S 13 P 41/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Aachen
Sachgebiet	Pflegeversicherung
Abteilung	13
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 P 41/03
Datum	12.10.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 (3) P 41/04
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trÃ¤gt die KlÃ¤gerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darÃ¼ber, ob die KlÃ¤gerin verpflichtet ist, der Beigeladenen 218.074,52 EUR zu zahlen.

Die Beklagte fÃ¼hrte bei der KlÃ¤gerin und der Beigeladenen vom 02.08. bis 10.09.1999 eine GesamtverwaltungsprÃ¼fung gemÃ¤Ã Â§ 274 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. Â§ 46 Abs. 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) durch. Dabei stellte sie fest, dass es bei technischen Hilfsmitteln zu Fehlbuchungen gekommen war. Diese beruhten darauf, dass die nachrangige Leistungspflicht der Pflegeversicherung gegenÃ¼ber der Krankenversicherung (Â§ 40 Abs. 1 Satz 1, letzter Halbsatz SGB XI) nicht beachtet worden war. Die Beklagte ermittelte einen Fehlbuchungsgesamtbetrag von 53.196,50 DM. AnlÃ¤sslich der Besprechung des PrÃ¼fergebnisses am 09.08.2000 erklÃ¤rten die KlÃ¤gerin und die Beigeladene, sie hÃ¤tten fÃ¼r 1999 bereits eine reprÃ¤sentative Stichprobe und eine entsprechende Umbuchung vorgenommen. Auf entsprechende Nachfrage Ã¼bersandte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 08.10.2001 einen Umbuchungsbeleg der

Beigeladenen in HÃ¶he von 53.196,50 DM. Diesen Beleg konnte die Beklagte bei spÃ¤terer Ãberprüfung im Sachbuch nicht als Buchung nachvollziehen; sie geht deshalb davon aus, dass der Buchungsbeleg gefÃ¤lscht ist.

Am 17./18.04. und 03.05.2001 fÃ¼hrte die Beklagte eine SchwerpunktprÃ¼fung zur Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung fÃ¼r die Jahre 1998 bis 2000 durch. Die durch den PrÃ¼fdienst der Beklagten gezogene Stichprobe ergab bei den Ausgaben fÃ¼r technische Pflegehilfsmittel auf dem Konto Q 0000 Fehlerquoten von 76,47% in 1998, 59,10% in 1999 und 7,28% in 2000 bzw. einen Hochrechnungsbetrag von 174.124,34 DM allein fÃ¼r die Jahre 1998 bis 2000. Mit Schreiben vom 12.10.2001 teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin mit, dass es mit der Korrektur der in der ersten (Gesamtverwaltungs-)PrÃ¼fung konkret beanstandeten FÃ¤lle allein nicht getan sei; vielmehr habe sie eine Korrektur mittels EinzelfallÃ¼berprÃ¼fung aller FÃ¤lle im Leistungszeitraum 1995 bis 2000 oder mittels einer pauschalen Umbuchung aufgrund einer Hochrechnung durch eine reprÃ¤sentative Stichprobe vorzunehmen. Bei der Besprechung des Ergebnisses der SchwerpunktprÃ¼fung hatte die KlÃ¤gerin selbst bereits eine umfassende Berichtigung fehlerhafter Buchungen fÃ¼r die Zeit ab 01.04.1995 durch EinzelfallprÃ¼fung zugesagt. Da dies jedoch nicht geschah, erinnerte die Beklagte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 28.11.2001 an das Schreiben vom 12.10.2001 und kÃ¼ndigte eine NachprÃ¼fung im Rahmen einer VollprÃ¼fung der Thematik nach Â§ 88 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) an; beide Schreiben waren mit einem GesprÃ¤chsangebot verbunden. Nach telefonischer Kontaktaufnahme am 16.01.2002 kÃ¼ndigte die Beklagte mit Telefax vom 21.01.2002 eine PrÃ¼fung fÃ¼r die 12. Kalenderwoche (18.- 22.03.2002) an und bat um Ãbersendung der SachbuchauszÃ¼ge der einschlÃ¤gigen Konten P 4300, 4310 und 4320 der Jahre 1996 bis 2002 und der Konten P 4200 und 5100 der Jahre 2000 und 2001. In der Folgezeit erinnerte die Beklagte dreimal an die angeforderten SachbuchauszÃ¼ge, jeweils unter Hinweis auf die EilbedÃ¼rftigkeit im Hinblick auf den Beginn der PrÃ¼fung vom 18.03.2002.

Mit Schreiben vom 19.02.2002, zugestellt am 21.02.2002, wurde die Beigeladene durch die Beklagte Ã¼ber das Aufsichtsrecht und die Aufsichtsmittel des Bundesversicherungsamtes fÃ¶rmlich gemÃ¤Ã Â§ 89 Abs. 1 SGB IV beraten. Am 27.02.2002 gingen daraufhin die angeforderten SachbuchauszÃ¼ge bei der Beklagten ein. Die Beigeladene erklÃ¤rte mit Schreiben vom 01.03.2002, dass sie eine EigenprÃ¼fung begonnen habe und bis zum 30.06.2002 abgeschlossen haben werde; Ã¼ber das Ergebnis werde sie die Beklagte informieren. Dies geschah jedoch nicht.

Mit Schreiben vom 26.07.2002 kÃ¼ndigte die Beklagte daraufhin erneut eine PrÃ¼fung nach Â§ 88 SGB IV bei der Beigeladenen an und fÃ¼hrte diese in der Zeit vom 25. bis 29.11.2002 durch. Bei dieser PrÃ¼fung wurde festgestellt, dass die Beigeladene im Zeitraum 01.04.1996 bis 21.11.2002 technische Hilfsmittel PflegebedÃ¼rftiger im Wert von 425.337,33 EUR der Leistungspflicht der Pflegeversicherung zugeordnet hatte. Von diesen Hilfsmitteln waren 48,73% (im Wert von 207.262,81 EUR) Hilfsmittel, die das Pflegehilfsmittelverzeichnis vom 14.03.1996 auffÃ¼hrt; 51,27% (im Wert von 218.074,52 EUR) waren Hilfsmittel, die

nicht dem genannten Verzeichnis entsprechen. Die Beklagte stellte hierzu im PrÃ¼fbericht fest, es handele sich bei den nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis genannten Hilfsmitteln in der Regel um Hilfsmittel des fÃ¼r die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) maÃgeblichen Verzeichnisses nach Â§ 128 SGB V, die bewilligt worden seien, ohne die vorrangige Leistungspflicht der Krankenkasse im Einzelfall zu prÃ¼fen bzw. auszuschlieÃen. Soweit vereinzelt Zuordnungen zur Pflegeversicherung erkennbar gewesen seien, hÃ¤tten diese keiner rechtlichen EinzelfallprÃ¼fung entsprochen, sondern in ihrer BegrÃ¼ndung geradezu die Leistungspflicht der GKV aufgezeigt. EinzelfallprÃ¼fungen seien nicht dokumentiert gewesen.

Mit Schreiben vom 31.07.2003 teilte die Beigeladene mit, sie sei in vielen Bereichen anderer Auffassung als die Beklagte und werde sich zunÃ¤chst einmal darauf beschrÃ¤nken, die eindeutig und klaren FÃ¤lle umzubuchen. Einen Vollzug dieser angekÃ¼ndigten Umbuchung bestÃ¤tigte die Beigeladene in der Folgezeit ebensowenig wie die KlÃ¤gerin.

Mit aufsichtsrechtlichem Beratungsschreiben vom 28.08.2003 teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin einen Vorbericht Ã¼ber das PrÃ¼fergebnis mit den in Excel-Listen aufgefÃ¼hrten EinzelfÃ¤llen mit und forderte sie auf, den in der Vergangenheit durch fehlerhafte Zuordnungen von Hilfsmitteln zu Lasten der Beigeladenen entstandenen Schaden in HÃ¶he von 218.074,52 EUR unverzÃ¼glich auszugleichen und dies schriftlich innerhalb einer Frist von 3 Wochen zu bestÃ¤tigen, anderernfalls der Erlass eines entsprechenden Verpflichtungsbescheides beabsichtigt sei. Mit einem im Wesentlichen inhaltsgleichen Beratungsschreiben vom selben Tag forderte die Beklagte die Beigeladene auf, den Schadensbetrag unverzÃ¼glich gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin geltend zu machen und dies innerhalb einer Frist von drei Wochen zu bestÃ¤tigen, anderenfalls ebenfalls der Erlass eines entsprechenden Verpflichtungsbescheides beabsichtigt sei. Die KlÃ¤gerin und die Beigeladene kamen den Aufforderungen nicht nach.

Daraufhin verpflichtete die Beklagte die KlÃ¤gerin durch Bescheid vom 17.10.2003, zugestellt am 21.10.2003, den der Beigeladenen in der Vergangenheit durch fehlerhafte Zuordnung von Hilfsmitteln entstandenen Schaden in HÃ¶he von 218.074,52 EUR unverzÃ¼glich auszugleichen und den zugunsten der Beigeladenen erfolgten Ausgleich der Schadenssumme spÃ¤testens bis zum 01.12.2003 schriftlich zu bestÃ¤tigen. Mit weiterem Bescheid vom 17.10.2003, zugestellt am 21.10.2003, verpflichtete die Beklagte die Beigeladene, den ihr in der Vergangenheit durch fehlerhafte Zuordnung von Hilfsmitteln entstandenen Schaden in HÃ¶he von 218.074,52 EUR unverzÃ¼glich gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin geltend zu machen und die Geltendmachung des Schadens bis spÃ¤testens 01.12.2003 schriftlich zu bestÃ¤tigen. Zur BegrÃ¼ndung verwies die Beklagte auf das Ergebnis ihrer PrÃ¼fung nach Â§ 88 SGB IV. Der Grundsatz der SubsidiaritÃ¤t der Leistungspflicht der Pflegeversicherung nach Â§ 40 Abs. 1 Satz 1 letzter Halbsatz SGB XI sei nicht beachtet worden. Mit der EinfÃ¼hrung des Â§ 40 SGB XI habe sich der Leistungsumfang der Krankenversicherung nicht geÃ¤ndert; er bestehe unverÃ¤ndert fort. Es sei daher auch nicht mÃ¶glich, dass Hilfsmittel, die wegen einer Behinderung und einer Krankheit erforderlich seien und grundsÃ¤tzlich zu

Lasten der Krankenversicherung bewilligt werden, nun von der Pflegeversicherung bereitgestellt werden, weil aufgrund der Behinderung oder Erkrankung zusÃ¤tzlich noch PflegebedÃ¼rftigkeit gegeben sei. WÃ¼rden gleichzeitig die Leistungsvoraussetzungen der Krankenversicherung erfÃ¼llt, sei die Pflegekasse nicht eintrittspflichtig. Sollte in einem konkreten Einzelfall ein Hilfsmittel der Pflegeversicherung zuzuordnen sein, welches nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis in der Fassung vom 14.03.1996 aufgefÃ¼hrt sei, so habe die Pflegekasse dies umfassend zu begrÃ¼nden und zu dokumentieren. Sofern sich eine solche BegrÃ¼ndung aus einem vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu erstellenden Pflegegutachten ergebe, habe eine vom MDK gegebene Empfehlung zur Verbesserung/VerÃ¤nderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung fÃ¼r die Frage der Leistungspflicht der Kranken- oder Pflegekasse keine prÃ¤judizierende Wirkung; die Begutachtungsrichtlinien vom 21.03.1997 in der Ã¼berarbeitenden Fassung vom 22.08.2001 enthielten keinerlei Anleitung fÃ¼r die Frage der Abgrenzung der Leistungspflicht der Kranken- und Pflegeversicherung. Der VersicherungstrÃ¤ger habe die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK zu Ã¼berprÃ¼fen. Eine Ã¤rztliche Verordnung sei vom Gesetz nicht vorgesehen und somit auch nicht ausreichend. Die Beigeladene habe pflegebedÃ¼rftigen Versicherten in vollstationÃ¤rer Pflege Hilfsmittel nach Â§ 40 Abs. 1 und 3 SGB XI gewÃ¤hrt. Diese Hilfsmittel seien nach systematischer Auslegung des SGB XI unzulÃ¤ssig. Die Beklagte verwies insoweit auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10.02.2000 (B 3 KR 26/88 R). Sie habe die geprÃ¼ften FÃ¤lle, in denen Pflegehilfsmittel gewÃ¤hrt worden seien, mitgeteilt und im Einzelnen kenntlich gemacht, in welchen FÃ¤llen eine vorrangige Leistungspflicht der Krankenversicherung gegeben gewesen sei und es deshalb zu Fehlbuchungen in HÃ¶he von 218.074,52 EUR zu Lasten der Beigeladenen gekommen sei.

Am 00.00.0000 hat die KlÃ¤gerin "gegen den Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 17.10.2003" Klage erhoben.

Am 00.00.0000 hat auch die Beigeladene "gegen den Bescheid des Bundesversicherungsamtes vom 17.10.2003" Klage erhoben. Auf entsprechenden Hinweis des Gerichts auf die VersÃ¤umung der Klagefrist hat die Beigeladene ihre Klage am 20.02.2004 zurÃ¼ckgenommen. Durch Beschluss vom 24.02.2004 ist sie zu diesem Verfahren beigeladen worden.

Die KlÃ¤gerin ist der Auffassung, dass die Beklagte bei Gehhilfen, RollstÃ¼hlen, Bett- und Patientenliftern zu Unrecht in jedem Fall davon ausgehe, dass durch diese Hilfsmittel immer noch eine RestmobilitÃ¤t geschaffen werde; richtig sei, dass dies in den seltensten FÃ¤llen der Fall sei. Die KlÃ¤gerin meint, dass auch Produkte, die nur im Hilfsmittelverzeichnis der GKV nach Â§ 128 SGB V aufgefÃ¼hrt seien, Pflegehilfsmittel sein kÃ¶nnten, wenn sie ausschlieÃlich der Pflegeerleichterung bzw. nur der Verhinderung der Ãberforderung der Pflegepersonen oder nur der selbstÃ¤ndigen LebensfÃ¼hrung des PflegebedÃ¼rftigen dienten. Beispielhaft nennt die KlÃ¤gerin Badehilfen und Badewannenlifter. Abweichend hiervon vertritt die KlÃ¤gerin im (erst in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vorgelegten) Schriftsatz vom 12.10.2004 die Auffassung, von den beanstandeten FÃ¤llen seien Hilfsmittel

dieser Art im Wert von 10.595,85 EUR als Leistungen der Pflegeversicherung anzusehen, da sie Ã¼berwiegend der Pflegeerleichterung gedient hÃ¤tten. Die KlÃ¤gerin meint, der von ihr zu erstattende Betrag sei um weitere 7.306,16 EUR und 8.338,34 EUR zu mindern, weil Pflegebetten und Wechseldruckmatrazen typische Leistungen der Pflegeversicherung seien. Die KlÃ¤gerin ist der Auffassung, dass sie erst zur KostenÃ¼bernahme von Hilfsmitteln verpflichtet sein kÃ¶nne, wenn ihre Leistungspflicht im Einzelfall feststehe. Die KlÃ¤gerin behauptet, dass ihre Verpflichtung durch den angefochtenen Bescheid aufgrund einer nicht ausreichenden EinzelfallprÃ¼fung durch die Beklagte erfolgt sei. Sie meint, es sei rechtswidrig, sie zu Leistungen zu verpflichten, die von der Beigeladenen rechtmÃ¤Ãig gewÃ¤hrt worden sein kÃ¶nnten oder die nicht als notwendige Leistungen der Krankenversicherung feststÃ¼nden. Es sei mÃ¶glich, dass sich die Nutzung der von der Beigeladenen bezahlten RollstÃ¼hle auf den Bereich innerhalb des Krankenhauses oder des Pflegeheimes beschrÃ¤nkt haben kÃ¶nnte, so dass die RollstÃ¼hle im Rahmen der stationÃ¤ren Pflege von dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim vorzuhalten und zur VerfÃ¼gung zu stellen gewesen seien, ohne dass eine Leistung durch die KlÃ¤gerin erforderlich gewesen wÃ¤re. Weiterhin wÃ¤re es mÃ¶glich, dass sehr auf die hÃ¤usliche Pflege bezogene Leistungen wie Badehilfen ausschlieÃlich der Pflegeerleichterung gedient hÃ¤tten, wenn die betroffenen Versicherten nicht mehr in der Lage gewesen wÃ¤ren, zumindest teilweise einen eigenstÃ¤ndigen Badevorgang zu verrichten. Ferner sei es mÃ¶glich, dass Inkontinenzhilfen ausschlieÃlich der Pflegeerleichterung gedient hÃ¤tten, wenn dauernde BettlÃ¤gerigkeit des Versicherten vorgelegen habe und die Inkontinenzhilfen allein aus hygienischen und pflegerischen Gesichtspunkten zum Einsatz gekommen wÃ¤ren. Im Ãbrigen verweist die KlÃ¤gerin auf Â§ 111 SGB X und meint, zumindest die ErstattungsansprÃ¼che der Beigeladenen bezÃ¼glich Leistungen der Jahre 1996 bis 1999 seien verfristet, ErstattungsansprÃ¼che bezÃ¼glich der Jahre 1996 bis 1998 sogar verjÃ¤hrt.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 17.10.2003 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre AusfÃ¼hrungen im angefochtenen Bescheid. Sie ist der Auffassung, dass bei der gesetzlich angeordneten strikten Nachrangigkeit der Leistungspflicht der Pflegeversicherung bei technischen Hilfsmitteln und einem von der Rechtsprechung weitgefassten Begriff des Behinderungsausgleichs gemÃ¤Ã Â§ 33 SGB V nur extreme AusnahmefÃ¤lle denkbar seien, in denen ein Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung nach Â§ 128 SGB V einmal ausschlieÃlich der Erleichterung der Pflege diene. Die Aufsichtspraxis und die PrÃ¼fmaÃstÃ¤be des Bundesversicherungsamtes hÃ¤tten sich am Grundsatz der strikten Nachrangigkeit auszurichten. Dabei werde bei Hilfsmitteln, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis stehen, keine EinzelfallprÃ¼fung der vorrangigen Leistungspflicht der Krankenversicherung gefordert, obwohl auch hier, z.B. bei

Betten, eine weitreichende Leistungspflicht der Krankenversicherung bestehen kÃ¶nne. Bei allen Hilfsmitteln jedoch, die nicht in das Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen seien und insbesondere bei Hilfsmitteln aus dem Hilfsmittelverzeichnis der GKV nach Â§ 128 SGB V sei eine dezidierte BegrÃ¼ndung des Ausschlusses einer vorrangigen Leistungspflicht der Krankenversicherung notwendig; wenn in einem konkreten Einzelfall ein Hilfsmittel, welches nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis in der Fassung vom 14.03.1996 aufgefÃ¼hrt sei, der Pflegeversicherung zugeordnet werde, so habe die Pflegekasse dies umfassend zu begrÃ¼nden und zu dokumentieren. Dies sei in den streitbefangenen FÃ¤llen nicht geschehen. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass in nahezu sÃ¤mtlichen beanstandeten FÃ¤llen allein eine Ã¤rztliche Verordnung mit ausschlieÃlich medizinischer Indikation der HilfsmittelgewÃ¤hrung zugrunde lag. Demnach habe zweifelsfrei die Leistungspflicht der Krankenversicherung bestanden. In keinem der beanstandeten FÃ¤lle habe die KlÃ¤gerin die von ihr behauptete Leistungspflicht der Pflegeversicherung in ausreichender Form begrÃ¼ndet.

Die Beigeladene stellt keinen eigenen Antrag. Sie schlieÃt sich dem Antrag und der Rechtsauffassung der KlÃ¤gerin an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten SchriftsÃ¤tze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Klage ist zulÃ¤ssig. Sie ist form- und fristgerecht erhoben. Eines Vorverfahrens bedurfte es nicht, weil ein VersicherungstrÃ¤ger die Klage erhoben hat (Â§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 Sozialgerichtsgesetz â SGG). Die Klage ist jedoch nicht begrÃ¼ndet.

Der angefochtene Bescheid ist formell rechtmÃ¤Ãig. Das Bundesversicherungsamt ist die fÃ¼r die Aufsicht Ã¼ber die KlÃ¤gerin und die Beigeladene zustÃ¤ndige AufsichtsbehÃ¶rde, da es sich bei den beiden Kassen um bundesunmittelbare VersicherungstrÃ¤ger handelt (Â§ 90 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Beklagte war berechtigt, die GeschÃ¤ftsfÃ¼hrung der KlÃ¤gerin und der Beigeladenen zu prÃ¼fen (Â§ 88 Abs. 1 SGB IV i.V.m. Â§Â§ 274 Abs. 1 SGB V, 46 Abs. 6 SGB XI). Sie hat sowohl die KlÃ¤gerin als auch die Beigeladene in den Beratungsschreiben vom 28.08.2003 ausfÃ¼hrlich Ã¼ber die Sach- und Rechtslage sowie die bei der GeschÃ¤ftsprÃ¼fung festgestellten Rechtsverletzungen informiert und darauf hingewirkt, dass die Kassen diese Rechtsverletzungen innerhalb einer angemessenen Frist beheben (Â§ 89 Abs. 1 Satz SGB IV). Da die KlÃ¤gerin und die Beigeladenen dem nicht nachgekommen sind, war die Beklagte berechtigt, die Verpflichtungsbescheide vom 17.10.2003 zu erlassen (Â§ 89 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

Der angefochtene Bescheid ist auch materiell rechtmÃ¤Ãig. Die KlÃ¤gerin und die Beigeladene haben die in Â§ 40 Abs. 1 Satz 1, letzter Halbsatz SGB XI normierte SubsidiaritÃ¤t der Leistungspflicht der Pflegeversicherung gegenÃ¼ber der der

Krankenversicherung in dem vom Beklagten festgestellten Umfang nicht beachtet. Die Kammer schlieÃt sich in vollem Umfang der Auffassung der Beklagten im Verpflichtungsbescheid vom 17.10.2003 an und verweist zur Vermeidung von Wiederholungen auf die BegrÃ¼ndung dieses Bescheides (Â§ 136 Abs. 3 SGG). Die Beklagte hat die beanstandeten FÃ¤lle aufgelistet; die KlÃ¤gerin hat dagegen keine substanziierten EinwÃ¤nde erhoben. Sie hat in keinem der vom Beklagten beanstandeten FÃ¤lle die von ihr behauptete nachrangige Leistungspflicht der Pflegeversicherung in ausreichender Form begrÃ¼ndet. Hierzu bestand insbesondere deshalb Anlass, weil Hilfsmittel betroffen sind, die nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgefÃ¼hrt sind, und weil in nahezu sÃ¤mtlichen beanstandeten FÃ¤llen allein eine Ã¤rztliche Verordnung mit ausschlieÃlich medizinischer Indikation der HilfsmittelgewÃ¤hrung zugrunde lag.

Der Vortrag der KlÃ¤gerin, es sei im Einzelfall mÃ¶glich, dass eines der in Rede stehenden Hilfsmittel von einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim vorzuhalten gewesen sei oder ausschlieÃlich der Pflege der Versicherten gedient habe, basiert nicht auf konkret dokumentierten Erkenntnissen, sondern ist reine Spekulation. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin ist nicht die AufsichtsbehÃ¶rde verpflichtet, die Leistungspflicht der Kranken- bzw. Pflegeversicherung im Einzelfall nachzuweisen; vielmehr hat die Pflegekasse die Hilfsmittelleistungen zu dokumentieren und im Einzelfall nachzuweisen, dass sie nachrangig â ausschlieÃlich â leistungspflichtig ist. Diesen Nachweis haben die KlÃ¤gerin bzw. die Beigeladene auch nicht dadurch erbracht, dass sie im Schriftsatz und in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 00.00.0000 einzelne Hilfsmittel unter Angabe von Belegnummern im Wert von insgesamt 26.240,44 EUR lediglich aufgelistet und dazu die Auffassung vertreten haben, es handele sich um "typische Leistungen der Pflegeversicherung", um "rein prophylaktisch eingesetzte Hilfsmittel" oder "Pflegehilfsmittel", die Ã¼berwiegend der Pflegeerleichterung dienten".

Pflegeerleichterung und Behinderungsausgleich schlieÃen sich nicht gegenseitig aus. Ein Hilfsmittel kann gleichzeitig beide Funktionen erfÃ¼llen, ohne dass seine Hilfsmitteleigenschaft im Sinne von Â§ 33 Abs. 1 SGB V entfÃ¤llt (BSG, Urteil vom 25.01.1995 â 3/1 RK 63/93 = SozR 3-2500 Â§ 33 Nr. 13 = NZS 1995, 412 m.w.N.). Um ein reines Pflegehilfsmittel, das der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugerechnet werden kann, handelt es sich nur dann, wenn es im konkreten Fall allein der Erleichterung der Pflege durch die Pflegeperson dient. Dies hat die KlÃ¤gerin fÃ¼r keinen der beanstandeten FÃ¤lle konkret dargelegt. Der SubsidaritÃ¤tsgrundsatz des Â§ 40 Abs. 1 Satz 1, letzter Halbsatz SGB XI bedeutet, dass ein Hilfsmittel, das nicht ausschlieÃlich der Pflegeerleichterung dient, sondern zumindest auch eine der Voraussetzungen des Â§ 33 Abs. 1 SGB V erfÃ¼llt, in die vorrangige Leistungspflicht der Krankenversicherung fÃ¤llt. Dies trifft auf die von der Beklagten beanstandeten FÃ¤lle zu.

Die Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Zuordnung der Leistungen zur Krankenversicherung oder Pflegeversicherung im Hinblick auf die unterschiedlichen Finanzausgleiche in den beiden Sozialversicherungsbereichen von erheblicher Bedeutung ist. Sie hat dazu ausgefÃ¼hrt:

"Der Risikostrukturausgleich ist ein kassenÃ¼bergreifender Finanzausgleich, der die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen â gemessen an den Faktoren Alter, Geschlechtund Bezug einer ErwerbsunfÃ¤higkeitsrente â ausgleicht. Der Aus- gleich erfolgt einnahmeorientiert, d.h. nicht die Ist-Ausgaben einer Krankenkasse werden ausgeglichen, sondern standardisierte Ausgabeprofile. Der Risokostrukturausgleich wurde parallel zur Kassenwahlfreiheit eingefÃ¼hrt, um sicherzustellen, dass der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer effizienten Versorgung fÃ¼hrt und nicht zu einem unsolidarischen Wettbewerb um junge und gesunde Versicherte wird. Die Kranken- kassen stehen somit vor allem Ã¼ber ihren Beitragssatz unterein- ander im Wettbewerb.

Im Finanzausgleich der Pflegeversicherung (Â§Â§ 66 ff. SGB XI) werden alle Leistungsausgaben ausgeglichen. Ãbersteigen die Einnahmen die Ausgaben, sind diese an den Ausgleichsfonds als SondervermÃ¶gen der Pflegeversicherung abzufÃ¼hren (Â§ 67 Abs. 2 B XI), sind die Ausgaben hÃ¶her, erhÃ¤lt die Pflegekasse Geld aus dem Ausgleichsfonds. Ein einheitlicher Beitragssatz von 1,7% (Â§ 55 SGB XI) wÃ¤re sonst nicht zu halten. Im Umkehrschluss bedeutet es auch, dass der Beitragssatz in der Pflegeversiche- rung kein Mittel im kasseninternen Wettbewerb darstellt."

Dem schlieÃt sich die Kammer in vollem Umfang an.

Ist somit vorrangiges Mittel im Wettbewerb um Mitglieder der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung, so mÃ¶gen einzelne Kassen versucht sein, unter Missachtung der strikten Nachrangigkeit der Pflegeversicherung die Ausgaben im Bereich der Leistungen der Krankenversicherung kÃ¼nstlich niedrig zu halten. Nach dem Ergebnis der aufsichtsrechtlichen PrÃ¼fung haben die KlÃ¤gerin und die Beigeladene in kollusivem Zusammenwirken entgegen der unmisserstÃ¤ndlich klaren Vorgabe des Gesetzes Leistungen zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht, obwohl die Voraussetzungen fÃ¼r LeistungsfÃ¤lle der Krankenversicherung vorlagen. Auf diese Weise hat sich die KlÃ¤gerin Ã¼ber Jahre in ungesetzliche Weise einen Wettbewerbsvorteil gegenÃ¼ber anderen gesetzlichen Krankenkassen verschafft. Als dies schon bei der ersten PrÃ¼fung im August/September 1999 von der Beklagten aufgedeckt wurde, haben die KlÃ¤gerin und die Beigeladene in der Folgezeit nur geringe Bereitschaft zur Zusammenarbeit gezeigt. Ihrer gesetzlichen Pflicht zur Vorlage der von der Beklagten erbetenen Unterlagen (vgl. Â§Â§ 274 Abs. 1 Satz 5 SGB V, 46 Abs. 6 Satz 5 SGB XI) sind sie erst auf mehrfache Erinnerung nachgekommen. Die von der Beigeladenen im Schreiben vom 31.07.2003 angekÃ¼ndigte Umbuchung falsch gebuchter Hilfsmittelkosten in den "eindeutig und klaren FÃ¤llen" ist bis heute nicht erfolgt. Die KlÃ¤gerin hat zuletzt im Schriftsatz vom 12.10.2004 â ohne nÃ¤here BegrÃ¼ndung und Nachweis â 26.240,44 EUR als von den ErstattungsansprÃ¼chen der Beigeladenen abzusetzenden Betrag genannt; sie hat aber auch die hiernach verbleibenden 191.834,08 EUR nicht zu Gunsten der Beigeladenen umgebucht.

Die KlÃ¤gerin kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, ErstattungsansprÃ¼che der Beigeladenen seien verfristet oder sogar verjÃ¤hrt. Es begegnet bereits erheblichen Zweifel, ob die Â§Â§ 111, 113 SGB X die hier

streitigen "ErstattungsansprÃ¼che" Ã¼berhaupt erfasst. Dagegen spricht, dass die Organe der Pflegekassen die Organe der Krankenkassen sind, bei denen sie errichtet sind (Â§ 46 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Der Vorstand der KlÃ¤gerin ist zugleich Vorstand der Beigeladenen. Durch sein Handeln bzw. Unterlassen als Vorstand der erstattungsberechtigten Pflegekasse kÃ¶nnte er die Verfristung/VerjÃ¤hrung zu Gunsten der erstattungsfÃ¤higen Krankenkasse bewirken. UnabhÃ¤ngig davon sind aber die AnsprÃ¼che der Beigeladenen weder verfristet noch verjÃ¤hrt, da der Lauf der entsprechenden Fristen von der Kenntnis des erstattungsberechtigten LeistungstrÃ¤gers von der Entscheidung des erstattungspflichtigen LeistungstrÃ¤gers Ã¼ber dessen Leistungspflicht abhÃ¤ngt (vgl. Â§Â§ 111 Satz 2, 113 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Die (erstattungspflichtige) KlÃ¤gerin hat bis heute keine Entscheidung hinsichtlich ihrer Leistungspflicht getroffen, da sie diese ja gerade bestreitet! Mithin fehlt es an einer eine Frist in Gang setzenden Kenntnis der (erstattungsberechtigten) Beigeladenen.

Nach alledem ist der gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin ergangene Verpflichtungsbescheid der Beklagten nicht zu beanstanden. Der gegenÃ¼ber der Beigeladenen ergangene Bescheid vom 17.10.2003 ist nicht (mehr) angefochten und daher bestandskrÃ¤ftig.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 SGG i.V.m. Â§Â§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1 VwGO.

Erstellt am: 29.04.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024