

L 4 P 2078/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegerversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 19 P 4418/09
Datum
15.04.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 2078/13
Datum
14.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. April 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 2.500.000,00 festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die klagende Pflegekasse EUR 62.580.098,00 zu Unrecht aus dem Finanzausgleich der Pflegekassen erhielt und zur Rückzahlung dieses Betrags an den Ausgleichsfonds der Pflegekassen verpflichtet ist.

Im Jahre 2001 erfolgte eine bundesweite Schwerpunktprüfung durch die für die Prüfung der Pflegekassen zuständigen Prüfdienste des Bundes und der Länder, um festzustellen, ob die Ausgaben für Hilfsmitteln in korrekter Weise den Krankenkassen und Pflegekassen zugeordnet waren. Dabei ergab sich, dass Pflegekassen teilweise zu Unrecht die Kosten für Hilfsmittel getragen hatten, für welche die Krankenkassen leistungspflichtig gewesen sein sollen. Das Bundesversicherungsamt, das den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung durchführt und den zu diesem Zweck eingerichteten Ausgleichsfonds verwaltet, geht aufgrund einer Hochrechnung davon aus, dass es allein in der Zeit von 1995 bis zum Jahr 2001 zu geschätzten Falschbuchungen in Höhe von ca. EUR 400.000.000,00 an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung gekommen sei, der an die Pflegeversicherung zurückzuführen sei. Das Prüfungsamt für die Sozialversicherung des zu 1 beigeladenen Landes (im Folgenden: Prüfungsamt) unterrichtete das Bundesversicherungsamt auf dessen Anfrage, dass aufgrund seiner Prüfungen von Juni 2001 bis Mai 2002 über EUR 200.000,00 von der Krankenversicherung zur Pflegeversicherung umgebucht worden seien (Schreiben vom 24. Oktober 2002). Ferner teilte das Prüfungsamt dem Bundesverwaltungsamt mit (Schreiben vom 8. Juli 2003), es beteilige sich zwar an der Schwerpunktprüfung, nehme aber keine Hochrechnung der Fehlerquoten vor, weil es hierfür keine spezielle Rechtsgrundlage gebe und nach dem Prinzip des Anscheinsbeweises nicht verfahren werden könne, da die Stichprobenergebnisse jedenfalls für die Klägerin und/oder die zu 2 beigeladene Krankenkasse sowie die IKK Baden-Württemberg nicht repräsentativ seien. Es vertrat auch die Auffassung, dem Erstattungsanspruch der Pflegekassen stehe in großem Umfang § 111 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) entgegen.

Das Bundesversicherungsamt hielt die vom Prüfungsamt durchgeführten Prüfungen für unzureichend. Aus ihm vorliegenden Daten entnahm das Bundesversicherungsamt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben der Klägerin deutlich über dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung liegen.

Das Bundesversicherungsamt forderte die Beigeladene zu 2, die wie die bei ihr errichtete Klägerin nach der jeweiligen Satzung das Gebiet des Landes Baden-Württemberg umfasst, auf, den von ihr zu Gunsten der Klägerin ermittelten konkreten Umbuchungsbedarf für die Jahre 1998 bis 2000 mitzuteilen und kündigte für den Fall, dass die Beigeladene zu 2 dieser Aufforderung nicht nachgekommen werde, an, die Höhe des Erstattungsanspruches der Klägerin gegen die Beigeladene zu 2 auf der Grundlage ihm vorliegender Daten und Erkenntnisse über die Pro-Kopf-Ausgaben an Hilfsmitteln aus der Schwerpunktprüfung 2001 zu ermitteln (Schreiben vom 11. November 2003). Die Beigeladene zu 2 hielt im Hinblick auf die fortlaufend durchgeführten (im Einzelnen angeführten) Prüfungen und Berichtigungen eventueller festgestellter Fehlbuchungen durch ihre Bezirksdirektionen die vom Bundesversicherungsamt in Aussicht genommene Hochrechnung bezüglich einer unrechtmäßigen Belastung der Pflegeversicherung mit Hilfsmitteln durch sie für unbegründet sowie eine Hochrechnung gestützt auf nicht nachvollziehbare Einzelergebnisse aus Schwerpunktprüfungen rechtlich für nicht haltbar (Schreiben vom 19. April 2004).

Das Bundesversicherungsamt kündigte gegenüber der Klägerin an (Schreiben vom 12. April 2005), einen (als Entwurf beigefügten) Bescheid zu erlassen, in welchem festgestellt werde, dass die Klägerin in den Jahren 1998 bis 2003 insgesamt EUR 62.595.284,00 zu Unrecht aus dem Finanzausgleich der Pflegekassen erhalten habe. In dieser Höhe habe es einen Umbuchungsbedarf für die Jahre 1998 bis 2003 ermittelt. Im Schreiben vom 12. Mai 2005, das im Briefkopf die Hauptverwaltung der Beigeladenen zu 2 nennt, verblieb diese bei ihrer Auffassung im Schreiben vom 19. April 2004 und sah – ebenso wie das zu 1 beigeladene Land (Schreiben vom 6. Juli 2005) – keine Rechtsgrundlage für die Erteilung eines Zahlungsbescheids des Bundesversicherungsamts an die Klägerin als landesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Mit an die Klägerin gerichtetem Bescheid vom 29. November 2006 stellte das Bundesversicherungsamt fest, die Klägerin habe in den Jahren 1998 bis einschließlich 2003 insgesamt EUR 62.580.098,00 zu Unrecht aus dem Finanzausgleich der Pflegekassen erhalten und daher ihre Verpflichtung zur Rückgewähr dieses Korrekturbetrages an den Ausgleichsfonds bestehe. Ferner verfügte es, dass der Betrag in fünf gleichen Raten in Höhe von EUR 12.516.019,60 im monatlichen Ausgleich nach § 67 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), beginnend im Januar 2007 und anschließend jeweils jährlich im Dezember der Jahre 2007 bis 2010, einbehalten werde (nach einer vorgegebenen Verfahrensweise). Zur Begründung führte das Bundesversicherungsamt aus, infolge der Schwerpunktprüfung 2001 hätten sich in einigen Fällen Zweifel an der Plausibilität der Datengrundlage für die Durchführung des Finanzausgleichs ergeben. Diese müsse es als Verwalter des Ausgleichsfonds und Durchführungsbehörde des Ausgleichs aufklären. Bei der Klägerin hätten die deutlich überproportional hohen Ausgaben für technische Hilfsmittel auf dem Konto 4310 der vorläufigen Rechnungsergebnisse auf eine fehlerhafte Buchungspraxis schließen lassen. Trotz mehrfacher Aufforderung seien jedoch weder von der Klägerin noch von der zuständigen Landesaufsicht Daten zur Verfügung gestellt worden, die eine ordnungsgemäße Durchführung eines den Interessen der Einheitskasse gerecht werdenden Jahresausgleichs ermöglichten und die Zweifel hinsichtlich der Validität der Daten beseitigt hätten. Mangels konkreter Prüferkenntnisse und aufgrund der Verweigerungshaltung der Beteiligten seien daher zur Ermittlung des Umbuchungsbedarfs die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben je ambulant Pflegebedürftigen der Klägerin mit den als Referenzwert dienenden Pro-Kopf-Ausgaben je ambulant Pflegebedürftigen des Durchschnitts aller gesetzlichen Pflegekassen einschließlich der Allgemeinen Ortskrankenkassen verglichen worden. Der sich ergebende Differenzbetrag sei mit der jeweiligen Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen der Klägerin multipliziert worden. Im Rahmen der häuslichen Pflege bestehe ein Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nur, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten seien. Aufgrund dieses Subsidiaritätsprinzips sei stets vorrangig die Leistungspflicht der Krankenversicherung oder anderer Leistungsträger zu prüfen. Solange mit dem Hilfsmittel einer (der in § 33 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB V] genannten) Zwecke erfüllt werde, sei gesetzlich die Krankenversicherung leistungspflichtig. Dies gelte insbesondere für den Ausgleich einer Behinderung und die nach der Rechtsprechung hierunter zu fassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Soweit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht oder auch nur erleichtert werde, seien die Leistungsvoraussetzungen der Krankenversicherung erfüllt und eine Hilfsmittelgewährung zulasten der Pflegekasse aufgrund der Subsidiarität der Pflegeversicherung gesperrt. Die Pflegeversicherung sei ausnahmsweise nur dann zur Leistung eines Pflegehilfsmittels verpflichtet, wenn es sich um ein reines Pflegehilfsmittel handle. Daher bleibe nur in wenigen Ausnahmefällen Raum für die Entscheidung, dass das beantragte Hilfsmittel als ein der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung unterliegendes Pflegehilfsmittel anzusehen sei. Da in der Pflegeversicherung ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz gelte, könne die Finanzierung der Pflegeversicherung nur dann sichergestellt bleiben, wenn die den Mittelanforderungen zugrunde liegenden Ausgaben ausschließlich nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften veranlasst worden seien. Mit der Vorschrift des § 68 SGB XI, der Rechtsgrundlage für die Durchführung des Jahresausgleichs sei, habe der Gesetzgeber ihm (dem Bundesversicherungsamt) ein Instrumentarium an die Hand gegeben, um einen zielgenauen, der tatsächlichen Datenlage entsprechenden Ausgleich zwischen den Pflegekassen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zu erreichen. In seiner Funktion als Durchführungsbehörde für den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung und die Zuständigkeit für die Verwaltung des Ausgleichsfonds habe es eine rechtmäßige Auskehrung der Mittel an die Pflegekassen zu gewährleisten. Erlange es Kenntnis von einer rechtswidrigen Mittelanforderung aus der sozialen Pflegeversicherung, habe es daher auf eine Rückführung der Mittel hinzuwirken. Entscheidend sei somit, dass über den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung nach § 65 ff. SGB XI dem Ausgleichsfonds als Sondervermögen der gesetzlichen Pflegeversicherung durch die nicht rechtmäßige Angabe von Vermögenswerten der Klägerin Mittel in Höhe von EUR 62.580.098,00 vorenthalten würden. Dem Ausgleichsfonds entgingen weiterhin laufend Zinsgewinne aus der Anlage dieser Mittel. Um den Jahresausgleich rechtssicher durchzuführen, könnten die ermittelten Daten, die die Grundlage des Jahresausgleichs bildeten, nur im Falle ihrer Plausibilität als die den Monatsausgleich bereinigende Werte in einen Jahresausgleich eingestellt werden. Ihm (dem Bundesversicherungsamt) obliege kraft Sachzusammenhang eine Prüfpflicht vor Einstellung der gemeldeten Daten in einen Jahresausgleich, der eine Feinberechnung der von den Pflegekassen zu tragenden Verpflichtungen vornehme, um dem Anspruch einer rechtmäßigen Durchführung dieses Ausgleichs zu entsprechen. Erkennbar unplausible Daten dürfe es daher nicht in den Jahresausgleich einstellen. Ermittle die Pflegekasse den Korrekturbedarf somit nicht von sich aus, so bleibe ihm (dem Bundesversicherungsamt) zur Aufrechterhaltung der Funktionalität des Verfahrens nur die Schätzung nach dem ihm vorliegenden statistischen Material. Da eine sofortige Korrektur in Höhe der Gesamtsumme des festgestellten Umbuchungsbedarfs die Klägerin erheblich belasten würde, werde die Summe in fünf gleichen Raten im monatlichen Ausgleich einbehalten. Die Berechnung des Korrekturbedarfs erfolgte in einer Anlage zum Bescheid. Das Bundesversicherungsamt berechnete die Mehrausgaben der Klägerin zum Durchschnitt der gesetzlichen Pflegeversicherung im Bereich der Technischen Hilfsmittel für die Jahre 1998 bis 2003 auf der Grundlage der Leistungsausgaben im Bereich Technische Hilfsmittel – Statistik PV 45 (Kto. 4310), IV. Quartal.

Jahr Ausgaben Gesetzliche Pflegeversicherung insgesamt Ausgaben Klägerin Mehrausgaben der Klägerin je ambulant Pflegebedürftigen
Prozentualer Anteil der Mehrausgaben Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen der Klägerin Mehrausgaben der Klägerin
1998 EUR 237,00 EUR 313,00 EUR 76,00 32,07 % 71.273 EUR 5.416.748,00 1999 EUR 256,00 EUR 331,00 EUR 75,00 29,30 % 73.547 EUR 5.516.025,00 2000
EUR 226,00 EUR 373,00 EUR 147,00 65,04 % 73.085 EUR 10.743.495,00 2001 EUR 187,00 EUR 410,00 EUR 223,00 119,25 % 71.520 EUR
15.948.960,00 2002 EUR 196,00 EUR 394,00 EUR 198,00 101,02 % 75.779 EUR 15.004.242,00 2003 EUR 182,00 EUR 320,00 EUR 138,00
75,82 % 72.106 EUR 9.950.628,00

Am 21. Dezember 2006 wurde wegen des Bescheids vom 29. November 2006 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. In der Klageschrift vom 20. Dezember 2006, in welcher im Briefkopf die Hauptverwaltung der Beigeladenen zu 2 genannt ist, war die Beigeladene zu 2 als Klägerin angegeben. Mit am selben Tag eingegangenen Schriftsatz vom 29. Dezember 2006, in welchem im Briefkopf wiederum die Hauptverwaltung der Beigeladenen zu 2 genannt ist, wurde mitgeteilt, die Klägerin sei versehentlich unvollständig bezeichnet worden. Richtigerweise sei Klägerin die Pflegekasse.

Nachdem das SG den Rechtsstreit zunächst an das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen als das sachlich zuständige Gericht verwiesen hatte (Beschluss vom 29. Januar 2009), verwies ihn dieses mit Beschluss vom 29. April 2009 an das SG zurück; eine bindende Verweisung durch den Beschluss vom 29. Januar 2009 bestehe nicht.

Zur Begründung der Klage wurde ausgeführt, bereits 1998 habe das Prüfungsamt Prüfungen hinsichtlich der Abgrenzung von technischen Hilfsmitteln zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vorgenommen. Bei der Prüfung ihrer elf Bezirksdirektionen im Jahr 2000 seien "Fehlbuchungen" in Höhe von etwa EUR 90.000,00 beanstandet worden. Nach entsprechender Argumentation im Einzelfall seien ca. EUR 50.000,00 Umbuchungsbedarf zulasten der Krankenversicherung verblieben. Diese Umbuchung sei durchgeführt worden. Eine weitere Prüfung durch das Prüfungsamt im Jahr 2001 bei vier Bezirksdirektion habe ebenfalls zu Diskussionen in Einzelfällen unter Berücksichtigung zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) geführt. Unter Einbindung des Prüfungsamtes sei danach von ihrem zuständigen Fachbereich ein Leitfaden für die Bezirksdirektion erarbeitet worden, der seither unter steter fachlicher Begleitung zur Umsetzung korrekter Buchung und Leistungsabgrenzung Anwendung finde. Beanstandungen durch das Prüfungsamt habe es in der Folgezeit nur in Einzelfällen gegeben, die dann sofort in Abstimmung mit der Aufsicht zur Umbuchung gekommen seien. Offener Handlungsbedarf mit der Aufsichtsbehörde bestehe seit dieser Zeit nicht mehr. Im Hinblick auf diese Prüfungen sei während des Verwaltungsverfahrens durch sie gegenüber dem Bundesversicherungsamt keine Stellungnahme mehr erfolgt. Der angefochtene Bescheid basiere weder auf einer ausreichenden Rechtsgrundlage noch halte die Forderungsermittlung statistischen Anforderungen stand. Aus dem im Zusammenhang gemäß [§ 68 SGB XI](#) durchzuführenden Jahresausgleich leite das Bundesversicherungsamt eine Kompetenz ab, den Zahlungsverkehr mit den Pflegekassen auch im Sinne eines Verfahrens zu Umbuchung von Fehlbeträgen nutzen zu können. Eine solche Kompetenzzuweisung könne der gesetzlichen Regelung jedoch nicht entnommen werden. Das Bundesversicherungsamt maße sich damit Aufsichtsrechte an, die in klarem Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuständigkeitsverteilung der Aufsicht nach [Art. 87 Abs. 2 Grundgesetz \(GG\)](#) stünden. Aus [Art. 83 ff. GG](#) ergebe sich die materiell-rechtliche Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern, die auch die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden mit erfasse. Sie sei als landesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts gemäß [Art. 87 Abs. 2 Satz 2 GG](#) allein der Landesaufsicht unterstellt und unterliege auch alleine dieser Aufsichtskompetenz ([§ 90 Abs. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV] i.V.m. [§ 46 Abs. 6 SGB XI](#)). Eine Anerkennung des [§ 68 SGB XI](#) als Rechtsgrundlage für ein Vorgehen des Bundesversicherungsamtes gegen eine solche Pflegekasse wäre nichts anderes als die Anerkennung von Aufsichtsrechten aus einfach-gesetzlichen Spezialvorschriften, die den verfassungsrechtlichen Grundentscheidungen und den allgemeinen Regelungen im SGB IV widerspräche. Eine solch weitgehende Anerkennung von Aufsichtsrechten verstoße auch gegen das Mischverwaltungsverbot im Sinne einer exakten Aufgabentrennung zwischen Bund und Ländern. Zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung habe das BSG bereits entschieden, dass dem Bundesversicherungsamt in seiner Kompetenz als Durchführungsbehörde keine Amtsermittlungspflicht zu den Daten zukomme, die dem dortigen Ausgleich zugrunde lägen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 - [B 12 KR 19/01 R](#) - juris). Die Zuständigkeit als Durchführungsbehörde eines Ausgleichsverfahrens sei streng von der Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen zu unterscheiden. Das Bundesversicherungsamt müsse von der bestehenden Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung ausgehen und könne deren Grenzen nicht durch eine Erweiterung von Ermittlungs- und Prüfungspflichten überschreiten oder mögliche Fehler mit Sanktionen selbst belegen. Nach [§ 9](#) der auf [§ 66 Abs. 1 Satz 4](#) und 5 SGB XI beruhenden Vereinbarung zwischen den (damaligen) Spitzenverbänden der Krankenkassen in ihrer Funktion als Spitzenverbände der Pflegekassen und dem Bundesversicherungsamt vom 14. Dezember 1994 (in der Fassung vom 20. November 2001; im Folgenden FAV) könne das Bundesversicherungsamt zwar "zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung" von Daten für Prüfzwecke die Vorlage von Geschäfts- und Rechnungsergebnissen, weiteren Auskünften und Nachweisen verlangen und örtliche Erhebungen vornehmen. Aus dieser Vereinbarung könnten jedoch keine weitergehenden Rechte des Bundesversicherungsamtes, die als aufsichtsrechtliche Verpflichtungen ergehen könnten, hergeleitet werden. Auch aus dem Begriff der "Bereinigung" in [§ 68 SGB XI](#) könne keine Berechtigung zu Ausgleichsforderungen hergeleitet werden. Die Erwägungen hierzu in der Begründung des Gesetzentwurfes deuteten darauf hin, dass dem Bundesversicherungsamt lediglich eine rein rechnerische Überprüfung im Hinblick auf Rücklage und Betriebsmittel zugestanden werden sollte und nicht eine materielle Prüfungskompetenz, ob die mitgeteilten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Pflegekasse in einem bundesweiten Durchschnittsvergleich dem Bundesversicherungsamt "plausibel" erschienen. Jedenfalls lägen plausible Daten von ihr vor. Sie habe entsprechend den Feststellungen des Prüfungsamtes im Zeitraum 1998 bis 2003 Umbuchungen vorgenommen und sei daher den Anforderungen der Rechtsaufsicht nachgekommen. Sämtliche ihrer Bezirksdirektionen würden vom Prüfungsamt im Turnus von vier bis fünf Jahren überprüft, so dass eine lückenlose Kontrolle der Rechtsaufsichtsbehörde sichergestellt sei. Die Beklagte werfe ihr zu Unrecht vor, von sich aus einen Korrekturbedarf nicht ermittelt zu haben. Aus ihrer Sicht müsse gefragt werden, was sie denn ermitteln solle, wenn sie in Einklang mit ihrer Aufsichtsbehörde von keinem weiteren Korrekturbedarf ausgehen könne. Deshalb könne auch eine weitere Einstellung von Daten in den Jahresausgleich nicht verlangt werden, wenn diese gerade nicht von der Landesaufsicht gefordert werde. Wenn die Beklagte ebenfalls der Auffassung sei, dass es entsprechend der Rechtsprechung bei der Abgrenzung der Hilfsmittel zur Kranken- oder Pflegeversicherung auf den konkreten Einzelfall ankomme, so stehe dies im Widerspruch zu deren Vorgehen gegen sie, bei der eine pauschalierte Hochrechnung unabhängig von den zu Grunde liegenden Einzelfällen vorgenommen werde. Das BSG habe in der Revisionsentscheidung zur Aufsichtsangelegenheit bestätigt, dass sich eine generalisierende und pauschalierende Betrachtung bei der Hilfsmittelzuordnung verbiete und jeweils eine Einzelfallprüfung zugrundeulegen sei (BSG, Urteil vom 15. November 2007 - [B 3 A 1/07 R](#) - juris). Der von der Beklagten ermittelte Umbuchungsbedarf halte weder rechtlichen noch statistischen Grundanforderungen stand. Die angewandte Rechenweise verkenne, dass sie Umbuchungen entsprechend der Prüfberichte des Prüfungsamtes in der Vergangenheit vorgenommen habe. Das Sozialgericht München (Urteil vom 12. Mai 2004 - [S 3 P 50/01](#) - juris) habe zu einer entsprechenden Aufsichtsordnung gegenüber der Pflegekasse bei der AOK Bayern eine hinreichend bestimmte und gesicherte Datenlage gefordert. Hochrechnungen, die auf Stichprobenprüfungen und Schätzungen basierten, entsprächen einer solchen gesicherten Datenlage nicht. Dieses Urteil sei vom Bayerischen LSG (Urteil vom 26. Juli 2006 - [L 2 P 30/04](#) - juris) bestätigt worden. Auch aus statistischer Sicht sei die Hochrechnung nicht haltbar. Die von den Prüfdiensten bei der bundesweiten Prüfung erhobenen Stichproben seien nicht aussagekräftig und erlaubten insbesondere keinen sinnvollen Rückschluss auf die Grundgesamtheit (Ergebnis je Kalenderjahr). Die Berechnungen des Bundesversicherungsamtes beruhten darüber hinaus auf weitergehenden Annahmen, die schon aus statistischer Sicht nicht haltbar seien. Im Einzelnen wurde hierzu auf ein von der Klägerin eingeholtes und vorgelegtes Gutachten des Dipl.-Kaufmanns G. vom 30. Juni 2005 sowie eine Stellungnahme desselben vom 27. Februar 2007 verwiesen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ergänzend zur Begründung des angefochtenen Bescheides führte sie aus, bei der Klägerin hätten die deutlich überproportional hohen Ausgaben für technische Hilfsmittel auf eine fehlerhafte Buchungspraxis schließen lassen. Trotz mehrfacher Aufforderung seien weder von der Klägerin noch dem Prüfungsamt Daten zur Verfügung gestellt worden, die eine ordnungsgemäße Durchführung eines den Interessen der Einheitskasse gerecht werdenden Jahresausgleichs ermöglicht und die Zweifel hinsichtlich der

Validität der Daten beseitigt hätten. Spätestens im September 2006 hätte durch die Klägerin eine durch korrekte Zahlen belegte Klarstellung erfolgen müssen. Da dies nicht geschehen sei, habe das Bundesversicherungsamt von der Richtigkeit seiner Berechnungen ausgehen können. Die Durchführung des Finanzausgleichs obliege – ebenso wie die Verwaltung des Ausgleichsfonds – dem Bundesversicherungsamt. Aus den §§ 65 ff. SGB XI i.V.m. der FAV ergebe sich die Kompetenz für dessen Vorgehensweise. Die Befugnis und Pflicht zum Abschluss der FAV sowie deren Verbindlichkeit für die Pflegekassen (§ 66 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB XI) solle nach der Begründung des Gesetzentwurfes der praxisorientierten und effektiven Durchführung des Finanzausgleiches und der Ermöglichung eines gerechten Verfahrens für alle Beteiligten dienen. Mit der Annahme einer fehlenden Rechtsgrundlage für den streitgegenständlichen Bescheid verkenne die Klägerin die Bedeutung einer gleichmäßigen Rechtsanwendung für das bestehende Ausgleichssystem. Die soziale Pflegeversicherung sei in wirtschaftlicher Hinsicht eine Einheitskasse mit einem gesetzlich festgelegten, kassenübergreifenden einheitlichen Beitragssatz, die über den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI finanziert werde. Aus dem Ausgleichsfonds erhalte jede Pflegekasse den vollständigen Ersatz ihrer Ist-Ausgaben. Diesem Finanzausgleich ohne Standardisierung wie im Risikostrukturausgleich oder eine Interessenquote wie im Risikopool fehlten immanente Wirtschaftlichkeitsanreize. Die dennoch bewusste Ausgestaltung des Ausgleichs in der Pflegeversicherung als reinem Ist-Ausgabenausgleich beruhe auf der gesetzgeberischen Prognose, dass die Gefahr einer Ausnutzung der Pflegeversicherung durch ungerechtfertigte Leistungsansprüchen des Mitglieds oder unwirtschaftliche Leistungsgewährung der Pflegekasse als gering anzusehen sei. Dabei sei das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Ausgleichsfonds und Verwaltungsbehörde für die Durchführung des Finanzausgleiches zur Durchsetzung der Interessen der Pflegeversicherung als Einheit verpflichtet. Die Finanzierung der Pflegeversicherung könne nur dann sichergestellt werden, wenn die den Mittelanforderungen zugrunde liegenden Ausgaben der Pflegekassen ausschließlich nach den gesetzlichen Vorschriften veranlasst worden seien. Es führe zu einer rechtswidrigen Mittelanforderung der Pflegekasse, wenn diese Ausgleichsansprüche gegen die jeweilige Krankenkasse, die aufgrund der rechtswidrigen Übernahme der Leistungspflicht der Pflegekasse zugunsten der Krankenkasse bei Hilfsmitteln entstanden seien, nicht in den eigenen Mittelbestand aufnehme. Entgegen der offenbar von der Klägerin vertretenen Ansicht handele es sich nach der Rechtsprechung des BSG nur dann um ein reines Pflegehilfsmittel, das der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr zugerechnet werden könne, wenn es im konkreten Einzelfall ausschließlich der Erleichterung der Pflege durch die Pflegeperson diene. Daher bleibe nur in wenigen Ausnahmefällen Raum für die (Einzelfall-)Entscheidung, das beantragte Hilfsmittel als ein der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung unterliegendes Pflegehilfsmittel anzusehen. Die Verpflichtung zur Vornahme von Korrekturen ergebe sich unmittelbar aus § 68 Abs. 2 SGB XI. Wenn die Pflegekasse den Korrekturbedarf jedoch nicht von sich aus ermittle oder nicht widerlege, so bleibe dem Bundesversicherungsamt zur Aufrechterhaltung der Funktionalität des Verfahrens nur die Ermittlung nach dem ihr vorliegenden statistischen Material. Der Finanzausgleich in der Pflegeversicherung könne nicht ohne Weiteres mit dem Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung verglichen werden. Dort sei anders als in der Pflegeversicherung durch eine zweite Stufe (Prüfung der mitgeteilten Ergebnisse der Krankenkassen durch deren Spitzenverbände) gewährleistet, dass in den Risikostrukturausgleich nur nach einer Plausibilitätsprüfung Daten eingestellt würden. Des Weiteren seien dem als reinen Ist-Ausgleich ausgestalteten Finanzausgleich in der Pflegeversicherung Wirtschaftlichkeitsanreize, wie sie im Risikostrukturausgleich der Krankenversicherung enthalten seien, im Hinblick auf die tatsächlichen Leistungsausgaben fremd. Im Übrigen habe das BSG zum Risikostrukturausgleich (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 – B 12 KR 19/01 R – juris) ausdrücklich ausgeführt, dass die Pflicht des Bundesversicherungsamtes als Durchführungsbehörde des Risikostrukturausgleiches unberührt bleibe, bei den Kassen, ihren Spitzenverbänden und den Aufsichtsbehörden auf eine Beseitigung solcher Mängel hinzuwirken, die es aus dem Zulauf der Daten oder in gerichtlichen Verfahren erkenne. Zu Recht ermächtige § 9 FAV das Bundesversicherungsamt, in Fällen wie dem vorliegenden im Interesse aller Pflegekassen entsprechend vorzugehen. Die nach § 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vorzunehmende "Bereinigung" beinhalte implizit die Aufnahme nur korrekter und plausibler Daten. Dem Bundesversicherungsamt als der den Jahresausgleich durchführenden Verwaltungsbehörde obliege daher kraft Sachzusammenhangs eine Prüfpflicht zur Einstellung der gemeldeten Daten in einen Jahresausgleich. Erkennbar unplausible Daten dürfe es nicht in den Jahresausgleich einstellen. Dass in der Begründung des Gesetzentwurfes zu § 68 SGB XI keine weitergehende Aussage getroffen worden sei, lasse nicht den Schluss zu, dass Verstöße gegen geltende Rechtsnormen ungeahndet bleiben sollten. Der Gesetzgeber sei davon ausgegangen, dass ein Missbrauch nicht eintreten werde, so dass er diesen Fall folgerichtig überhaupt nicht bedacht habe. Eine Parallele zu den von der Klägerin angeführten Urteilen des Sozialgerichts München und Bayerischen LSG sowie der nachfolgenden Revisionsentscheidung des BSG bestehe nicht, da dort Streitgegenstand eine aufsichtsrechtliche Verpflichtungsanordnung gewesen sei. Das Bundesversicherungsamt sei – in Übereinstimmung mit diesen Entscheidungen – durchweg von der Notwendigkeit einer konkreten Einzelfallprüfung bei der Leistungszuständigkeit für Hilfsmittel ausgegangen. Eine Aussage zur Erforderlichkeit einer sicheren Datenlage sei dort auch nicht getroffen worden. Von der Klägerin behaupteten Umbuchungen zu Gunsten der Pflegekasse wären in den vorläufigen Rechnungsergebnissen jeweils enthalten und bildeten somit die Grundlage für die Berechnung des Korrekturbetrages durch das Bundesversicherungsamt. Trotz behaupteter Umbuchungen habe das Bundesversicherungsamt bei Vergleichsberechnungen deutlich überproportional hohe Pro-Kopf-Ausgaben für technische Hilfsmittel der Klägerin im Vergleich zum Durchschnitt aller gesetzlichen Pflegekassen festgestellt. Das dabei von diesem gewählte Berechnungsverfahren sei nicht mit der in der Schwerpunktprüfung 2001 durch die Prüfdienste angewandten Verfahrensweise zu vergleichen. Letztere beruhe auf Stichproben mit anschließender Hochrechnung und sei somit der so genannten schließenden Statistik zuzurechnen, während das Bundesversicherungsamt eine Vergleichsberechnung vorgenommen habe, die zur beschreibenden Statistik zähle. Eine absolute Aussage wäre nur möglich bei einer Totalerhebung, also bei Vorlage und Überprüfung eines jeden einzelnen Buchungsbetrags. Eine Stichprobe als Basis für eine Hochrechnung, die unter Angabe von Wahrscheinlichkeiten eine Aussage über mögliche Fehlbuchungen zulasse, sei nicht gezogen werden und habe auch nicht gezogen werden können. Soweit im Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme von Dipl.-Kaufmann G. Einwendungen erhoben würden (z.B. fehlende Berücksichtigung des regionalen Preisniveaus für Pflegehilfsmittel in Baden-Württemberg, fehlende Berücksichtigung der kassenspezifischen Struktur der Pflegebedürftigen) unterbleibe die Vorlage konkreten Zahlenmaterials zur Untermauerung. Das Bundesversicherungsamt selbst verfüge hierzu nicht über ausreichende Daten.

Das durch Beschluss vom 9. Februar 2007 zu 1 beigelegene Land wies darauf hin, dass nach dem Urteil des BSG vom 15. November 2007 (B 3 A 1/07, a.a.O.) die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit für Hilfsmittel nach den konkreten Umständen des Einzelfalles und nicht pauschal vorzunehmen sei. Die durch gleichen Beschluss zu 2 beigelegene Krankenkasse äußerte sich nicht. Eigene Anträge stellten beide Beigeladene nicht.

Mit Urteil vom 15. April 2013 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 29. November 2006 auf. Die Klage sei als Anfechtungsklage statthaft und in der Sache begründet. Die Beklagte könne sich nicht auf § 68 Abs. 2 SGB XI als Ermächtigungsgrundlage für den angefochtenen Bescheid berufen. Jedenfalls in Fällen wie dem vorliegenden, in dem die Beklagte die Feststellung eines sachlichen Fehlers an die Verletzung von Vorschriften knüpfe, die von der Prüfbehörde zu prüfen seien, ergebe sich, dass diese vorrangig und alleine zuständig sei. Den streitgegenständlichen Bescheid knüpfe die Beklagte unmittelbar an einen prüfungsrechtlichen Sachverhalt und moniere eine

rechtswidrige Verwaltungspraxis der Klägerin sowie der Beigeladenen zu 2. Da das Bundesversicherungsamt jedoch nicht Prüfbehörde sei, könne ihm auch keine Zuständigkeit zur Feststellung zuerkannt werden. [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) gehe zunächst davon aus, dass das Bundesversicherungsamt tätig werde, nachdem eine entsprechende Feststellung getroffen worden sei, ohne diese Feststellungsbefugnis einer bestimmten Behörde zuzuordnen. Es werde jedoch deutlich, dass es sich um ein zweistufiges Verfahren handle, wonach zunächst die Feststellung sachlicher oder rechnerischer Fehler erfolge und erst dann das Bundesversicherungsamt tätig werde. Hinsichtlich der ersten Stufe sei zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung der maßgeblichen Vorschriften davon ausgegangen sei, dass die Gefahr einer Ausnutzung der Pflegeversicherung durch unberechtigte Leistungsanspruchnahme der Mitglieder oder unwirtschaftliche Leistungsgewährung der Pflegekasse als sehr gering anzusehen sei. Insoweit könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung des [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) inzident dem Bundesversicherungsamt eine eigene Prüfungsbefugnis habe zugestehen wollen, die neben der Aufsicht der [§§ 87 ff. SGB IV](#) stehe. So sehe [§ 88 Abs. 1 SGB IV](#) ausdrücklich vor, dass die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung der Versicherungsträger prüfe. Die [§§ 88, 89 SGB IV](#) enthielten ausreichende Mittel, um den von der Beklagten gerügten Sachverhalt zu klären und eine entsprechende rechtswidrige Verwaltungspraxis zu beenden. Neben dem Land werde dem Bund kein Aufsichtsrecht zuerkannt. Nach [Art. 83 ff. GG](#) führten die Länder die Bundesgesetze aus, soweit das GG nichts anderes bestimme oder zulasse. Mangels anderweitiger Regelung handle sich bei der Tätigkeit der Klägerin nicht um Bundesverwaltung. Es widerspräche der Kompetenzordnung des Grundgesetzes, wenn maßgebliche Mitwirkungs- und Mitentscheidungsbefugnisse des Bundes im Aufgabenbereich der Länder ohne entsprechende verfassungsrechtliche Ermächtigung vorgesehen würden. Eine Ausnahme von den Kompetenz- und Organisationsnormen der [Art. 83 ff. GG](#) bedürfe daher eines besonderen sachlichen Grundes und könne nur hinsichtlich einer eng umgrenzten Verwaltungsmaterie in Betracht kommen. Das Verbot der Mischverwaltung gelte dabei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) auch für den Fall, dass eine mehrfache Aufsicht durch Bund und Land angenommen werde. Da kein Grund für die Einführung eines zweiten Aufsichtsführenden ersichtlich sei, wäre ein entsprechender Verstoß gegen die Vorschriften des GG nicht gerechtfertigt. So sähen [Art. 83 ff. GG](#) verschiedene Möglichkeiten für den Bund vor, wenn ein Land seiner Rechtsaufsicht nicht ordnungsgemäß nachkomme.

Gegen das ihr am 24. April 2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 15. Mai 2013 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens hat sie ergänzend ausgeführt, für den Erlass des streitgegenständlichen Bescheides gemäß [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) i.V.m. [§§ 65 ff. SGB XI](#) i.V.m. der FAV zuständig zu sein. Nach seinem Wortlaut setze [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) eine Feststellung von sachlichen oder rechnerischen Fehlern voraus. Denknotwendigerweise müsse hierfür eine entsprechende Feststellungs- bzw. Prüfbefugnis unterstellt werden. Nach Sinn und Zweck der Regelung und dem Gesamtzusammenhang der Normen der [§§ 65 ff. SGB IX](#) stehe diese dem Bundesversicherungsamt zu, dem die Durchführung eines rechtssicheren Jahresausgleichs obliege. Die von den Pflegekassen übermittelten Daten, die die Grundlage des Jahresausgleichs bildeten, könnten nur im Falle ihrer Plausibilität als die den Monatsausgleich bereinigenden Werte in einen Jahresausgleich eingestellt werden. Diese Einschränkung ergebe sich aus dem Wortlaut des [§ 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#), der eine Bereinigung der Ergebnisse nach [§ 67 SGB XI](#) ausdrücklich vorsehe. Dem Bundesversicherungsamt als der den Jahresausgleich durchführenden Verwaltungsbehörde obliege daher kraft Sachzusammenhangs eine Prüfpflicht zur Einstellung der gemeldeten Daten in einen Jahresausgleich. In diesem Sinne seien gemäß [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) neben auf rechnerischen Fehlern beruhenden Fehlbuchungen auch sachliche, d.h. inhaltlich falsche rechtliche Zuordnungen, z.B. auch und gerade in der Frage der korrekten Buchung von Pflegehilfsmitteln, relevant und zu berücksichtigen. Deshalb sei [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) im Sinne einer effektiven Normanwendung nur dergestalt auszulegen, dass sowohl die Ermittlung als auch die Feststellung einer validen Datengrundlage und anschließend Umsetzung bzw. Durchsetzung im Jahresausgleich darin eingeschlossen sein müssten. In welcher Form daneben auch die Aufsichtsbehörde auf Grundlage des [§ 88 Abs. 1 SGB IV](#) berufen sei, werde vorliegend nicht relevant. Das SG habe unberücksichtigt gelassen, dass ein aufsichtsrechtliches Verfahren im Hinblick auf die Bedeutung des Ausgleichsfonds nicht als effektiv angesehen werden könne. Die für eine aufsichtsrechtliche Durchsetzung einer Umbuchung benötigte Zeit wirke sich zulasten des Ausgleichsfonds aus. Das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde habe – als in diesem Verhältnis Dritter – keinen Anspruch auf die Durchführung einer aufsichtsrechtlichen Prüfung. Das SG habe fehlerhaft die Handlungen des Bundesversicherungsamtes mit denen der Aufsichtsbehörde gleichgestellt und dabei verkannt, dass [§ 68 SGB XI](#) eine eigenständige Rechtsqualität zukomme, auf die sich das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des Pflegeausgleichsfonds gestützt habe. Soweit das SG eine Prüfbefugnis des Bundesversicherungsamtes abgelehnt habe, weil der Gesetzgeber eine solche mangels Gefahr einer missbräuchlichen Ausnutzung der Pflegeversicherung als gering angesehen habe, werde gerade im vorliegenden Rechtsstreit die Missbrauchsgefährdung deutlich. Die Verordnungsermächtigung für das zuständige Bundesministerium in [§ 68 Abs. 3 SGB XI](#) erlaube eine nähere Regelung über das Verfahren, insbesondere hinsichtlich der von dem Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde vorzunehmenden Ermittlung der Berechnungsgrundlagen sowie der von den Kassen mitzuteilenden Angaben. Dies mache deutlich, dass Mitwirkungspflichten auf Seiten der Pflegekassen bestünden. Konsequenterweise müsste diese Mitwirkungshandlung im Falle einer Verweigerungshaltung des Versicherungsträgers auch durchsetzbar sein und zwar im Zusammenhang mit der Durchführung eines rationalen und zeitnahen Jahresausgleichs auch direkt und nicht erst über den Umweg über eine Landesaufsichtsbehörde. Die vom SG angeführte verfassungsrechtliche Argumentation überzeuge nicht. Das zu 1 beigeladene Land sei als Landesaufsichtsbehörde tätig, während das Bundesversicherungsamt als ihre Verwaltungsbehörde den Finanzausgleich durchführe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. April 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und hat ergänzend zu ihrem bisherigen Vorbringen ausgeführt, das SG habe zu Recht eine Ermächtigungsgrundlage für den streitgegenständlichen Bescheid verneint. Dieser diene weder der Verwaltung des Ausgleichsfonds noch der Durchführung des Finanzausgleichs, sondern sei (vermeintliches) Ergebnis einer Prüfungstätigkeit, die sich die Beklagte angemaßt habe. Aus dem Begriff der "Bereinigung" in [§ 68 Abs. 1 SGB XI](#) könne keine Berechtigung zur materiellen Prüfung und Geltendmachung von Ausgleichsforderungen hergeleitet werden. Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch sei eine Daten- oder Ergebnisbereinigung ein technischer Vorgang, mittels dessen Datenfehler, insbesondere veraltete, redundante und inkonsistente Daten, aus einer Datenbank entfernt würden. Eine inhaltliche Prüfkomponente werde mit dem Begriff regelmäßig nicht assoziiert. [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) treffe keine Aussage darüber, wer zur Feststellung der dort genannten Fehler befugt sei. Diese stehe der jeweiligen Aufsichtsbehörde zu, hier der

Landesbehörde. Dieser obliege nach [§ 88 Abs. 1 SGB IV](#) ausdrücklich auch die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung des Versicherungsträgers. Für den Fall einer – vermutet – ungenügenden Aufsichtstätigkeit des Landes sehe das GG spezielle Formen der Bundesaufsicht vor. Die Kompetenzabgrenzung, die das BSG im Rahmen des Risikostrukturausgleiches vorgenommen habe (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003, [a.a.O.](#)), sei trotz der Systemunterschiede auf den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung übertragbar. Jeweils obliege die Durchführung des Ausgleichs dem Bundesversicherungsamt, während davon unabhängig eine Rechtsaufsicht für die landesunmittelbaren Versicherungsträger durch die oberste Landesverwaltungsbehörde installiert sei. Unabhängig von einer fehlenden Ermächtigungsgrundlage gehe auch die Annahme einer pflichtwidrigen Auskunftsverweigerung durch sie fehl. Sie sei nicht verpflichtet, dem Bundesversicherungsamt die von ihm begehrten Informationen – Ergebnisse zu Einzelfallprüfungen, ermittelter Umbuchungsbedarf – zur Verfügung zu stellen. Die Berichtspflicht der Pflegekassen gegenüber dem Bundesversicherungsamt bestehe primär im Rahmen des monatlichen Ausgleichs gemäß [§ 67 SGB XI](#). Nach dessen Abs. 3 hätten die Pflegekassen die notwendigen Berechnungsgrundlagen mitzuteilen. Diese Berechnungsgrundlagen seien die in Abs. 1 aufgeführten Parameter. Aufgrund des regelmäßigen, monatlich stattfindenden Liquiditätsausgleichs komme dem Jahresausgleich eine eher untergeordnete Bedeutung zu. Im Wesentlichen diene dieser zur Abrechnung der Verwaltungskostenpauschale i.H.v. 3,5 % des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen, die erst am Ende des Jahres konkret berechnet werden könnten. Schließlich sei der Auffassung des Bundesversicherungsamts zur Abgrenzung von Pflegehilfsmitteln, die die Pflegekassen zahlten, und Hilfsmitteln, die die gesetzlichen Krankenkassen zahlten, zu eng und stehe im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG.

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert und keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Verfahrensakten des SG und des Senats verwiesen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie bedurfte nicht der Zulassung. Der Senat lässt offen, ob es sich um einen Erstattungsstreit i.S.d. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) handelt. Selbst wenn man dies annähme, überstiege der streitgegenständliche Erstattungsbetrag von EUR 62.580.098,00 den maßgeblichen Beschwerdewert von EUR 10.000,00.

Das LSG Baden-Württemberg ist das für die Entscheidung über die Berufung zuständige Gericht, da das die angefochtene Entscheidung erlassende SG in seinem Gerichtsbezirk liegt. Dessen örtliche Zuständigkeit prüft das LSG als Rechtsmittelgericht nicht mehr ([§ 98 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 17a Abs. 5](#) Gerichtsverfassungsgesetz).

2. Die Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das SG hat den Bescheid der Beklagten vom 29. November 2006 zu Recht aufgehoben.

a) Die Klage ist zulässig.

aa) Die Klägerin erhob die Klage fristgerecht. Der angefochtene Bescheid wurde der Klägerin ausweichlich der Postzustellungsurkunde am 30. November 2006 zugestellt, so dass die Klagefrist – da der 30. Dezember 2006 ein Samstag war – frühestens am 2. Januar 2007 endete. Die Klägerin erhob am 29. Dezember 2006, damit noch innerhalb der Klagefrist, Klage beim SG. In dem an diesem Tag eingegangenen Schriftsatz war die Klägerin als solche bezeichnet.

Die Klägerin erhob nicht bereits am 21. Dezember 2006 Klage. Denn diese erfolgte nicht durch die Klägerin, sondern durch die Beigeladene zu 2. Als Klägerin ist in der Klageschrift vom 20. Dezember 2006 sie bezeichnet und auch der Briefkopf enthält allein die Angabe ihrer Hauptverwaltung. Aus der Klageschrift ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beigeladene zu 2 für die Klägerin aufgetreten ist, denn dies wird an keiner Stelle erwähnt. Insoweit können keine anderen Maßstäbe gelten als diejenigen des [§ 46 Abs. 2 Satz 5 SGB XI](#), wonach der Bescheid der Krankenkasse ausdrücklich darauf hinweisen muss, dass er auch im Namen der Pflegekasse ergeht (vgl. Urteil des Senats vom 27. April 2012 – L 4 P 1141/11 KL –, nicht veröffentlicht, zur Erhebung einer Klage der Klägerin wegen eines Schiedspruchs der Schiedsstelle nach [§ 76 SGB XI](#)).

bb) Die von der Klägerin erhobene Anfechtungsklage ist die statthafte Klageart. Die Bescheide des Bundesversicherungsamtes über Ausgleichszahlungen stellen Verwaltungsakte i.S.d. [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) dar (Krauskopf in ders., Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand September 2008, SGB XI [§ 68](#) Rn. 6; BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) – juris, Rn. 37 zum Risikostrukturausgleich). Auch förmlich hat das Bundesversicherungsamt die Entscheidung als Verwaltungsakt erlassen. Als verletzte Rechte der Klägerin kommen das Selbstverwaltungsrecht sowie die Haushalts- und Finanzhoheit der Pflegekasse in Betracht (Krauskopf, a.a.O.; BSG, a.a.O., Rn. 38).

cc) Vor Erhebung der Anfechtungsklage bedurfte es keines Widerspruchsverfahrens, weil den Bescheid vom 29. November 2006 eine oberste Bundesbehörde, das Bundesversicherungsamt, erließ und eine Nachprüfung durch Gesetz nicht vorgeschrieben ist ([§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGG](#)).

b) Die Klage ist begründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Recht auf Selbstverwaltung sowie Haushalts- und Finanzhoheit ([§ 46 SGB XI](#) i.V.m. [§ 29 Abs. 1](#) und 3 SGB IV).

aa) Der Senat geht davon aus, dass das Bundesversicherungsamt, das den Ausgleichsfonds verwaltet ([§ 65 Abs. 1 SGB XI](#)) und den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durchführt ([§ 66 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#)), für die Jahre 1998 bis 2003 den Jahresausgleich nach [§ 68 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) durchführte und die Klägerin in diesen Jahresausgleichen jeweils Zahlungen erhielt sowie die jeweiligen Jahresausgleiche auf den Angaben der Klägerin unter anderem zu ihren Leistungsausgaben, die auch diejenigen für technische Hilfsmittel umfassten, beruhten, die sie entsprechend den Vorgaben der FAV machte. Keiner der Beteiligten hat – auch nach Hinweis des Senats hierauf in der mündlichen Verhandlung – Gegenteiliges behauptet. Dies ergibt sich auch daraus, dass die Beklagte selbst von einer Rückzahlungsverpflichtung der Klägerin an den Ausgleichsfonds ausgeht (Seite 12 der Klageerwiderung vom 5. Februar 2007, Bl. 86 SG-

Akte).

bb) Mit dem angefochtenen Bescheid vom 29. November 2006 nimmt das Bundesversicherungsamt den Jahresabschluss für das Jahr 2005 vor und macht in diesem Rahmen die Rückgewähr eines Korrekturbetrags geltend, der aus den in den bereits abgeschlossenen Jahren 1998 bis 2003 erhaltenen Ausgleichszahlungen aufgrund – vermeintlich – falscher Angaben resultiere.

cc) Ermächtigungsgrundlage für eine solche Festsetzung einer Ausgleichsverpflichtung im Rahmen eines Jahresausgleichs durch Verwaltungsakt ist § 68 Abs. 1 i.V.m. einer entsprechenden Anwendung des [§ 67 Abs. 2 SGB XI](#) (Krauskopf, a.a.O., § 68 Rn. 3). Nach [§ 68 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) wird nach Ablauf des Kalenderjahres zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. Nach [§ 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Pflegeversicherung für das abgelaufene Kalenderjahr die Ergebnisse nach [§ 67 SGB XI](#) bereinigt. Des Weiteren sind gegebenenfalls Korrekturbeträge aufgrund sachlicher oder rechnerischer Fehler in Jahren, über die bereits ein Jahresausgleich erfolgt ist, als Rechnungsposten in den laufenden Jahresausgleich einzustellen ([§ 68 Abs. 2 SGB XI](#)). Ergibt sich danach für das laufend ausgleichende Jahr ein Einkommensüberschuss, setzt das Bundesversicherungsamt entsprechend [§ 67 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#) für den monatlichen Ausgleich eine Ausgleichsverpflichtung fest, bei Ausgabenüberhang eine Ausgleichsberechtigung entsprechend [§ 67 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#).

Diesem System ist das Bundesversicherungsamt im Bescheid vom 29. November 2006 dem Grunde nach gefolgt. Bei einem Bereinigungsbetrag in Höhe von EUR 0,00 hat sie aufgrund angenommener Korrekturen für die Jahre 1998 bis 2003, über die bereits jeweils Jahresausgleiche erfolgt waren, eine Ausgleichsverpflichtung in Höhe von EUR 62.580.098,00 festgesetzt.

dd) Eine Ausgleichsverpflichtung der Klägerin ergibt sich nicht aus einer Bereinigung nach [§ 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#). Mit der Bereinigung in diesem Sinne wird der Finanzausgleich nach [§ 66 SGB XI](#) auf der Basis der Jahresabrechnungen und damit auf Grundlage von Rechnungsergebnissen, die eine zeitliche Rechnungsabgrenzung nach dem Soll-Prinzip enthalten, umgesetzt. Der auf Ist-Ergebnissen basierende Monatsausgleich nach [§ 67 SGB XI](#) wird insoweit "bereinigt" (Krauskopf, a.a.O., § 68 Rn. 3). Auch die Vorbemerkung zur FAV stellt klar, dass bei dem vorgesehenen Verfahren durchgängig das Ist-Prinzip angewendet werde; Forderungen und Verpflichtungen seien nur für die Jahresabrechnung festzustellen. Diese inhaltliche Beschränkungen der Bereinigung ergeben sich auch aus der Entstehungsgeschichte der Norm. Im ursprünglichen Gesetzentwurf (Bundestags-Drucksache [\[BT-Drucks.\] 12/5262 S. 31](#)) war in [§ 76 SGB XI](#) des Regierungsentwurfs – RegE – (jetzt [§ 67 SGB XI](#)) für den monatlichen Ausgleich vorgesehen, dass in diesen das monatliche "Beitragsoll" der Mitglieder einzustellen sei. Dieses wurde auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung in die Einstellung des Beitragsolls geändert ([BT-Drucks. 12/5920 S. 67](#)), wie es dann in [§ 67 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI](#) Gesetz geworden ist. Gleichzeitig wurde die Einbeziehung auch des Betriebsmittel- und Rücklagensoll sowie des Betriebsmittellist und die Höhe der Rücklage vorgenommen. Die in diesem Zusammenhang in [§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) RegE (jetzt [§ 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#)) vorgenommene Einführung der Regelung über die Bereinigung sollte der in [§ 76 RegE](#) (jetzt [§ 67 SGB XI](#)) getroffenen Regelung über den monatlichen Ausgleich Rechnung tragen (Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, [BT-Drucks. 12/5952 S. 45](#) zu Artikel 1 [§77]). Aufgrund der Rechnungsabschlüsse prüft das Bundesversicherungsamt, ob und gegebenenfalls welche Pflegekassen Einnahmeüberschüsse, die nicht zur Ansammlung von Betriebsmitteln und zur Auffüllung der Rücklage zu verwenden waren, noch nicht an den Ausgleichsfond abgeführt haben und fordert diese ein; Fehlbeträge werden ausgeglichen (Begründung des Gesetzesentwurfes [BT-Drucks. 12/5262 S. 132](#) zu Abs. 4 RegE [jetzt [§ 68 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)]; Krauskopf, a.a.O., § 68 Rn. 3). Eine weitergehende Korrektur im Rahmen der "Bereinigung" sieht das Gesetz nach Wortlaut, Zweck und systematischem Zusammenhang nicht vor. Grundlage der Bereinigung sind nach dem ausdrücklichen Wortlaut die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Pflegekassen.

Ein Bereinigungsbedarf in diesem Sinne ergab sich für das vorliegend abzuschließende Jahr 2005 nicht. Solches wird auch vom Bundesversicherungsamt weder behauptet noch im angefochtenen Bescheid vorgenommen.

ee) Ein Korrekturbetrag nach [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#) aufgrund sachlicher oder rechnerischer Fehler aus bereits abgeschlossenen Vorjahren war in den Jahresausgleich 2005 entgegen der Ansicht des Bundesversicherungsamtes nicht einzustellen. Insoweit ist der Bescheid vom 29. November 2006 fehlerhaft und damit rechtswidrig.

Rechnerische Fehler für die Vorjahre bestehen nicht. Sie sind aus den vorliegenden Akten nicht ersichtlich und werden auch vom Bundesversicherungsamt nicht behauptet. Sachliche Fehler können ebenfalls nicht festgestellt werden.

(1) Das Bundesversicherungsamt geht im angefochtenen Bescheid davon aus, dass die Klägerin in den Jahren 1998 bis 2003 jeweils einen zu geringen Mittelbestand mitgeteilt habe, da sie Erstattungsforderungen gegen die Krankenkasse – die Beigeladene zu 2 – nicht als vermögenswert eingestellt habe. Solche Erstattungsforderungen resultierten nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes aus der rechtswidrigen Übernahme der Leistungspflicht der Klägerin zugunsten der Leistungspflicht der Beigeladenen zu 2. Das Bundesversicherungsamt stellt damit im Kern eine rechtswidrige Leistungsgewährung der Klägerin an ihre Mitglieder fest und sanktioniert diese durch die Berücksichtigung eines Korrekturbetrages im Jahresausgleich gemäß [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#).

(2) Hierzu ist das Bundesversicherungsamt jedoch nicht befugt. Ihm steht – in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde des Ausgleichsfonds und Durchführungsbehörde des Finanzausgleichs – nicht die Kompetenz zu, zu ermitteln, ob und inwieweit die von der Pflegekasse mitgeteilten Ergebnisse (Leistungsausgaben oder – im Hinblick auf eventuelle Rückforderungs- oder Erstattungsansprüche – der Mittelbestand) auf Fehlern in der Leistungserbringung an ihre Mitglieder beruhen. Für die Prüfung der Rechtmäßigkeit der Leistungsgewährung ist allein die jeweilige Aufsichtsbehörde zuständig.

Nach [§ 46 Abs. 6 Satz 1 SGB XI](#) führen die Aufsicht über die Pflegekassen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Das Bundesversicherungsamt ist gemäß [§ 90 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) als Aufsichtsbehörde nur für Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt (bundesunmittelbare Versicherungsträger). Die Aufsicht über die Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt (landesunmittelbare Versicherungsträger), führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden ([§ 90 Abs. 2 SGB IV](#)). Die Klägerin unterliegt nicht der Aufsicht des

Bundesversicherungsamts, sondern der Aufsicht des Landes Baden-Württemberg. Denn sie ist keine bundesunmittelbare Körperschaft, sondern eine landesunmittelbare Körperschaft. Ihr Zuständigkeitsbereich erstreckt sich nur auf das Gebiet des Landes Baden-Württemberg (§ 1 Abs. 3 der Satzung der Klägerin). Aufsichtsbehörde für sie ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des zu 1 beigeladenen Landes (§ 2 Verordnung der Landesregierung zur Vereinigung der Allgemeinen Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg zu einer Allgemeinen Ortskrankenkasse Baden-Württemberg vom 28. Februar 1994, GBl. 1994, 138). Diese Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist ([§ 87 Abs. 1 SGB IV](#)), also auch die Leistungserbringung der Klägerin an deren Mitglieder.

(3) Es finden sich keine Hinweise darauf, dass der Gesetzgeber bei Schaffung des Finanzausgleichs in der Pflegeversicherung in diese bestehende Kompetenzordnung eingreifen wollte.

(a) Eine gesetzliche Regelung, die dem Bundesversicherungsamt – in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde des Ausgleichsfonds und Durchführung des Finanzausgleichs – eine solche Kompetenz ausdrücklich einräumte, besteht nicht.

(aa) Die Bereinigung i.S.d. [§ 68 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) ist bereits nach dem Wortlaut keine "Überprüfung", "Korrektur" oder "Berechtigung". Sie beschränkt sich – wie oben unter dd) dargestellt – auf die Abrechnung der monatlichen Ausgleiche aufgrund der Jahreswerte unter Einbeziehung von Forderungen und Verpflichtungen.

(bb) § 68 Abs. 2 SGB knüpft an sachliche oder rechnerische Fehler an, trifft aber selbst keine Aussage darüber, wer diese feststellt. Die Vorschrift begründet damit keine Zuständigkeit, sondern nimmt Feststellungen der – jeweils zuständigen – Stelle in Bezug und trifft nur eine Aussage über die Rechtsfolge. Dass es sich um eine reine Rechtsfolgenregelung handelt, wird durch die Erwägungen in der Begründung des Gesetzentwurfes bestätigt. Diese beschränken sich auf die Feststellung, dass Korrekturen nach Abschluss des Jahresausgleichs erst beim nächsten Jahresausgleich berücksichtigt würden ([BT-Drucks. 12/5262 S. 132](#) zu § 77 zu Abs. 5 RegE [jetzt [§ 68 Abs. 2 SGB XI](#)]). Erkennbar war daher keine Zuweisung einer selbständigen Kompetenz zur Prüfung, Ermittlung oder Sanktionierung von Fehlern bezweckt.

(cc) Schließlich vermittelt auch § 9 FAV dem Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des Finanzausgleichs keine Kompetenz zur Ermittlung von Fehlern in der Leistungserbringung der Pflegekassen. Danach kann das Bundesversicherungsamt zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung der maßgeblichen Daten über die Vorlage der Abrechnungsvordrucke P für Prüfzwecke die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie weitere Auskünfte und Nachweise verlangen und örtliche Erhebungen vornehmen. Bereits dem Wortlaut nach besteht diese Befugnis nur "zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung" von Daten. Ein Prüfungsrecht bzgl. der Rechtmäßigkeit der Leistungsgewährung an die Mitglieder ist dem nicht zu entnehmen. Daher hatte der Senat nicht zu prüfen, ob die Zuerkennung einer solchen Prüfungsbefugnis in der Vereinbarung entgegen der gesetzlichen Kompetenzzuweisung rechtlich möglich und zulässig wäre.

(b) Diese gesetzlich vorgegebene Kompetenzordnung kann im Hinblick auf das Selbstverwaltungsrecht der Klägerin nicht durch die Annahme einer Kompetenz "kraft Sachzusammenhangs" aus Effektivitätsgründen relativiert werden. Die Schaffung des Ausgleichsfonds und die gesetzliche Vorgabe eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes schmälern nicht die Stellung der Pflegekasse als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung ([§ 29 SGB IV](#)). Die Beklagte kann sich daher nicht mit Erfolg auf die parlamentarische Begründung zur Vereinbarungsermächtigung des [§ 66 Abs. 1 Satz 4 SGB XI](#) berufen (Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, [BT-Drucks. 12/5952 S. 45](#) zu Art. 1 [§75] zu Absatz 1 Satz 4 RegE [jetzt [§ 66 Abs. 1 Satz 4 SGB XI](#)]). Darin wird lediglich festgehalten: "Damit der Finanzausgleich praxisorientiert und effektiv durchgeführt werden kann, ist es erforderlich, dass das Bundesversicherungsamt Regelungen zur Durchführung des Finanzausgleichs mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen vereinbart.". Erkennbar geht es hierbei um Verfahrenseffektivität. Zu möglichen Verschiebungen der gesetzlichen Kompetenzordnung finden sich keine Hinweise. Auch Erwägungen zur Missbrauchsabwehr können nicht dazu führen, dass das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des Finanzausgleichs oder Verwaltungsbehörde des Ausgleichsfonds die streitige Kompetenz zuzuerkennen wäre. Die Beklagte führt hierzu an, der Gesetzgeber habe bei Schaffung der Regelungen der [§§ 65 ff. SGB XI](#) "die Gefahr einer Ausnutzung der Pflegeversicherung durch unberechtigte Leistungsanspruchnahme des Mitglieds oder unwirtschaftliche Leistungsgewährung der Pflegekasse als sehr gering" (so ausdrücklich Begründung des Gesetzentwurfes, [BT-Drucks. 12/5262 S. 131](#) zu § 75 RegE) angesehen; der vorliegende Fall zeige jedoch, dass diese Annahme nicht zutreffe und eine Missbrauchsfahr bestehe. Gerade weil jedoch bei Schaffung der Regelungen des Finanzausgleichs eine solche Gefahr nicht gesehen wurde, kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit diesen eine – zusätzliche – Kontrollmöglichkeit geschaffen werden sollte. Stellen sich die Annahmen, die bei der Einführung der Vorschriften zugrunde lagen, im Nachhinein als falsch heraus, ist es Aufgabe des Gesetzgebers, hierauf zu reagieren. Eine Behebung des vermeintlichen Missstandes durch Auslegung der gesetzlichen Regelungen durch Behörden oder Gerichte über den ihnen zugeschriebenen Zweck hinaus ist nicht möglich.

Dieses Ergebnis wird durch die Entscheidung des BSG zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt. Danach erstreckt sich die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamts für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nicht auf eine Prüfung der Krankenkassen. Eine solche Prüfung ist vielmehr allein Aufgabe der in [§ 274 Abs. 1 SGB V](#) genannten Stellen (Aufsichtsbehörden). Als Durchführungsbehörde darf das Bundesversicherungsamt von der nach einer aufsichtsrechtlichen Prüfung bestehenden Datenlage ebenso ausgehen wie von den durch die Kassen über ihre Spitzenverbände gemeldeten Daten. Es ist insofern zur Prüfung von Kassen oder von Aufsichtsbehörden weder verpflichtet noch berechtigt (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) – juris, Rn. 45). Trotz der zwischen dem Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung und dem Finanzausgleich in der Pflegeversicherung bestehenden Unterschiede, auf die die Beklagte hingewiesen hat, ist die Entscheidung insoweit auf die [§§ 65 ff. SGB XI](#) übertragbar. Zwar ist im Risikostrukturausgleich für die Beschaffung und Verwertung der Daten ein mehrstufiges Verfahren vorgesehen, in dem vor Weitergabe an das Bundesversicherungsamt die von den Krankenkassen erhobenen Daten auf einer zweiten Stufe die Daten durch die Spitzenverbände auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) – juris, Rn. 43), während eine solche im Finanzausgleich des SGB XI fehlt. Dies beruht aber letztlich auf der bei Einführung des Finanzausgleichs in der Pflegeversicherung als sehr gering angesehenen Gefahr ungerechtfertigter Leistungsanspruchnahme oder unwirtschaftlicher Leistungsgewährung (s.o.). Für die hier relevante Kompetenzabgrenzung sind Risikostrukturausgleich und Finanzausgleich vergleichbar. Jeweils steht eine öffentlich-rechtliche Körperschaft mit Selbstverwaltungsrecht sowie Haushalts- und Finanzhoheit einerseits einer Durchführungsbehörde eines Finanzausgleichssystems mit anderen Kassen und andererseits einer Rechtsaufsichtsbehörde gegenüber.

(4) Die Meldungen der Klägerin an das Bundesversicherungsamt in den Jahren 1998 bis 2003 erfolgten nach durch das Prüfungsamt veranlassten Umbuchungen. Nach dem Vortrag der Klägerin erfolgten durch das Prüfungsamt Prüfungen hinsichtlich der Zuordnung der Leistungen für Hilfsmittel zur Klägerin einerseits und zur Beigeladenen zu 2 andererseits. Vom Prüfungsamt bei diesen Prüfungen beanstandete "Fehlbuchungen" wurden umgebucht. Dies bestätigte auch das Prüfungsamt dem Bundesversicherungsamt auf dessen Anfrage (Schreiben vom 24. Oktober 2002). Dass das Prüfungsamt Prüfungen wegen der richtigen Zuordnung von Leistungsausgaben für Hilfsmittel durchführte, bestreitet das Bundesversicherungsamt nicht. Der Senat legt das vom Bundesversicherungsamt nicht bestrittene Vorbringen der Klägerin deshalb zugrunde und geht davon aus, dass die Zuordnung von Leistungsausgaben für Hilfsmittel zutreffend erfolgte. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte, dass das für die Aufsicht über die Klägerin zuständige Prüfungsamt seine Pflichten insoweit nicht erfüllte. Hinweise auf sachliche Fehler sind daher nicht gegeben. Allein dass die Ausgaben der Klägerin im Konto 4310 höher als im Durchschnitt aller Pflegekassen sein sollen, rechtfertigt noch nicht die Annahme, die durch das Prüfungsamt erfolgten Prüfungen seien unzureichend gewesen. Die bloße Überschreitung eines Durchschnittswerts besagt noch nicht, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung vorliegt. Ein Durchschnittswert ergibt sich aus über und unter ihm liegenden Werten. Der Senat war nicht gehalten, Prüfberichte des Prüfungsamtes beizuziehen. Eine derartige Pflicht oder auch nur ein Recht dazu besteht für das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde nicht. Deshalb sind auch die Gerichte bei der Überprüfung der Bescheide hierzu nicht verpflichtet (BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 - [B 12 KR 19/01 R](#) - juris, Rn. 62).

Sollte den Durchschnittswerten die Auffassung des Bundesversicherungsamtes zur Abgrenzung der Leistungspflicht der Pflegekassen und der Krankenkassen bei Hilfsmitteln zugrundeliegen, sind diese Durchschnittswerte nicht valide. Denn die insoweit vom Bundesversicherungsamt vertretene Auffassung ist nicht in vollem Umfang zutreffend. Das Bundesversicherungsamt ist wie es auch im Bescheid vom 29. November 2006 und in der Berufungsbegründung vom 28. Juni 2013 ausführte - der Auffassung, dass eine Subsidiarität der Leistungspflicht der Pflegeversicherung besteht und diese nur dann, wenn es sich um ein "reines Pflegehilfsmittel" handelt. Diese Auffassung läuft darauf hinaus, dass die Leistungspflicht der Pflegekassen nur besteht, wenn die Verordnung eines Hilfsmittels keinerlei Bezug zur Krankenversicherung oder zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat. Dies trifft nicht in vollem Umfang zu. Die Leistungspflicht der Pflegekasse für ein Hilfsmittel besteht, wenn im Einzelfall der Zweck der Pflegeerleichterung "ganz überwiegend" verfolgt wird (BSG, Urteil vom 15. November 2007 - [B 3 A 1/07 R](#) - juris, Rn. 32; BSG, Urteil vom 12. Juni 2008 - [B 3 P 6/07 R](#) - juris, Rn. 32 f). Auch wenn das Hilfsmittel in geringem Umfange einem der in [§ 33 SGB V](#) genannten Zwecke dient, kann demnach gleichwohl eine Leistungspflicht der Pflegekasse bestehen.

(5) Unabhängig davon, dass sachliche Fehler nicht vorliegen, war das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des Finanzausgleich mangels ausdrücklicher Ermächtigungsgrundlage nicht zu einer Hochrechnung zur Fehlerkorrektur berechtigt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 - [B 12 KR 19/01 R](#) - juris, Rn. 64).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2, 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt; es entspricht daher der Billigkeit, ihre Kosten nicht der Beklagten aufzulegen.

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1, § 52 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Nr. 2 sowie § 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-20