

B 12 KR 4/08 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 26 KR 89/05
Datum
07.12.2007
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 4/08 R
Datum
02.09.2009
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die im Jahr 2004 eingeführten Leistungen des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durften im Risikostrukturausgleich in der Weise berücksichtigt werden, dass sie vom Beitragsbedarf der einzelnen Krankenkasse abgezogen wurden.

Die Revision wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2.500.000 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte den auf die Klägerin für das Jahr 2004 entfallenden Betrag zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) ausgleichsmindernd berücksichtigen durfte.

2

Die Klägerin ist eine geöffnete Betriebskrankenkasse und nimmt als solche am RSA teil. Bei dessen Durchführung hatte das beklagte Bundesversicherungsamt (BVA) zunächst für 2004 die der Klägerin zustehenden vorläufigen Abgeltungsbeträge zu den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen (iF: Abgeltungsbetrag) mit 8.263.308,07 Euro (zum 1.5.2004) bzw 12.926.325,08 Euro (zum 1.11.2004) mitgeteilt und diese Beträge dem AOK-Bundesverband als zentraler Stelle zur Weiterleitung ausgezahlt. Im März 2005 führte die Beklagte den zweiten Zwischenausgleich nach § 17 Abs 3a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) für das Kalenderjahr 2004 durch. Mit Bescheid vom 7.4.2005 "Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV und Jahresabgeltungsbetrag nach § 4 Abs. 3 PauschAV jeweils für das Kalenderjahr 2004, Rechtskreis: West BKK M. " nebst Anlagen berechnete sie den Saldo für das Kalenderjahr 2004 neu und setzte den auf die Klägerin entfallenden Gesamtsaldo im Rahmen des RSA auf 14.828.338,99 Euro fest. Des Weiteren ermittelte sie für die Klägerin die Höhe des Abgeltungsbetrags für das Kalenderjahr 2004 insgesamt und teilte diesen in einer Anlage zu dem Bescheid mit 22.891.327,20 Euro mit, auf den nach Abzug der zum 1.5. und 1.11.2004 gezahlten Abschläge in Höhe von insgesamt 21.189.633,15 Euro noch ein Differenzbetrag von 1.701.694,05 Euro zu leisten sei. Bei der Berechnung des Gesamtsaldos im Zwischenausgleich berücksichtigte sie die im Jahr 2004 an die Klägerin geleisteten Abgeltungsbeträge, indem sie diese bei ihrem Beitragsbedarf in Abzug brachte.

3

Die Klägerin hat Klage erhoben. Der zutreffend ermittelte Abgeltungsbetrag für das Kalenderjahr 2004 in Höhe von 22.891.327,20 Euro habe ihr finanzwirksam zugewiesen bleiben müssen. Durch seine Einbindung in das Risikostruktur-Ausgleichsverfahren betrage der tatsächliche Finanzeffekt lediglich 19.214.329,21 Euro, sodass sich für sie ein Nachteil in Höhe von 3.676.997,99 Euro ergebe. Die Klägerin hatte sich zunächst auf den Rechtsstandpunkt gestellt, dass das von der Beklagten gewählte "Verrechnungsverfahren" am Maßstab des [§ 221 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) und des § 4 Abs 3 Satz 2 der Pauschal-Abgeltungsverordnung (PauschAV) rechtswidrig sei, weil danach Verteilungsmaßstab allein die (tatsächlichen) Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen seien und Verrechnung iS des § 4 Abs 3 Satz 2 PauschAV lediglich eine solche nach Gegenüberstellung des Abgeltungsbetrags mit der Ausgleichsverpflichtung im RSA meine. Im weiteren Verlauf des

Klageverfahrens hatte sie die Auffassung vertreten, dass § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV nicht auf einer gesetzlichen Ermächtigung beruhe, insbesondere nicht auf die in [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) enthaltene Verordnungsermächtigung gestützt werden könne.

4

Mit Urteil vom 7.12.2007 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen und dieses Ergebnis ua wie folgt begründet: Der angefochtene Bescheid stehe im Einklang mit der PauschAV, der RSAV und den übergeordneten Vorschriften der [§§ 221, 266 SGB V](#). Nach § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV sei der Beitragsbedarf um die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen gemäß [§ 221 SGB V](#) zu verringern. Der Ordnungsgeber habe sich zu Recht auf [§ 221 Abs 2](#) und [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) als Ermächtigungsgrundlagen bezogen. Seine Befugnis zur Anpassung des § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV ergebe sich zusätzlich aus [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 2 SGB V](#). Die Regelung setze die vom Gesetzgeber geforderte Berücksichtigung von Dritten erstatteter Ausgaben im RSA nach [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in Bezug auf die für versicherungsfremde Leistungen gewährten Abgeltungsbeträge des Bundes um. Sie stelle sicher, dass die entsprechenden Leistungsausgaben für die am RSA beteiligten Krankenkassen nicht zweifach ausgeglichen würden. Der Gesetzgeber habe die Materie des § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV nicht (selbst) normativ regeln müssen, sondern einer Regelung durch eine Rechtsverordnung - aufgrund parlamentsgesetzlicher Ermächtigung - überlassen dürfen. In [§ 266 Abs 2](#) und [§ 266 Abs 4 Nr 1 SGB V](#) habe er alle wesentlichen Elemente geregelt. [§ 266 Abs 7 SGB V](#) genüge auch dem Bestimmtheitsgebot des [Art 80 Abs 1 Satz 2 GG](#). Im Kontext der Bestimmungen über den RSA, dessen Ziel und den Umfang der Ausgleichspflichten grenze die Verordnungsermächtigung die Befugnisse des Ordnungsgebers hinreichend ab. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe insoweit betont, dass - insbesondere bei komplexen Materien - eine Verordnungsermächtigung in ihrem Wortlaut nicht so genau wie irgendmöglich gefasst, sondern lediglich hinreichend bestimmt zu sein habe.

5

Die Klägerin hat die vom SG zugelassene Revision eingelegt und rügt eine Verletzung von [§§ 221](#) und [266 SGB V](#), § 4 Abs 3 PauschAV, § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV und [Art 80 Abs 1 Satz 2 GG](#). Entgegen der vom SG vertretenen Auffassung könne § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV auf [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) nicht gestützt werden. Die Vorschrift scheidet insgesamt als Rechtsgrundlage aus, weil sie ihrem Wortlaut nach allein die Abgrenzung von beitragspflichtigen Einnahmen und Leistungsausgaben oder Einnahmen gegen Ausgaben betreffe und nicht einen Ausgleich oder eine Verrechnung. § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV könne auch nicht auf der vom Gesetzgeber herangezogenen Bestimmung des [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) beruhen. Die Bestimmung ermächtige lediglich zu einer Regelung der Ermittlung von Rechenwerten und der Bekanntgabe von Daten. Ihr könne auch im Wege der Auslegung, etwa wenn sie in den Gesamtzusammenhang der Regelungen der [§§ 221, 266 SGB V](#) gestellt werde, keine ausreichende Ermächtigung für § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV entnommen werden. [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zeige, dass die Beteiligung des Bundes nach [§ 221 Abs 1 SGB V](#) eine "echte" Beteiligung habe sein sollen. [§ 266 Abs 2 und Abs 4 SGB V](#) machten deutlich, dass der Gesetzgeber eine Verringerung des Beitragsbedarfs durch die Berücksichtigung der Beteiligung nach [§ 221 Abs 1 SGB V](#) nicht gewollt habe.

6

Die Klägerin beantragt,

unter Abänderung des angefochtenen Urteils des Sozialgerichts Köln vom 7.12.2007, - [S 26 KR 89/05](#) -, den Bescheid des Bundesversicherungsamts vom 7.4.2005 aufzuheben, soweit darin die Verrechnung des Jahresabgeltungsbetrags für das Kalenderjahr 2004 vorgenommen wird,

hilfsweise:

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 7.4.2005 zu verurteilen, über den Jahresabgeltungsbetrag für das Kalenderjahr 2004 neu unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

7

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Ausgestaltung des Verteilungsverfahrens werde von der Klägerin missverstanden. Ein sog Ist-Ausgabenausgleich, der die exakte Erstattung der versicherungsfremden Leistungsausgaben an die jeweilige Krankenkasse vorsehe, sei nicht gewollt gewesen. § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV sei rechtmäßig.

II

9

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat das SG ihre gegen den Bescheid der Beklagten vom 7.4.2005 gerichtete Klage mit ihrem zulässigerweise (vgl BSG, Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), [SozR 4-2500 § 266 Nr 1](#) RdNr 31 = [BSGE 90, 231](#), 240) auf Anfechtung gerichteten Hauptantrag und ihrem der Sache nach auf Rückgängigmachung der Vollziehung im Wege einer Stufenklage gerichteten Hilfsantrag abgewiesen. Der von der Beklagten für die Klägerin festgesetzte Gesamtsaldo im Rahmen des zweiten Zwischenausgleichs für das Kalenderjahr 2004 ist rechtmäßig. Die Beklagte durfte den auf die Klägerin im Kalenderjahr 2004 entfallenden Abgeltungsbetrag für versicherungsfremde Leistungen im Zwischenausgleich in der Weise berücksichtigen, dass sie ihn von dem Beitragsbedarf der Klägerin abzog.

10

1. Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 7.4.2005 in seiner Gesamtheit. Mit ihm hat die Beklagte nach Neuberechnung der beitragspflichtigen Einnahmen und des Beitragsbedarfs gemäß § 17 Abs 3a RSAV allein über die Feststellung des im Rahmen des Zwischenausgleichs zu zahlenden Gesamtsaldos entschieden. Eine selbständige - und deshalb selbständig angreifbare - Feststellung des nach § 4 PauschAV ermittelten Jahresabgeltungsbetrags gegenüber der Klägerin enthält der Bescheid nicht und war im Hinblick darauf, dass für diese Beträge ein separater Zahlungsverkehr mit den berechtigten Krankenkassen nicht vorgesehen ist (siehe dazu unten 3a), auch nicht zu treffen. Zwar ist der Inhalt des so verstandenen Bescheids der Beklagten nur zum Teil umstritten, nämlich hinsichtlich der Einbeziehung des Jahresabgeltungsbetrags in das Ausgleichsverfahren. Im Übrigen werden gegen die Berechnung des Gesamtsaldos von der Revision keine Einwendungen erhoben. Jedoch hängt die Rechtmäßigkeit des Zwischenausgleichs insgesamt von der Behandlung des Jahresabgeltungsbetrags ab. Entsprechend hat die Klägerin mit ihrer Klage den Bescheid vom 7.4.2005 insgesamt und nicht nur - hinsichtlich dieses unselbständigen Rechenvorgangs - teilweise angegriffen. Das ergibt eine Auslegung des Anfechtungsantrags nach seinem erkennbaren Ziel, das letztlich auf eine Korrektur des festgesetzten Gesamtsaldos gerichtet ist und zwar in der Form, dass bei diesem Saldo der durch den Abgeltungsbetrag nicht gekürzte Beitragsbedarf berücksichtigt wird.

11

2. Der kassenartenübergreifende RSA, wie er auch für das Jahr 2004 durchgeführt wurde, war in den [§§ 266, 267 SGB V](#), jeweils in der seinerzeit maßgeblichen Fassung, und der nach [§ 266 Abs 7 SGB V](#) ergangenen RSAV geregelt (zur Entstehungsgeschichte des RSA vgl Urteil des Senats vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), aaO, RdNr 12 ff).

12

a) Nach [§ 266 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) wird zwischen den Krankenkassen jährlich ein RSA durchgeführt. Die Sätze 2 und 3 unterscheiden die ausgleichsfähigen von den nicht ausgleichsfähigen Faktoren. Der RSA beschränkt sich nach Satz 2 auf die finanziellen Auswirkungen folgender vier Faktoren: (1) Unterschiede in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, (2) Unterschiede in der Zahl der nach [§ 10 SGB V](#) beitragsfrei familienversicherten Angehörigen, (3) Unterschiede in der Verteilung der Versicherten nach Alter, (4) Unterschiede in der Verteilung der Versicherten nach Geschlecht. Andere Faktoren sind nach Satz 3 nicht ausgleichsfähig. Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft ermittelt ([§ 266 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Finanzkraft einer Krankenkasse ist nach [§ 266 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder und dem Ausgleichsbedarfssatz. Dieser entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (Satz 2). Nach [§ 266 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) ist der Beitragsbedarf einer Krankenkasse die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Diese werden gemäß [§ 266 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) je Versicherten auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen so bestimmt, dass das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach [§ 267 Abs 3 SGB V](#) für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen nach Absatz 2 dieser Vorschrift entspricht (hierzu im Einzelnen Urteile des Senats vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), aaO, RdNr 21 ff, und [B 12 KR 2/02 R](#), [SozR 4-2500 § 266 Nr 3](#) RdNr 5 f). Der Beitragsbedarf der einzelnen Krankenkassen wird damit nicht anhand ihrer tatsächlichen, sondern standardisierter Leistungsausgaben bestimmt (zum Verfahren vgl Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), aaO, RdNr 23 ff). Nach [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) haben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach [§ 266 Abs 2 SGB V](#) die von Dritten erstatteten Ausgaben außer Betracht zu bleiben.

13

[§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), der seit der Einführung des RSA im Jahre 1994 bis zum heutigen Tage - also auch nach Einführung des Gesundheitsfonds - seinem Wortlaut nach unverändert gilt, zählt im Sinne eines "Negativkatalogs" (vgl hierzu Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 2/02 R](#), aaO, RdNr 21) neben (anderen) Aufwendungen der Nummern 2 und 3 mit den von Dritten erstatteten Ausgaben nicht zu berücksichtigende Leistungsausgaben auf. [§ 266 Abs 4 SGB V](#) soll auf diese Weise die Art der Leistungsausgaben begrenzen, die bei der Ermittlung der standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zugrunde zu legen sind (vgl [BT-Drucks 12/3608 S 118](#)).

14

Die Einzelheiten über die Ermittlung und Abgrenzung der für den Ausgleich notwendigen Rechenwerte sowie über das Verfahren regelt nach [§ 266 Abs 7 SGB V](#) das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. In der hier maßgeblichen, bis zum 31.12.2008 unverändert gebliebenen Fassung des [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1](#) und 2 SGB V wird zu näheren Regelungen über

"1. die Ermittlung der Werte nach Absatz 5 sowie die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikoausgleichsverfahrens erforderlichen Daten,

2. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und der Leistungsausgaben nach Absatz 2, 4 und 5 "

ermächtigt.

15

b) Die Berechnung des Ausgleichs ist auf Grund des [§ 266 Abs 7 SGB V](#) in der RSAV näher bestimmt (vgl Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), aaO, RdNr 22 ff). Entsprechend regelt die RSAV in § 4 die zur Abgrenzung der für die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und des Beitragsbedarfs berücksichtigungsfähigen und nicht berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach der Vorgabe des [§ 266 Abs 4 SGB V](#) (vgl BR-Drucks 611/93 S 48). Die Vorschrift enthält in Absatz 1 eine "Positivliste" von Ausgaben, in Absatz 2 eine "Negativliste" (vgl Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 2/02 R](#), aaO, RdNr 21) und bestimmt in Absatz 3 zu den dort exemplarisch genannten

Erstattungen (und Einnahmen), dass diese als von Dritten erstattete Ausgabearten (und bestimmte Einnahmearten) (vgl BR-Drucks 611/93 S 51) die nach § 4 Abs 1 RSAV zu berücksichtigenden Aufwendungen für Leistungen mindern. In der Fassung der RSAV vom 3.1.1994 waren in Absatz 3 noch Leistungen nach § 200a Reichsversicherungsordnung (RVO) genannt (das war der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld); § 200a RVO war jedoch bereits durch das 2. SKWPG vom 21.12.1993 mit Wirkung vom 1.1.1994 aufgehoben worden.

16

In § 10 Abs 1 RSAV ist die Ermittlung des Beitragsbedarfs für den Jahresausgleich geregelt. Für die Berechnung des Beitragsbedarfs einer Krankenkasse auf der Grundlage der erhobenen Versichertenjahre in den einzelnen Versichertengruppen und der standardisierten Leistungsausgaben je Versichertenjahr nach § 10 Abs 1 Nr 1 und 2 RSAV schrieb Nummer 2 zunächst nur vor, dass die Ergebnisse der nach Nummer 1 für die Versichertengruppen ermittelten Werte zusammenzuzählen waren. Nach Einführung des Arbeitgeberbeitrags für geringfügig Beschäftigte waren die zusammengezählten Ergebnisse um den von der Krankenkasse eingezogenen Arbeitgeberbeitrag nach § 249b SGB V zu verringern (§ 10 Abs 1 Nr 2 RSAV idF des Art 16 des Gesetzes zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.3.1999, BGBl I 388).

17

3. Seit dem 1.1.2004 ist in den Regelungen des SGB V über die Aufbringung der Mittel mit § 221 SGB V erstmals eine pauschale Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen angeordnet (eingefügt durch Art 1 Nr 141 des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl I 2190). Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, dass der gesetzlichen Krankenversicherung als pauschale Abgeltung dieser Aufwendungen Mittel des Bundes zur Verfügung gestellt (vgl BT-Drucks 15/1525 S 138 f; schon BT-Drucks 15/1170 S 117 f), diese also (teilweise) aus Steuermitteln finanziert und damit nicht (vollen Umfangs) von der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden müssen. Die Beteiligung sollte zunächst nur für die Jahre 2004 bis 2007 gezahlt werden. Ab 2007 ist die Beteiligung des Bundes - auch in der Höhe- neu geregelt und in jährlichen Schritten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von 14 Mrd Euro angehoben worden (vgl Art 1 Nr 153 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007, BGBl I 378). Absatz 1 Satz 1 des § 221 SGB V in seiner hier anzuwendenden (Ursprungs)Fassung legt die Höhe der Beteiligung des Bundes für das Jahr 2004 auf 1 Mrd Euro fest und bestimmt den Zahlungsmodus (halbjährlich zum 1.5. und zum 1.11.). Eine Definition der versicherungsfremden Leistungen, deren pauschaler Abgeltung die Beteiligung des Bundes dienen soll, ist im Gesetz nicht enthalten. Absatz 1 Sätze 2 und 3 enthalten Bestimmungen zum Verfahren. In § 221 Abs 2 SGB V ist für das BMGS eine Verordnungsermächtigung folgenden Wortlauts geregelt:

"Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Verteilung nach Absatz 1 zu bestimmen. Maßstab für die Verteilung sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen."

18

Unter Hinweis auf diese Verordnungsermächtigung und § 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V hat das BMGS mit Wirkung ab 1.1.2004 die Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.4.2004 (BGBl I 644; im Folgenden: Verordnung vom 26.4.2004) erlassen. Durch die mit Art 1 dieser Verordnung erlassene PauschAV wird das Verfahren geregelt, mit dem die jährlichen Beteiligungen des Bundes auf die Krankenkassen verteilt werden. Art 2 der Verordnung enthält eine Änderung des § 10 RSAV.

19

a) Für das Verfahren der Verteilung der Beträge auf die Krankenkassen bestimmt § 2 PauschAV die abgeltungsfähigen Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen als von § 221 Abs 2 Satz 2 SGB V vorgegebenem Verteilungsmaßstab (vgl BR-Drucks 159/04 S 7) und legt diese in einer Anlage abschließend fest. In § 3 PauschAV ist geregelt, wie die Verteilungsquote von der Beklagten zu berechnen ist. § 4 PauschAV enthält in Absatz 1 eine Bestimmung, wie die Beklagte den auf jede Krankenkasse entfallenden Jahresabgeltungsbetrag zu ermitteln hat, und in Absatz 3 ua weitere Regelungen zum Verteilungsverfahren. Nach § 4 Abs 3 Satz 2 PauschAV ist der Jahresabgeltungsbetrag unter Berücksichtigung der geleisteten vorläufigen Abgeltungsbeträge mit den Ausgleichsansprüchen und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem für den Zeitraum des gesamten Vorjahres durchzuführenden Ausgleich nach § 17 Abs 3a Satz 1 RSAV, bei Nichtdurchführung dieses Ausgleichs im monatlichen Ausgleich (§ 17 RSAV) für den Monat April des Folgejahres zu verrechnen. Diese Regelung wird damit begründet, dass für den Jahresabgeltungsbetrag ein separater Zahlungsverkehr nicht erforderlich ist, der Jahresabgeltungsbetrag vielmehr beim RSA für das gesamte Jahr oder beim monatlichen Ausgleich im April des Folgejahres berücksichtigt wird (BR-Drucks 159/04 S 9).

20

b) Mit Wirkung ab 1.1.2004 ist auch Nummer 2 des § 10 Abs 1 RSAV geändert und um den Satzteil "sowie um die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" ergänzt worden. Nach der der Verordnung beigegebenen Begründung setzt diese Folgeänderung des § 10 RSAV die vom Gesetzgeber geforderte Berücksichtigung von Erstattungen im RSA (§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V) in Bezug auf die den Krankenkassen nach der PauschAV zufließenden Abgeltungsbeträge des Bundes um. Da die versicherungsfremden Leistungen der am RSA beteiligten Krankenkassen bereits über den RSA von allen Krankenkassen solidarisch finanziert würden, seien die auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Abgeltungsbeträge des Bundes bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs der Krankenkassen außer Betracht zu lassen und die Ausgleichsansprüche entsprechend zu mindern (BR-Drucks 159/04 S 6, 10). Anderenfalls würden die entsprechenden Leistungsausgaben für die am RSA beteiligten Krankenkassen zweifach ausgeglichen (BR-Drucks 159/04 S 10). Soweit Krankenkassen auch nach dem durchgeführten Ausgleich durch Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen zusätzlich belastet blieben, handele es sich um den Anteil dieser Ausgaben, der die entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben des RSA für alle Krankenkassen überschreite. Die Krankenkasse müsse den über dem Durchschnitt liegenden Anteil durch zusätzliche Beitragssatzpunkte selbst finanzieren. Der damit einhergehende Anreiz zur Wirtschaftlichkeit gehöre zu den

grundlegenden Steuerungswirkungen des RSA und sei vom Gesetzgeber gewollt ([BR-Drucks 159/04 S 10](#)).

21

4. Entgegen der von der Revision vertretenen Auffassung bewegt sich § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV in der seit dem 1.1.2004 geltenden Fassung, auf dessen Grundlage die Beklagte deren Beitragsbedarf um die auf sie entfallende Beteiligung des Bundes an Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen verringert und den Jahresabgeltungsbetrag in dem angegriffenen Bescheid vom 7.4.2005 so in das Risikostruktur-Ausgleichsverfahren einbezogen hat, im Rahmen des verfassungsrechtlich Zulässigen. Bei der Änderung des § 10 RSAV hat der Verordnungsgeber von seinen Rechtsetzungsbefugnissen, die ihm mit der in der Verordnung vom 26.4.2004 - neben [§ 221 Abs 2 SGB V](#) - zitierten Ermächtigungsnorm des [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) verliehen sind, keinen Gebrauch gemacht, sondern in der RSAV lediglich wiedergegeben, was sich bereits (unmittelbar) aus dem Gesetz ergibt. Dass die Beklagte bei der Berechnung des Gesamtsaldos für den Zwischenausgleich den Beitragsbedarf der Klägerin um die im Jahr 2004 auf sie entfallenden Abgeltungsbeträge für versicherungsfremde Leistungen vermindern durfte und dann den so errechneten Betrag als Beitragsbedarf der weiteren Berechnung des Zwischenausgleichs zugrunde legen durfte, ergibt sich (unmittelbar) aus [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1](#) iVm [§ 266 Abs 2 Satz 2 SGB V](#), die in Bezug auf die Berücksichtigung der vom Bund für versicherungsfremde Leistungen gezahlten Beträge ergänzend auszulegen sind. Die Berechnung des Beitragsbedarfs hätte damit auch ohne eine Bestimmung des Verordnungsgebers allein schon von Gesetzes wegen so erfolgen müssen. Insoweit braucht die von der Revision angesprochene Frage nicht beantwortet zu werden, ob § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV noch innerhalb von der Verordnungsermächtigung des [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) gezogener Grenzen liegt oder diese überschreitet, weil [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) im hier vorliegenden Zusammenhang ohne Verstoß gegen [Art 80 Abs 1 Satz 2 GG](#) nicht - unter Berücksichtigung des Gesetzesprogramms im Übrigen - (erweiternd) dahin ausgelegt werden kann, dass er den Gehalt des § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV thematisch noch erfasst. Keiner Erörterung bedarf vor diesem Hintergrund auch, ob § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV im Hinblick auf die in § 4 Abs 3 Satz 2 PauschAV getroffene Regelung, wonach der Jahresabgeltungsbetrag mit den Ausgleichsansprüchen und -verpflichtungen der Krankenkassen zu "verrechnen" ist, gegen das auch für den Verordnungsgeber geltende, aus dem Rechtsstaatsprinzip ([Art 20 Abs 3 GG](#)) folgende Gebot der Normenklarheit und Widerspruchsfreiheit der von ihm getroffenen Regelungen verstößt. Eine - verfassungsrechtlich erhebliche - Widersprüchlichkeit der Verordnung vom 26.4.2004 in diesem Punkt unterstellt, wäre diese ohne Bedeutung, weil § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV aufgrund des Vorrangs des - von ihm wiederholten - Gesetzes jedenfalls Vorrang vor § 4 Abs 3 Satz 2 PauschAV beanspruchte.

22

Die Vorschriften des [§ 266 Abs 2 SGB V](#) und des [§ 266 Abs 4 SGB V](#) regeln, wie die standardisierten Leistungsausgaben und der Beitragsbedarf einer Krankenkasse zu bestimmen ist. Sie treffen auch Regelungen darüber, wie Erstattungen Dritter für Leistungsausgaben der Krankenkassen im RSA zu berücksichtigen sind. Nach [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) "bleiben" von Dritten erstattete Ausgaben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach [§ 266 Abs 2 SGB V](#) "außer Betracht", dh sie mindern die Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Leistungsarten, wie dies § 4 Abs 3 RSAV (nach der Vorgabe des [§ 266 Abs 4 SGB V](#); vgl BR-Drucks 611/93 S 48) auch anordnet. Das führt im Ergebnis zu einer Minderung der Summe aller Leistungsausgaben aller Krankenkassen um die Erstattungen. Nur die auf diese Weise bereinigten durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Krankenkassen bilden die Grundlage zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten. Bei der Berechnung der Leistungsausgaben für die einzelnen, hauptsächlich nach Alter und Geschlecht gestaffelten Versichertengruppen, die auf der Grundlage des nach Maßgabe des [§ 267 Abs 3 SGB V](#) ermittelten Verhältnisses der Ausgaben für die einzelnen Versichertengruppen erfolgt, mindert dieser Berechnungsmodus für jede Versichertengruppe die (versichertengruppenbezogenen) standardisierten Leistungsausgaben im gleichen Verhältnis.

23

Diese, in § 4 Abs 3 RSAV geregelte Berechnungsweise ist im System des RSA nur bei Erstattungen von Leistungsausgaben sachgerecht, die versichertengruppenneutral sind, dh im Prinzip alle Versichertengruppen gleichermaßen betreffen, es sei denn, sie werden auch bei der Erhebung der Daten nach [§ 267 Abs 3 SGB V](#) abgezogen. Die Abgeltungsbeträge können durch die einzelne Krankenkasse bei der laufenden Erhebung von Daten der Versicherten und Leistungen nach [§ 267 Abs 2](#) und 3 SGB V jedoch nicht berücksichtigt werden, denn die Abgeltungsbeträge werden nach [§ 221 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) erst im Nachhinein nach Meldung aller Leistungsausgaben als Prozentsatz der tatsächlichen Ausgaben und zudem pauschal und damit auch (gerade) nicht versicherten(gruppen)bezogen erstattet. Die ihrer Art nach neuartigen Leistungen des Bundes zur pauschalen Abgeltung von Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, die iS des [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) Erstattungen Dritter darstellen, sind jedoch nicht versichertengruppenneutral. Ohne Rücksicht darauf, wie versicherungsfremde Leistungen nach [§ 221 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) im Einzelnen abzugrenzen sind (siehe dazu oben 3.; vgl in diesem Zusammenhang aber § 2 Abs 1 PauschAV), dient die Beteiligung des Bundes hier zweifellos der Abgeltung von Aufwendungen für nur wenige Versichertengruppen. Sie entfallen im Wesentlichen auf weibliche Versicherte in den Altersgruppen 15 bis 45 Jahren, für die die Leistungsausgaben weit höher sind als etwa für vergleichbar alte männliche Versicherte (vgl bspw zu den Verhältniswerten für die einzelnen Versichertengruppen im Jahr 1997 BSG, Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), aaO, RdNr 24). Würden hier die Zuwendungen des Bundes, wie es § 4 Abs 3 RSAV anordnet, von den gesamten Leistungsausgaben der Krankenkasse abgezogen, würden die genannten Risikogruppen für versicherungsfremde Leistungen in der Ausgangsrechnung zu hoch bewertet und verbliebe den Krankenkassen mit einem hohen Anteil an weiblichen Versicherten der Versichertengruppen von 15 bis 45 Jahren weiterhin neben der tatsächlich gezahlten Erstattung ein Vorteil im RSA. Das mit der Bildung standardisierter Leistungsausgaben für bestimmte Gruppen von Versicherten verfolgte Ziel, dass die unterschiedlichen Risikostrukturen in den (risikobedingten) Beitragsbedarf Eingang finden, könnte nicht (mehr) erreicht werden.

24

Im System des RSA können diese neuartigen, bei seiner Einführung im Jahr 1994 noch nicht vorgesehenen Erstattungen angemessen nur dadurch berücksichtigt werden, dass sie die Summe der standardisierten Leistungsausgaben, also den in den Vergleich nach [§ 266 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) einzubeziehenden Beitragsbedarf der jeweiligen (einzelnen) Krankenkasse mindern, wie dies in § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV vorgesehen ist. [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ist deshalb im Hinblick auf das auf dem Ausgleich bestimmter standardisierter Risikofaktoren beruhende System des RSA teleologisch (erweiternd) dahin auszulegen, dass bei pauschalen Erstattungen von Leistungsausgaben einzelner Krankenkassen, wie sie hier vorliegen, diese Zuwendungen darstellen, die iS dieser Vorschrift bei der Ermittlung der Summe der standardisierten Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkasse - und nicht bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben der

(aller) Krankenkassen - außer Betracht zu bleiben haben. Dieses Verständnis des [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ist geboten, um das Ziel des RSA zu sichern, von den Krankenkassen nicht beeinflussbare unterschiedliche Risikostrukturen innerhalb der Versichertengruppen auszugleichen, Einnahmen- und Ausgabenunterschiede dagegen, die auf von den Krankenkassen oder ihren Mitgliedern (kostensenkend) beeinflussbaren Faktoren beruhen, in der Gestaltungsverantwortung der jeweiligen (einzelnen) Krankenkasse zu belassen.

25

Gegen diese Berechnungsweise der Beklagten kann nicht mit Erfolg eingewandt werden, bei Einführung des RSA sei für den - nur bis 1993 gezahlten - Zuschuss zum Mutterschaftsgeld (§ 200a RVO) als einer versicherungsfremden Leistung, wie sie heute in [§ 221 SGB V](#) geregelt ist, der Abzug nach § 4 Abs 3 RSAV, also die Berücksichtigung bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben, vorgesehen gewesen. Dies hätte, wenn der Zuschuss noch 1994 und später gezahlt worden wäre, seinerzeit ebenfalls zu den oben dargestellten Verwerfungen geführt. Da der Gesamtbetrag für alle Leistungsfälle bei dem Zuschuss von 400 DM je Leistungsfall weit geringer gewesen wäre als die jetzt für versicherungsfremde Leistungen insgesamt gezahlten Beträge, war die seinerzeit vorgesehene Berücksichtigung möglicherweise noch gerechtfertigt. Bei den weit höheren Beträgen, die nunmehr für versicherungsfremde Leistungen gezahlt werden, ist diese Berechnung jedoch nicht mehr sachgerecht.

26

Dieser Auslegung des [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) könnte schließlich nicht entgegengehalten werden, dass es für die in § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV ebenfalls enthaltene Regelung, wonach der Beitragsbedarf der einzelnen Krankenkasse (auch) um den für geringfügig Beschäftigte entrichteten Arbeitgeberbeitrag nach [§ 249b SGB V](#) zu verringern ist, mit dem durch Art 3 Nr 5 des Gesetzes zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.3.1999 (aaO) mit Wirkung vom 1.4.1999 eingefügten [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 9 SGB V](#) - nach Auffassung des Gesetzgebers - einer eigenständigen Verordnungsermächtigung bedurfte. Arbeitgeberbeiträge nach [§ 249b SGB V](#) sind keine Erstattungen Dritter iS des [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#). Stellten sie solche dar, wären sie im Übrigen versichertengruppenneutral, sodass es einer erweiternden Auslegung dieser Vorschrift wie bei den hier vorliegenden Aufwendungen nicht bedürfte. Wenn der Gesetzgeber bei diesen, in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben aller Krankenkassen nach [§ 266 Abs 2 SGB V](#) grundsätzlich einzubeziehenden Einnahmen mit [§ 266 Abs 7 Satz 1 Nr 9 SGB V](#) gleichwohl eine Möglichkeit geschaffen hat, Arbeitgeberbeiträge nach [§ 249b SGB V](#) auch abweichend von Absatz 2 bis 6 zu berücksichtigen, und § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV auf der Grundlage dieser Verordnungsermächtigung - wie bei den hier zu beurteilenden Aufwendungen - deren Abzug vom Beitragsbedarf der (einzelnen) Krankenkasse anordnet, so hat das andere Gründe. Durch die Einbeziehung der Arbeitgeberbeiträge nach [§ 249b SGB V](#) in den RSA sollten alle Krankenkassen gleichermaßen finanziell begünstigt werden (vgl [BT-Drucks 14/280 S 14](#)). Dies sollte rechnerisch durch die Berücksichtigung dieser Beiträge bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs jeder betroffenen Krankenkasse vollzogen werden (vgl [BT-Drucks 14/280 S 20](#)).

27

Die Revision kann sich auch nicht darauf berufen, dass die vom Senat im Hinblick auf die systemimmanenten Besonderheiten des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene erweiternde Auslegung des [§ 266 Abs 4 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) sie benachteilige, weil ihr die Abgeltungsbeträge für versicherungsfremde Leistungen nicht (finanzwirksam) in vollem Umfang verblieben und so der Beklagte die vom Gesetzgeber zgedachten Vorteile unberechtigt wieder rückgängig mache. Bei der Auslegung der Vorschriften über den RSA ist zu berücksichtigen, dass hier jede Regelung und auch jede Gesetzesauslegung die Verteilung zwischen den Krankenkassen beeinflusst, also jede Regelung zum Vorteil der einen Krankenkasse andere Krankenkassen benachteiligen muss. Werden in dieses Regelungssystem neuartige Elemente, wie hier die Leistungen zur pauschalen Abgeltung von Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, eingeführt, so ist es geboten, bestehende Regelungskonzepte zu modifizieren, damit das Ziel des RSA für alle beteiligten Krankenkassen weiterhin erreicht wird. Insoweit ist die Berücksichtigung der Zuwendungen des Bundes nach [§ 221 SGB V](#) bei der Berechnung des Beitragsbedarfs der einzelnen Krankenkassen in der in § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV vorgesehenen Form ohne Alternative.

28

5. Ist nach alledem die hier zu prüfende Vorschrift des § 10 Abs 1 Nr 2 RSAV (verfassungsrechtlich) nicht zu beanstanden und ist danach der Beitragsbedarf einer Krankenkasse um die auf sie entfallenden Abgeltungsleistungen des Bundes nach [§ 221 SGB V](#) zu verringern, sind diese also in der genannten Weise in den RSA einzubeziehen, so hat die Beklagte diese Vorgabe im Fall der Klägerin zutreffend umgesetzt. Die Beklagte hat den für das Kalenderjahr 2004 ermittelten Jahresabgeltungsbetrag in ihrem Bescheid vom 7.4.2005, was die Klägerin nicht bestreitet, rechnerisch richtig von ihrem Beitragsbedarf im Kalenderjahr 2004 abgezogen. Auch werden weitere Einwendungen von der Klägerin nicht erhoben. So hat sie sich gegen die Durchführung des Verteilungsverfahrens und die Ermittlung der Höhe des Jahresabgeltungsbetrags selbst nicht gewandt. Ebenso wenig wird die Neuberechnung der beitragspflichtigen Einnahmen und des Beitragsbedarfs im Übrigen nach § 17 Abs 3a RSAV angegriffen, der in der Folge festgestellte Gesamtsaldo also sonst in Zweifel gezogen.

29

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

30

Der Streitwert für das Revisionsverfahren war gemäß [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#), 3 und 4, [§ 47 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2010-04-26