
S 8 P 2636/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Pflegeversicherung
Abteilung	4.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Das Vertrauen in die Richtigkeit der Angaben des Leistungserbringers ist wesentliches Fundament des Abrechnungssystems für die Pflegesachleistungen. 2. Liegen erhebliche Anhaltspunkte (hier: strafrechtliche Verurteilung) dafür vor, dass Pflegesachleistungen nicht korrekt abgerechnet wurden, ist es zur Begründung von geltend gemachten Vergütungsansprüchen nicht ausreichend, monatliche Abrechnungen unter Beifügung der Durchführungskontrollblätter mit den entsprechenden Eintragungen vorzulegen. Der Leistungserbringer hat vielmehr den vollen Beweis für das Vorliegen der anspruchsbegründenden Tatsachen zu erbringen und hat hierzu die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und diese insbesondere zu belegen.
Normenkette	SGB 11 § 72 Abs 4 S 3 SGB 11 § 82 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB 11 § 89

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 P 2636/17
Datum	13.09.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 P 4005/18
Datum	25.03.2022

3. Instanz

Datum

-

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 13. September 2018 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Verfahrens im Berufungsverfahren.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 56.233,25 € festgesetzt.

Ä

Tatbestand

Der Kläger begehrt (noch) die Zahlung von 56.233,25 € zuzüglich Zinsen für die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen gegenüber den Versicherten der Beklagten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S im Zeitraum von April 2010 bis Dezember 2011.

Der 1948 geborene Kläger ist ausgebildeter Krankenpfleger sowie Inhaber und Betreiber eines ambulanten Pflegedienstes (Alten- und Krankenpflege). Im Rahmen dessen erbringt er Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie ambulante Pflegeleistungen an Privatzahler.

Der Kläger erbrachte aufgrund eines am 23. März 1999 mit den Landesverbänden der Pflegekassen geschlossenen Versorgungsvertrags nach [§ 72](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) darüber hinaus auch ambulante Pflegedienstleistungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte, die zu Hause, in sog. Wohngemeinschaften oder in sog. Pflegefamilien lebten. Darüber hinaus war er auch gesetzlicher Betreuer von Pflegebedürftigen. Den Versorgungsvertrag kündigten die Landesverbände der Pflegekassen durch Bescheid vom 21. Juli 2011 wegen gravierender Verletzung gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern fristlos. Dagegen erhob der Kläger beim Sozialgericht Konstanz (SG) Klage ([S 8 P 2077/11](#)), die erfolglos blieb (Urteil vom 10. Mai 2012), ebenso die zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegte Berufung ([L 4 P 2949/12](#); Urteil vom 12. Dezember 2014) und die hiergegen beim Bundessozialgerichts (BSG) eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde ([B 3 P 1/15 B](#); Beschluss vom 22. April 2015). Auf den zeitgleich mit Erhebung der Klage gestellten Eilrechtsschutzantrag des Klägers ([S 8 P 2078/11 ER](#)) ordnete das SG mit Beschluss vom 2. September 2011 die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 21. Juli 2011 an. Die dagegen eingelegte Beschwerde der Landesverbände der Pflegekassen ([L 4 P 4355/11 ER-B](#)) wurde mit Senatsbeschluss vom 14. Dezember 2011 zurückgewiesen. Mit Beschluss vom

17. März 2015 ([B 3 P 1/15](#)) hob das BSG den Beschluss des SG vom 2. September 2011 auf, da mit einem Erfolg der Nichtzulassungsbeschwerde nicht zu rechnen war und damit das die Abweisung der Klage bestätigende Senatsurteil vom 12. Dezember 2014 in Kürze rechtskräftig werden würde.

Bereits im Jahr 2007 hatte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) beim Kläger eine Qualitäts- und Rechnungsprüfung durchgeführt und damals insbesondere beanstandet, dass mehrere Arbeitsverträge nicht dem aktuellen Arbeitsumfang entsprachen, die Dienstpläne des Pflegedienstes nicht vollständig waren, Pflegedokumentationen nicht den Anforderungen entsprachen (z.B. die Pflegeanamnese nur teilweise die erforderlichen Angaben zu Fähigkeitsstörungen, Ressourcen und Bedürfnissen enthielt, nicht für alle Pflegebedürftigen ein Pflegeplan erstellt war, die Pflegedokumentation nicht vollständig war) und die Rechnungsstellung nicht gemäß den Eintragungen im Leistungsnachweis erfolgt war, insbesondere die Eintragungen im Leistungsnachweis nicht mit den Eintragungen im Dienst- und Tourenplan identisch waren. Mit dem Kläger waren deswegen am 15. Juli 2008 Maßnahmen zur Verbesserung besprochen worden.

Im April 2010 ging bei der Beklagten eine telefonische Beschwerde durch den behandelnden Logopäden ihres Versicherten H über dessen Unterbringung und Versorgung in der von P (P) betriebenen Wohngemeinschaft ein. P vermietete in einem ehemaligen Gasthaus Zimmer an Pflegebedürftige, die ihr der Kläger vermittelt hatte. Mit diesen Pflegebedürftigen vereinbarte der Kläger die Erbringung von Pflegeleistungen durch seinen Pflegedienst. Die Pflegeleistungen rechnete er gegenüber der jeweiligen Pflegekasse ab. Die Pflegeleistungen wurden durch Angehörige der P, insbesondere ihre Tochter P1 (P1) und ihre Stieftochter P2 (P2), die keine fachspezifischen Kenntnisse hatten, ausgeführt. Der Kläger schloss mit P1. unter dem 18. Mai 2006 einen Arbeitsvertrag, wonach diese zum 1. Mai 2006 als Hauswirtschaft/Pflegehelferin angestellt wurde und Tätigkeiten der Grundpflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Hilfe zu leisten hatte. Vom 1. Mai 2006 bis 3. November 2008 und vom 1. Juni bis 31. Juli 2010 war P1. beim Pflegedienst des Klägers als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gemeldet. Nach der Behauptung des Klägers sei mit P1., die am 7. November 2008 ihr drittes Kind zu Welt brachte, im frühen am 4. November 2008 eine ehrenamtliche Mitarbeit in seinem Pflegedienst ohne Zahlung einer Vergütung vereinbart worden.

Aufgrund der erwähnten Beschwerde führte ein Mitarbeiter der Beklagten bei dem Versicherten H Hausbesuche durch, wobei er auch so seine Aktennotizen vom 16. April 2010 eine verwahrloste Wohnung vorfand. Nach den Angaben des Versicherten habe der Kläger in seiner Eigenschaft als Betreuer den bisherigen Pflegedienst gekündigt, jedoch seien durch den Pflegedienst des Klägers ihm gegenüber keine grundpflegerischen Leistungen erbracht worden.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den MDK, beim Kläger eine anlassbezogene Qualitäts- und Rechnungsprüfung durchzuführen. Die Krankenschwester und Pflegefachkraft H und die Altenpflegerin und Pflegefachkraft B1 führten sodann

am 11. August 2010 eine Abrechnungsprüfung bei sieben Versicherten sowie entsprechende Hausbesuche durch. Von diesen Versicherten hielten sich fünf Versicherte im häuslichen Bereich auf (D1 und D2, F, F1, K1) und zwei Versicherte waren Bewohner der Wohngemeinschaft der P (B1, B2). In ihrem Bericht vom 13. September 2010 führten die Prüferinnen aus, dass in allen sieben Fällen der Stichprobe die Leistungsabrechnungen nicht korrekt erfolgt seien. Leistungen seien durch den Pflegedienst nicht in dem Umfang erbracht worden, wie sie auf der Durchführungskontrolle abgezeichnet worden seien. Bei dem Versicherten B2 bestehe eine körperliche Verwahrlosung, die auch Folgeerkrankungen, bspw. Pilz- und Hauterkrankungen mit sich führe. Die Wohnung sei in einem erschreckenden Zustand gewesen. Insoweit bestehe der Verdacht auf gefährliche Pflege. Zur Personalstruktur wiesen die Gutachterinnen insbesondere darauf hin, dass die vom Kläger eingesetzte Pflegekraft P1. nach eigenen Angaben kein Beschäftigungsverhältnis beim Kläger mehr habe und keine Bezahlung erhalte, weil sie sich seit drei Jahren in Mutterschutz bzw. Elternzeit befinde. Gleichwohl werde sie im Dienstplan des Klägers auf der Namenskürzliste der Einrichtung aufgeführt. Die Pflegedokumentationen seien in weiten Teilen lückenhaft. Für die Bewohner der Wohngemeinschaft der P – den Versicherten B1 und den Versicherten B2, dessen Betreuer der Kläger sei – habe der Kläger gegenüber den Pflegekassen im Übrigen zu Unrecht Leistungen der Verhinderungspflege geltend gemacht.

Auch die am 20. September 2010 durchgeführte weitere Abrechnungsprüfung durch die Gutachterinnen H und B1 (u.a. L, D1, F1) zeigte ausweislich des Berichts vom 2. November 2010 in allen acht Fällen der Stichprobe Auffälligkeiten dahingehend, dass Leistungen nicht in dem Umfang, wie sie in den Durchführungskontrollen abgezeichnet wurden, erbracht worden sind.

Im Dezember 2010 erstattete die Beklagte Strafanzeige gegen den Kläger wegen gefährlicher Pflege, des Verdachts auf Abrechnungsbetrug sowie Hinterziehung von Sozialabgaben und Steuern, worauf die Staatsanwaltschaft Konstanz ein Ermittlungsverfahren gegen den Kläger einleitete.

Am 11. Juni 2012 erhob der Kläger beim SG mit dem Begehren Klage (S 8 P 1524/12), die Beklagte zur Zahlung von insgesamt 69.157,15 € zu verurteilen. Er machte geltend, gegenüber den Versicherten der Beklagten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1, S, B2, H, B1, D1, L, H2 und R1 in den Jahren 2010 und 2011 Pflegesachleistungen erbracht zu haben. Die hierfür in Rechnung gestellte Vergütung (37.862,68 € für Leistungen im Jahr 2010 und 31.294,47 € für Leistungen im Jahr 2011) habe die Beklagte nicht gezahlt. Hierzu legte er eine Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge für den Zeitraum von Januar 2010 bis Dezember 2011 vor, in der bei den jeweiligen Versicherten nahezu in allen Monaten der der jeweils zuerkannten Pflegestufe entsprechende Sachleistungshöchstbetrag aufgeführt ist. Der Kläger machte geltend, die Leistungen seien auf Leistungsnachweisen dokumentiert und aufgrund dieser Leistungsnachweise seien die Leistungen der Beklagten in Rechnung gestellt worden. Die Fälligkeit trete jeweils 21 Tage nach Eingang der Rechnung bei der Beklagten ein. Bei den Prüfungen des MDK sei jeweils vollumfänglich bestätigt

worden, dass die auf den Leistungsnachweisen dokumentierten Einsätze stattgefunden hätten. Patienten, Angehörige, Nachbarn oder auch Hausärzte könnten zusätzlich bezeugen, dass die Einsätze tatsächlich in vollem Umfang erfolgt seien. Der pekuniäre Umfang der erbrachten Leistungen entspreche mindestens dem, was der Beklagten in Rechnung gestellt worden sei. Oftmals seien erbrachte Leistungen gar nicht auf den Rechnungen aufgelistet. Soweit Mitarbeiter unzutreffende Leistungen eingetragen hätten, habe er versucht, diese Fehler zu korrigieren. Schon in anderen Verfahren habe die Beklagte unzutreffender Weise behauptet, dass Leistungen nicht erbracht worden seien. Ganzlich unverständlich sei die Zurückhaltung der Gelder für die Versicherten F, K1, A, der Gastfamilie P, D2 und D1, K und S, da es einzig Sache der Versicherten sei, mit welcher Leistungserbringung sie ihn – den Kläger – beauftragten. Er als Leistungserbringer habe nicht die Notwendigkeit einer einzelnen Leistung zu beurteilen, sondern die sachliche Richtigkeit der Durchführung der erbrachten Leistung zu gewährleisten. Mit Ausnahme der – allerdings weitgehend unzutreffenden – Kritik hinsichtlich der Gastfamilie P sei er bisher nie wegen einer falschen Durchführung kritisiert, sondern vielmehr von den Patienten und Ärzten wegen der Sorge um die Patienten gelobt worden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen (Schriftsatz vom 17. Juli 2012). Sie verwies darauf, dass im streitbefangenen Zeitraum Pfändungen des Finanzamts und der Waldorfschule vorlägen, die mit Vergütungsansprüchen des Klägers bedient worden seien. Hiervon seien geltend gemachte Forderungen in nicht unerheblichem Umfang betroffen. Die nicht bezahlten Rechnungen beträfen Versicherte, bei denen im Rahmen der MDK-Prüfung sowie nach Angaben der Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder der Pflegekräfte eine Falschabrechnung festgestellt worden sei und bei denen der Kläger in der Folge in unveränderter (falscher) Höhe Leistungen abgerechnet habe. Die Falschabrechnungen hätten sich auch im Rahmen der strafrechtlichen Ermittlungen bestätigt. Hinsichtlich der abgerechneten Leistungen in der Wohnanlage P seien diese nicht in der gesetzlich/vertraglich vorgeschriebenen Art und Weise sowie Qualität durch angestellte Pflegekräfte des Klägers erbracht worden. Hierzu verwies sie auf die Feststellung der Kriminalpolizei und die Einlassungen der in dem Verfahren [S 8 P 2077/11](#) (fristlose Kündigung Versorgungsvertrag) gehörten Zeugen. Sowohl im Rahmen der MDK-Prüfungen als auch der Befragungen durch die Kriminalpolizei sei festgestellt worden, dass der Pflegedienst nicht erbrachte Leistungen gegenüber der Pflegekasse und den Pflegebedürftigen abgerechnet habe. Die Darstellung des Klägers, dass anstelle der vereinbarten (notwendigen) Leistungen, andere Leistungen erbracht worden seien, die den Anspruch auf Sachleistungen der jeweiligen Pflegestufe überstiegen hätten, sei nach ihrer Feststellung falsch. Sie gehe nach aktuellem Stand davon aus, dass sie gegenüber dem Kläger noch erhebliche Rückforderungsansprüche wegen zu Unrecht abgerechneter Leistungen habe.

Das Amtsgericht Konstanz bestelle mit Beschluss vom 24. Juli 2012 (40 IN 70/12) Rechtsanwalt H3 als vorläufigen Insolvenzverwalter und ordnete u.a. ein Verfügungsverbot des Schuldners (Kläger) an. Mit Beschluss vom 1. Oktober 2012 eröffnete es über das Vermögen des Klägers das Insolvenzverfahren

und ernannte Rechtsanwalt H3 als Insolvenzverwalter. Dieser gab am 1. Oktober 2012 den Geschäftsbetrieb des Klägers in der Alten- und Krankenpflege aus dem Insolvenzbeschluss frei, nachfolgend auch die Ansprüche des Klägers gegenüber der Beklagten betreffend das Jahr 2010 über 37.862,86 € und das Jahr 2011 über 31.294,47 € (Freigabeerklärung vom 17. Januar 2013).

Mit Schriftsatz vom 20. August 2012 (Nachtrag zur Klage) korrigierte der Kläger die geltend gemachten Forderungen für 2010 auf 29.344,25 € und für 2011 auf 31.379,01 € und machte für das Jahr 2012 weitere 3.248,59 €, mithin nunmehr einen Gesamtbetrag von 63.971,85 € geltend. Hierzu legte er eine (neue) Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge für den Leistungszeitraum von Januar 2010 bis März 2012 vor, in der er im Vergleich zu der zuvor vorgelegten Aufstellung Korrekturen vorgenommen hatte (u.a. offene Forderungen bezüglich A: Juli und August 2010, Februar, April, Mai und November 2011, bezüglich B: September bis Dezember 2010, bezüglich D1: Juli bis November 2010 und Januar 2011, bezüglich R D: April sowie Juni bis November 2010, bezüglich F: Juli bis November 2010, Januar bis Oktober 2011, bezüglich K: April, Mai, Oktober und November 2011, bezüglich K1: Juli bis Dezember 2010 sowie März bis Dezember 2011, bezüglich S: Februar sowie November 2011). Darüber hinaus legte er zahlreiche weitere Unterlagen vor, u.a. sog. Stundenleistungs-Nachweise und Rechnungen für häusliche Pflegehilfe, mit denen er der Beklagten jeweils im Vormonat erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt hatte. Teilweise war diesen das Dokumentationsblatt (»Durchführungskontrolle Pflege«) des abgerechneten Vormonats beigelegt (A: Rechnungen vom 5. August und 24. September 2010, 7. März, 3. Mai, 6. Juni und 7. Dezember 2011 über jeweils 440,00 €; B: Rechnungen vom 8. Oktober und 5. November 2010 über jeweils 440,00 €; D1: Rechnungen vom 5. August, 8. September, 8. Oktober, 5. November und 3. Dezember 2010, Rechnung ohne Datum und ohne Angabe der erbrachten Leistungen für den Monat Januar 2011, über jeweils 440,00 €; R D: Rechnungen vom 7. Mai, 3. Juli, 5. August, 8. September, 8. Oktober, 5. November und 3. Dezember 2010 über jeweils 1.510,00 €; F: Rechnungen vom 5. August, 16. September, 8. Oktober, 5. November und 3. Dezember 2010, Rechnung ohne Datum und ohne Angabe der erbrachten Leistungen für den Monat Januar 2011, Rechnungen vom 4. März, 4. April, 5. Mai, 6. Juni, 2. Juli, 4. August, 8. September, 11. Oktober und 9. November 2011, über jeweils 1.510,00 €; K1: Rechnungen vom 5. August, 2. September, 8. Oktober, 5. November und 3. Dezember 2010, 4. April, 4. Mai, 6. Juni, 2. Juli, 5. August, 8. September, 11. Oktober, 5. November und 5. Dezember 2011 sowie 3. Januar 2012 über jeweils 440,00 €; K: Rechnungen vom 3. Mai, 6. Juni, 5. November und 20. Dezember 2011 über 236,01 €, 275,55 €, 232,95 € sowie 83,57 €; S: Rechnungen vom 4. März und 5. Dezember 2011 über 1.040,00 € bzw. 211,13 €).

Die Beklagte erachtete die Aufstellung des Klägers über nicht bezahlte Rechnungen weiterhin nicht für nachvollziehbar. Er habe keine substantiierte Aufstellung über gestellte Rechnungen und erhaltene Zahlungen bzw. Teilzahlungen vorgelegt. Sie wiederholte ihre Einschätzung, wonach die geltend gemachten Vergütungen in nicht unerheblichem Umfang Monate betreffen, in

denen mit der Vergütung Pfändungen bedient worden seien; die nicht bezahlten Rechnungen beträfen Versicherte, bei denen eine Falschabrechnung festgestellt worden sei (Schriftsatz vom 6. Dezember 2012).

In dem sodann am 16. April 2013 durchgeführten Erörterungstermin ordnete das SG im Hinblick auf das Strafverfahren und das zwischenzeitlich anhängige Berufungsverfahren wegen fristloser Kündigung des Versorgungsvertrages das Ruhen des Verfahrens an.

Mit Anklageschrift vom 16. Juli 2013 erhob die Staatsanwaltschaft Konstanz beim Amtsgericht Konstanz – Schöffengericht – wegen eines tatmehrheitlich in 87 Einzelfällen (manipulierte Rechnungen über Pflegesachleistungen und Verhinderungspflege) begangenen Betruges im besonders schweren Fall Anklage. In der Hauptverhandlung vom 5. November 2013 vernahm das Amtsgericht P1. als Zeugin. Dem schloss sich eine Verständigung nach [§ 257c](#) Strafprozessordnung (StPO) an, in deren Rahmen der Kläger die Taten einräumte. Das Amtsgericht Konstanz verurteilte den Kläger sodann mit Urteil vom 5. November 2013 wegen Betrugs in 81 tatmehrheitlichen Fällen (manipulierte Rechnungen über Pflegesachleistungen bzgl. der Versicherten B2, B1 und H sowie über Verhinderungspflege bzgl. der Versicherten B2, H4, F2 und H im Zeitraum zwischen Februar 2007 bis September 2010) zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Ausweislich seines Urteils sah es das Amtsgericht Konstanz als erwiesen an, dass der Kläger im Hinblick auf die genannten Versicherten gegenüber den Pflegekassen nicht erbrachte Leistungen abgerechnet hatte. In Bezug auf die Wohngemeinschaft der P führte es aus, dass kein Mitglied der Familie P beim Kläger als Arbeitnehmer angestellt gewesen sei. Der mit P1. geschlossene Arbeitsvertrag und ihre zum Schein erfolgte Anmeldungen hätten lediglich dazu gedient, Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung mit den jeweiligen Krankenkassen bzw. den pflegebedürftigen Personen oder den Sozialleistungsträgern abrechnen zu können. P1. sei auch nicht in den Betrieb des Klägers eingegliedert gewesen und bezüglich der erbrachten pflegerischen Leistungen habe es keine Anweisungen, Kontrollen oder Aufsicht durch den Kläger gegeben. Der Kläger habe P1. einmal monatlich frei erfundene Leistungsnachweise über angeblich erbrachte Pflegeleistungen zur Unterzeichnung vorgelegt bzw. diese von ihr nach einem Mustervordruck erstellen lassen. Mit diesen Leistungsnachweisen habe der Kläger dann Pflegesachleistungen mit den Pflegekassen bis zum Höchstsatz der jeweiligen Pflegestufe und bei dem Versicherten B2 den darüberhinausgehenden Betrag mit dem Sozialhilfeträger abgerechnet. Ihm sei bekannt gewesen, dass die Pflege nicht nur von P1., sondern auch von den weiteren Familienangehörigen durchgeführt worden sei. Außerdem habe er wiederholt Verhinderungspflege nach [§ 39 SGB XI](#) geltend gemacht und dabei wahrheitswidrig behauptet, die private Pflegeperson P2 sei an der Pflege gehindert gewesen, wodurch Kosten entstanden seien, obwohl sie tatsächlich zu keinem Zeitpunkt verhindert gewesen sei und tatsächlich auch keine Kosten entstanden waren.

Nach Wiederanrufung des Verfahrens S 8 P 1524/12, das nunmehr unter dem Aktenzeichen S 8 P 376/14 weitergeführt wurde, legte der Kläger mit

Schriftsatz vom 6. März 2015 zahlreiche Unterlagen unterschiedlichster Art vor, u.a. wiederum sog. Stunden-Leistungsnachweise und Listen über Einsatzzeiten bei verschiedenen Versicherten u.a. im Juni 2010 und machte geltend, hierdurch werde hinreichend belegt, dass die abgerechneten Leistungen erbracht worden seien.

In dem weiteren Erörterungstermin des SG am 18. März 2015 nahm der Kläger die Klage insoweit zurück, als Vergütungen für Pflegeleistungen gegenüber den Versicherten B2, H und B1 geltend gemacht wurden.

Mit Schriftsatz vom 28. März 2015 machte der Kläger sodann (weitere) Zahlungsbeträge in Höhe von 1.960,00 €, 27.770,00 € und 2.620,00 €, mithin insgesamt 32.350,00 € geltend und begründete diese Forderung damit, dass ihm in dieser Höhe als Teilforderung für die erbrachten Leistungen gegenüber den in der Anlage aufgeführten Versicherten das entsprechende Pflegegeld zustehe. Den insoweit geltend gemachten Anspruch trennte das SG mit Beschluss vom 27. Mai 2015 unter Weiterführung unter dem Aktenzeichen S 8 P 1127/15 von dem Verfahren S 8 P 376/14 ab.

Mit Schriftsatz vom 30. Juli 2015 legte die Beklagte eine Aufstellung der ihr vorliegenden Rechnungen des Klägers vor, die die hierauf gezahlten bzw. verrechneten Beträge ausweist. Hierzu führte sie aus, nach den ihr vorliegenden Rechnungsbelegen sei die Forderung des Klägers auf 42.158,59 € zu korrigieren. Die Gesamtforderung in den Jahren 2010, 2011 und 2012 belaufe sich auf 58.118,29 €. Hiervon habe sie 10.759,90 € verrechnet und 5.199,80 € an den Kläger angewiesen, sodass noch 42.158,59 € offen seien.

Hiergegen erhob der Kläger Einwendungen und legte mit Schriftsatz vom 2. April 2016 eine weitere (neue) Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge für den Zeitraum ab Januar 2010 (Stand 16. März 2016) vor. Darin waren im Vergleich zu der zuletzt mit Schriftsatz vom 20. August 2012 vorgelegten Aufstellung Forderungen für einzelne Monate als „bezahlt“ aus früherer Aufstellung entfernt und für einzelne andere Monate neue Forderungen bzw. neue Beträge aufgeführt, die mit „neu aufgeführt“ oder „Betrag korrigiert“ gekennzeichnet waren.

In dem weiteren Erörterungstermin vom 17. Februar 2017 nahm der Kläger die Klage insoweit zurück, als er eine Vergütung für Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten S1 geltend machte. Zur weiteren Verfahrensweise wurde vereinbart, dass der Kläger unter Beibringung entsprechender Dokumentationen (zunächst) den geltend gemachten Anspruch für die Versicherten D1 und D2 sowie K1 belegt und diesen beziffert und die Beklagte hierzu Stellung nehmen könne.

Der Kläger legte sodann mit Schriftsatz vom 4. April 2017 im Hinblick auf die Versicherte K1 beispielhaft für die Monate Juli 2010 und Juli 2011 Einsatzpläne, Dienstpläne und Rechnungen mit den jeweiligen Durchführungskontrollblättern vor und mit Schriftsatz vom 5. April 2017 zahlreiche weitere Unterlagen hinsichtlich der Versicherten D1 und D2.

Mit Schriftsatz vom 16. Juni 2017 konkretisierte der Kläger die mit der Klage beanspruchte Vergütung dahingehend, dass für Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten A insgesamt 3.080,00 € (für Juli, August, November und Dezember 2010, Februar, April und Mai 2011 monatlich jeweils 440,00 €), gegenüber dem Versicherten B insgesamt 880,00 € (für September und Oktober 2010 monatlich jeweils 440,00 €), gegenüber der Versicherten D1 insgesamt 2.640,00 € (für Juli bis Dezember 2010 monatlich jeweils 440,00 €), gegenüber dem Versicherten R D insgesamt 11.899,69 € (für April 2010 und Juni bis Dezember 2010 monatlich jeweils 1.510,00 € und für September 2010 1.319,69 €), gegenüber dem Versicherten F insgesamt 24.160,00 € (für Juli 2010 bis Oktober 2011 monatlich jeweils 1.510,00 €), gegenüber dem Versicherten F1 insgesamt 2.080,00 € (für November und Dezember 2010 jeweils 1.040,00 €), gegenüber der Versicherten K insgesamt 1.189,97 € (für November 2010 206,81 €, für Dezember 2010 155,08 €, für April 2011 236,01 €, für Mai 2011 275,55 €, für Oktober 2011 232,95 €, für November 2011 83,57 €), gegenüber der Versicherten K1 insgesamt 6.160,00 € (für Juli bis November 2010 sowie März bis Dezember 2011 monatlich jeweils 440,00 €) und gegenüber der Versicherten S insgesamt 4.153,59 € (für August 2010 822,46 €, November und Dezember 2010 sowie Februar 2011 jeweils 1.040,00 € und November 2011 211,13 €) und gegenüber der Versicherten D1 441,00 € (für Oktober 2010) zu zahlen seien, insgesamt mithin ein Gesamtbetrag in Höhe von 56.684,25 €.

Mit Beschluss vom 8. Dezember 2017 trennte das SG von dem Rechtsstreit S 8 P 376/14 die vom Kläger geltend gemachten Forderungen insoweit ab, als sie sich auf die Versicherten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S bezogen und führte dieses Verfahren unter dem neuen Aktenzeichen [S 8 P 2636/17](#) weiter.

Im weiteren Verlauf dieses Verfahrens legte die Beklagte mit Schriftsatz vom 14. Juni 2018 Belege für die mit Schriftsatz vom 30. Juli 2015 vorgelegte Aufstellung der zahlbar gemachten Rechnungen vor, deren Richtigkeit bzw. Nachvollziehbarkeit der Kläger bestritt.

Mit Urteil vom 13. September 2018 wies das SG die Klage ([S 8 P 2636/17](#)) im Wesentlichen mit der Begründung ab, dem Kläger stehe ein Vergütungsanspruch nicht zu, da durch seinen Pflegedienst zumindest Teile der Leistungen nicht ordnungsgemä erbracht worden seien. Leistungserbringern stnden für Leistungen, die sie unter Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen bewirkt hätten, auch dann keine Vergütung zu, wenn die Leistungen im übrigen ordnungsgemä erbracht seien (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 17. Mai 2000 [B 3 KR 19/99 B](#) sowie BSG, Urteil vom 8. September 2004 [B 6 KA 14/03](#)). Dies beruhe auf einer für den Bereich des Sozialversicherungsrechts geltenden streng formalen Betrachtungsweise. Auch Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung oder Geschäftsführung ohne Auftrag schieden in diesen Fällen aus. Vorliegend könnte somit dahinstehen, ob von den vom Kläger geltend gemachten Abrechnungen teilweise für einzelne Patienten und einzelne Monate die Rechnungen ordnungsgemä, insbesondere

im Hinblick auf Dokumentation oder Mitarbeiter erbracht worden seien, da der KlÄxger jedenfalls durch fehlerhafte Abrechnungen seine gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenÄ¼ber den Pflegekassen grÄ¼blich verletzt habe. Dies fÄ¼hre zu einem vollstÄ¼ndigen Entfallen des VergÄ¼tungsanspruchs, selbst wenn die Leistungen im Ä¼brigen ordnungsgemÄ¼Ä erbracht worden sein sollten. Der KlÄxger habe seine gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenÄ¼ber der Beklagten verletzt. Er habe ihr gegenÄ¼ber auch noch in den hier ab Januar 2010 streitigen Zeitraum hinein Leistungen abgerechnet, auf deren VergÄ¼tung er keinen Anspruch gehabt habe. Sein Abrechnungsverhalten lasse nur den Schluss zu, dass es ihm darum gegangen sei, ohne konkrete Leistungserbringung Zahlungen fÄ¼r Pflegesachleistungen, mÄ¼glichst die gesetzlichen HÄ¼chstbetrÄ¼ge, zu erhalten. Eine Vielzahl von fehlerhaften Abrechnungen stehe fÄ¼r die Kammer â wie auch fÄ¼r das LSG Baden-WÄ¼rttemberg ausweislich seines Urteils vom 12. Dezember 2014 (a.a.O.) â bereits aufgrund des GestÄ¼ndnisses des KlÄxgers im Strafverfahren fest. Er habe zugegeben, Pflegesachleistungen fÄ¼r die Versicherten B2, H und B1 mit einem Gesamtbetrag von Ä¼ber 60.000,00 â zu Unrecht abgerechnet zu haben und ferner Verhinderungspflege u.a. hinsichtlich der Versicherten B2 und H geltend gemacht zu haben, wodurch sich aufgrund dieser fehlerhaften Abrechnungen ein Betrag von insgesamt 75.126,42â ergeben habe. UnabhÄ¼ngig von seinem GestÄ¼ndnis ergebe sich seine fehlerhafte Abrechnung auch aus seinem eigenen Vorbringen in den Verfahren [S 8 P 2077/11](#) und [L 4 P 2949/12](#) und den vom SG gehÄ¼rten Zeuginnen. FÄ¼r Bewohner der Wohngemeinschaft P seien Pflegesachleistungen zu Unrecht abgerechnet worden, wobei Leistungen zu einem erheblichen Teil nicht durch bei ihm angestellte PflegekrÄ¼fte erbracht worden seien und die Angaben in den Leistungsnachweisen zur Person, die die Leistung ausgefÄ¼hrt habe, unzutreffend gewesen seien. Die gemachten Angaben hÄ¼tten nur dazu gedient, den Pflegekassen als KostentrÄ¼ger vorzutÄ¼uschen, dass eine ordnungsgemÄ¼Ä Versorgung der Versicherten durch eine Person, die nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen Pflegesachleistungen ausfÄ¼hren dÄ¼rfe, erfolge. Schon aufgrund der eigenen Einlassungen des KlÄxgers im Verfahren [L 4 P 2949/12](#), er habe die einzelnen Leistungsmodule nicht immer korrekt abgerechnet und mehr Leistungen erbracht, als er abgerechnet habe, zeige die Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnungen. Zu Unrecht habe er darÄ¼ber hinaus Leistungen der Verhinderungspflege geltend gemacht, obwohl Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes keine verhinderte Pflegeperson sein kÄ¼nnten. Zu grÄ¼blichen Pflichtverletzungen sei es auch bei der Abrechnung von Pflegeleistungen in der Wohngemeinschaft in E bezÄ¼glich der Versicherten D2 und D2 gekommen, wie die Beweisergebnisse in dem Parallelverfahren [S 8 P 2741/14](#) ergeben habe, auch wenn diese Verfehlungen nicht Gegenstand des Strafverfahrens gewesen seien. Schlie¼lich zeige auch das Vorgehen des KlÄxgers bei der Pflege des Versicherten D2 einen Versto¼ gegen vertragliche Vereinbarungen, da etwa fÄ¼r Juni 2010 umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme abgezeichnet worden sei, obwohl der Versicherte D2 nach Angabe seiner bei ihm wohnenden Mutter D1 allein habe essen kÄ¼nnen und eine Beaufsichtigung bei der Nahrungsaufnahme nicht benÄ¼tigt habe. Zusammenfassend stehe dem KlÄxger aufgrund seiner festgestellten umfangreichen VerstÄ¼Ä gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen fÄ¼r die streitgegenstÄ¼ndlichen Leistungen keine

Vergütung zu. Es habe aufgrund der vorzunehmenden formalen Betrachtungsweise nicht mehr geprüft werden müssen, ob von ihm überhaupt einzelne Leistungen im streitigen Zeitraum ordnungsgemäß erbracht, dokumentiert und abgerechnet worden seien. Es habe daher auch nicht mehr geprüft werden müssen, ob einzelne Forderungen tatsächlich wie von der Beklagten behauptet durch Aufrechnung erloschen seien. Auch eine mögliche Verjährung der mit Klageerweiterung vom 5. April 2016 erstmals geltend gemachten Forderung aus den Jahren 2010 und 2011 sei daher nicht mehr näher zu erörtern.

Gegen das ihm am 18. Oktober 2018 zugestellte Urteil hat der Kläger am 9. November 2018 beim LSG Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Er hat Einwendungen gegen den Verfahrensverlauf erhoben und geltend gemacht, das SG habe seine Belange nicht ausreichend berücksichtigt. Das SG habe nur pauschal aus dem Gutachten des MDK zitiert, das nur vier ambulant versorgte Personen nenne. Der Darstellung des MDK werde widersprochen. In Bezug auf die Versicherten K1 sowie D1 und D2 habe er mit Schriftsätzen vom 4. und 5. April 2017 sehr ausführlich die Beschuldigungen widerlegt und in Bezug auf den Versicherten F liege eine Versicherung der Ehefrau vor, die die Leistungserbringung vollumfänglich bestätige. Der Versicherte F1 sei nicht zu Hause gewesen, sodass er gar nicht habe begutachtet werden können. Trotzdem sei die angeblich nicht erbrachte Leistung vom MDK beurteilt worden. Das SG sei einzig in zwei Sätzen auf die gegenüber neun Patienten ambulant erbrachten Leistungen mit vielen unterschiedlichen Modulen eingegangen und soweit es dabei festgestellt habe, dass die Erbringung eines Moduls (Essensausgabe) bei einem einzigen Patienten fehlerhaft sei, sei dies unzutreffend. Insoweit stütze sich das SG auf die Aussage der Mutter des Versicherten D2, D1, die selbst stark pflegebedürftig sei und übergehe völlig die von ihm mit Schriftsatz vom 5. April 2017 vorgelegten Beweise. Schon im Jahre 2010 habe er gegenüber der Beklagten belegt, dass die Aussage des MDK (Gabe von Essen an den Sohn sei nicht nötig gewesen) unzutreffend und verleumderisch sei. Insoweit legte er die Stellungnahme von deren Tochter (S3) gegenüber der Kriminalpolizei vom 26. September 2011 vor. Der Versicherte D2 sei in Pflegestufe 3 eingestuft gewesen, was einen sehr hohen Pflegeaufwand (vier Stunden täglich) bedingt habe. Mehrere seiner Angestellten seien bei der Pflege und Betreuung dieses Versicherten viele Stunden täglich eingesetzt gewesen und hätten das Essen begleitet und dabei auch konkret eingegriffen. Das SG habe darüber hinaus unberücksichtigt gelassen, dass die Kontrollbesuche des MDK im Juli und September 2010 erfolgt seien, während die hier streitigen Leistungen bereits zuvor ab April 2010 stattgefunden hätten, weshalb die Nichtzahlung nicht mit den später erfolgten Kontrollbesuchen begründet werden könne. Bei den unangekündigten Kontrollen habe der MDK die Versicherten auch nur für kurze Zeit gesehen und unzulässiger Weise eine Einschätzung eines Pflegebedarfs insgesamt vorgenommen. Der MDK habe zudem nicht gefragt, welche Vereinbarung zwischen den Versicherten und ihm über gewünschte Leistungen, die nicht mit dem Pflegebedarf identisch sein müssten, vorgelegen hätten. Die Pflegeerbringung bei dem Versicherten F1 habe der MDK absolut negativ dargestellt und bewertet, obwohl der Versicherte bei dem vorgesehenen Hausbesuch nicht zu Hause gewesen sei und daher nicht habe

begutachtet werden können. Entsprechendes gelte für die Versicherte K, die bettlägerig gewesen sei, auf das Klingeln der Gutachterinnen nicht aufgemacht habe und daher ebenfalls nicht begutachtet werden können. Dabei handle es sich um gravierende und gravierende Mängel. Zu Unrecht beziehe sich das SG im Übrigen auf sein eigenes Urteil zur Kündigung des Versorgungsvertrages und auf das Strafurteil des Amtsgerichts Konstanz, das wiederum Bezug nehme auf dieses Urteil (âalso ein Kreis, der sich gegenseitig begründet und verstärktâ). Er habe bewiesen, dass das Strafurteil unter Nötigung erfolgt sei. Wie bekannt sei, habe er Antrag auf Wiederaufnahme des Strafverfahrens gestellt. Dargelegt habe er auch, dass die Leistungserbringung in der Wohngemeinschaft P und auch in den anderen Wohngemeinschaften ordnungsgemäß von seinen Mitarbeitern erbracht worden sei. Auch habe er durch Vorlage vieler Schriftstücke aufgezeigt, dass die Erbringung der Verhinderungspflege in der Wohngemeinschaft P und der Wohngemeinschaft G (E) ordnungsgemäß erfolgt sei. Soweit das SG sich auf die Entscheidungen des BSG vom 17. Mai 2000 ([a.a.O.](#)) und 8. September 2004 ([a.a.O.](#)) berufen habe, seien diese vorliegend nicht einschlägig, da sie das Apothekerrecht bzw. Krankenversicherungsrecht betreffen. Auch sei das SG sehr ausführlich auf seine besonderen Pflege- und Betreuungsangebote, nämlich die Wohngemeinschaften eingegangen, obwohl dieser Sachverhalt mit der vorliegenden Klage nichts zu tun habe, weil die Klage nur Versicherte betreffe, die in ihrer eigenen Wohnung gelebt hätten. Es sei unzulässig, diese unterschiedlichen Versorgungssituationen gleich zu behandeln. Denn die Angebote der Rund-um-Versorgung bedingten den tatsächlichen Verhältnissen angepasste Struktur- und Durchführungsbedingungen. Mit seiner Struktur und auch dem überwachten Einsatz von Pflegehilfen habe er sehr stark dem Wirtschaftlichkeitsgebot gedient. Denn der Einsatz von Pflegefachkräften, auch dort wo es fachlich nicht nötig sei, führe zu überhöhten Ausgaben beim SGB XI. Der Kläger hat weitere Unterlagen vorgelegt, u.a. seine Ausführungen vom 13. Februar 2020 in dem Wiederaufnahmeverfahren 107 AR 44/15.

Der Kläger beantragt sinngemäß schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 13. September 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 56.233,25 â zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem Zeitpunkt der jeweiligen Fälligkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Da vom Kläger zumindest Teile der Leistungen nicht ordnungsgemäß erbracht worden seien, was durch etliche Sozialgerichtsverfahren, die stets zu Ungunsten des Klägers entschieden bzw. von ihm zurückgenommen worden seien, bewiesen sei, bestehe kein Vergütungsanspruch. Angesichts dessen und der Prüfungen des MDK sei für die Abrechnungen der Jahre 2010, 2011 und 2012 zu unterstellen, dass die Leistungen nicht ordnungsgemäß erbracht bzw. abgerechnet worden seien. Wie

schon im erstinstanzlichen Verfahren werde auch aus der Begründung der Berufung nicht deutlich, welche Forderungen der Kläger letztlich noch stelle. Es sei erforderlich, die noch offenen Forderungen zu den jeweiligen Leistungsfällen mit Angabe der Rechnungsnummer und dem Betrag zu benennen. Weiter sei von ihm im jeweiligen Einzelfall durch Vorlage des Dienstplanes, der Arbeitsverträge und Qualifikationsnachweise der eingesetzten Personen die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen zu beweisen. Im Hinblick auf die Klageerweiterung vom 5. April 2016 werde der Einwand der Verjährung für die neu erhobenen Forderungen erhoben.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verfahrensakten des Senats und des SG, die Akten der Verfahren [S 8 P 2077/11](#), [L 4 P 2949/12](#), [S 8 P 2078/11](#) ER, [L 4 P 4355/11](#) ER-B, die Akten des Amtsgerichts Konstanz 7 Ls 61 Js 125/11 sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Ä

Entscheidungsgründe

1. Die gemäß [ÄS 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß [ÄS 143 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, über die der Senat aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([ÄS 153 Abs. 1](#), [124 Abs. 2 SGG](#)), ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da der maßgebliche Beschwerdewert nach [ÄS 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von 750,00 € überschritten ist. Der Kläger begehrt die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von insgesamt 56.233,25 €.

2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren des Klägers auf Zahlung der Vergütungen für in den Jahren 2010 und 2011 erbrachte Pflegeleistungen gegenüber den Versicherten der Beklagten A von insgesamt 3.080,00 € (Monate Juli, August, November und Dezember 2010 sowie Februar, April und Mai 2011; sieben Monate zu je 440,00 €), B von insgesamt 880,00 € (Monate September und Oktober 2010; zwei Monate zu je 440,00 €), D1 von insgesamt 2.640,00 € (Monate Juli bis Dezember 2010; sechs Monate zu je 440,00 €), R D von insgesamt 11.899,69 € (Monate April 2010 sowie Juni bis Dezember 2010; sieben Monate zu je 1.510,00 €, 1.319,69 € für September 2010), F von insgesamt 24.160,00 € (Monate Juli 2010 bis Oktober 2011; 16 Monate zu je 1.510,00 €), F1 von insgesamt 2.080,00 € (Monate November und Dezember 2010; zwei Monate zu je 1.040,00 €), K von insgesamt 1.189,97 € (2010: November 206,81 €, Dezember 155,08 €; 2011: April 236,01 €, Mai 275,55 €, Oktober 232,95 €, November 83,57 €), K1 von insgesamt 6.160,00 € (Monate Juli bis November 2010 sowie März bis Dezember 2011; 14 Monate zu je 440,00 €) und S von insgesamt 4.153,59 € (Monate August,

November und Dezember 2010 sowie Februar und November 2011; drei Monate zu je 1.040,00 â¬, 822,46 â¬ fÃ¼r August 2010 und 211,13 â¬ fÃ¼r November 2011). Der KlÃ¤ger konkretisierte mit Schriftsatz vom 16. Juni 2017 die von ihm beanspruchten VergÃ¼tungen bezÃ¼glich der genannten Versicherten auf die im Einzelnen genannten Monate und die jeweils aufgefÃ¼hrten BetrÃ¤ge. Daraus errechnet sich ein Gesamtbetrag in HÃ¶he von 56.243,25 â¬. Abweichend von diesem Betrag begrenzte der KlÃ¤ger sein Begehren ausweislich seines in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 13. September 2018 gestellten Antrags (vgl. Niederschrift Ã¼ber die mÃ¼ndliche Verhandlung) zuletzt auf die Zahlung von 56.233,25 â¬ zzgl. Zinsen hieraus jeweils ab dem Zeitpunkt der FÃ¤lligkeit. Dieses Begehren verfolgt der KlÃ¤ger mit seiner Berufung weiter.

Soweit der KlÃ¤ger mit seiner Klage bzw. seinem âNachtrag zur Klageâ (Schriftsatz vom 20. August 2012) eine VergÃ¼tung hinsichtlich der Versicherten A auch fÃ¼r den Monat November 2011, hinsichtlich des Versicherten B auch fÃ¼r die Monate November und Dezember 2010, hinsichtlich der Versicherten F und F1 auch fÃ¼r den Monat Januar 2010, hinsichtlich der Versicherten K auch fÃ¼r den Monat Januar 2011, hinsichtlich der Versicherten K1 auch fÃ¼r den Monat Dezember 2010 und hinsichtlich der Versicherten S auch fÃ¼r die Monate April, Mai und Juni 2011 geltend machte, hat er dieses Begehren im weiteren Verlauf des Klageverfahrens nicht mehr aufrechterhalten und seine Forderung mit Schriftsatz vom 16. Juni 2017 auf die oben dargelegten Leistungsmonate beschrÃ¤nkt.

Nicht (mehr) Gegenstand des Verfahrens sind die vom KlÃ¤ger mit der Klage zunÃ¤chst noch geltend gemachten VergÃ¼tungsansprÃ¼che fÃ¼r Pflegeleistungen gegenÃ¼ber den Versicherten der Beklagten B2, H, B1, R1, D1, L und H2. Soweit der KlÃ¤ger VergÃ¼tungen fÃ¼r Pflegeleistungen gegenÃ¼ber den Versicherten B2, H und B1 beansprucht hatte, nahm er die Klage im ErÃ¶rterungstermin des SG vom 18. MÃ¤rz 2015 zurÃ¼ck und soweit sich die geltend gemachte VergÃ¼tung auf Leistungen gegenÃ¼ber der Versicherten R1 bezogen hatte, nahm er die Klage im ErÃ¶rterungstermin des SG vom 17. Februar 2017 zurÃ¼ck, wodurch sich die Klage insoweit jeweils erledigte ([Â§ 102 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die im Hinblick auf die Versicherten D1, L und H2 geltend gemachten VergÃ¼tungsansprÃ¼che, blieben weiterhin Gegenstand des Verfahrens SÃ 8Ã P 376/14. Mit Beschluss vom 8. Dezember 2017 trennte das SG von jenem Verfahren nÃ¤mlich nur die Forderungen in Bezug auf die Versicherten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S ab und fÃ¼hrte sie unter dem neuen Aktenzeichen [SÃ 8Ã P 2636/17](#) weiter. Entsprechend war Gegenstand dieses Verfahrens nur die VergÃ¼tung von Leistungen gegenÃ¼ber den aufgefÃ¼hrten Versicherten. Zu Recht entschied das SG daher auch nur Ã¼ber VergÃ¼tungsansprÃ¼che fÃ¼r Leistungen gegenÃ¼ber diesen Versicherten.

3. Die Berufung des KlÃ¤gers ist nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der KlÃ¤ger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung einer VergÃ¼tung fÃ¼r Pflegeleistungen gegenÃ¼ber den Versicherten der Beklagten A, B, D1 und D2, F, F1, K1, K und S von insgesamt 56.233,25 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen.

a. Die Klage ist zulässig. Der Kläger hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Pflegesachleistungen eines Versicherten gerichteten Klage eines Leistungserbringers gegen eine Pflegekasse um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 7. Oktober 2010 [âB 3 P 4/09 R](#) [â juris](#), Rn. 9; vgl. auch BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 [âB 1 KR 19/19 R](#) [â juris](#), Rn. 8 m.w.N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. BSG, Urteil vom 13. November 2013 [âB 3 KR 33/12 R](#) [â juris](#), Rn. 9). Der Kläger hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchener Kommentar zur ZPO, 6. Aufl. 2020, [Â§ 253 Rn. 132](#)).

b. Der Kläger ist prozessführungsbefugt, mithin berechtigt, den Anspruch in eigenem Namen geltend zu machen. Nach Klageerhebung wurde das Verfahren im Hinblick auf den Beschluss des Amtsgerichts Konstanz vom 24. Juli 2012 durch Bestellung eines vorläufigen Insolvenzverwalters und Erlass eines allgemeinen Verfügungsverbots (vgl. [Â§ 21 Abs. 2](#) Insolvenzordnung [InsO]) zwar gemäß [Â§ 202 SGG](#) i.V.m. [Â§ 240 Satz 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) unterbrochen. Jedoch gab der Insolvenzverwalter, nachdem er am 1. Oktober 2012 die selbständige Tätigkeit des Klägers in der Alten- und Krankenpflege gemäß [Â§ 35 Abs. 2 InsO](#) aus dem Insolvenzbeschluss freigegeben hatte, mit Freigabeerklärung vom 17. Januar 2013 auch die vom Kläger mit seiner Klage gegenüber der Beklagten geltend gemachten Ansprüche aus dem Jahr 2010 über 37.862,86 € und aus dem Jahr 2011 über 31.294,47 € frei. Mit Freigabe der im Streit stehenden Vergütungsansprüche gehörten diese zur insolvenzfremen Masse und standen in der alleinigen Verfügungsbefugnis des Klägers ([Â§ 35 Abs. 2 und 3 InsO](#); vgl. Braun/Bauerle, 9. Aufl. 2022, [InsO Â§ 35](#) Rn. 14, 16). Gleichzeitig endete die Unterbrechung des Verfahrens. Der Kläger ist mithin berechtigt, die im Streit stehenden Vergütungsansprüche in eigenem Namen geltend zu machen.

c. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ist [Â§ 72 Abs. 4 Satz 3](#) i.V.m. [Â§ 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und [Â§ 89 SGB XI](#) in der Fassung des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 ([BGBl. I S. 874](#)) i.V.m. dem zwischen dem Kläger und den Landesverbänden der Pflegekassen am 23. März 1999 geschlossenen Versorgungsvertrag und den darin in Bezug genommenen Regelungen.

Gemäß [Â§ 72 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) wird die Pflegeeinrichtung mit Abschluss des Versorgungsvertrages für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach [Â§ 37 Abs. 3 SGB XI](#) auf Anforderung des Pflegebedürftigen ([Â§ 72 Abs. 4 Satz 2 SGB XI](#)). Nach [Â§ 72 Abs. 4 Satz 3 SGB XI](#) sind die Pflegekassen verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen nach

Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüteten. So erhalten gemäß [Â§ 82 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI](#) u.a. zugelassene Pflegedienste nach Maßgabe dieses (achten) Kapitels eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung). Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach [Â§ 90 SGB XI](#) Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Abs. 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart ([Â§ 89 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)). Sie muss leistungsgerecht sein (Satz 2).

Auf diese Regelungen nimmt auch der mit dem KIäger geschlossene Versorgungsvertrag vom 23. März 1999 Bezug. So bestimmt Â§ 1 (Allgemeine Grundsätze), dass der Vertrag die Versorgung von Pflegebedürftigen regelt, die in ihrem Haushalt oder einen anderen Haushalt, in dem sie aufgenommen sind, durch den Pflegedienst des KIägers gepflegt werden (Abs. 1) und die Pflegekassen verpflichtet sind, die erbrachten Pflegeleistungen nach Maßgabe des auf der Grundlage des Achten Kapitels des SGB XI abgeschlossenen Vergütungsvertrags zu vergüten (Abs. 3). Der Versorgungsvertrag bestimmt in Â§ 3 (Rahmenvertrag), dass die Regelungen des Rahmenvertrages in der jeweils gültigen Fassung gemäß [Â§ 75 Abs. 2 SGB XI](#) im Land für die Vertragsparteien bindend sind (Satz 1). Sie sind Bestandteil des Versorgungsvertrags (Satz 2). Â§ 5 des Versorgungsvertrags regelt den Versorgungsauftrag des KIägers. Nach Abs. 1 dieser Regelung erbringt der Pflegedienst des KIägers im Rahmen seiner personellen Möglichkeiten u.a. Pflegesachleistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach [Â§ 36 SGB XI](#). Nach [Â§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind ([Â§ 36 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#) in der hier anzuwendenden Fassung vom 1. Juli 2008, gültig bis 31. Dezember 2014). Nach Â§ 5 Abs. 2 des Versorgungsvertrags umfasst die Versorgungspflicht im Einzelfall die Leistungen, auf die der Pflegebedürftige gegenüber seiner Pflegekasse einen Anspruch hat und die er im Rahmen seiner Wahlfreiheit durch den Pflegedienst erbringen lassen will. Â§ 8 (Vergütung) bestimmt in Abs. 1, dass sich die Vergütung der erbrachten Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach [Â§ 36 SGB XI](#) nach einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien gemäß [Â§ 89 SGB XI](#) richtet. Nach Â§ 9 (Abrechnung) richtet sich die Abrechnung der Leistungen nach den im Rahmenvertrag festgelegten Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten (Abs. 1). Die Abrechnung erfolgt monatlich durch den Pflegedienst bzw. seine Abrechnungsstelle (Abs. 2).

Soweit Â§ 3 des Versorgungsvertrages auf die Regelungen des Rahmenvertrags in der jeweils gültigen Fassung gemäß [Â§ 75 Abs. 2 SGB XI](#) im Land verweist, ist vorliegend der Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß [Â§ 75 Abs. 1 SGB XI](#) für das Land Baden-Württemberg vom 14. März 2000 maßgeblich. Nach Â§ 1 Abs. 5 des Rahmenvertrags erfolgt die Erbringung

der ambulanten Pflegeleistungen in der Form der in Anlage 1 beschriebenen Leistungspakete. Anlage 1 fñhrt zunñchst allgemeine Grundsñtze auf, wobei Grundsatz 1 bestimmt, dass das jeweilige Leistungspaket alle Tñtigkeiten beinhaltet, die nach allgemeiner Lebenspraxis nach fachlichem Standard damit verbunden sind. Nachfolgend werden die einzelnen Leistungspakete (bspw. Groñe Toilette, Kleine Toilette, Mobilisation) aufgefñhrt, nach ihren jeweiligen Inhalten beschrieben und jeweils die fachliche Qualifikation angegeben, die zur Erbringung des jeweiligen Leistungspakets erforderlich ist.

ñ 12 des Rahmenvertrags regelt die Dokumentation der Pflege. Nach Satz 1 hat der Pflegedienst auf der Grundlage der Qualitñtsvereinbarung nach [ñ 80 SGB XI](#) ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu fñhren und beinhaltet u.a. die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, Angaben ñber den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Angaben ñber durchgefñhrte Pflegeleistungen (Satz 2). Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss erkennbar sein, welche Person die jeweilige Leistung erbracht hat (ausgewiesenes Handzeichen mit mindestens zwei Buchstaben) und der Pflegedienst hat eine stets aktuelle Liste der verwendeten Namenskñrzel zu fñhren, aus der die dazugehñrigen Personen sowie deren Qualifikation eindeutig hervorgeht (Sñtze 3 und 4). Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein (Satz 5).

ñ 13 des Rahmenvertrags enthñlt die Regelungen zum Nachweis der Leistungen bzw. des Abrechnungsverfahrens. Abs. 1 bestimmt, dass der Pflegedienst als Grundlage fñr die Abrechnung die von ihm erbrachten Pflegeleistungen in geeigneter Form aufzuzeigen hat. Dies beinhaltet mindestens die Versicherungsnummer des Pflegebedñftigen, den Namen des Pflegebedñftigen, Art und Menge der Leistung und Tagesdatum der Leistungserbringung. Nach Abs. 2 der Regelung sind die vom Pflegedienst durchgefñhrten Leistungen tñglich zu erfassen (Satz 1). Grundlage hierfñr sind die Eintragungen in der Durchfñhrungskontrolle (Satz 2). Die so erfassten Leistungen sind durch den Pflegebedñftigen/Angehñrigen/gesetzlichen Vertreter mindestens monatlich zu bestñtigen (Satz 3). Nach ñ 13 Abs. 4 des Rahmenvertrags ist der Pflegedienst u.a. verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen die von ihm erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschlieñlich des Tagesdatum der Leistungserbringung aufzuzeichnen (Buchst. a). ñ 13 Abs. 5 des Rahmenvertrags bestimmt, dass der Pflegekasse mit der monatlichen Abrechnung der Nachweis ñber die erbrachten Pflegeleistungen gemñß Abs. 2 einzureichen ist.

Im Hinblick auf die Zahlungsweise regelt ñ 15 Abs. 1 des Rahmenvertrags, u.a. dass die Abrechnung der Pflegeleistungen monatlich erfolgt (Satz 1), die Rechnungen bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen sind (Satz 2), die Bezahlung der Rechnungen spñtestens innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder der von der Pflegekasse benannten Abrechnungsstelle erfolgt (Satz 3) und die Pflegekasse die Bezahlung verweigern kann, wenn die Rechnung spñter als zwñlf Monate nach

Leistungserbringung eingereicht wird (Satz 5).

(1) Den vom Kläger für Pflegeleistungen nach Kündigung des Versorgungsvertrags (Bescheid vom 21. Juli 2011) geltend gemachten Vergütungsansprüchen steht nicht bereits die Rechtmäßigkeit der fristlosen Kündigung (Klageabweisung im Verfahren [S 8 P 2077/11](#), Zurückweisung der Berufung im Verfahren [L 4 P 2949/12](#), Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde im Verfahren [B 3 P 1/15 B](#)) und damit die wirksame Beendigung des Versorgungsvertrags mit Zugang des Bescheids vom 21. Juli 2011 entgegen.

Soweit das BSG mit Beschluss vom 17. März 2015 ([B 3 P 1/15](#)) den Beschluss des SG vom 2. September 2011, mit dem dieses die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Bescheid vom 21. Juli 2011 angeordnet hatte, aufhob, kam der daraus resultierenden Beendigung der aufschiebenden Wirkung der Klage – anders als im Regelfall – angesichts des Statuscharakters der erfolgten fristlosen Kündigung des Versorgungsvertrages keine ex tunc-Wirkung zu. Denn zum Schutz des Leistungserbringers und insbesondere auch der Versicherten muss zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Leistung feststehen, ob die Leistung innerhalb des Systems der Pflegeversicherung erbracht und vergütet wird oder ob sie als private Leistung anzusehen ist. Dies wäre nicht gewährleistet, wenn die Beendigung der aufschiebenden Wirkung den eingetretenen Schwebezustand rückwirkend bezogen auf den Zeitpunkt des Erlasses des Kündigungsbescheids beenden würde (vgl. K, in: Meyer-Ladewig/K/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 86a Rn. 11; BSG, Urteil vom 11. März 2009 – [B 6 KA 15/08 R](#) – juris, Rn. 20 ff.).

(2) Auf der Grundlage der dargestellten Regelungen steht dem Kläger der geltend gemachte Anspruch nicht zu. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass der Kläger in den streitbefangenen Monaten von April 2010 bis Dezember 2011 Pflegesachleistungen entsprechend seinen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten der Beklagten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S erbrachte. Damit liegen die Voraussetzungen für die geltend gemachten Vergütungsansprüche nicht vor.

Für den Senat steht fest, dass der Kläger im Zeitraum zwischen Februar 2007 und September 2010 seine gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegekassen verletzte, indem er gegenüber diesen Leistungen abrechnete, auf deren Vergütung er keinen Anspruch hatte und es ihm bei seinem Abrechnungsverhalten darum ging, ohne korrekte Leistungserbringung Zahlungen möglichst in Höhe der gesetzlichen Höchstbeträge für Pflegesachleistungen zu erhalten. Der Senat stützt sich dabei auf das Geständnis des Klägers im Strafverfahren, in dem er zugab, Pflegesachleistungen hinsichtlich des Versicherten B2 für die Zeit vom 1. Februar 2007 bis 30. September 2010 mit einem Gesamtbetrag von 46.046,35 €, hinsichtlich des Versicherten B1 für die Zeit vom 1. bis 15. Januar 2008, 13. Februar bis 31. Dezember 2008, 1. bis 13. Januar 2010 und 11. Februar bis 31. Juli 2010 mit einem Gesamtbetrag von 8.120,00 € und hinsichtlich des Versicherten H für April 2009 und den Zeitraum vom 1. Juni

bis 15. November 2009, 1. Dezember 2009 bis 31. Januar 2010 und April 2010 mit einem Gesamtbetrag von 7.918,07 € zu Unrecht abgerechnet zu haben, ferner Verhinderungspflege hinsichtlich des Versicherten B2 mit einem Gesamtbetrag von 5.844,00 € (Zeiten vom 19. Mai bis 15. Juli 2007, 16. Januar bis 12. Februar 2008, 10. Januar bis 13. Februar 2009 und 14. Januar bis 10. Februar 2010), hinsichtlich des Versicherten H4 mit einem Gesamtbetrag von 4.334,00 € (Zeiten vom 16. Februar bis 15. März 2007, 16. Januar bis 12. Februar 2008 und 14. Januar bis 10. Februar 2009), hinsichtlich der Versicherten F2 mit einem Betrag von 1.432,00 € (Zeit vom 19. Mai bis 15. Juni 2007) sowie hinsichtlich des Versicherten H mit einem Betrag von 1.432,00 € (Zeit vom 16. November bis 13. Dezember 2009). Die fehlerhaften Abrechnungen beliefen sich damit auf einem Gesamtbetrag von 75.126,42 €. Der Senat entnimmt dies dem rechtskräftigen Urteil des Amtsgerichts Konstanz vom 5. November 2011, das auch Grundlage des Urteils vom 12. Dezember 2014 (fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages) war, mit dem der Senat die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 10. Mai 2012 zurückwies. Soweit der Kläger bereits im Rahmen jenes Verfahrens und erneut wiederum in dem anhängigen Verfahren geltend macht, im Strafverfahren vor dem Amtsgericht Konstanz zu seinem Geständnis genötigt worden zu sein, trifft dies nicht zu. Insoweit führte der Senat bereits im Urteil vom 12. Dezember 2014 aus, dass der Kläger sein Geständnis einerseits nach Vernehmung der P1. als Zeugin und Erörterung über eine Verstärkung abgab und sich seine fehlerhafte Abrechnung andererseits aus seinem eigenen Vorbringen im damaligen Verfahren und den Angaben der vom SG in dem Verfahren [S 8 P 2077/11](#) gehörten Zeuginnen ergab (vgl. S. 20/21 der Entscheidungsgründe). Es kann daher keine Rede davon sein, dass verschiedene Gerichte in ihren Urteilen nur gegenseitig aufeinander Bezug genommen hätten. Vor diesem Hintergrund durfte der Senat das Urteil des Amtsgerichts Konstanz vom 5. November 2013 mit den dortigen Feststellungen zur Grundlage seiner Entscheidung machen (so ausdrücklich BSG, Beschluss vom 17. März 2015 – [B 3 P 1/15 S](#) – juris, Rn. 16).

Der Kläger weist zwar zu Recht darauf hin, dass er in dem vorliegenden Rechtsstreit keine Vergütungen für Pflegeleistungen geltend macht, die Gegenstand seiner strafrechtlichen Verurteilung wegen Betrugs waren und der streitigen Vergütung auch keine Leistungen zugrunde liegen, die gegenüber den im Strafverfahren betroffenen Versicherten erbracht wurden. Denn soweit er mit seiner Klage zunächst auch Vergütungen für Pflegeleistungen gegenüber den Versicherten B2, H und B1 geltend machte, nahm der Kläger die Klage im Erörterungstermin des SG vom 18. März 2015 insoweit zurück und Vergütungen für Pflegeleistungen gegenüber den Versicherten H4 und F2 machte der Kläger in dem anhängigen Verfahren zu keinem Zeitpunkt geltend.

Auf Grund des über einen längeren Zeitraum praktizierten Abrechnungsverhaltens des Klägers, das gesetzlichen und vertraglichen Regelungen widerspricht und grobliche Pflichtverletzungen gegenüber den Pflegekassen zeigte, die zu einer strafrechtlichen Verurteilung des Klägers wegen Betrugs führten und die Landesverbände der Pflegekassen berechtigten, den mit dem Kläger geschlossenen Versorgungsvertrag fristlos zu kündigen, ist das

Vertrauensverhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten gleichwohl massiv und nachhaltig erschüttert. Das Vertrauen in die Richtigkeit der Angaben des Leistungserbringers ist aber wesentliches Fundament des Abrechnungssystems für die Pflegesachleistungen, weshalb der Kläger zu Unrecht davon ausgeht, dass seinem Fehlverhalten im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen gegenüber den Versicherten B2, H, B1, H4 und F2 im Hinblick auf die in dem anhängigen Rechtsstreit geltend gemachten Vergütungsansprüche für Leistungen gegenüber anderen Versicherten der Beklagten (A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S) keine Bedeutung beizumessen ist. Hinzu kommt, dass die Abrechnungsprüfungen des MDK allerdings auch in Bezug auf weitere Versicherte Auffälligkeiten zeigten. So weisen die für den MDK erstellten Berichte der Pflegefachkräfte H und B1 vom 13. September 2010 (Abrechnungsprüfung vom 11. August 2010) und 2. November 2010 (Abrechnungsprüfung vom 20. September 2010) Auffälligkeiten in sämtlichen sieben bzw. acht geprüften Stichproben aus, so u.a. auch bezüglich der Versicherten D2 und D1, F, F1 und K1, die im vorliegenden Verfahren betroffen sind. Damit tragen die Prüfergebnisse des MDK auch nicht das Vorbringen des Klägers im Klageverfahren, wonach die Prüfungen des MDK jeweils vollumfänglich bestätigt hätten, dass die auf den Leistungsnachweisen dokumentierten Einsätze stattgefunden hätten. Diese Aussage kann den Ausführungen der Gutachterinnen nicht entnommen werden. Schließlich lässt auch die selbst nach der rechtskräftigen Verurteilung des Klägers noch fortbestehende fehlende Unrechtseinsicht (Festhalten an der bisherigen Position; Bezeichnung des Geständnisses nach erfolgter Verständigung als „Nähtigung“) nicht darauf schließen, dass sich falsche Abrechnungen auf einzelne Versicherte oder einzelne Leistungen beschränkten. Wie die Ausführungen der Gutachterinnen H und B1 in den genannten Berichten zeigen, waren nicht nur die besonderen Pflege- und Betreuungsangebote des Klägers in Form der sog. Wohngemeinschaften betroffen. Denn die Pflege der Versicherten D2 und D1, F, F1 und K1 erfolgte in deren Wohnung im häuslichen Bereich ergänzt durch Pflegesachleistungen. Da somit erhebliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Kläger Pflegesachleistungen auch hinsichtlich weiterer Versicherten und insbesondere auch bezüglich der im vorliegenden Verfahren betroffenen Versicherten nicht korrekt abrechnete, ist es zur Begründung der in dem anhängigen Verfahren geltend gemachten Vergütungsansprüche nicht ausreichend, entsprechend des in § 13 Abs. 5 i.V.m. Abs. 2 Rahmenvertrag vorgesehenen Abrechnungsverfahrens monatliche Abrechnungen unter Beifügung der Durchführungskontrollblätter mit den entsprechenden Eintragungen vorzulegen. Der Kläger hat vielmehr den vollen Beweis für das Vorliegen der anspruchsbegründenden Tatsachen zu erbringen. Hierzu hat er die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und diese insbesondere zu belegen (vgl. BSG, Urteil vom 13. August 2014 – [B 6 KA 41/13 R](#) – juris, Rn. 22 f.) Ist ein solcher Nachweis nicht erbracht, geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers. Unerheblich ist, dass streitbefangen auch Leistungsmonate sind, die zeitlich vor den Abrechnungsprüfungen des MDK im August und September 2010 liegen.

Ausgehend hiervon und dem vom KlÄger gezeigten Verhalten mit Einsatz von PflegekrÄften, die weder bei ihm beschÄftigt waren noch Äber pflegerische Fachkenntnisse verfÄgten, der Manipulation von Leistungsnachweisen und der Abrechnung tatsÄchlich nicht erbrachter Leistungen ist insbesondere darzulegen und durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen, dass die in den streitigen Monaten abgerechneten Pflegeleistungen, soweit der KlÄger sie nicht selbst erbrachte, durch bei ihm angestellte PflegekrÄfte erbracht wurden, diese jeweils Äber die zur Erbringung der jeweiligen Leistungspakete erforderliche Qualifikation verfÄgten und die im einzelnen abgerechneten Leistungspakete auch tatsÄchlich erbracht wurden. FÄr den Nachweis der im einzelnen erbrachten Leistungspakete kann das Pflegedokumentationssystem herangezogen werden, das der KlÄger gemÄß Â 12 des Rahmenvertrags vorzuhalten hat. Die sachgerecht und kontinuierlich gefÄhrte Pflegedokumentation muss u.a. die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, Angaben Äber den Einsatz von Pflegehilfsmitteln sowie Angaben Äber durchgefÄhrte Pflegeleistungen enthalten und darÄber hinaus erkennen lassen, welche Person die jeweilige Leistung erbracht hat, was durch ein Handzeichen mit mindestens zwei Buchstaben auszuweisen ist. Dabei muss aus der gefÄhrten Liste der verwendeten NamenskÄrzel jeweils die dazugehÄrige Person und deren Qualifikation eindeutig hervorgehen.

Der KlÄger legte im Laufe des Verfahrens eine Vielzahl von Unterlagen vor. Enthalten waren dabei auch Dokumente hinsichtlich der Pflege der in dem anhängigen Rechtsstreit betroffenen Versicherten. Diese genÄgen den dargelegten Anforderungen jedoch nicht. So ist der KlÄger insbesondere der Nachweis schuldig geblieben, dass die von ihm in Rechnung gestellten Pflegeleistungen jeweils durch bei ihm beschÄftigte Mitarbeiter erbracht wurden. Der KlÄger legte Ä trotz der entsprechenden Hinweise und auch im Berufungsverfahren wiederholten Aufforderung durch die Beklagte Ä weder Arbeitsverträge noch Lohnkonten und auch keine sonstigen Unterlagen vor, die dokumentieren, dass die jeweils eingesetzten KrÄfte bei ihm beschÄftigt bzw. Mitarbeiter seines Pflegedienstes waren. Ebenso wenig hat er im Hinblick auf die eingesetzten PflegekrÄfte Nachweise vorgelegt, die deren fachliche Qualifikation aufzeigen und belegen, dass sie zur Erbringung der jeweils dokumentierten und abgerechneten Leistungspakete berechtigt sind. Solche Nachweise hat der KlÄger fÄr keine der PflegekrÄfte vorgelegt, die im streitbefangenen Zeitraum von 2010 bis 2011 mit der Pflege der Versicherten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S befasst waren. Die vom KlÄger vorgelegten Unterlagen genÄgen auch nicht den oben dargestellten weiteren Anforderungen. Soweit der KlÄger Rechnungen Äber häusliche Pflegehilfe vorlegte und diesen Durchführungskontrollblätter beifügte ist nicht erkennbar, welche konkrete Person im Einzelnen tätig geworden ist, da die Durchführungskontrollblätter jeweils nur NamenskÄrzel enthalten und der KlÄger eine Liste der eingesetzten PflegekrÄfte mit dem jeweils verwendeten NamenskÄrzel nicht vorlegte. Die Durchführungskontrollblätter lassen sich, soweit einzelne Dienstpläne bzw. Listen mit Einsatzzeiten von PflegekrÄften vorgelegt wurden, daher auch nicht auf deren Schlüssigkeit Äberprüfen.

Hinsichtlich der Versicherten A, B, D1 und D2, F, F1, K, K1 und S ergibt sich im Einzelnen das Folgende:

aa. Im Hinblick auf Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten A in den streitbefangenen Monaten Juli, August, November und Dezember 2010 sowie Februar, April und Mai 2011 ist nicht festzustellen, dass diese Leistungen durch beim K rger beschäftigte Mitarbeiter erbracht wurden, die über die fachliche Qualifikation zur Erbringung der abgerechneten Leistungspakete verf gten. Für den Leistungsmonat August 2010 legte der K rger zudem ausschließlich die Rechnung vom 24. September 2010 vor, sodass die Abrechnung des geltend gemachten Sachleistungsh chstbetrags der Pflegestufe I von 440,00     schon im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch welche Pflegekraft die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden sind.

Ungeachtet dessen wandte die Beklagte in Bezug auf die Leistungsmonate Juli und August 2010 sowie Februar, April und Mai 2011 ein, die in Rechnung gestellten Leistungen durch Verrechnung mit rückständigen Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Krankenkasse bereits vergütet zu haben und die Forderung daher bereits erfüllt sei. Hierzu legte sie einen Ausdruck aus ihrem Datenbestand vor. Der K rger bestritt zwar die Richtigkeit der hierzu vorgelegten Belege (Bl.  887, 888, 896/898 SG-Akte), allerdings hat er den erhobenen Einwand nicht näher substantiiert, weshalb für den Senat keine Veranlassung besteht, das Vorbringen der Beklagten in Zweifel zu ziehen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der K rger für zahlreiche Monate zun chst Vergütungsansprüche behauptete, entsprechende Forderungen im Laufe des Verfahrens dann korrigierte bzw. der Höhe nach abänderte und schließlich neue Forderungen geltend machte. Dies lässt erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass der K rger im Rahmen seiner Buchführung eine korrekte Verbuchung der Zahlungsvorgänge der Beklagten, sei es durch Auszahlung an ihn, an Pf ndungsgli ubiger oder Verrechnungsempf nger vornahm.

bb. Im Hinblick auf Pflegeleistungen des K rgers gegenüber dem Versicherten B in den streitbefangenen Monaten September und Oktober 2010, hinsichtlich derer der K rger die Rechnungen vom 8. Oktober und 5. November 2010 sowie das Durchführungskontrollblatt für September 2010 vorlegte (vgl. Bl. 35/38 SG-Akte), gilt das in Bezug auf die Versicherte A ausgeführte entsprechend. So ist auch hinsichtlich des Versicherten B nicht festzustellen, dass die abgerechneten Leistungspakete durch beim K rger beschäftigte Fachkräfte erbracht wurden, die über die zur Erbringung der Leistung erforderliche fachliche Qualifikation verf gten. Zudem legte der K rger für den Leistungsmonat Oktober 2010 ausschließlich die Rechnung vom 5. November 2010 vor, sodass die Abrechnung des geltend gemachten Sachleistungsh chstbetrags der Pflegestufe I von 440,00     schon im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch welche Pflegekraft die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden sind.

Ungeachtet dessen wies die Beklagte auch insoweit darauf hin, dass die geltend gemachten Vergütungen in Höhe von jeweils 440,00     durch Verrechnung mit

rückständigen Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Krankenkasse erfüllt worden seien. Auch insoweit legte die Beklagte entsprechende Ausdrucke aus ihrem Datenbestand vor (Bl. 889/890 SG-Akte), weshalb für den Senat keine Veranlassung besteht, an der Richtigkeit dessen zu zweifeln. Insoweit gilt das zu der Versicherten A ausgeführte entsprechend, weshalb auf die obigen Darlegungen (unter aa.) verwiesen wird.

cc. Bezüglich Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten D1 im streitbefangenen Zeitraum von Juli bis Dezember 2010 ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger für die Leistungsmonate August bis November 2010 ausschließlich die Rechnungen vom 8. September, 8. Oktober, 5. November 2010 und 3. Dezember 2010 (Bl. 52/55 SG-Akte) vorlegte, sodass die Abrechnung des Pflegestufe I geltend gemachten Sachleistungshöchstbetrags in Höhe von monatlich jeweils 440,00 € bereits im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnungen gestellten Leistungen erbracht wurden.

Im Hinblick auf den Leistungsmonat Juli 2010 führte der Kläger der Rechnung vom 5. August 2010 das entsprechende Durchführungskontrollblatt bei, das u.a. 15-mal Große Toilette, 12-mal Baden/Duschen sowie 27-mal Kleine Toilette ausweist, wobei der Kläger ausgehend hiervon jeweils 27-mal Große Toilette und Kleine Toilette für eine Ergänzende Hilfe abrechnete. In entsprechender Weise rechnete der Kläger auch den von den Gutachterinnen H und B1 ausweislich ihres Berichts vom 13. September 2010 anlässlich ihrer Qualitäts- und Rechnungsprüfung überprüften Vormonat Juni 2010 ab (u.a. 24-mal Große Toilette und 23-mal Kleine Toilette), was von diesen beanstandet wurde. Sie wiesen insbesondere darauf hin, dass aus der vor Ort eingesehenen Pflegeplanung die Notwendigkeit dieser Leistungserbringung nicht hervorgehe und die Maßnahmen auch in der Pflegedokumentation nicht beschrieben seien. Anlässlich des erfolgten Hausbesuchs habe die Versicherte im obigen berichtet, dass die Pflegekraft ihr am Morgen beim Einstieg und Aussteigen in die Badewanne helfe, ihr den Rücken und die Füße wasche und ihr beim Abtrocknen behilflich sei. Anziehen könne sie sich alleine, auch suche sie die Kleidung selbst aus und richte diese hin. Am Abend benötige sie keine Unterstützung durch die Pflegeeinrichtung. Ausgehend hiervon haben die Gutachterinnen überzeugend dargelegt, dass die Leistungen, wie sie im Durchführungsnachweis aufgeführt sind, nicht erbracht wurden und die Abrechnung nicht korrekt erfolgte, da lediglich einmal täglich eine Kleine Toilette abrechenbar gewesen wäre. Gründe für die Annahme, dass es hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs der Versicherten im Folgemonat Juli 2010 zu einer relevanten Änderung gekommen ist, sind nicht ersichtlich. Entsprechendes machte auch der Kläger nicht geltend. Der Senat geht daher davon aus, dass der Kläger auch im Monat Juli 2010 das Leistungspaket Große Toilette nicht erbrachte und daher eine fehlerhafte Abrechnung erfolgte.

Den Ausführungen der Gutachterinnen im Bericht vom 13. September 2010 ist im obigen zu entnehmen, dass sämtliche Leistungen im Monat Juni 2010 von der Ergänzenden Hilfe B1 erbracht wurden. Da das Durchführungskontrollblatt für den Monat Juli 2010 ausschließlich das Handzeichen „AB“ ausweist, ist zu

vermuten, dass auch sämtliche im Juli 2010 erbrachten Leistungen von dieser Kraft erbracht wurden. Damit wurde die grundsätzlich abrechenbare Leistung Kleine Toilette nicht entsprechend den Anforderungen des Rahmenvertrags erbracht. Denn dieser sieht für die Erbringung des Leistungspakets „Kleine Toilette“ gemäß § 1 Abs. 5 i.V.m. Anlage 1 eine Pflegefachkraft vor und nur ausnahmsweise eine Ergänzende Hilfe.

Nach alledem ist eine Vergütung für den Leistungsmonat Juli 2010 ausgeschlossen, selbst wenn im erbrachten Leistungen abgerechnet wurden, die korrekt erbracht wurden. Insoweit teilt der Senat die Auffassung des SG, wonach dem Leistungserbringer für Leistungen, die er unter Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder vertragliche Vereinbarungen bewirkt, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn die Leistungen im erbrachten ordnungsgemäß erbracht sind. Soweit der Kläger im Berufungsverfahren insoweit geltend gemacht hat, das SG habe sich zu Unrecht auf die Entscheidungen des BSG vom 17. Mai 2000 ([a.a.O.](#)) und 8. September 2004 ([a.a.O.](#)) gestützt, weil diese zum Apothekerrecht bzw. Krankenversicherungsrecht ergangen seien und daher vorliegend nicht einschlägig seien, trifft dies nicht zu. Zwar entschied das BSG in seinem Urteil vom 8. September 2004 über eine Vergütungsstreitigkeit zwischen einem Vertragsarzt und einer Kassenärztlichen Vereinigung, jedoch ist kein Grund ersichtlich, weshalb die entsprechenden Ausführungen nicht auf Leistungserbringer der Pflegeversicherung übertragbar sein sollen. So führte das BSG aus, dass nach seiner ständigen Rechtsprechung zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion haben, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Dies werde dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder den sonstigen Leistungserbringern für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zustehe, wenn diese Leistungen im erbrachten ordnungsgemäß erbracht worden seien. Denn die Bestimmungen des Leistungserbringerrechts über die Erfüllung bestimmter formaler und inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung könnten ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn der Vertragsarzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die rechtswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Auch im Bereich der Pflegeversicherung soll mit den oben näher dargelegten Bestimmungen gewährleistet werden, dass sich die Leistungserbringung nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht und ihre Steuerungsfunktion würde nicht erreicht, wenn der Leistungserbringer ungeachtet der Rechtswidrigkeit der Leistungserbringung, eine Vergütung verlangen könnte.

Was den Leistungsmonat Dezember 2010 anbelangt, fand eine noch offene Vergütung erstmals in der vom Kläger mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März

2016) Erwähnung; darin war diese Forderung mit einem neu aufgeführten gekennzeichnet. Die entsprechende Rechnung nebst Durchführungskontrollblatt legte der Kläger nachfolgend mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 vor. Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger diesen Leistungsmonat gegenüber der Beklagten bereits zuvor durch Übersendung einer Rechnung abgerechnet hatte, liegen nicht vor. Der Leistungsmonat Dezember 2010 ist insbesondere nicht in der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 30. Juni 2015 vorgelegten Aufstellung der ihr vorliegenden Rechnungen des Klägers enthalten. Der Senat geht daher davon aus, dass der Leistungsmonat Dezember 2010 erstmals mit Vorlage der entsprechenden Rechnung vom 3. Januar 2011 durch Schriftsatz vom 15. Mai 2018 geltend gemacht wurde. Abweichendes hat auch der Kläger selbst nicht behauptet. Ausgehend hiervon ist eine Vergütung bereits im Hinblick auf § 15 Abs. 1 Satz 5 des Rahmenvertrags ausgeschlossen. Danach kann die Pflegekasse die Bezahlung verweigern, wenn die Rechnung später als zwölf Monate nach Leistungserbringung eingereicht wird. Dies war mit Einreichung der Rechnung durch Schriftsatz vom 15. Mai 2018 der Fall. Auch verweigerte die Beklagte die Bezahlung; zuletzt erhob sie mit Schriftsatz vom 23. Januar 2019 im übrigen die Einrede der Verjährung.

Soweit der Kläger mit Schriftsatz vom 5. April 2017 für die Erbringung der abgerechneten Leistungen gegenüber der Versicherten D1 beispielhaft für den Monat April 2010 neben der Rechnung vom 7. Mai 2010 und dem entsprechenden Durchführungskontrollblatt u.a. Einsatzpläne und Dienstpläne vorlegte, kommt es hierauf nicht an. Denn die Vergütung des Leistungsmonats April 2010 ist zwischen den Beteiligten nicht streitig und mit den vorgelegten Unterlagen für April 2010 lässt sich eine ordnungsgemäße Abrechnung für nachfolgende Monate nicht nachweisen.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren im übrigen geltend gemacht hat, mit seinen Ausführungen im Schriftsatz vom 5. April 2017 die Beschuldigungen in Bezug auf die Versicherte D1 widerlegt zu haben, erschließt sich nicht, welche Beschuldigungen durch welche Unterlagen widerlegt sein sollen.

dd. Im Hinblick auf Pflegeleistungen gegenüber dem Versicherten D2 in den streitbefangenen Monaten April 2010 und Juni bis Dezember 2010 ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger für die Leistungsmonate Juni, August, September, Oktober und November 2010 ausschließlich die Rechnungen vom 3. Juli, 8. September, 8. Oktober, 5. November 2010 und 3. Dezember 2010 (Bl. 56, 57, 61/64 SG-Akte) vorlegte, weshalb die Abrechnung der für Pflegestufe III geltend gemachten Sachleistungshöchstbeträge von jeweils 1.510,00 € in den Monaten Juni, August, Oktober und November 2010 bzw. im Monat September 2010 1.319,69 € für den Senat bereits im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnungen gestellten Leistungen erbracht wurden.

Im Hinblick auf den Leistungsmonat Juli 2010 legte der Kläger der Rechnung vom 5. August 2010 das entsprechende Durchführungskontrollblatt bei, das u.a. 15-mal Große Toilette, 12-mal Baden/Duschen, 27-mal Kleine Toilette, 27-mal

umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, 27-mal einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, 27-mal Zubereitung einer einfachen Mahlzeit und 27-mal Zubereitung einer warmen Mahlzeit ausweist, wobei der KIÄrger ausgehend hiervon jeweils 27-mal die Leistungspakete Große Toilette, Kleine Toilette, umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Zubereitung einer einfachen Mahlzeit und Zubereitung einer warmen Mahlzeit abrechnete, jeweils erbracht durch eine ErgÄnzende Hilfe. In entsprechender Weise rechnete der KIÄrger bereits den von den Gutachterinnen H und B1 ausweislich ihres Berichts vom 13. September 2010 anlässlich ihrer Qualitäts- und Rechnungsprüfung geprüften Vormonat Juni 2010 ab (u.a. 24-mal Große Toilette, 25-mal Kleine Toilette, je 25-mal umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, 24-mal Zubereitung einer einfachen Mahlzeit, 22-mal Zubereitung einer warmen Mahlzeit), was von diesen beanstandet wurde. Sie wiesen darauf hin, dass in der Pflegeplanung beschrieben sei, „Macht sehr viel alleine, Unterstützung und Beaufsichtigung. Mit ihm Laufen, mobilisieren (Arme, Beine, Körper)“, individuelle Maßnahmen in der Pflegedokumentation nicht beschreiben seien und die Hilfestellung bei der Nahrungszubereitung und die Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme nicht hinterlegt seien. Anlässlich des erfolgten Hausbesuchs habe die Mutter des Versicherten (D1), mit der der Versicherte D2 in einem Haushalt lebte, angegeben, die Mitarbeiterin der Einrichtung fÄhre am Morgen bei ihrem Sohn eine große Toilette durch und bereite das Frühstück zu. Auf mehrfache Nachfrage habe sie jeweils bestätigt, dass ihr Sohn alleine essen könne und auch eine Beaufsichtigung bei der Nahrungsaufnahme nicht erforderlich sei. Das Mittagessen werde von ihr, der Mutter, gekocht ebenso bereite sie das Abendessen zu. Die Mahlzeiten würden sie und ihr Sohn gemeinsam einnehmen. Die abendliche Versorgung werde vollständig von ihr übernommen. Sie helfe bei der kleinen Toilette und ziehe ihrem Sohn die Nachtwäsche an. Dieser könne das Bad selbstständig verlassen und sich ohne fremde Hilfe hinlegen. Ausgehend hiervon haben die Gutachterinnen überzeugend dargelegt, dass die Leistungen nicht in dem Umfang, wie sie im Durchführungsprotokoll aufgeführt sind, erbracht worden und die Abrechnung nicht korrekt erfolgt sei, da lediglich einmal täglich Große Toilette und Zubereitung einer einfachen Mahlzeit abrechenbar gewesen wäre. Ebenso wie bei der Versicherten D1 sind auch hinsichtlich des Versicherten D2 Gründe für die Annahme, dass es hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs im Folgemonat Juli 2010 zu einer relevanten Änderung gekommen ist, nicht ersichtlich. Entsprechendes machte auch der KIÄrger nicht geltend. Der Senat geht daher davon aus, dass eine fehlerhafte Abrechnung gleichermaßen auch für den Leistungsmonat Juli 2010 erfolgte.

Im Hinblick auf die weiteren Ausführungen der Gutachterinnen des MDK, wonach auch hinsichtlich des Versicherten D2 sämtliche Leistungen im Monat Juni 2010 von der Ergänzenden Hilfe B1 erbracht worden seien und das Durchführungsprotokoll für den Monat Juli 2010 ausschließlich das Handzeichen „AB“ ausweist, ist es wie schon in Bezug auf die im selben Haushalt lebende Versicherte D1 zu vermuten, dass sämtliche im Juli 2010 erbrachten Leistungen von dieser Kraft erbracht wurden. Damit wurde auch das grundsätzlich abrechenbare Leistungspaket Große Toilette nicht entsprechend

den Anforderungen des Rahmenvertrags erbracht, der fÃ¼r die Erbringung gem. Â§ 1 Abs. 5 i.V.m. Anlage 1 eine Pflegefachkraft vorsieht und nur ausnahmsweise ErgÃ¤nzende Hilfen.

Im Hinblick auf den Leistungsmonat April 2010, für den der Kläger die Rechnung vom 7. Mai 2010 und das entsprechende Durchführungskontrollblatt vorlegte, gilt das zuvor Gesagte entsprechend. Ungeachtet dessen machte die Beklagte insoweit geltend, die in Rechnung gestellten Leistungen durch Verrechnung mit rückständigen Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Krankenkasse bereits vergütet zu haben, so dass die insoweit geltend gemachte Forderung von 1.510,00 € – schon wegen Erfüllung – nicht beansprucht werden kann. Die Beklagte legte hierzu einen entsprechenden Ausdruck aus ihrem Datenbestand (Bl. 892 SG-Akte) vor, weshalb für den Senat keine Veranlassung besteht, an der Richtigkeit dessen zu zweifeln. Insoweit gilt das zu der Versicherten A ausgeführte entsprechend, weshalb auf die obigen Darlegungen (unter aa.) verwiesen wird.

Im Hinblick auf den Monat Dezember 2010 gilt das hinsichtlich der Versicherten D1 zum Leistungsmonat Dezember 2010 Gesagte. Auch hinsichtlich des Versicherten D2 erwählte der Kläger eine Vergütung für diesen Monat erstmals in der mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März 2016), in der er diese Forderung mit einem neu aufgeführten Kennzeichen kennzeichnete. Ebenso legte er die entsprechende Rechnung nebst Durchführungskontrollblatt nachfolgend mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 vor. Auch insoweit liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger diesen Leistungsmonat gegenüber der Beklagten bereits zuvor durch Übersendung einer Rechnung abgerechnet hatte, da der Leistungsmonat Dezember 2010 nicht in der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 30. Juni 2015 vorgelegten Aufstellung gegenüber geltend gemachte Forderungen des Klägers enthalten war. Der Senat geht daher davon aus, dass dieser erstmals mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 durch Vorlage der entsprechenden Rechnung vom 3. Januar 2011 geltend gemacht wurde, weshalb eine Vergütung bereits im Hinblick auf § 15 Abs. 1 Satz 5 Rahmenvertrag ausgeschlossen ist.

Soweit der Klnger im Berufungsverfahren geltend gemacht hat, die Aussagen der Gutachterinnen des MDK zur Gabe von Essen an den Versicherten D2 (gemeint wohl die fehlende Notwendigkeit für die Erbringung der Leistungspakete umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) seien unzutreffend, was er bereits im Jahr 2010 nachgewiesen habe, erschließt sich nicht, woraus der Klnger herleitet, dass der Versicherte entgegen den Ausführungen der Gutachterinnen in ihrem Bericht vom 13. September 2010 gleichwohl einen derartigen Hilfebedarf hatte. Soweit der Klnger insoweit auf die Ausführungen der Schwester des Versicherten (S3) gegenüber der Kriminalpolizei am 26. September 2011 verweist, lässt sich daraus der behauptete Unterstützungsbedarf nicht entnehmen. Der Klnger erkennt insoweit, dass eine durch seinen Pflegedienst erbrachte Hilfe nicht per se deshalb abrechnungsfähig ist, weil er mit deren Erbringung beauftragt wurde. Dies ist vielmehr nur dann der Fall, wenn tatsächlich ein Unterstützungsbedarf besteht und der Versicherte gegenüber der Pflegekasse daher einen Anspruch auf die entsprechende Leistung

hat (vgl. Â§ 5 Abs. 2 des Versorgungsvertrags). Daher ist im Hinblick auf die geltend gemachte Vergütung für erbrachte Pflegesachleistungen auch unerheblich, mit welchen Leistungen der Pflegedienst des Klägers durch die Schwester des Versicherten tatsächlich beauftragt wurde. Das Vorbringen des Klägers, wonach es der Entscheidung der Versicherten obliege, mit welchen Leistungen er beauftragt werde, trifft für sich betrachtet zwar zu, allerdings resultiert daraus nicht die Verpflichtung der Pflegekasse, von den dem Versicherten auf dieser Grundlage in Rechnung gestellten Leistungen jeweils den Sachleistungshöchstbetrag zu vergüten.

ee. Im Hinblick auf Pflegeleistungen gegenüber dem Versicherten F in den streitbefangenen Monaten Juli 2010 bis Oktober 2011 ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger für die Leistungsmonate Juli sowie September bis November 2010 und Februar, März, Mai und Juli bis Oktober 2011 ausschließlich die Rechnungen vom 5. August, 8. Oktober, 5.   November und 3.   Dezember 2010 sowie 4. März, 4. April, 6. Mai, 4. August, 8. September, 11.   Oktober und 9.   November 2011 (Bl. 65, 69/71, 105/107, 109, 113/115 SG-Akte) vorlegte, sodass die Abrechnung der für Pflegestufe III geltend gemachten Sachleistungsh  chstbetr  ge von jeweils 1.510,00     für den Senat bereits im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht wurde.

Im Hinblick auf die Leistungsmonate August 2010 und Juni 2011 legte der Kläger neben den Rechnungen vom 10. September 2010 und 2. Juli 2011 zwar die jeweiligen Durchführungskontrollblätter vor, allerdings ist nicht festzustellen, dass die abgerechneten Leistungspakete durch beim Kläger beschäftigte Fachkräfte erbracht wurden, die über die zur Erbringung der Leistung erforderliche fachliche Qualifikation verf  gten. Insoweit gilt das zu den Versicherten A und Bs gef  hrte entsprechend.

Soweit der Kläger für den Leistungsmonat Januar 2011 eine Rechnung über den Sachleistungshöchstbetrag für Pflegestufe III   ber 1.510,00     vorlegte, enth  lt diese weder ein Datum noch werden Art und Umfang der Leistungspakete angegeben, die mit dem genannten Betrag abgerechnet werden. Damit genügt diese Rechnung bereits nicht den Mindestanforderungen für die Abrechnung von Pflegesachleistungen gemäß Â§ 13 Abs. 5 des Rahmenvertrags, was eine Vergütung ausschließt.

Was den Leistungsmonat April 2011 anbelangt, legte der Kläger statt dem erforderlichen Durchführungskontrollblatt ein mit     Stunden-Leistungsnachweis      berschriebenes Blatt vor, auf dem an den jeweiligen Tagen ein Beginn- und Endzeitpunkt dokumentiert ist. Dabei wird keine Leistung angegeben, die in den jeweiligen Zeitfenstern erbracht wurde. Damit genügt auch diese Abrechnung nicht den Mindestanforderungen gemäß Â§ 13 Abs. 5 des Rahmenvertrags, was eine Vergütung ausschließt.

Im Hinblick auf den Leistungsmonat Dezember 2010 gilt das hinsichtlich der Versicherten D1 und D2 zum Monat Dezember 2010 Gesagte. Auch hinsichtlich des

Versicherten F erwählte der Kläger eine Vergütung für diesen Monat erstmals in der mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März 2016), indem er diese Forderung mit einem neu aufgeführten Kennzeichen kennzeichnete. Gleichermassen legte er die entsprechende Rechnung nebst Durchführungskontrollblatt nachfolgend mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 vor. Auch insoweit liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger diesen Leistungsmonat gegenüber der Beklagten bereits zuvor durch Übersendung einer Rechnung geltend gemacht hatte. Denn auch der Leistungsmonat Dezember 2010 ist nicht in der von der Beklagten mit Schriftsatz vom 30. Juni 2015 vorgelegten Aufstellung über ihr vom Kläger vorgelegte Rechnungen enthalten. Der Senat geht daher davon aus, dass dieser erstmals mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 durch Vorlage der entsprechenden Rechnung vom 3. Januar 2011 geltend gemacht wurde, weshalb eine Vergütung im Hinblick auf Art. 15 Abs. 1 Satz 5 Rahmenvertrag ausgeschlossen ist.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren zur Stützung seines Begehrens auf das Schreiben der Ehefrau des Versicherten an die Beklagte vom 16. Mai 2011 hingewiesen hat, in dem diese u.a. ausführte, es sei korrekt, dass der Kläger jeden Monat den Höchstbetrag der Pflegesachleistung abrechne, ist darauf hinzuweisen, dass die Abrechnung von Pflegsachleistungen nach den Regelungen von Art. 13 Rahmenvertrag erfolgt. Eine Vergütung auf Grund einer Bestätigung der vorliegenden Art ist darin nicht vorgesehen.

ff. Im Hinblick auf Pflegeleistungen gegenüber dem Versicherten F1 in den streitbefangenen Monaten November und Dezember 2010 gilt das hinsichtlich der Versicherten D1 und D2 sowie F zum Leistungsmonat Dezember 2010 Gesagte entsprechend. Bezüglich des Versicherten F1 beschränkte der Kläger seine Klage zunächst auf den Leistungsmonat Januar 2010 und machte nur für diesen Monat den Sachleistungshöchstbetrag für die Pflegestufe II von 1.040,00 € geltend. Diese Vergütungsforderung verfolgte der Kläger im Verlauf des Verfahrens nicht mehr weiter und führte stattdessen erstmals in der mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März 2016) die Monate November und Dezember 2010 mit einer Forderung von jeweils 1.040,00 € auf, wobei er diese jeweils mit einem neu aufgeführten Kennzeichen kennzeichnete. Eine entsprechende Rechnung nebst Durchführungskontrollblatt legte er nachfolgend mit Schriftsatz vom 15. Mai 2018 für den Monat Dezember 2010 vor. Im Sinne der obigen Ausführungen wäre eine Vergütung für die Leistungsmonate November und Dezember 2010 bereits im Hinblick auf Art. 15 Abs. 1 Satz 5 Rahmenvertrag ausgeschlossen. Allerdings ist hinsichtlich des Leistungsmonats November 2010 vor dem Hintergrund des vom Kläger vorgelegten Schreibens der Beklagten vom 24. April 2012 (Verrechnungsmittelung; Bl. 494 SG-Akte) eher zu vermuten, dass die Beklagte den abgerechneten Betrag durch Verrechnung bereits erfüllte. Denn in der dem Schreiben beigefügten Anlage wird Bezug genommen auf eine Rechnung vom 3. Dezember 2010, was auf die Abrechnung des Leistungsmonats November 2010 hinweist.

Vor dem Hintergrund all dessen bedarf es keiner weiteren Ausführungen zu dem

Berufungsvorbringen des KlÄgers, wonach die Ausführungen der Gutachterinnen des MDK in ihrem Bericht vom 13. September 2010 unzutreffend seien, weil eine Begutachtung des Versicherten F1 überhaupt nicht habe stattfinden können, weil dieser anlässlich des beabsichtigten Hausbesuchs nicht zu Hause gewesen sei.

gg. Hinsichtlich Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten K in den streitbefangenen Monaten November und Dezember 2010 sowie April, Mai, Oktober und November 2011 wird bezüglich der Leistungsmonate November und Dezember 2010 auf die obigen Ausführungen zu den Versicherten D1 und D2, F und F1 hingewiesen. Betroffen sind insoweit wiederum Forderungen, die der KlÄger erstmals in der mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März 2016) aufgeführt (206,81 € bzw. 155,08 €) und jeweils mit „neu aufgeführt“ gekennzeichnete. Wie bereits dargelegt, ist eine Vergütung im Hinblick auf Â§ 15 Abs. 1 Satz 5 Rahmenvertrag ausgeschlossen.

Bezüglich der Monate Mai und Oktober 2011 legte der KlÄger lediglich die Rechnungen 6. Juni und 5. November 2011 vor, sodass nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnungen gestellten Leistungen erbracht worden sein sollen.

Soweit der KlÄger für die Leistungsmonate April und November 2011 mit den Rechnungen die entsprechenden Leistungskontrollblätter vorlegte, ist nicht festzustellen, ob die dokumentierten Leistungen durch Mitarbeiter des Pflegedienstes des KlÄgers erbracht wurden und die eingesetzten Kräfte über die zur Leistungserbringung erforderliche Qualifikationen verfügten. Denn geeignete Unterlagen, die entsprechendes dokumentieren, legte der KlÄger nicht vor.

hh. Hinsichtlich Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten K1 in den streitbefangenen Monaten Juli bis November 2010 sowie März bis Dezember 2011 ist darauf hinzuweisen, dass der KlÄger für die Leistungsmonate August bis November 2010, März sowie Mai bis Dezember 2011 ausschließlich die Rechnungen vom 2. September, 8. Oktober, 5. November und 3. Dezember 2010 (Bl. 87/90 SG-Akte) sowie 4. April, 6. Juni, 2. Juli, 4. August, 8. September, 11. Oktober, 5. November und 5. Dezember 2011 und 3. Januar 2012 (Bl. 123, 127/134 SG-Akte) vorlegte, sodass die geltend gemachten Forderungen schon im Ansatz nicht nachvollzogen werden können, da nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnungen gestellten Leistungen erbracht wurden.

Im Hinblick auf die Monate Juli 2010 und April 2011 legte der KlÄger den Rechnungen vom 5. August 2010 und 5. Mai 2011 zwar die Durchführungskontrollblätter (Bl. 84/86, 124/126 SG-Akte) bei, allerdings vermag der Senat nicht festzustellen, dass die dokumentierten Leistungen durch Mitarbeiter des Pflegedienstes des KlÄgers erbracht wurden und die eingesetzten Kräfte über die zur Leistungserbringung erforderliche Qualifikationen verfügten. Denn geeignete Unterlagen, die entsprechendes dokumentieren, legte

der Kläger nicht vor.

ii. Im Hinblick auf Pflegeleistungen gegenüber der Versicherten S in den streitbefangenen Monaten August, November und Dezember 2010 sowie Februar und November 2011 ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger eine Vergütung für die Monate August, November und Dezember 2010 erstmals in der mit Schriftsatz vom 2. April 2016 vorgelegten Aufstellung der noch offenen Rechnungsbeträge (Stand 16. März 2016) aufführte und dabei die Forderungen in Höhe von 822,46 â (August 2010) sowie 1.040,00 â (November und Dezember 2010) mit â neu aufgefhrtâ kennzeichnete. Insoweit gilt das oben Gesagte, wonach die Leistungen im Hinblick auf Â 15 Abs. 1 Satz 5 Rahmenvertrag nicht mehr abrechnungsfähig sind.

Im Hinblick auf den Leistungsmonat Februar 2011 legte der Kläger ausschließlich die Rechnung vom 3. März 2011 (Bl. 149 SG-Akte) vor, weshalb die geltend gemachte Forderung schon im Ansatz nicht nachvollzogen werden kann, da nicht ersichtlich ist, wann und durch wen die in Rechnungen gestellten Leistungen erbracht wurden.

Soweit der Kläger im Hinblick auf den Monat November 2011 der Rechnung vom 5. Dezember 2011 zwar das Durchführungskontrollblatt (Bl. 150/153 SG-Akte) beifügte, vermag der Senat nicht festzustellen, dass die dokumentierten Leistungen durch Mitarbeiter des Pflegedienstes des Klägers erbracht wurden und diese die zur Leistungserbringung erforderliche Qualifikationen aufweisen, da er hierzu keine Unterlagen vorlegte.

d. In Ermangelung eines Hauptanspruchs geht auch der geltend gemachte Antrag auf Verzinsung ins Leere.

4.Â Die Kostenentscheidung beruht auf [Â 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

5.Â Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfr (vgl. [Â 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

6.Â Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Â 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â 63 Abs. 2 Satz 1](#), [Â 52 Abs. 3 Satz 1](#), [Â 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [Â 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Erstellt am: 25.04.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024