

**L 1 B 23/04 KR ER**

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Lübeck (SHS)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 90/04 / 9 KR 90/04 ER  
Datum  
06.02.2004  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 B 23/04 KR ER  
Datum  
04.03.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Auf die Beschwerde der Antragsgegnerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Lübeck vom 6. Februar 2004 aufgehoben. Der Antrag der Antragstellerin, die Antragsgegnerin vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache zu verpflichten, die Änderung des § 10 ihrer Satzung durch den 24. Sitzungsnachtrag zum 1. Januar 2004 und die Beitragssenkung von 14,5 v. H. auf 12,9 v. H. für den allgemeinen Beitrag, von 13,9 v. H. auf 12,3 v. H. für den ermäßigten Beitrag und von 16,7 v. H. auf 15,1 v. H. für den erhöhten Beitrag zu genehmigen, wird zurückgewiesen. Die Antragstellerin trägt die Kosten beider vorläufiger Rechtszüge.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt im Wege der einstweiligen Anordnung die Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Genehmigung einer Satzungsänderung, die eine Beitragssenkung von 14,5 % auf 12,9 % für den allgemeinen Beitragssatz, von 13,9 % auf 12,3 % für den ermäßigten Beitragssatz und von 16,7 % auf 15,1 % für den erhöhten Beitragssatz zum Gegenstand hat.

Die Antragstellerin ist eine bundesweit geöffnete Betriebskrankenkasse mit Sitz in G in Schleswig-Holstein. Im Jahr 2003 betrug der Beitrag gemäß § 10 der Satzung allgemein 14,5 %, ermäßigt 13,9 % und erhöht 16,7 %.

In ihrem Haushaltsplan von 11. November 2003 ging die Antragstellerin von einem voraussichtlichen jahresdurchschnittlichen Bestand 2003 von 71.151 Mitgliedern aus. Sie schätzte für das Jahr 2004 einen jahresdurchschnittlichen Mitgliederbestand von 111.151 Mitgliedern. In dem Haushaltsplan sah sie Einsparungen im Wesentlichen durch die Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) bewirkt in Höhe von 213,15 EUR je Mitglied und hochgerechnet auf 111.151 Mitglieder in Höhe von 23.691.835,65 EUR für das Jahr 2004 vor. Wegen des Haushaltsplans wird auf Seite 45 der Akte des Hauptsacheverfahrens [S 9 KR 90/04](#) verwiesen. Die Antragsgegnerin beanstandete die Ansätze des Haushaltsplans mit Schreiben vom 27. November 2003 im Wesentlichen mit der Begründung, der Plan beinhalte Leistungsausgaben in Höhe von 1.841,00 EUR je Mitglied entsprechend einem Rückgang um 175,00 EUR bzw. 8,7 % gegenüber dem Vorjahr. Der Schätzerkreis für den Risikostrukturausgleich (RSA) habe in seiner Sitzung vom 30. Oktober 2003 für das Jahr 2004 lediglich einen Rückgang der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben um 3,3 % vorgesehen. Der von der Antragsgegnerin erwartete Mitgliederzuwachs führe zu keiner anderen Einschätzung, sondern werde voraussichtlich zu einer Angleichung der Risikostruktur der Mitglieder der Antragstellerin an den Durchschnitt führen. Die Antragstellerin habe bereits in den vorangegangenen Jahren die Beiträge nicht zeitgerecht angepasst; dies habe zu einer Verschuldung in Höhe von 23,5 Millionen Euro Ende 2002 geführt. Das entspreche 1,2 Monatsausgaben und erreiche eine existenzgefährdende Größenordnung. Der Haushaltsplan werde zu einem deutlichen Ausgabenüberschuss des Jahres 2004 führen. Angesichts der bereits bestehenden Verschuldung der Antragstellerin könne deren Leistungsfähigkeit dauerhaft gefährdet sein und zur Haftung des BKK-Landesverbandes Nord führen. Der Verwaltungsrat der Antragstellerin beschloss den Haushaltsplan am 3. Dezember 2003 unverändert. Mit Schreiben vom 4./9. Dezember 2003 nahm die Antragsgegnerin zu der Beanstandung vom 27. November 2003 Stellung. Wegen des Inhalts der Stellungnahme wird auf Blatt 163 ff. Gerichtsakte verwiesen.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2003 beantragte die Antragstellerin im 24. Sitzungsnachtrag die oben dargestellte Beitragssenkung ab 1. Januar 2004. Die Antragsgegnerin gab ihr mit Schreiben vom 23. Dezember 2003 wegen einer beabsichtigten Ablehnung Gelegenheit zur Stellungnahme. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, für das Haushaltsjahr 2003 sei - geplant - von einem Überschuss der Einnahmen der Antragstellerin in Höhe von 9,9 Millionen Euro und für 2004 in Höhe von 4,3 Millionen Euro auszugehen. Dieses beruhe auf der von der Antragstellerin angenommenen durchschnittlichen Zahl von 111.151 Mitgliedern. 2002 hätten die Ausgaben um 6,6 Millionen

Euro über den Einnahmen gelegen. Aufgrund des voraussichtlichen Rechnungsergebnisses werde die Verschuldung zum 31. Dezember 2003 von 23,5 Millionen auf 13,5 Millionen Euro abgesunken sein, aufgrund des angenommenen Ergebnisses zum 31. Dezember 2004 auf 9,1 Millionen Euro. Es beständen jedoch erhebliche Zweifel an dieser Entwicklung, insbesondere daran, dass - wie von der Antragstellerin angenommen die Entlastungswirkung des GMG gemäß § 221 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) ungefähr 10 Millionen Euro betragen werde. Die Verteilung des Zuschusses nach [§ 221 Abs. 2 SGB V](#) sei in einer noch nicht erlassenen Rechtsverordnung zu regeln. Nach den Vorgaben des zuständigen Fachreferats im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit und aufgrund der Tatsache, dass die mit dem Zuschuss abgegoltenen Ausgaben im RSA bereits berücksichtigt würden, sei hierdurch mit einer Entlastungswirkung von 0,1 Beitragsatzpunkt zu rechnen. Die Antragstellerin habe demgegenüber 0,4 Beitragsatzpunkte an Ersparnis angesetzt. Die Differenz bedeute Mehrausgaben von ungefähr 7,8 Millionen Euro. Unter Annahme eines durchschnittlichen Entlastungsvolumens durch das GMG und unter Berücksichtigung des bisherigen kostendeckenden Beitragsbedarfssatzes und des Ausgleichsbedarfssatzes nach dem RSA sei ein allgemeiner Beitragsatz von 13,7 % anzunehmen. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Entlastung durch das GMG bei der Antragstellerin überdurchschnittlich ausfallen werde. Auch der von der Antragstellerin kalkulierte Mitgliederzuwachs ändere daran nichts, denn er werde die Leistungsausgaben dem Durchschnitt angleichen. Der BKK-Landesverband Nord habe sich gegen eine Absenkung der Beitragsätze in dem beschlossenen Umfang wegen der damit verbundenen drohenden Haftungsrisiken ausgesprochen. Hierzu lag der Antragsgegnerin die Stellungnahme des BKK-Landesverbandes Nord vom 19. Dezember 2003 vor. Die Antragstellerin nahm mit Schreiben vom 29. Dezember 2003 im Rahmen der Anhörung Stellung, nahm Bezug auf ihr Schreiben vom 4. Dezember 2003 zu den Einsparungen nach dem GMG und bezweifelte die Richtigkeit der Gegenüberstellung von ausgabendeckendem Beitragsatz und Ausgleichsbedarfssatz nach dem RSA, da damit die Veränderungen in der Mitgliederstruktur, der Mitgliederzahl und im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht berücksichtigt worden seien. Auch die Annahme einer Angleichung der Risikostruktur an den Durchschnitt sei nicht nachzuvollziehen. Die Antragstellerin berief sich auf ihre Einschätzungsprerogative im Rahmen der Satzungsgestaltung und auf die Tatsache, dass sie entgegen der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung 2003 Überschüsse erwirtschaftet habe. Mit Bescheid vom 2. Januar 2004 lehnte die Antragsgegnerin im Wesentlichen aus den Gründen des Anhörungsschreibens vom 23. Dezember 2003 die beantragte Beitragsatzgestaltung ab.

Gegen die Entscheidung hat die Antragstellerin am 14. Januar 2004 Klage beim Sozialgericht Lübeck erhoben und zugleich den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt. Sie hat ausgeführt, sie habe einen Rechtsanspruch auf die Erteilung der Genehmigung der Satzungsänderung. Die Antragsgegnerin dürfe die Genehmigung nur aus Rechtsgründen verweigern. Sie habe im Rahmen des Haushaltsplans die Beitragsätze detailliert begründet. Ihr komme als Selbstverwaltungskörperschaft eine Einschätzungsprerogative zu. Die Antragsgegnerin habe demgegenüber pauschalierte Positionen ohne den Einzelkassenbezug entgegengesetzt. Dabei habe sie sich nicht auf Rechtsgrundlagen, sondern auf Äußerungen unbekannter Mitarbeiter bezogen. Die Überlegungen der Antragsgegnerin seien nur allgemein gehalten und von Zweckmäßigkeitgesichtspunkten geprägt. Sie habe auch einen Anordnungsgrund, denn das Hauptsacheverfahren werde länger als ein Jahr dauern. Die Beiträge basierten jedoch auf den jährlich neu festzusetzenden Haushalten. Ohne eine Entscheidung noch im Jahre 2004 hätten die Versicherten eine erhebliche Mehrbelastung zu tragen. Die Wirkungen im Wettbewerb der Krankenkassen seien irreversibel, sie selbst wäre nicht konkurrenzfähig. Dies würde zu einer weiteren Gefährdung der Vermögenslage führen. Das GMG habe zum Ziel, die Versicherten und die Arbeitgeber von zu hohen Beiträgen zu entlasten. Daher sei der Einwand, die einstweilige Anordnung werde die Hauptsache vorwegnehmen, unerheblich.

Mit Beschluss vom 6. Februar 2004 hat das Sozialgericht die Antragsgegnerin vorläufig bis zur Entscheidung in der Hauptsache verpflichtet, den 24. Satzungsantrag der Antragstellerin hinsichtlich der Änderung des § 10 ihrer Satzung, der zum 1. Januar 2004 eine Beitragsatzsenkung von 14,5 % auf 12,9 % für den allgemeinen Beitrag, von 13,9 % auf 12,3 % für den ermäßigten Beitrag und von 16,7 % auf 15,1 % für den erhöhten Beitrag vorsehe, zu genehmigen. Zur Begründung der Entscheidung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Antragsgegnerin habe lediglich eine Rechts- nicht aber eine Zweckmäßigkeitkontrolle durchzuführen. Bei der Genehmigung einer Satzung komme ihr kein Ermessensspielraum zu. Die Rechtsprüfung erstreckte sich darauf, ob die Satzung oder deren Änderung verfahrensmäßig ordnungsgemäß zustande gekommen seien, den erforderlichen Mindestinhalt hätten und frei von einem Verstoß gegen höherrangiges Recht oder Zwecküberschreitungen seien. Lagen diese Fehler nicht vor, müsse die Satzung bzw. deren Änderung genehmigt werden. Nach summarischer Überprüfung sei die beantragte Satzungsänderung formell und materiell rechtmäßig. Sie verstoße insbesondere nicht gegen [§ 220 SGB V](#). Die Antragstellerin habe durch Vorlage ihres Haushaltsplans für das Jahr 2004 glaubhaft gemacht, dass die Voraussetzungen der Vorschrift für eine Beitragssenkung vorlägen. Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin liege auch kein Verstoß gegen [§ 220 Abs. 4](#) in Verbindung mit [§ 222 Abs. 5 SGB V](#) in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung vor. Zu Unrecht beanstandete die Antragsgegnerin die Prognose der Antragstellerin über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben. Nach dem Aufsichtsrecht könne sie nur beanstanden, wenn die Prognose der Antragsgegnerin eindeutig widerlegbar oder offensichtlich fehlsam sei. Nach summarischer Prüfung sei das aber nicht zu erkennen. Grundsätzlich entscheide der Verwaltungsrat über die Beitragsatzgestaltung, die der Satzungsautonomie der Antragstellerin unterliege. Bei der Aufstellung des Haushaltsplans habe diese die Grundsätze der sorgfältigen und verantwortungsbewussten Finanzplanung und die Haushaltsgrundsätze zu beachten. Der Haushaltsplan unterliege der Prognoseunsicherheit und damit der Schätzung. Hierbei seien alle verfügbaren Erkenntnisquellen heranzuziehen. Bei der Umsetzung neuer Gesetze lägen keine Erfahrungswerte über eventuelle Entlastungswirkungen vor. In ihrem Schreiben vom 4. Dezember 2003 habe die Antragstellerin die erwarteten Entlastungswirkungen des GMG dargelegt. Der von der Antragstellerin angenommene Mitgliederzuwachs von 40.000 sei von der Antragsgegnerin nicht beanstandet worden. Die weiteren Annahmen der Antragstellerin seien nicht unvertretbar oder widerlegt. Die Antragsgegnerin begründe ihre abweichende Auffassung mit einer entsprechenden Ausgestaltung der Rechtsverordnung nach [§ 221 Abs. 2 SGB V](#). In diesem Punkt seien die Erwartungen beider Beteiligten jedoch ungewiss und damit die Annahmen der Antragstellerin nicht unvertretbar. Die Antragsgegnerin habe sich mit den von der Antragstellerin angenommenen Entlastungswirkungen nicht auseinandergesetzt. Der Hinweis auf Fehleinschätzungen der Antragstellerin in der Vergangenheit gehe fehl. Dies werde bereits daran deutlich, dass die Antragstellerin 2003 einen Überschuss von 9,9 Millionen Euro erwirtschaftet habe. Ein Abwarten des Hauptsacheverfahrens sei für die Antragstellerin unzumutbar, denn dies führe zu einem schweren Nachteil. Eine rückwirkende Beitragssenkung sei zwar denkbar, jedoch würde dies zu einem irreparablen Wettbewerbsnachteil für die Antragstellerin gegenüber anderen Krankenkassen führen. Außerdem habe der Gesetzgeber mit dem GMG eine zeitnahe Entlastung der Versicherten beabsichtigt.

Gegen die ihr am 12. Februar 2004 zugestellte Entscheidung hat die Antragsgegnerin am 12. Februar 2004 Beschwerde eingelegt, der das Sozialgericht nicht abgeholfen hat. Sie rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, da sie vor Erlass der einstweiligen Anordnung nicht die Gelegenheit zur Stellungnahme gehabt habe. Des Weiteren macht sie geltend, der Tenor der Entscheidung nehme die Hauptsache vorweg, denn es sei faktisch nicht möglich, eine einmal erteilte Genehmigung schnell und effektiv wieder zu beseitigen, da die Antragstellerin dann

dagegen Rechtsschutz in Anspruch nehmen und dessen aufschiebende Wirkung herbeiführen könne. Im Übrigen habe die Antragstellerin keinen Anordnungsanspruch. Hierzu verweist die Antragsgegnerin auf die Begründung des angefochtenen Bescheides vom 2. Januar 2004 und führt ergänzend aus, die Beitragssatzkalkulation einer gesetzlichen Krankenkasse gehöre zwar zu den Kernbereichen des Selbstverwaltungsrechts, das jedoch wiederum durch das Haushaltsrecht eingeschränkt sei. Hier hätten die Versicherungsträger eine Einschätzungsprerogative, die von der Rechtsaufsicht im Hinblick auf die fehlerfreie Ermessensausübung überprüft werden müsse. Die Ansätze der Antragstellerin seien fehlerhaft. Denn sie habe die Entlastungswirkungen des GMG zu hoch eingeschätzt. Allein die Entlastung im Bereich der Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft habe sie aufgrund des Bundeszuschusses mit 10 Millionen Euro oder 0,4 Beitragssatzpunkten veranschlagt. Der Bund leiste für das Jahr 2004 nach der gesetzlichen Vorgabe 1 Milliarde Euro, 2005 2,5 Milliarden Euro und 2006 4,2 Milliarden Euro. Die Antragstellerin habe nach eigenen Angaben 2003 in diesem Bereich Leistungen mit einem Umfang von 0,5 Beitragssatzpunkten erbracht. Eine Entlastungswirkung für 2004 in Höhe von 0,4 Beitragssatzpunkten sei daher unrealistisch, da dann die Antragstellerin bereits 2005 mehr als das Doppelte an finanziellen Mitteln erhalten werde, als sie selbst für die Leistungen aufwenden werde. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass die versicherungsfremden Leistungen aller Krankenkassen im RSA bereits berücksichtigt würden und dass überdurchschnittliche Ausgaben in dem von der Antragstellerin geltend gemachten Bereich sich im RSA mindernd auswirken würden. Unabhängig davon, wie die Verteilung des Bundeszuschusses ausgestaltet werde, sei bereits jetzt eine Doppelberücksichtigung - durch Zuweisungen des Bundes einerseits und durch Berücksichtigung im RSA andererseits - auszuschließen. Insgesamt sei auch für die Antragstellerin eine bundesdurchschnittliche Beitragssatzentlastung von 0,1 Beitragssatzpunkten anzunehmen. Der Gesetzgeber habe für 2004 beabsichtigt, die versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Betrag von einer Milliarde Euro zu ungefähr einem Drittel abzusenken. Der Ansatz der Antragstellerin sei daher eindeutig überhöht, der realistische Minderansatz werde nicht zu einem Gewinn für 2004 von 4,3 Millionen Euro, sondern zu einem Verlust in Höhe von 5,7 Millionen Euro führen. Darüber hinaus habe die Antragstellerin fehlerhaft die Einsparungen anhand der Pro-Kopf-Berechnung angestellt und dabei einen Mitgliederzuwachs von über 50 % zugrunde gelegt. Ein überproportionaler Mitgliederzuwachs werde jedoch nicht zu einer Verbesserung der Kostenstruktur führen. Unter anderem habe sie das errechnete Einsparvolumen bei den Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft mit rund 90,00 EUR je Mitglied mit der angenommenen höheren Mitgliederzahl multipliziert. Diese Berechnung sei jedoch fehlerhaft. Die Bundesregierung erwarte durchschnittliche Beitragssatzsenkungen um 0,7 Beitragssatzpunkte durch die Einsparungen des GMG. Es sei nicht nachzuvollziehen, warum die Antragstellerin eine Reduzierung um 1,6 Beitragssatzpunkte veranschlage. Es sei zu erwarten, dass die Neumitglieder im laufenden Haushaltsjahr mit einem höheren Beitragssatz als 12,9 % rechnen müssten. Dies widerspreche den Absichten des Gesetzgebers, der eine längere Bindung der Versicherten an die gewählte Krankenkasse gewollt habe. Die Gegnerin habe auch keinen Anordnungsgrund. Unzumutbare Nachteile seien nicht erkennbar. Sie - die Antragsgegnerin - selbst habe einen allgemeinen Beitragssatz von 13,7 % für die Antragstellerin für vertretbar gehalten. Bei diesem Beitragssatz seien Wettbewerbsnachteile nicht zu erwarten. Im Übrigen werde durch den einstweiligen Rechtsschutz die Hauptsache in unzulässiger Weise vorweggenommen. Eine vorläufige Beitragssatzermäßigung sei irreversibel, denn Beiträge könnten nicht rückwirkend erhöht werden.

Die Antragsgegnerin beantragt schriftsätzlich,

1. den Beschluss des Sozialgerichts Lübeck vom 6. Februar 2004 (Az. [S 9 KR 90/04 ER](#)) aufzuheben und den Antrag der Antragstellerin auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes vom 12. Januar 2004 zurückzuweisen, 2. den Vollzug des angefochtenen Beschlusses einstweilen auszusetzen sowie 3. hilfsweise für den Fall, dass Vollstreckungsmaßnahmen angeordnet werden, die Vollstreckung des angefochtenen Beschlusses durch einstweilige Anordnung auszusetzen.

Die Antragstellerin beantragt schriftsätzlich,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie führt aus, es sei verfehlt, im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit im Hauptsacheverfahren zu verlangen, denn damit werde ihr Haushaltsplanungsrecht unterlaufen. Naturgemäß sei ein Haushalt Prognosen unterworfen. Der vorausgesetzte hohe Grad an Erfolgsaussicht führe dazu, dass sie diese Prognosen ebenfalls im Rahmen einer hohen Wahrscheinlichkeit verifizieren müsse. Die Antragsgegnerin übe lediglich eine Rechtskontrolle aus, die die Selbstverwaltungsgarantie wahren müsse. Weder sie noch das Gericht dürften die eigenen Prognoseüberlegungen an die Stelle der Erwägungen der Antragstellerin setzen. Hierbei sei vor allem zu berücksichtigen, dass die Antragsgegnerin selbst von einer erforderlichen Senkung des Beitragssatzes von 14,5 auf 13,6 % ausgehe, es gehe hier also nur darum, in welchem Ausmaß der Beitragssatz gesenkt werden müsse. Wesentlicher Beanstandungspunkt der Antragsgegnerin sei die Entlastungswirkung durch den Bundeszuschuss nach [§ 221 SGB V](#). Fehlerhaft stütze sich die Antragsgegnerin hierbei auf den Entwurf der Rechtsverordnung über die Verteilung des Bundeszuschusses. Die Fassung der Rechtsverordnung sei noch völlig offen und die Höhe der Entlastungen durch den Bundeszuschuss seien nicht abzusehen. Die Antragsgegnerin stelle sowohl bei der Entlastung durch den Bundeszuschuss als auch bei den übrigen Entlastungen durch das GMG eigene Ansätze den von ihr - der Antragstellerin - zugrunde gelegten Ansätzen gegenüber. Damit überschreite sie ihre Kontrollfunktion. Es sei auch nicht erkennbar, mit welcher Begründung die Antragsgegnerin einen Sicherheitszuschlag verlange. Die Antragstellerin legt eine Vergleichsberechnung für Kassen mit unterschiedlichen Mitgliederstrukturen vor und ermittelt daraus, dass die Kassen durch die beabsichtigte Verteilung des Bundeszuschusses bevorteilt werden, die einen geringeren Prozentsatz an Frauen im gebärfähigen Alter haben. Hierzu führt sie aus, eine derartige Fassung sei mit den erwünschten gesellschaftspolitischen Vorhaben nicht vereinbar. Die Antragsgegnerin stelle zu Unrecht darauf ab, dass die versicherungsfremden Leistungen bereits im RSA berücksichtigt würden. Denn diese Berücksichtigung stelle auf den bundesweiten Durchschnitt ab, sage aber nichts darüber aus, in welchem Maße die einzelne Kasse davon betroffen sei. Der RSA bilde die tatsächliche Morbidität nicht zutreffend ab. Vielmehr lege er lediglich Durchschnittswerte zugrunde. Der Gesetzgeber bereite deswegen eine Umstrukturierung des RSA auf ein morbiditätsorientiertes Ausgleichssystem ab 2007 vor. Diese beschlossenen Veränderungen habe sie bei der Haushaltsplanung 2004 beachtet und die spezifischen Entlastungswirkungen durch das GMG berücksichtigt. Nach der gesetzlichen Vorgabe würden die Aufwendungen für Schwangerschaft und Mutterschaft um etwa ein Drittel ausgeglichen; dies entspreche einem durchschnittlichen Betrag pro gesetzlich versichertem Mitglied von 50,00 EUR. Infolge der Veränderungen bei dem Entbindungsgeld und der Finanzierung von Sterilisation und Schwangerschaftsabbrüchen durch die veränderte Bevölkerungsstruktur sei dieser Wert jedoch anzupassen; sie habe daher lediglich einen Satz von 31,08 EUR veranschlagt. Dieser Betrag sei mit der zu erwartenden Mitgliederzahl zu multiplizieren und schlage sich mit 3,575 Millionen Euro zu Buche. Dies sei eine überproportionale Einsparung von 73 % gegenüber dem Vorjahr, die sich aus der überdurchschnittlichen Belastung durch die Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt ergäben. Sie müsse bei 120.000 Versicherten mit insgesamt 2.050 Geburten rechnen entsprechend einer Reproduktionsquote, die 200 % über dem

Bevölkerungsdurchschnitt liege. Sie gehe davon aus, dass unterschiedliche Belastungen der Kassen durch die Ausgaben für Schwangerschaft und Geburt durch den Bundeszuschuss möglichst nivelliert würden. Die Entlastungsquote von einem Drittel werde sich also auf den durchschnittlichen Pro-Kopf-Betrag der GKV beziehen. Diesen wende sie in ihrem Haushalt durchgängig an. Schließlich werde auch der Mitgliederzuwachs nicht zu einer Angleichung der Leistungen an den Durchschnitt führen. Denn an ihrem Profil und Leistungskatalog werde sich nichts ändern, so dass auch die Mitgliederstruktur gleich bleiben werde. Entsprechend werde sie weiterhin viele Schwangere und junge Mütter als Mitglieder haben.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragsgegnerin ist zulässig und begründet. Die Voraussetzungen für die von der Antragstellerin begehrten Anordnung nach [§ 86b Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen nicht vor.

Nach Satz 2 dieser Vorschrift sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Nach ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats, die im Hinblick darauf, dass durch Einführung des [§ 86b Abs. 2 in das SGG](#) keine wesentliche Änderung des sich bisher an [§ 123](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) orientierten vorläufigen Rechtsschutzes erfolgte, weiterhin Geltung hat, setzen einstweilige Anordnungen einen Anordnungsgrund und einen Anordnungsanspruch voraus (vgl. [§§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#), [§ 920 Abs. 1](#) und [2 Zivilprozessordnung - ZPO](#) -; Senatsbeschluss vom 15. September 2003 - [L 1 B 84/03](#) KR ER -). Es fehlt bei der Antragstellerin bereits an einem Anordnungsanspruch.

Ein Anordnungsanspruch ist gegeben, wenn nach dem derzeitigen Stand des Verfahrens die wegen des Eilbedarfs notwendige summarische Überprüfung der Rechtslage eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der Antragstellerin im Hauptsacheverfahren ergibt (vgl. Beschlüsse des erkennenden Senats vom 22. Juni 1999 - [L 1 B 26/99](#) KR ER ; 2. September 2003 - [L 1 B 5/03](#) KR ER ; 13. Februar 2004 - [L 1 B 125/03](#) KR ER ). Bereits diese Anforderungen erfüllt der Antrag auf die einstweilige Anordnung nicht, da nach gebotener summarischer Überprüfung Überwiegendes dagegen spricht, dass der Antragstellerin die beantragte Genehmigung erteilt werden kann. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht daher gegen ein Obsiegen in der Hauptsache. Der Senat kann es mithin dahingestellt sein lassen, ob die an Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund zu stellenden Anforderungen hier zu erhöhen sind und in welcher Form dies zu geschehen hat, weil die Anordnung die Entscheidung in der Hauptsache vorwegnehme.

Nach [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) bedarf die Satzung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. § 195 stellt gegenüber den allgemeinen Aufsichtsmaßnahmen des § 89 Sozialgerichtsbuch, Viertes Buch (SGB IV), eine Sonderregelung dar und schließt die allgemeinen Aufsichtsmittel aus (Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 195 Rdnr. 8). Die zu [§ 89 SGB IV](#) herausgebildeten Grundsätze über die zulässigen Aufsichtsmittel gelten jedoch auch im Rahmen des [§ 195 SGB V](#). Nach dem Wesen der Genehmigung und ihrem Sinn und Zweck richtet sich die Überprüfung darauf, ob die zu genehmigende Satzung mit Gesetz und Recht im Einklang steht (Peters, a.a.O., Rdnr. 9). Wie auch im Rahmen der [§§ 87](#) und [89 SGB IV](#) übt die Antragsgegnerin lediglich eine Rechtsaufsicht aus, nicht jedoch eine Zweckmäßigkeitkontrolle. Die Rechtsaufsicht erstreckt sich auf alle öffentlich- und zivilrechtlichen Normen und umfasst auch die rechtliche Überprüfung eines Ermessens- sowie Beurteilungsspielraumes (Maier in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, [§ 87 SGB IV](#) Rdnr. 3; Stober/Schuler in Wannagat/Eichenhofer, SGB IV, § 89 Rdnr. 6; Graeff in Hauck/Noftz, SGB IV, § 89 Rdnr. 3a). Die Rechtsaufsicht muss grundsätzlich das Recht der Selbstverwaltung der Versicherungsträger wahren. Gleichwohl ist eine randscharfe Abgrenzung zwischen einer Rechts- und einer Sachkontrolle nicht ohne Weiteres möglich. Zutreffend weist das Sozialgericht darauf hin, dass auch ein Verstoß gegen Haushaltsbestimmungen ein Rechtsverstoß im Sinne der [§§ 87 ff. SGB IV](#) und [§ 195 SGB V](#) darstellt. Zwar haben die Selbstverwaltungsträger bei der Beurteilung der zugrundeliegenden Fakten und der Prognose der daraus abzuleitenden Entwicklungen eine Einschätzungsprärogative. Der damit verbundene Einschätzungs- oder Ermessensspielraum endet jedoch dort, wo Annahmen eindeutig widerlegbar oder offensichtlich fehlerhaft sind (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 16. Dezember 2002, [L 4 KR 166/02 ER](#)). Dies ist hier der Fall. Die Annahmen der Antragstellerin im Haushaltsplan, die der beabsichtigten Absenkung des Beitragssatzes zugrunde liegen, gehen in mehreren Punkten von den Grundsätzen einer an realistischen Maßstäben ausgerichteten Kalkulation vorbei, so dass die Prognoseentscheidung offenbar fehlerhaft ist.

Die Antragsgegnerin hat bereits zutreffend auf die fehlerhaften Annahmen der Antragstellerin bei der Kontogruppe 55 (Ausgaben für Schwangerschaft und Mutterschaft) hingewiesen, in der die Antragstellerin Einsparungen in Höhe von näherungsweise 10 Millionen Euro zugrunde gelegt hat. Die Antragstellerin hat bei der Beurteilung des Entlastungseffektes einen Ansatz von über 40,11 % oberhalb des durchschnittlichen Ansatzes angenommen und eine dadurch bewirkte Beitragssatzermäßigung um 0,4 Beitragssatzpunkte ermittelt. Ebenso wie für die Antragsgegnerin ist auch für den Senat eine derartige Annahme nicht nachvollziehbar. Die Grundlage wird auch in den neueren Berechnungen der Antragstellerin nicht aufgezeigt. Denn es bleibt die Tatsache, dass die Antragstellerin nach den unwidersprochenen Einlassungen der Antragsgegnerin Leistungen in diesem Kontobereich in einer Größenordnung von 0,5 Prozentpunkten des Beitragssatzes erbracht hat und sich durch die Zuschüsse eine Beitragssatzsenkung von 0,4 Prozentpunkten erhofft; damit wären aus dem Bundeszuschuss 80 % der Aufwendungen erstattet. Unabhängig davon, wie eine künftige Erstattungsregelung durch die nach [§ 221 Abs. 2 SGB V](#) zu fassende Rechtsverordnung gestaltet sein wird, liegt es auf der Hand, dass die Antragstellerin realistischere einen so hohen Erstattungssatz nicht erwarten kann. Die Gesamterstattung durch den Bund für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von einer Milliarde Euro ist darauf angelegt, dass ein Drittel der Kosten erstattet werden. Mag dies in Einzelfällen auch unterschiedlich ausgestaltet sein, wäre ein Erstattungssatz von 80 % völlig überhöht. Dabei kann die Antragstellerin auch nicht darauf verweisen, dass sie in diesem Leistungsbereich höhere Ausgaben als andere Krankenkassen tätigt. Denn der gesetzlich vorgesehene Erstattungssatz von einem Drittel zielt auf den jeweiligen Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen ab. Der höhere Leistungsansatz bei der Antragstellerin mag dazu führen, dass sie höhere Erstattungen pro Versicherten als andere Kassen erhält, führt jedoch nicht dazu, dass die Gesamtaufwendungen der Antragstellerin zu einem höheren Prozentsatz erstattet werden. Zutreffend hat das Sozialgericht bereits Grundsätze herangezogen, die im Rahmen der Prognose für die Haushaltsaufstellung zu beachten sind. Trotz der wünschenswerten und gesetzlich vorgesehenen Beitragssatzabsenkungen ist gerade bei Krankenkassen mit einem verhältnismäßig hohen Schuldenstand, wie der Antragstellerin, ein vorsichtiger Haushaltsansatz geboten. Vorsicht ist insbesondere auch deshalb geboten, weil - worauf der BKK-Landesverband Nord zutreffend hinweist -, neben der Betriebskrankenkasse selbst andere verpflichtet sind, etwaige Gläubiger im Falle der Auflösung oder Schließung zu befriedigen. Und unabhängig davon, wie die Erstattung der Leistungen nach der Kontogruppe 55 bei den Ausgleichszahlungen des RSA kompensiert werden, ist nach dem gebotenen vorsichtigen Haushaltsansatz zu berücksichtigen, dass Kompensationen jedenfalls erfolgen werden. Denn die

Zuschüsse des Bundes führen zu einer Veränderung der Risikostruktur und damit voraussichtlich zu einer Berücksichtigung im RSA. Diese absehbaren Umstände dürfen bei der Haushaltsaufstellung nicht unbeachtet bleiben.

Die Antragstellerin errechnet sich aus den Regelungen des GMG Einsparungen für das Jahr 2004 in Höhe von insgesamt 23.691.835,65 EUR. Sie legt dabei eine durchschnittliche Mitgliederzahl von 111.151 zugrunde. Die Einsparungen sind aus der Summe der Einsparung pro Mitglied von 213,15 EUR hochgerechnet auf die geschätzte jahresdurchschnittliche Mitgliederzahl für 2004 errechnet. Nach Auffassung des Senats kann es bereits dahinstehen, ob - wie von der Antragsgegnerin angenommen und von der Antragstellerin in Abrede gestellt - durch den starken Mitgliederzuwachs von über 50 % eine Angleichung der Beitrags- und Leistungsstruktur an den Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt wird. Die Prognose hinsichtlich der künftigen Versichertenstruktur der Antragstellerin ist nicht näher zu bestimmen; es besteht die Möglichkeit, dass die Mitgliederstruktur im bisherigen Rahmen verbleibt, es kann jedoch ebenso der Fall eintreten, dass sie sich dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung angleicht (vgl. Beschluss des Senats vom 24. Februar 2004, [L 1 B 21/04 KR ER](#)). Jedoch die Annahme des hohen Zuwachses selbst ist ohne hinreichende Grundlage und daher mit Risiken behaftet. Die Antragstellerin hat in keiner Weise dargelegt, worauf sich ihre sehr optimistische Prognose stützt. Denn die bisherigen Entwicklungszahlen geben eine derartige Steigerung in der Versichertenanzahl nicht her. Die Zahl ihrer Mitglieder stieg zwar in den Jahren 1998 bis 2000 jeweils um näherungsweise 100 % von ungefähr 9.700 auf ungefähr 37.000. In den Jahren 2001 bis 2003 flachte die Zuwachskurve jedoch erheblich ab; die Mitgliederzahl stieg lediglich von 60.265 auf 71.151. Zwar ist der Antragstellerin zuzugestehen, dass eine erhebliche Beitragsabsenkung die Attraktivität der Antragstellerin im Wettbewerb erheblich steigern kann. Wie jedoch allgemein bekannt ist, versuchen in der Folge des GMG mehrere Krankenkassen, ihre Mitgliederzahl durch eine drastische Absenkung des Beitragssatzes erheblich zu steigern. Der von der Antragstellerin angestrebte Effekt wird also auch von anderen Kassen in gleicher Weise verfolgt. Es liegt auf der Hand, dass die dafür erforderliche Versichertenanzahl im Rahmen der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorhanden ist und daher die Erwartungen über die Entwicklung des Mitgliederbestandes nach unten korrigiert werden müssen. Eine derartige Korrektur hat jedoch für die Antragstellerin erhebliche Konsequenzen: Halbiert sich der prognostizierte Mitgliederzuwachs - damit verbliebe der Antragstellerin immer noch ein überproportionaler Zuwachs von 20.000 Mitgliedern pro Jahr durchschnittlich -, ergibt sich ein Fehlbetrag in der Kalkulation von 4.263.000,00 EUR, ausgehend von den durchschnittlichen Einsparungen pro Mitglied in Höhe von 213,15 EUR. Die Antragstellerin wäre damit nicht mehr in der Lage, den gesetzlich vorgesehenen Schuldenabbau ([§ 222 Abs. 5 SGB V](#)) vorzunehmen. Denn der von der Antragstellerin erwartete Überschuss von 4,3 Millionen Euro wäre dann aufgezehrt.

Die Antragstellerin hat bei den prozentualen Einsparungen durch das GMG in der überwiegenden Zahl der Kontengruppen höhere Quoten angenommen, als der RSA-Schätzerkreis dies für den Durchschnitt der Krankenkassen zugrunde gelegt hat. Möge ein Teil dieser höheren Ansätze auch berechtigt sein, weil die Antragstellerin aufgrund einer anders gearteten Mitgliederstruktur in einzelnen Leistungsbereichen höhere Ausgaben als der Durchschnitt der Krankenkassen tätigt, basiert ein anderer Teil dieser Ansätze jedoch auf reinen Annahmen, die nach den Grundsätzen einer vorsichtigen Haushaltsplanung keine realistische Grundlage haben. Bei den Kontengruppen 40 (Ausgliederung künstlicher Befruchtung und Sterilisation sowie Praxisgebühr), 43 (Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken), 44/45 (Hilfsmittel von Orthopäden und Leistungen an Masseur und Badebetriebe) sowie 46 (Krankenhausbehandlung) hat sie den gegenüber dem Durchschnitt erhöhten Ansatz mit einer im Jahr 2003 geänderten Prüfstrategie sowie mit der Einführung eines Fallmanagements für extrabudgetäre Leistungen und einem Krankenhausmanagement begründet. Gerade weil diese Überprüfungsmaßnahmen erst vor kurzem eingeführt wurden, ist deren Wirkungsweise und insbesondere der Umfang einer Auswirkung überhaupt noch nicht abzusehen und daher eine Prognose über die dadurch eingetretenen Einsparungen nicht möglich. Daher ist nicht absehbar, dass der gegenüber dem Durchschnitt erhöhte Ansatz sich auch in der künftigen Entwicklung abzeichnen wird. Auch ist die Antragstellerin bei diesen Ansätzen stets vom Günstigkeitsprinzip ausgegangen, das mit den geforderten Grundsätzen einer vorsichtigen Haushaltsplanung nicht vereinbar ist.

Die Berücksichtigung dieser vorgenannten Gesichtspunkte weicht von dem zulässigen Regelungsrahmen einer Rechtsüberprüfung nicht ab. Zutreffend weist zwar die Antragstellerin darauf hin, dass die Argumente, die gegen die Richtigkeit ihrer Prognosen vorgebracht werden, ebenso viel oder so wenig Gewicht haben wie ihre Argumente selbst. Jedoch verkennt sie dabei, dass es sich hierbei um die Grundlagen der anzustellenden Prognose über die Leistungsentwicklung handelt und hiermit die Beurteilungsgrundlagen für die Haushaltsaufstellung betroffen sind. Und ebenso wie bei der Ermessensentscheidung die Einhaltung der Grenzen der Ermessensausübung stellt die Annahme realistischer Beurteilungsgrundlagen bei der Wahrung des Beurteilungsspielraumes eine Rechtsfrage dar, die im Rahmen der Rechtsaufsicht überprüft werden muss. Wie aufgezeigt, verletzen diese Grundlagen die Grundsätze einer vorsichtigen Haushaltsplanung, die ebenso wie die Möglichkeit, die gesetzlichen Ziele der Beitragsgestaltung zu erreichen, rechtliche Vorgaben betreffen, die zwingend auch im Rahmen einer Rechtsaufsicht beachtet werden müssen. Ist wie hier - ersichtlich, dass aller Wahrscheinlichkeit nach die gesetzlich geforderten Haushaltsziele nicht erreicht werden können, muss eine Rechtsaufsicht einschreiten, denn sie kann nicht eine Satzungsgestaltung als rechtmäßig genehmigen, die vorhersehbar die Antragstellerin daran hindert, ihren gesetzlichen Aufgaben nachzukommen.

Da ein überwiegender Erfolg in der Hauptsache daher nicht absehbar ist, fehlt es an dem notwendigen Anordnungsanspruch. Dieser ist im Rahmen des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) jedoch unverzichtbar ([§ 920 Abs. 2 ZPO](#) in Verbindung mit [§ 86b Abs. 2 Satz 3 SGG](#)). Der Senat kann es daher dahinstehen lassen, ob die Antragstellerin einen Anordnungsgrund hat.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gegen diese Entscheidung ist eine Beschwerde nicht zulässig, [§ 177 SGG](#).

Timme Dr. Weigel Littmann  
Rechtskraft  
Aus  
Login  
SHS  
Saved  
2008-11-07