgeführten Leistungen nachweist.

Entgegen der Ansicht der Klägerin kann nicht einfach unterstellt werden, dass Leistungen, die 36
in der Pflegedokumentation nicht dokumentiert worden sind, nicht erbracht wurden. Zwar regelt § 13 des Rahmenvertrags die Dokumentationspflicht des Pflegedienstes. Diese umfasst auch Angaben über Art und Uhrzeit der durchgeführten Pflegeleistungen. Wenn diese Dokumentation konstitutiv für das Entstehen eines Anspruchs auf Vergütung der einzelnen Pflegeleistungen hätte sein sollen, hätte es hier jedoch einer entsprechenden ausdrücklichen vertraglichen Regelung bedurft. Bei der oben geschilderten Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens in § 15 des Rahmenvertrags muss bei verständiger Würdigung davon ausgegangen werden, dass der Leistungsnachweis die entscheidende Unterlage für die Vergütung von Leistungen ist.

Bei dem Vorwurf, die Klägerin habe nicht erbrachte Leistungen abgerechnet, handelt es sich 37
um Beanstandungen im Sinne von § 17 des Rahmenvertrags, die binnen sechs Monaten nach Rechnungseingang hätten erhoben werden müssen, und nicht um Vertragsverstöße im Sinne von § 18 des Rahmenvertrags. Angesichts der Tatsache, dass ein Vertragsverstoß die Rechtsfolgen einer Schadensersatzpflicht und der Einschaltung des Vertragsausschusses nach § 19 des Rahmenvertrags zum Befinden über geeignete Maßnahmen auslöst, muss es sich um schwerwiegende und auch für den Pflegedienst eindeutig erkennbare Verletzungen von Vertragspflichten handeln. Hiervon kann bei dem Vorwurf, Leistungen abgerechnet zu haben, die in der Pflegedokumentation nicht dokumentiert wurden, nicht ausgegangen werden. Die Pflegedokumentation einschließlich des Durchführungsnachweises ist nämlich - wie ausgeführt - nicht konstitutiv für das Entstehen eines Vergütungsanspruchs.

Dieser ergänzenden Vertragsauslegung steht nicht entgegen, dass die Rechnungen 38
"vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung" grundsätzlich innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Pflegekasse zu bezahlen sind (§ 16 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrags). Im Zusammenhang mit der Frist des § 17 des Rahmenvertrages folgt hieraus, dass die Pflegekasse binnen 6 Monaten eine abschließende Rechnungsprüfung vornehmen und dabei entdeckte Beanstandungen geltend machen kann.

- Die sechsmonatige Beanstandungsfrist ist bei objektiver Betrachtung auch sinnvoll. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass nach längerem Zeitablauf kaum noch festgestellt werden kann, welche einzelnen Leistungen vom Pflegedienst tatsächlich erbracht worden sind. 39
- Die sechsmonatige Beanstandungsfrist des § 17 des Rahmenvertrags in dieser Auslegung benachteiligt die Pflegekasse weder einseitig noch auch nur unangemessen. Den Pflegedienst trifft der gleiche Nachteil, wenn er Rechnungen später als sechs Monate nach der Leistungserbringung einreicht. Dann kann die Pflegekasse gemäß § 16 Abs. 1 Satz 4 des Rahmenvertrags die Bezahlung verweigern, auch dann wenn die in Rechnung gestellten Leistungen tatsächlich ordnungsgemäß erbracht wurden. Auch diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass nach längerem Zeitablauf kaum noch festgestellt werden kann, welche einzelnen Leistungen der Pflegedienst tatsächlich erbracht hat. 40
- Die Beanstandungsfrist von sechs Monaten nach Rechnungseingang hat die Klägerin nicht eingehalten. Eine Beanstandung hinsichtlich der für die Monate Januar 2000 bis April 2001 abgerechneten Leistungen erfolgte unstreitig erstmals durch die schriftliche Anhörung mit Schreiben vom 28.01.2003. 41
- Es bestand schließlich auch kein Anspruch wegen ungerechtfertigter Bereicherung aus § 812 Abs. 1 Satz 1, erste Variante BGB. Der Beklagte hat zwar durch Leistung der Klägerin Eigentum an 23.582,72 Euro erlangt. Die Klägerin hat in dieser Höhe Vergütung an den Beklagten gezahlt, um ihre Vergütungspflicht aus § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI zu erfüllen. Diese Leistung erfolgte jedoch nicht ohne Rechtsgrund. Der Rechtsgrund besteht in der Erfüllung des Vergütungsanspruchs des Beklagten. Wie bereits ausgeführt, besteht ein Vergütungsanspruch auch in Höhe der zurückgeforderten 23.582,72 Euro. 42
- Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Gemäß § 197 a SGG entstehen Gerichtskosten nach dem Gerichtskostengesetz, wenn - wie vorliegend - weder der Kläger noch der Beklagte in der Eigenschaft als Versicherter, Leistungsempfänger oder deren Hinterbliebene oder Sonderrechtsnachfolger beteiligt ist. Nach § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung in Verbindung mit § 197 a SGG trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. 43