

## L 5 KR 745/14 KL

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 745/14 KL  
Datum  
29.10.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 11/16 R  
Datum  
25.10.2016  
Kategorie  
Urteil  
Bemerkung

Auf die Revision der Bekl. wurde Urteil des LSG durch Urteil des BSG vom 25.10.2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 14.11.2014 wird hinsichtlich der Zuweisungen für Auslandsversicherte aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts insoweit neu zu bescheiden. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 2,5 Millionen Euro festgesetzt.

### Tatbestand:

Die klagende Krankenkasse verlangt höhere Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) im Jahresausgleich 2013. Umstritten ist, ob die Beklagte die Zuweisungen für Auslandsversicherte im Jahresausgleichsbescheid 2013 unter Anwendung der zum 01.08.2014 in Kraft getretenen [§§ 269 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), 41 Abs. 1 Satz 2 Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich (RSAV) festsetzen durfte.

Seit 1994 findet zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen jährlich ein Risikostrukturausgleich (RSA) statt. Er zielt darauf ab, die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen und Morbiditätsgruppen zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Seit der Umgestaltung des RSA durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (Bundesgesetzblatt (BGBl) I, S. 378) leiten die Krankenkassen die bei ihnen eingehenden Beiträge taggenau an den bei der Beklagten als Sondervermögen gebildeten Gesundheitsfonds weiter. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen gemäß [§ 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zur Deckung ihrer Ausgaben Zuweisungen, die sich aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Aufgaben zusammensetzen.

Die Grundpauschale ist dazu bestimmt, die jährlichen standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkasse je Versicherten zu decken. Für eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten würde die alleinige Zuweisung der Grundpauschale nicht ausreichen, während eine Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten zu hohe Zuweisungen erhielte. Die Höhe der Grundpauschale wird deshalb durch versichertenbezogene Zu- und Abschläge risikoadjustiert. Die Zu- und Abschläge werden u.a. nach von Alter und Geschlecht sowie morbiditätsorientiert an Hand von 80 ausgewählten Krankheiten errechnet. Jeder Versicherte wird an Hand seines Geschlechts und seines Alters im Berichtsjahr einer von 40 Alters-, Geschlechts-Gruppen (AGG) zugeordnet. Zusätzlich erfolgt eine Eingruppierung nach der Morbidität, also aufgrund des Vorliegens einer der 80 aufgrund von [§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) i.V.m. § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV festgelegten Krankheiten.

Als Grundlage der Ermittlung der Zuschlagshöhen im Ausgleichsjahr wird an Hand der für die Versicherten tatsächlich im Ausgleichsjahr angefallenen Ausgaben krankenkassen-übergreifend berechnet, welche Kosten ein Versicherter im Jahr nach der Diagnosestellung durchschnittlich verursacht ("prospektives Modell"). Nach diesen Ausgaben wird ein versichertenbezogener Tagesbetrag errechnet, der als Zu- oder Abschlag der Grundpauschale je versichertem Tag für Versicherte, die der jeweiligen Morbiditätsgruppe angehören, hinzugerechnet wird. Die Zu- und Abschläge führen damit zu einer risikoorientierten Anhebung bzw. Absenkung der für alle Versicherten zunächst einheitlichen Grundpauschale. Die Zu- und Abschläge stellen keine zusätzliche Finanzierungsquelle neben der Grundpauschale dar, vielmehr gehen die Zu- und Abschläge in der Summe über alle Krankenkassen auf Null auf. Die Summe aus den Zu- und Abschlägen sowie der Grundpauschale entspricht den standardisierten Leistungsausgaben nach [§ 266 SGB V](#), die die Krankenkasse zur Deckung ihrer Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds erhält.

Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), werden abweichend von dem oben geschilderten Vorgehen gesonderte Risikogruppen nur nach Alter und Geschlecht gebildet (sog. Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen, [AusAGG]), weil für diese Versicherten grundsätzlich keine Morbiditätsinformationen aus dem Datenträgeraustauschverfahren nach den §§ 295, 300, 301 SGB V vorliegen, die die Zuordnung der Versicherten zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG) ermöglichen würden. Sie erhalten einen Zuschlag, der die durchschnittlichen Morbiditätsausgaben der GKV ihrer Altersgruppe reflektiert. Die AusAGG entsprechen von der Struktur und Alterseinteilung den AGG's der übrigen Versicherten.

Sowohl die Grundpauschale als auch die Zu- und Abschläge werden im Voraus für ein Kalenderjahr ermittelt. Anders als die Grundpauschale werden allerdings die Zu- und Abschläge im Jahresausgleich neu ermittelt (§ 41 RSAV). Mit ihnen findet der eigentliche Risikostrukturausgleich statt, der als zweistufiges Verfahren durchgeführt wird:

Gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt die Beklagte, handelnd durch das Bundesversicherungsamt (BVA), die für den Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrundezulegenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September des Vorjahres fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt - für das Ausgleichsjahr 2013 also bis zum 30.09.2012 -. Für das Ausgleichsjahr 2013 traf das BVA die Festlegungen am 28.09.2012, angepasst am 29.04.2014 (veröffentlicht unter <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen>).

Auf der Basis dieser vorläufigen Werte erlässt das BVA dann nach näherer Maßgabe von § 266 Abs. 6 SGB V gegen Ende des Vorjahres einen Grundlagenbescheid für die einzelne Krankenkasse (hier: Grundlagenbescheid vom 16.11.2012). Die Krankenkassen erhalten dann im Ausgleichsjahr über die Höhe der monatlichen Zuweisungen jeweils einen Zuweisungsbescheid (§ 39 Abs. 2 Satz 2 RSAV), der jeweils zum Ende des Vormonats für den nachfolgenden Ausgleichsmonat bekannt gegeben wird.

Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) ermittelt das BVA im Jahresausgleich die Zuweisungen neu (§ 41 RSAV). Der Jahresausgleich ist gemäß § 41 Abs. 5 RSAV bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres (hier: 2014) durchzuführen und im nächsten Jahresausgleich auf Grundlage der aktualisierten Datenmeldungen zu korrigieren.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG - vom 21.07.2014, [BGBl. I, S. 1133](#)), das am 01.08.2014 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber eine Zuweisungsbegrenzung u.a. für Auslandsversicherte eingeführt und - abweichend von der bisher praktizierten Durchschnittsbetrachtung - in den §§ 269 Abs. 2 SGB V, 41 Abs. 1 Satz 2, 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV angeordnet, dass die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppe zu begrenzen ist.

Nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes, des AOK-Bundesverbandes sowie der Klägerin gab das BVA am 29.09.2014 die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV sowie die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 und 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV bekannt: Unter dem Punkt 2.5 "Rechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge" der Festlegungen erfolgte die Einführung des neuen Abschnitts 2.5.7, wonach die Risikozuschläge für die AusAGG proportional so weit gekürzt werden, bis die Höhe mit den tatsächlichen Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen übereinstimmt.

Am 14.11.2014 erließ das BVA den Jahresausgleichsbescheid 2013 und berechnete u.a. die Zuweisungen für Auslandsversicherte im Ausgleichsjahr 2013 entsprechend der Änderungsbekanntgaben vom 29.09.2014 und der (rückwirkenden) Anwendung der Zuweisungsbegrenzung.

Die Klägerin hat dagegen am 15.12.2014 Klage vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen erhoben. Zur Begründung bringt sie vor: Der Jahresausgleichsbescheid 2013 sei hinsichtlich der Neuberechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte rechtswidrig. Die Neuberechnung beruhe auf den Verfahrensbestimmungen gemäß § 39 Abs. 3 Satz 6 RSAV und des § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV sowie Abschnitt 2.5.7 der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV jeweils in der Fassung der Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014, die ihrerseits rechtswidrig seien. Die rückwirkende Änderung der Festlegungen als rechtmäßige begünstigende Allgemeinverfügung für das Ausgleichsjahr 2013 sei rechtswidrig; daran ändere auch das Inkrafttreten der §§ 269 Abs. 5, 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV zum 01.08.2014 nichts. Doch auch dann, wenn man zu dem Ergebnis käme, dass die Neuregelung der §§ 269 SGB V, 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV eine rückwirkende Änderung der Festlegungen zuließe, verstieße eine derartige Regelung gegen das in Art. 20 Abs. 3 GG verankerte Rückwirkungsverbot. Schließlich sei unabhängig davon die Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte über die Risikozuschläge für Auslandsversicherte hinaus namentlich unter Einbeziehung der Grundpauschale unzulässig.

Auch wenn der Gesetzgeber es beabsichtigt habe, dass die Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte bereits im Jahresausgleich für das Jahr 2013 erfolgen sollte, fehle dennoch die hierfür notwendige rechtliche Grundlage. Das GKV-FQWG ändere die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 weder selbst noch enthalte es die hierfür erforderliche Rechtsgrundlage. Die Änderung der Festlegungen sowie der Verfahrensbestimmungen für das Ausgleichsjahr 2013 sei bereits aus diesem Grunde rechtswidrig. Bei den Festlegungen gemäß § 31 Abs. 4 RSAV handele es sich um sachbezogene Allgemeinverfügungen i.S.d. § 31 Satz 2 SGB X (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 20.05.2014, [B 1 KR 18/14 R](#), juris, Rdn. 21, 27 ff.). Spätere Änderungen der Rechtslage wirkten sich aber auf die Rechtswirkungen eines einmal erlassenen Verwaltungsaktes grundsätzlich nicht aus (Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Urteil vom 03.02.1983, Az.: [4 C 39/82, NJW 1984, S. 1473](#)). Somit komme es darauf an, ob das GKV-FQWG die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 unmittelbar selbst ändere oder aber zumindest eine Rechtsgrundlage für die nachträgliche Änderung der Festlegung als Allgemeinverfügung treffe. Derartige Regelungen enthalte das GKV-FQWG indes nicht. Zwar lasse sich der Begründung des Regierungsentwurfs zum GKV-FQWG entnehmen, dass u.a. die Neuregelungen zu den Auslandsversicherten im Rahmen des Jahresausgleichs 2013 umgesetzt werden sollten ([BT-Drucksache 18/1307, S. 61](#)). Das GKV-FQWG ändere jedoch die nach § 33 Abs. 4 Satz 1 RSAV zum 30.09.2012 erlassenen Festlegungen als Allgemeinverfügung jedoch weder selbst ab noch ermächtige es das BVA zur Änderung der Festlegungen als Allgemeinverfügung. Die

rückwirkende Änderung der Festlegungen verstoße gegen § 31 Abs. 4 RSV. Nach dieser Vorschrift lege das BVA u.a. das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30.09. des Vorjahres fest. Von einer rückwirkenden oder nachträglichen Korrektur dieser Festlegungen sei weder in § 31 Abs. 4 RSV noch in einer anderen Norm der RSV die Rede. Die RSV erlaube nur ausnahmsweise eine unterjährige Anpassung von Festlegungen, z.B. in § 31 Abs. 4 Satz 6 RSV. Diese Regelung wäre überflüssig, könnte das BVA die Festlegungen auch beliebig nach dem 30. September eines Vorjahres verändern. Diese Auffassung sei auch dem Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 04.07.2013, [L 16 KR 756/12 KL](#), juris Rdn. 51, zu entnehmen: Da die Festlegungen die Risikojustierung der Grundpauschalen steuerten, bestimmten sie wesentlich die Verteilung der Zuweisungen auf die Krankenkassen. Auch wenn die auf der Grundlage der Festlegungen ermittelten Werte nach [§ 266 Abs. 5 Satz 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V, die zunächst die monatlichen Zuweisungen bestimmen, nur vorläufig seien ([§ 266 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#)) und die erhaltenen Zuweisungen nach Durchführung des Jahresausgleichs als Abschlagszahlungen gelten würden ([§ 266 Abs. 6 Satz 4 SGB V](#)), so dass die Kassen damit rechnen müssten, dass sich Änderungen hinsichtlich der endgültigen Höhe der Zuweisungen ergäben, sei eine wesentliche Änderung der rechtlichen Grundlagen der Zuweisungen ausgeschlossen. Für ihre Finanzplanung müssten sich die Krankenkassen darauf verlassen können, dass nach erfolgter Festlegung die Faktoren nicht nachträglich geändert werden und es dadurch zu einer wesentlichen Umverteilung der schon geflossenen bzw. einkalkulierten Mittel komme.

Aus einer Auslegung der Neuregelung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSV, der die in [§ 269 Abs. 2 SGB V](#) allgemein gehaltenen Vorgaben konkretisiere, ergebe sich, dass dieser erst für Ausgleichsjahre nach Inkrafttreten, d.h. ab 2015, gelte. Bereits der Wortlaut des § 41 Abs. 1 Satz 1 RSV in der Fassung des GKV-FQWG deute darauf hin, dass die Regelungen nur auf die nach Inkrafttreten der Norm folgenden Ausgleichsjahre anwendbar seien. Denn nach § 41 Abs. 1 Satz 1 RSV in der Fassung des GKV-FQWG ermittle das BVA nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen die Zu- und Abschläge und weiteren Werte für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) neu. Dies spreche dafür, dass die Werte nach einheitlichen rechtlichen Vorgaben neu nur an Hand der erst nach Abschluss des Ausgleichsjahres vorliegenden Geschäfts- und Rechnungsergebnisse ermittelt würden, der Ausgleich aber nach unveränderten rechtlichen Vorgaben durchgeführt werden solle. Für die Anwendung der Neuregelung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSV erst auf Ausgleichsjahre nach Inkrafttreten der Norm zum 01.08.2014 sprächen ferner insbesondere systematische Erwägungen: Da § 31 Abs. 4 RSV durch das GKV-FQWG nicht geändert worden sei, folge aus dem Regelungszusammenhang mit § 31 Abs. 4 Satz 1 RSV, dass Änderungen der RSV, die Konkretisierungen in den Festlegungen und Bestimmungen bedingten, nicht für Ausgleichsjahre zeitlich angewendet werden können, für die Festlegungen bereits erlassen worden seien. Das Inkrafttreten der Neuregelung über die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld am 01.08.2014 ermögliche dem BVA die Berücksichtigung der Neuregelungen in den Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2015, die gemäß § 31 Abs. 4 RSV bis zum 30.09.2014 erlassen werden müssten. Zu berücksichtigen sei ferner, dass die Festlegungen als Allgemeinverfügung gemäß [§ 31 Abs. 2 SGB X](#) weiter Bestand hätten. Auch Sinn und Zweck der Regelungen hinsichtlich der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sprächen gegen eine rückwirkende Anwendung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSV auf das Ausgleichsjahr 2013. Die Krankenkassen benötigten im Interesse der Funktionsfähigkeit des Systems ein Mindestmaß an Planungssicherheit. Diese lasse sich nur dann erreichen, wenn Änderungen des Rechtsrahmens für den Risikostrukturausgleich erst für zukünftige Ausgleichsjahre ab 2015 Anwendung fänden. Schließlich entspreche die Anwendung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSV erst auf das den Änderungen folgende Ausgleichsjahr auch dem Charakter des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs als lernendes System. Da die Begründung des Regierungsentwurfs, der von einer Wirksamkeit bereits für das Ausgleichsjahr 2013 ausgehe, in eindeutigem Widerspruch zu dem gefundenen Auslegungsergebnis an Hand von Wortlaut, Systematik sowie Sinn und Zweck stehe, könne hieraus ein gegenteiliges Ergebnis nicht gefolgert werden. Schließlich sprächen auch die Grundsätze des intertemporalen Sozialrechts dafür, dass die Neuregelungen der Zuweisungsbegrenzung für Auslandsversicherte erst auf die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2015 Anwendung finden könnten.

Ginge man (im Gegensatz zu diesem Ergebnis) davon aus, dass die Neuregelung der [§§ 269 SGB V](#), 41 Abs. 1 Satz 2 RSV eine rückwirkende Abänderung der Berechnungsgrundlagen für die Berechnung der Zuweisungen für Auslandsversicherte zuließe, verstieße eine derartige Regelung gegen das in [Art. 20 Abs. 3 GG](#) verankerte Rückwirkungsverbot. Ferner sei die Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte über die Risikozuschläge für Auslandsversicherte hinaus - namentlich unter Einbeziehung der Grundpauschale - ebenfalls rechtswidrig.

Die Klägerin beantragt,

den Jahresausgleichsbescheid von 2013 insoweit aufzuheben, als die Zuweisungen für Auslandsversicherte neu berechnet und gekürzt wurden und die Beklagte zu verpflichten, die Zuweisungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der angegriffene Jahresausgleichsbescheid 2013 sei rechtmäßig. Das GKV-FQWG habe durch die Einführung des [§ 269 Abs. 2 SGB V](#) und die Änderung der §§ 41 Abs. 1 Satz 2, 31 Abs. 5 Satz 5 RSV eine Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die Höhe der tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppe eingeführt. Diese Regelungen seien gemäß Art. 17 Abs. 3 GKV-FQWG am 01.08.2014 in Kraft getreten. Der im November 2014 erfolgte Jahresausgleich 2013 sei daher im Bereich der Zuweisungen für Auslandsversicherte nach den dar-gestellten Regelungen des GKV-FQWG durchgeführt worden. Sie, die Beklagte, habe hierfür die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSV für das Ausgleichsjahr 2013, erstmals bekanntgegeben am 28.09.2012, ebenso wie die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 RSV und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSV im Wege einer Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 an die veränderte Rechtslage angepasst und erneut bekanntgegeben. Dieses Vorgehen sei rechtmäßig. Das BSG habe die als Allgemein-verfügungen einzuordnenden Festlegungen als Regelung des "Näheren" aus dem Normprogramm des § 31 Abs. 4 Satz 1 RSV bezeichnet (Urteil vom 20.05.2014, [B 1 KR 16/14 R](#), juris Rdn. 28). Die allgemeine Ermächtigung zum Erlass der Festlegungen in § 31 Abs. 4 Satz 1 RSV werde durch die genannten Regelungen des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSV in § 31 Abs. 5 Satz 5 RSV für den Bereich der Zuweisungen für Auslandsversicherte konkretisiert. Ändere, wie vorliegend durch die eingangs erwähnten Regelungen des GKV-FQWG geschehen, der Gesetz- und Verordnungsgeber das Normprogramm i.S.d. § 31 Abs. 4 RSV habe das BVA diese Änderung inhaltlich und zeitlich entsprechend der gesetz- und verordnungsrechtlichen Vorgaben auf der Ebene der Festlegungen nachzuvollziehen. Dies gelte auch dann, wenn der Gesetz- und Verordnungsgeber sich dazu entschlöße, eine inhaltliche Änderung der Berechnung der Zuweisungen nicht erst

für künftige Ausgleichsjahre anzuordnen, sondern die Umsetzung der Änderung auch schon für damals noch nicht abgeschlossene bzw. aktuell laufende Ausgleichsjahre vorgebe. Jedenfalls im Ergebnis sei die Situation durchaus vergleichbar mit derjenigen, die infolge der Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 04.07.2013 betreffend das Ausgleichsjahr 2013 entstanden sei: Die Beklagte sei durch die Urteile verpflichtet gewesen, über die vorläufige Höhe der Zuweisungen neu zu entscheiden. Um in der Folge rechtmäßige Bescheide erlassen zu können, hätten die Festlegungen korrigiert werden müssen. Hier sei sie gehalten gewesen, die Festlegungen zu ändern, um einen rechtmäßigen, d.h. den geänderten Vorgaben der RSAV und des SGB V entsprechenden Jahresausgleichsbescheid erlassen zu können. Die sich aus § 31 Abs. 4 RSAV ergebenden, für das BVA grundsätzlich geltenden zeitlichen Vorgaben hinderten aber den Gesetz- und Ordnungsgeber nicht daran, hiervon im Rahmen seiner gesetz- und verfassungsrechtlich bestehenden weiten Gestaltungsmöglichkeiten abzuweichen und das BVA anzuhalten, diese Änderungen nachzuvollziehen.

Der Auffassung der Klägerin zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der mit dem GKV-FQWG bewirkten Änderungen bei der Berechnung der Zuweisungen u.a. im Bereich der Auslandsversicherten könne ebenfalls nicht gefolgt werden. Maßgeblich sei hier zunächst der eindeutige Wortlaut des Gesetzes: § 17 Abs. 3 GKV-FQWG ordne das Inkrafttreten der vorliegend einschlägigen Änderungen zum 01.08.2014 an. Deshalb seien die maßgeblichen Vorschriften auch in der seit dem 01.08.2014 geltenden Fassung anzuwenden gewesen. Der Wortlaut des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV in seiner jetzigen Fassung sei mit Blick auf die dortigen inhaltlichen Berechnungsvorgaben unmissverständlich. Auch aus systematischen Gründen sei nicht davon auszugehen, dass die mit dem GKV-FQWG bewirkten Änderungen auf den Jahresausgleich 2013 nicht anzuwenden seien.

Die durch das GKV-FQWG mit Wirkung vom 01.08.2014 in Kraft getretene Einführung des [§ 269 Abs. 2 SGB V](#) sowie die Änderung von § 41 Abs. 1 Satz 2 und § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV stünden auch im Einklang mit dem Grundgesetz.

Schließlich sei auch die Einbeziehung der Grundpauschale in die Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte zulässig und damit rechtmäßig erfolgt. Die Kürzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV beziehe sich nicht ausschließlich auf die Zu- und Abschläge, sondern auch auf die Grundpauschale.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Streitakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

I.  
Die Klage ist zulässig.

Sie bedurfte gemäß [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) keines Vorverfahrens und ist bei dem nach [§ 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) funktionell zuständigen Gericht erhoben worden. Die Klägerin durfte ihre mit dem Aufhebungsantrag verbundene und letztlich auf höhere Zuweisungen für Leistungsausgaben zielende Verpflichtungsklage (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 266 Nr. 2](#) Rdnr. 16 (unter Verweis auf [§ 54 Abs. 4 SGG](#))) auf die Verpflichtung zur Neubescheidung beschränken. Mit dem angefochtenen Verwaltungsakt hat die Beklagte durch das BVA zwar eine gebundene Entscheidung getroffen, denn die Höhe der Zuweisungen steht nicht im Ermessen der Beklagten, der Klägerin ist jedoch eine Konkretisierung der von ihr beanspruchten Zuweisungshöhe gegenwärtig nicht möglich, weil die Auswirkungen der von ihr angenommenen Unwirksamkeit der Festlegungen des BVA von ihr nicht zu beziffern sind (vergl. LSG NRW, Urteile v. 22.12.2012 - [L 16 KR 88/09 KL](#) und [L 16 KR 647/10 KL](#) und v. 06.06.2013 - [L 16 KR 24/09 KL](#)).

Die Klägerin hat zu Recht allein den Bescheid über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahresausgleich 2013 zum Gegenstand des Verfahrens gemacht, denn dieser hat den zuvor ergangenen Grundlagenbescheid vom 15.12.2012 sowie die monatlichen Zuweisungsbescheide ersetzt (vergl. BSG, Urteil vom 20.05.2014, Az. [B 1 KR 5/14 R](#), juris Rdnrn. 10ff), da es sich insoweit nur um vorläufige Regelungen handelt.

Die Klägerin darf sich auf eine kombinierte Teilanfechtung und -verpflichtung hinsichtlich der Gesamtzuweisung 2013 beschränken. Die Klägerin greift zulässig die Zuweisungsverfügung nur hinsichtlich des Teilbetrages an, der -im Ergebnis- auf der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die tatsächlich entstandenen Kosten beruht (Teil 1 des Bescheides vom 14.11.2014; Zuweisung von 53.976.145,29 Euro).

Der erkennende Senat hat bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 14.11.2014 die Rechtmäßigkeit der dem Jahresausgleich 2013 zugrundeliegenden Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 in der Fassung der Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 zu überprüfen. Denn die Beklagte traf (bereits) hierin ihre Entscheidung über die nähere Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens vor Erlass des angegriffenen Jahresausgleichsbescheids. Die Entscheidung über den Jahresausgleich erfolgt nämlich in einem mehrstufigen Verfahren, bei dem den Krankenkassen gerichtlicher Rechtsschutz erst auf der letzten Stufe gewährt wird: Klagen der Krankenkassen sind lediglich gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten eröffnet. Sie haben keine aufschiebende Wirkung. Die vorangegangenen "Festlegungen" sind - obwohl nach ihrer Rechtsqualität ebenso wie die "Grundlagenbescheide" Allgemeinverfügungen (§ 31 Satz 2 Zehntes Buch Sozial-gesetzbuch (SGB X); vergl. BSG, Urteil vom 20.05.2014 - Rdnr. 15 und 29) - im Rahmen der Klagen von Krankenkassen gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA inzident mit zu überprüfen. Die Konzentration des gerichtlichen Rechtsschutzes auf Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA folgt aus der sinngemäßen Auslegung des in [§ 266 Absatz 6 Satz 7 SGB V](#) angelegten Regelungssystems (vergl. BSG, Urteil vom 20.5.2014, Az. [B 1 KR 16/14 R](#) Rdnr. 16f).

Die Klägerin ist auch klagebefugt, denn sie rügt Verletzungen der betreffenden Regelungen des einfachen Rechts (SGB V, RSAV; vergl. dazu BSG aaO Rdnr. 22).

Eine notwendige Beiladung anderer Krankenkassen nach [§ 75 Absatz 2 SGG](#) hatte nicht zu erfolgen, weil diese an dem streitigen Rechtsverhältnis nicht derart beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen könnte; die Korrektur ihrer Zuweisungsansprüche aus dem Jahresausgleich kann nämlich - im Falle eines endgültigen Obsiegens der Klägerin - nur aufgrund eines Korrekturbescheides in einem späteren Ausgleichsjahr erfolgen (vergl. BSG aaO Rdnr. 23).

II.

Die Klage ist auch begründet.

Der Jahresausgleichsbescheid 2013 vom 14.11.2014 ist insoweit rechtswidrig, als die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Grundlage der Festlegungen in der Fassung der Änderungsbekanntgabe für das Ausgleichsjahr 2013 vom 29.09.2014 bestimmt worden sind. Die Regelungen des Abschnitts 2.5.7 "Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte" durfte die Beklagte im Rahmen der Durchführung des Jahresausgleichs 2013 nicht anwenden, denn sie war nicht berechtigt, die Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013, die sie (bereits) am 28.09.2012 und 29.04.2014 bekannt gegeben hatte, insoweit zu ändern. Für die durch die Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 bewirkte Abänderung der Festlegungen vom 28.09.2012 und 29.04.2014 fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage.

Gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV (hier in der Fassung vom 04.06.2010, in Kraft bis 31.10.2014) legt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Empfehlung nach Absatz 2 Nr. 2 und 3 die nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Re-gressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Auf der Grundlage dieser Vorschrift hat die Beklagte die für das Ausgleichsjahr 2013 geltenden Festlegungen am 28.09.2012 bekannt gegeben, die sie nach der sie hierzu ermächtigenden Vorschrift des § 31 Absatz 4 Satz 6 RSAV am 29.04.2014 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes anpasste. Beide Fassungen der Festlegungen enthielten keine Regelungen hinsichtlich einer Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte. Am 29.09.2014 erfolgte die (hier streitgegenständliche) Bekanntmachung der "Anpassung" der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013, indem die Beklagte im Abschnitt "2.5 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge" nach Abschnitt 2.5.6 den Abschnitt "2.5.7 Risikozuschläge mit Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte" einfügte:

"Ist das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für AusAGG nach 2.5.6 und den den AusAGG zugeordneten Versichertentagen größer als die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte aller Krankenkassen, werden die Risikozuschläge für die AusAGG proportional gekürzt, bis die Höhe übereinstimmt. Die Risikozuschläge für die Risikomerkmale ohne AusAGG nach 2.5.6 werden in diesem Fall proportional so erhöht, dass das Summenprodukt aus den Risikozuschlägen für die Risikomerkmale inkl. AusAGG und den zugeordneten Versichertentagen insgesamt wieder dem Niveau vor der Kürzung der AusAGG-Risikozuschläge entspricht.

Als Leistungsausgaben für Auslandsversicherte werden nach § 31 Abs. 5 Satz 5 RSAV die in der KJ1, Konten 4800 und 4830, gebuchten Beträge herangezogen, es sei denn, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt treffen nach § 31 Abs. 5 Satz 6 RSAV eine abweichende Bestimmung."

Die durch die Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 erfolgte Änderung der Festlegungen vom 28.09.2012 und 29.04.2014 für das Ausgleichsjahr 2013 ist rechtswidrig. Eine Änderung der gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV bis zum 30.09. des Vorjahres (hier 2012) zu treffenden Festlegungen ist nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes - im Rahmen der verfassungsrechtlichen Vorgaben zulässig (1.). Eine unmittelbare Änderung der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 durch den Gesetzgeber selbst hat nicht stattgefunden (2.), so dass offenbleiben kann, ob eine solche verfassungsrechtlich zulässig wäre. Eine wirksame Ermächtigung für die Beklagte, die Änderung selbst vorzunehmen, findet sich weder in den Vorschriften des SGB V noch der RSAV (3.). Sie verstößt somit gegen § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV und ist deshalb unwirksam (4.).

1. Bei den Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV handelt es sich um Verwaltungsakte in Form von Allgemeinverfügungen im Sinne von [§ 31 Satz 2 SGB X](#) (vergl. BSG, Urteil vom 20.05.2014, Az. [B 1 KR 16/14 R](#), RdNr. 15, 29). Demgemäß sind die am 28.09.2012 und 29.04.2014 wirksam getroffenen Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 gemäß [§ 77 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) bindend geworden, was zur Folge hat, dass die Beklagte diese Festlegungen durch die Änderungsbekanntgabe der Festlegungen vom 29.09.2014 nicht ohne weiteres dadurch abändern durfte, dass nunmehr eine Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die tatsächlich entstandenen Kosten erfolgen durfte. Ungeachtet der Frage der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit kann eine solche Änderung nur durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes erfolgen.

Dieses Ergebnis wird bestätigt durch den Wortlaut des § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV, den Sinn und Zweck der Festlegungen sowie die Gesetzessystematik. Insoweit hat bereits der 16. Senat des LSG NRW (Urteil vom 04.07.2013, [L 16 KR 732/12 KL](#)), der allerdings die Festlegungen noch als "außenverbindliche Rechtssätze, die in ihrer Funktion einer zwischengeschalteten Regelungsebene zwischen Gesetz bzw. Verordnung und Verwaltungsakt weitgehend den im Umweltrecht anerkannten normkonkretisierenden Verwaltungsvorschriften entsprechen", ausgeführt:

"Schon der Wortlaut des § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV zeigt, dass das Klassifikationsmodell für das gesamte folgende Jahr gelten soll. Hierfür spricht auch der Zweck der Vorschrift. Da die Festlegungen die Risikoadjustierung der Grundpauschalen steuern, bestimmen sie wesentlich die Verteilung der Zuweisungen auf die Krankenkassen. Auch wenn die auf der Grundlage der Festlegungen ermittelten Werte nach [§ 266 Abs. 5 Satz 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V, die zunächst die monatliche Zuweisungen bestimmen, nur vorläufig sind ([§ 266 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#)) und die erhaltenen Zuweisungen nach Durchführung des Jahresausgleichs als Abschlagszahlungen gelten ([§ 266 Abs. 6 Satz 4 SGB V](#)), so dass die Kassen damit rechnen müssen, dass sich Änderungen hinsichtlich der endgültigen Höhe der Zuweisungen ergeben, ist eine wesentliche Änderung der rechtlichen Grundlage der Zuweisungen ausgeschlossen. Für ihre Finanzplanung müssen sich die Krankenkassen darauf verlassen können, dass nach erfolgter Festlegung die Faktoren nicht nachträglich geändert werden und es dadurch zu einer wesentlichen Umverteilung der schon geflossenen bzw. einkalkulierten Mittel kommt. Somit können nicht aufgrund nachträglich gewonnener Erkenntnisse wesentliche Faktoren des Versichertenklassifikationsmodells für ein Ausgleichsjahr geändert werden. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch § 31 Abs. 4 Satz 6 RSAV, der durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 ([BGBl I, 2426](#)) eingefügt worden ist (Art. 6 Nr. 0 lit. c). Danach können die Festlegungen unterjährig angepasst werden, wenn die allgemein gültige Kodierung der Diagnosen oder der Arzneimittelklassifikation aktualisiert wird. Anlass für eine Anpassung kann also nur eine Änderung der genannten Parameter für die Zuordnung zu einer der Morbiditätsgruppen sein. Im Gegenschluss ergibt sich daraus, dass wegen sonstiger neuer Gesichtspunkte die Festlegungen nicht geändert werden dürfen. Entsprechend wird in der Gesetzesbegründung hervorgehoben, ohne diese Regelung hätte das BVA entsprechende Änderungen erst im

Rahmen der für das folgende Ausgleichsjahr zu treffenden Festlegungen vornehmen können ([BT-Drucks. 16/10609](#), 68). Die Anpassung der Festlegungen an geänderte Erkenntnisse nur für zukünftige Ausgleichsjahre entspricht letztlich der Konzeption des RSA als lernendes System."

Nach Ansicht des erkennenden Senats beanspruchen diese Ausführungen auch Geltung für den hier zu entscheidenden Fall einer nachträglich erfolgten Deckelung der Zuweisungen auf die tatsächlich entstandenen Kosten, weil auch insoweit eine Änderung der Berechnungsfaktoren für die der Klägerin zustehenden Zuweisungen erfolgt.

2. Mit dem durch das GKV-FQWG zum 01.08.2014 gemäß Artikel 17 Absatz 3 GKV-FQWG in Kraft getretenen Vorschriften des § 269 Absatz 2 SGBV und des § 41 Absatz 1 Satz 2 RSAV hat der Gesetzgeber im Hinblick auf die Auslandsversicherten zwar angeordnet, dass " ...die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen ..." ist ([§ 269 Absatz 2 SGB V](#)) bzw. dass "die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Absatz 5 Satz 5 und 6 zu begrenzen ..." ist. Eine unmittelbare Änderung der Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 vom 28.09.2012 und 29.04.2014 ist damit indes nicht verbunden. Für eine solche Annahme bietet der Wortlaut dieser Vorschriften keinerlei Anhaltspunkt; entweder hätte es eine auf das Ausgleichsjahr 2013 bezogene spezielle Regelung oder aber eine generelle, alle künftigen Ausgleichsjahre betreffende Regelung der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte geben müssen. Dass der Gesetzgeber von der ersten Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht hat, ist offensichtlich. Die zweite Variante ließe die Notwendigkeit eines Tätigwerdens der Beklagten durch das BVA - im Rahmen der Festlegungen hinsichtlich der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte - entfallen. Es bedürfte dann im Rahmen der Festlegungen allenfalls einer Bezugnahme auf die betreffenden gesetzlichen Vorschriften - ohne dass seitens des BVA noch Regelungsbedarf bestünde. Für die Annahme einer derartigen Regelungsabsicht des Gesetzgebers wäre aber zu erwarten gewesen, dass ein solches Abweichen von der üblichen Verfahrensweise, nämlich der Umsetzung der Vorschriften des SGB V und der RSAV durch einen Rechtsakt der Beklagten, auch bereits im Wortlaut seinen Niederschlag findet. Dies ist indes nicht der Fall. Außerdem bestätigt sowohl die (gegenüber den gesetzlichen Vorschriften) detailliertere Fassung der Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 sowie die Tatsache, dass auch die Beklagte selbst eine Umsetzung der o.g. Vorschriften - durch Festlegungen - für notwendig gehalten hat, die Annahme, dass eine solche Regelungsabsicht des Gesetzgebers nicht bestanden hat.

3. Die Beklagte kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass sie durch die zum 01.08.2014 in Kraft getretenen Vorschriften des [§ 269 Absatz 2 SGB V](#) und des § 41 Absatz 1 Satz 2 RSAV (jeweils in der Fassung durch das GKV-FQWG) ermächtigt worden ist, (auch bereits) die Festlegungen vom 28.09.2012 und 29.04.2014 - wie durch die Änderungsbekanntgabe der Festlegungen vom 29.09.2014 geschehen - zu ändern. Die zutreffende Auslegung dieser Vorschriften ergibt, dass diese das BVA zu keiner (rückwirkenden) Änderung der Festlegungen vom 29.04.2014 durch die Änderungsbekanntgabe der Festlegungen vom 29.09.2014 ermächtigen.

Zur Methodik der Gesetzesauslegung hat das Bundesverfassungsgericht Folgendes ausgeführt ([BVerfGE 133, 168](#) (205 f., Rdnr. 66)):

"Maßgebend für die Auslegung von Gesetzen ist der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den sie hineingestellt ist (vgl. [BVerfGE 1, 299](#) (312); 11, 126 (130 f.); 105, 135 (157); stRspr). Der Erfassung des objektiven Willens des Gesetzgebers dienen die anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung aus dem Wortlaut der Norm, der Systematik, ihrem Sinn und Zweck sowie aus den Gesetzesmaterialien und der Entstehungsgeschichte, die einander nicht ausschließen, sondern sich gegenseitig ergänzen. Unter ihnen hat keine einen unbedingten Vorrang vor einer anderen (vgl. [BVerfGE 11, 126](#) (130); [105, 135](#) (157)). Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut der Vorschrift. Er gibt allerdings nicht immer hinreichende Hinweise auf den Willen des Gesetzgebers. Unter Umständen wird erst im Zusammenhang mit Sinn und Zweck des Gesetzes oder anderen Auslegungsgesichtspunkten die im Wortlaut ausgedrückte, vom Gesetzgeber verfolgte Regelungskonzeption deutlich, der sich der Richter nicht entgegenstellen darf (vgl. [BVerfGE 122, 248](#) (283)). Dessen Aufgabe beschränkt sich darauf, die intendierte Regelungskonzeption bezogen auf den konkreten Fall - auch unter gewandelten Bedingungen - möglichst zuverlässig zur Geltung zu bringen (vgl. [BVerfGE 96, 375](#) (394 f.)). In keinem Fall darf richterliche Rechtsfindung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen (vgl. [BVerfGE 78, 22](#) (24) m.w.N.). Für die Beantwortung der Frage, welche Regelungskonzeption dem Gesetz zugrunde liegt, kommt daneben den Gesetzesmaterialien und der Systematik des Gesetzes eine nicht unerhebliche Indizwirkung zu. Die Eindeutigkeit der im Wege der Auslegung gewonnenen gesetzgeberischen Grundentscheidung wird nicht notwendig dadurch relativiert, dass der Wortlaut der einschlägigen Norm auch andere Deutungsmöglichkeiten eröffnet, soweit diese Deutungen offensichtlich eher fern liegen. Anderenfalls wäre es für den Gesetzgeber angesichts der Schwierigkeit, textlich Eindeutigkeit herzustellen, nahezu unmöglich, sein Regelungsanliegen gegenüber der Rechtsprechung über einen längeren Zeitraum durchzusetzen (vgl. [BVerfGE 122, 248](#) (284))."

Zwar sind die o.g. Vorschriften mit Wirkung zum 01.8.2014 in Kraft getreten. Auch ist der Gesetzesbegründung zu entnehmen, dass u.a. die Neuregelungen zu den Auslandsversicherten im Rahmen des Jahresausgleichs 2013 umgesetzt werden sollten ([BT-Drucksache 18/1307, S. 61](#)). Indes findet dieser Wille des Gesetzgebers weder in der Vorschrift des [§ 269 Absatz 2 SGB V](#) noch in § 41 Absatz 1 Satz 2 RSAV hinreichenden Ausdruck. Das Datum des Inkrafttretens dieser Vorschriften ist für sich genommen nicht aussagekräftig, weil diesem auch Bedeutung für zukünftig durchzuführende Jahresausgleiche zukommt. Im Wortlaut der Vorschriften kommt der Wille, dazu zu ermächtigen, bereits vorgenommene Festlegungen - entgegen der bisherigen Systematik des Gesetzes, die in § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV gerade die Vornahme der Festlegungen bis zum 30.09. des Vorjahres vorsieht - (rückwirkend) zu ändern, in keiner Weise zur Geltung. Gerade weil § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV die zwingende Maßgabe enthält, dass die Festlegungen bereits bis zum 30.09. des Vorjahres zu erfolgen hatten, wäre zu erwarten gewesen, dass gesetzliche Vorschriften, die der Beklagten ein hiervon abweichen-des Vorgehen ermöglichen sollen, dies auch deutlich herausstellen. Bestätigt wird diese Erwartung durch § 31 Absatz 4 Satz 6 RSAV, der ausdrücklich die Voraussetzungen benennt, unter denen eine unterjährige Anpassung der Festlegungen erfolgen darf. Hätte der Gesetzgeber - ungeachtet der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit - zu der Anpassung der Festlegungen vom 29.04.2014 aufgrund der [§§ 269 Absatz 2 SGB V](#), 41 Absatz 1 Satz 2 RSAV ermächtigen wollen, hätte dies in ähnlicher Weise wie dort - als (weitere) Ausnahme zu § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV erfolgen müssen.

4. Da die Änderungsbekanntgabe für die Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 vom 29.09.2014 die Voraussetzungen dieser Vorschrift nicht beachtet und eine andere Rechtsgrundlage nicht ersichtlich ist, stellt sich die Änderungsbekanntgabe der Festlegungen als rechtswidrig dar. Deshalb ist auch der Jahresausgleichsbescheid 2013 vom 14.11.2014, der

hinsichtlich der Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf der Änderungs-bekanntgabe der Festlegungen beruht, insoweit rechtswidrig.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Absatz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), diejenige über den Streitwert folgt aus [§ 197a Absatz 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 63 Absatz 2 Satz 1](#), [§ 52 Absatz 1](#) und 4 sowie [§ 47 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 GKG](#).

Der Senat misst dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung bei und hat daher die Revision zugelassen ([§ 160 Absatz 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-12-27