
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 739/14 KL
Datum	09.11.2017

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 332.748,81 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Zuweisungen für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds (GF) an die Klägerin im Jahresausgleich für das Jahr 2013.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds, in den alle nach einem einheitlichen, gesetzlich festgelegten Beitragssatz bemessenen Beiträge fließen, erhalten die Krankenkassen seit 2009 als Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zunächst vorläufig als Abschlagszahlungen aufgrund monatlicher "Zuweisungsbescheide" und ergänzender "Korrekturbescheide" nach in "Grundlagenbescheiden" gesondert festgestellten kassenindividuellen Werten und dann endgültig gemäß "Jahresausgleichsbescheiden". Sie stehen einer Korrektur lediglich in Folgejahren anlässlich eines Jahresausgleichsbescheids offen. Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt die jeweilige Risikostruktur der Krankenkassen morbiditätsorientiert durch Zu- und Abschläge, um Anreize zur Risikoselektion zu verhindern (sog Morbi-RSA). Die beklagte

Bundesrepublik Deutschland, handelnd durch das Bundesversicherungsamt (BVA), konkretisiert die gesetzlich und durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bestimmten Vorgaben der Morbiditätsorientierung jährlich in "Festlegungen". Die Beklagte erläutert hierzu jeweils den Entwurf zu den Festlegungen für den RSA, die sie zu treffen hat ([§ 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV](#)), hört hierzu die Betroffenen an, entscheidet über die Festlegungen und veröffentlicht sie. Die Krankenkassen erhalten danach aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen. Sie setzen sich aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Aufgaben zusammen.

Als Grundlage der Ermittlung der Zuschlagshöhen im Ausgleichsjahr wird anhand der für die Versicherten tatsächlich im Ausgleichsjahr angefallenen Ausgaben krankenkassenübergreifend 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 zu einer risikoorientierten Anhebung oder Absenkung der für alle Versicherten zunächst einheitlichen Grundpauschale. Die Summe aus den Zu- und Abschlägen sowie der Grundpauschale entspricht den standardisierten Leistungsausgaben nach [§ 266 SGB V](#), die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds erhält.

Die Klägerin erhielt für das Jahr 2013 (vorläufige) Zuweisungen aus dem GF. Darin enthalten waren u.a. Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben für Krankengeld, die den damaligen Festlegungen entsprechend ausschließlich standardisiert berechnet worden waren, also unabhängig von den tatsächlichen – deutlich niedrigeren – Ausgaben der Klägerin für diese Leistungen.

Für die Zuweisungen für Krankengeld sowie für Auslandsversicherte traf der Gesetzgeber im 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](#), soweit hier interessierend am 01.08.2014 in Kraft getreten, Art 17 Abs. 3 GKV-FQWG (i.Ü. erst am 01.01.2015)) in [§ 269 SGB V](#) und [§§ 31, 41 RSAV](#) Sonderregelungen. Abweichend vom Prinzip der Berücksichtigung von standardisierten Ausgaben im RSA können jetzt – als Übergangsregelung konzipiert (s. [§ 269 Abs. 3 SGB V](#)) – beim Krankengeld für die Zuweisungen anteilig die tatsächlichen Ausgaben für Krankengeld berücksichtigt werden ([§ 269 Abs. 1 SGB V](#)). Nach [§ 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) ist die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach [§ 29 Nr. 4 RSAV](#) für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.

Das BVA änderte daraufhin nach der vorgeschriebenen Anhörung die Festlegungen und gab diese bekannt (Änderungsbekanntgabe für die Festlegungen vom 29.09.2014). Neben der hier nicht streitigen Änderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte waren die Zuweisungen für Krankengeld nunmehr abweichend

von Anlage 4 der (alten) Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 vom 28.09.2012 jetzt (vereinfacht) aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse (sog. Hybridmodell) zu ermitteln.

Auf dieser Grundlage erließ die Beklagte den Jahresausgleichsbescheid 2013 für die Klägerin vom 14.11.2014. Hinsichtlich der Zuweisungen für Krankengeld nennt Teil 1a II A 6 nun

(6a): als Summe der standardisierten Krankengeldausgaben:
3.287.908,699829501470 EUR

(6b): als Summe der tatsächlichen Krankengeldausgaben: 2.622.411,09 EUR.

Das ergab als Zuweisungen für Krankengeld (6a/2 + 6b/2):
2.955.159,894914750735 EUR.

Die Differenz zwischen den vorläufigen Zuweisungen für Krankengeld und den nun festgesetzten Zuweisungen für die diesbezüglichen Ausgaben betrug damit 332.748,81 EUR. Insgesamt setzte das BVA eine Ausgleichsverpflichtung der Klägerin in Höhe von 441.476,10 EUR fest.

Am 12.12.2014 hat die Klägerin Klage zum LSG erhoben. Sie meint, die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und daraus folgend auch der Ausgleichsverpflichtung seien rechtswidrig. Es fehle hinsichtlich der geänderten Zuweisungen für Krankengeld für das Jahr 2013 an einer wirksamen Ermächtigungsgrundlage. [§ 41 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. Satz 3 RSAV verstoße gegen ihr Selbstverwaltungsrecht gemäß [§ 4 Abs. 1 SGB V](#). Dieser einfachrechtliche Schutz gehe untergesetzlichen Normen vor. Durch die rückwirkende Änderung des [§ 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) werde erheblich in ihre Finanzplanung eingegriffen, was sich namentlich auf ihre Entscheidungen über den individuellen Zusatzbeitrag und etwaige Rückgriffe auf ihre Rücklage auswirke. Der Eingriff sei auch nicht gerechtfertigt. Die rückwirkende Neuregelung verstoße gegen das Rückwirkungsverbot, das der Gesetzgeber als allgemeines Prinzip des Rechtsstaats bei Gesetzes- oder Ordnungsänderungen zu berücksichtigen habe. Soweit dieser bei der Einführung des GKV-FQWG ausweislich der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 18/1307 S. 61](#)) davon ausgegangen sei, dass die rückwirkende Änderung der RSAV mangels Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen rechtlich unbeachtlich sei, weil es sich bei den Krankenkassen nicht um Grundrechtsträger handle, habe er die allgemeine Geltung rechtsstaatlicher Prinzipien verkannt. Er habe auch nicht beachtet, dass die RSAV als Verordnung, auch wenn sie vom Gesetzgeber geändert werde, nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen dürfe. Der Gesetzgeber habe nicht einmal eine mögliche Kollision mit der Selbstverwaltungsautonomie und dem Rückwirkungsverbot gesehen. Die der Vorschrift beigemessene Rückwirkung hätte einer besonderen Rechtfertigung bedurft, an der es aber fehle. Es handle sich um eine so genannte echte Rückwirkung die grundsätzlich unzulässig sei. Der vorläufige Charakter der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ändere daran nichts. Von einer echten Rückwirkung sei auszugehen, weil entgegen der Ansicht

der Beklagten nicht auf den Jahresausgleichsbescheid abzustellen sei. Der Jahresausgleichsbescheid diene ausschließlich dem Zweck, die Zuweisungen nachträglich an die (typischerweise) unterjährig veränderten Versicherten- bzw. Risikostrukturen anzupassen. Eine Änderung der Grundpauschalen, also Änderung der Zuweisungsgrößen aus dem RSA selbst, erfasse dieser nicht.

Selbst wenn man, wie das BSG in der zwischenzeitlich ergangenen Entscheidung zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (Urteil v. 25.10.2016 – [B 1 KR 11/16 R](#)), von einer unechten Rückwirkung ausgehen wollte, würde diese entgegen der Auffassung der Beklagten keinesfalls nur dem Willkürverbot unterliegen. Vielmehr wäre auch diese nur dann zulässig, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiege. Es seien aber bereits keine Gemeinwohlinteressen erkennbar. Die historische Entwicklung und das Ergebnis der Evaluation (Evaluationsbericht vom 22.06.2011) zeigten, dass die beschlossene Änderung eine schwerwiegende Abweichung von der Systematik der RSA bedeute, die nach Auffassung des wissenschaftlichen Beirats keine faktischen Verbesserungen der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Folge habe und insoweit auch keinem Allgemeinwohlinteresse dienen könne. Dazu verweist die Klägerin auf verschiedene Äußerungen aus dem Kreis des Wissenschaftlichen Beirats. Bei dem hälftigen Ausgleich bestehe die Gefahr, dass sich die Krankenkassen im Rahmen ihrer Kosten-Nutzen-Rechnung weniger um ein intensives Krankengeldmanagement bemühen würden. Die rückwirkende Änderung des [§ 41 Abs. 1 RSAV](#) sei mit der rückwirkenden Änderung des [§ 41 Abs. 4 RSAV](#) nicht ansatzweise vergleichbar. Die Krankenkassen hätten lediglich mit der letztlich vom erkennenden Senat (u.a. Urteil v. 04.07.2013 – [L 16 KR 774/12 KL](#)) veranlassten Änderung bei der Aktualisierung der Kosten unterjährig verstorbener Versicherter zu rechnen gehabt, aber nicht damit, dass auch die hier streitige Änderung mittels eines Systembruchs innerhalb des RSA rückwirkend eingeführt werde. Es habe für sie Vertrauensschutz dahingehend bestanden, dass die rechtlichen Grundlagen der Zuweisungen aus dem RSA für faktisch abgeschlossene Haushaltsjahre nicht geändert würden.

Es lägen bis heute keine belastbaren sachlichen Argumente dafür vor, die Zuweisung für das Krankengeld in der vorgenommenen Weise zu bestimmen, außer einem entsprechenden politischen Willen innerhalb der Koalitionsparteien. Ein solcher Wille sei für künftige Gesetzesänderungen zwar unabhängig davon ausreichend, ob das damit verfolgte Ziel ausweislich wissenschaftlicher Gutachten sinnvoll oder erreichbar sei. Einen auch nur unecht rückwirkenden Eingriff, der einen erheblichen Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie der Krankenkassen darstelle, ohne dass es hierfür eine gesetzliche Grundlage gebe, vermöge ein solcher Wille aber nicht zu tragen. Aus diesen Gründen müsse die Interessenabwägung hier anders ausfallen als im Urteil des BSG v. 25.10.2016.

[§ 41 Abs. 1 RSAV](#) müsse daher wegen Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot im Ergebnis verfassungskonform dahingehend ausgelegt werden, dass die geänderten Zuweisungen für das Krankengeld erst für die Zukunft griffen. Die Zuweisung für das Jahr 2013 sei folglich zu niedrig und der festgesetzte Ausgleichsbetrag zu hoch.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14.11.2014 insoweit aufzuheben, als ein Ausgleichsbetrag von mehr als 108.727,29 Euro gegen sie festgesetzt worden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die Klage für unbegründet. Die Änderung der Festlegungen sei rechtmäßig erfolgt. Ändere, wie vorliegend geschehen, der Gesetz- und Verordnungsgeber das Normprogramm im Sinne des [§ 31 Abs. 4 RSAV](#), habe das BVA diese Änderung inhaltlich und zeitlich entsprechend der gesetzes- und verordnungsrechtlichen Vorgaben auf der Ebene der Festlegung nachzuvollziehen. Das gelte auch dann, wenn Gesetzgeber und Verordnungsgeber sich dazu entschlössen, eine inhaltliche Änderung der Berechnung der Zuweisungen nicht erst für künftige Ausgleichsjahre anzuordnen, sondern die Umsetzung der Änderungen auch für (damals) noch nicht abgeschlossene bzw. das aktuell laufende Ausgleichsjahr vorzugeben.

[§ 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) beruhe auf einer rechtmäßigen Ermächtigungsgrundlage ([§ 269 Abs. 1](#) i.V.m. Abs. 4 SGB V) und sei formell rechtmäßig durch das GKV-FQWG zustande gekommen. Ein materiell-rechtlicher Verstoß gegen die Ermittlungsgrundlage sei nicht ersichtlich. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei die Regelung auch von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt.

[§ 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) verstoße nicht gegen das Selbstverwaltungsrecht der Klägerin. Der Gesetzgeber könne das nur gesetzlich und nicht verfassungsrechtlich geregelte Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen unmittelbar und mittelbar durch Gesetz beschränken.

Die mit Wirkung vom 01.08.2014 in Kraft getretene Einführung des [§ 269 Abs. 1 SGB V](#) und des [§ 41 Abs. 1 Satz RSAV](#) stehe im Einklang mit dem Grundgesetz. Eine echte Rückwirkung liege nicht vor, vielmehr handele es sich vorliegend um eine so genannte unechte Rückwirkung (tatbestandliche Rückanknüpfung). Diese sei grundsätzlich zulässig und genüge dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzprinzip, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiege. Maßstab der verfassungsrechtlichen Prüfung sei mangels Grundrechtsfähigkeit der Klägerin das Willkürverbot, das verletzt sei, wenn sich für eine gesetzliche Regelung kein sachlich rechtfertigender Grund findet. Zu dieser Annahme bestehe jedoch hier kein Anlass.

Die unechte Rückwirkung sei, wie das BSG zu den Auslandsversicherten bestätigt habe, auch beim Krankengeld nach der Interessenabwägung rechtmäßig. Zu berücksichtigendes Gemeinwohlinteresse sei das Interesse an einer zielgenaueren, gerechteren Ermittlung der Zuweisungen als erstrebenswertes Ziel der Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die Etablierung eines alternativen Standardisierungsverfahrens sei daran gescheitert, dass sich nach dem derzeitigen

Stand der wissenschaftlichen Untersuchungen keines der bisher untersuchten Modelle nach empirischer Überprüfung als zielgenauer erwiesen habe. Der partielle Ist-Kosten-Ausgleich im Bereich der Krankengeldzuweisung durch das GKV-FQWG sei der einzig verbliebene Ansatz, um die diesbezügliche Deckungssituation der Krankenkassen zu harmonisieren. Er sei auch angemessen und ausgewogen und habe zur Halbierung der Über- und Unterdeckungen geführt. Die Änderungen seien mithin offenkundig aufgrund von sachlichen Erwägungen des Gesetz- und Verordnungsgebers erfolgt und nicht willkürlich. Dem Umstand, dass dieser Ansatz, insbesondere unter Anreizgesichtspunkten durchaus kritisch zu hinterfragen sei, habe der Gesetzgeber durch eine Übergangsregelung und die Verpflichtung des BVA zu weiteren Ermittlungen Rechnung getragen. Auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens zum 01.08.2014 beruhe auf sachlichen Erwägungen, nämlich dem Ziel, eine zeitgleiche Umsetzung mehrerer Änderungen im Berechnungsverfahren zu gewährleisten. Mit dem Beiratsmitglied Prof. Dr. Wasem habe sich im Übrigen ein in hohem Maße fachkompetenter Wissenschaftler für die Sachgerechtigkeit der mit dem GKV-FQWG eingeführten, übergangsweisen Sonderregelung ausgesprochen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig.

Mit ihrer gemäß [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3.](#), Abs. 3 SGG ohne Vorverfahren zulässigen und beim gemäß [§ 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) erstinstanzlich zuständigen Landessozialgericht erhobenen Klage wendet sich die Klägerin unter Geltendmachung höherer Zuweisungen bei den Ausgaben für Krankengeld gegen die ihr im Jahresausgleichsbescheid vom 14.11.2014 insoweit festgestellte Ausgleichsverpflichtung von 332.748,81 EUR.

Die Klage ist nicht begründet.

Die Ausgleichsverpflichtung der Klägerin ist im angefochtenen Bescheid nicht rechtswidrig festgesetzt worden, denn sie hat für das Ausgleichsjahr 2013 keinen Anspruch auf höhere Zuweisungen für Krankengeld.

Die Ausgleichsverpflichtung der Klägerin besteht in der mit dem Jahresausgleichsbescheid vom 14.11.2014 festgesetzten Höhe. Diese ergibt sich zutreffend aus der Differenz zwischen der der Klägerin für das Kalenderjahr 2013 vorläufig als Abschlagszahlungen geleisteten ([§ 39 Abs. 2 bis 3a RSAV](#)) und der ihr im Jahresausgleich endgültig zustehenden Zuweisungen ([§ 41 Abs. 4 RSAV](#)). Letztere sind entgegen der Ansicht der Klägerin gesetzeskonform festgestellt; der Klägerin stehen höhere Zuweisungen für Krankengeld, worauf die Klägerin ihr Begehren zulässigerweise beschränkt hat (vgl. BSG SozR 4-2500 § 268 Nr. 1), nicht zu. Die Berechnung und Feststellung der Zuweisungen für Krankengeld entsprechen den Festlegungen vom 29.09.2014, die auf rechtmäßiger Rechtsgrundlage beruhen.

Die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 in der Fassung der Änderungsbekanntgabe vom 29.09.2014 bestimmen unter Punkt 2.6.2 (Zuweisungen für das Krankengeld), dass sich die Zuweisungen für das Krankengeld an die Krankenkasse aus der Hälfte der Summe der standardisierten Leistungsausgaben für das Krankengeld über alle Versicherten der Krankenkasse zuzüglich der Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben der Krankenkasse gemäß KJ1 (Krankengeld-Kontenabgrenzung gemäß Anlage 1.1 der Bestimmung nach [§ 267 Abs. 7 Nr. 1 und SGB V](#)) ergeben. Diesen Vorgaben der Festlegungen vom 29.09.2014 folgend sind die der Klägerin für Ausgaben für Krankengeld endgültig zustehenden Zuweisungen und ihre Ausgleichsverpflichtung für das Ausgleichsjahr 2013 im angefochtenen Jahresausgleichsbescheid von der Beklagten richtig bestimmt worden.

Die Festlegungen vom 29.09.2014, deren Rechtmäßigkeit als Allgemeinverfügung (BSG SozR 4- 2500 § 266 Nr. 12) inzidenter (erst) im Rahmen dieser Klage gegen die Höhe der Zuweisungen zu überprüfen ist (vgl. BSG, Urteil v. 25.10.2016 – [B 1 KR 11/16 R](#) = SozR 4-2500 § 269 Nr. 1 = juris Rn. 15), sind – auch soweit sie die Zuweisungen für Krankengeld betreffen – wirksam und rechtmäßig.

Rechtsgrundlage der Festlegungen vom 29.09.2014 sind insoweit [§ 269 Abs. 1](#) und 4 SGB V i.V.m. [§§ 31 Abs. 4 Satz 1, 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) (jeweils in der Fassung des GKV-FQWG), die ohne Beteiligung des Bundesrates eingefügt werden durften (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 23).

Nach [§ 269 Abs. 1 SGB V](#) kann für die in [§ 267 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) genannten Versichertengruppen das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld anteilig berücksichtigt. Das Nähere zur Umsetzung dieser Vorgaben (u.a.) regelt gemäß Abs. 4 die Rechtsverordnung zu [§ 266 Abs. 7 Satz 1 SGB V](#) (RSAV). Dort wird in § 41 Abs. 1 Satz 3 die Ermächtigung aus [§ 269 Abs. 1 SGB V](#) und [§ 31 Abs. 4 RSAV](#) für den Jahresausgleich (Im Monatsverfahren erfolgen die Zuweisungen für Krankengeld nach wie vor nach dem bisherigen Verfahren, vgl. [BT-Drucks. 18/1307](#) zu Art. 15 Nr. 10 (S. 60)) konkretisiert. Danach ist die Hälfte der Zuweisungen für die Versichertengruppen nach § 29 Nr. 4 für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Aufwendungen der Krankenkasse für Krankengeld zu ermitteln.

Diese Regelungen sind gemäß Art. 17 Abs. 3 GKV-FQWG vom 21.07.2014 am 01.08.2014 in Kraft getreten. Die genannten Änderungen des SGB V und der RSAV enthielten zwar keine ausdrückliche Regelung, dass sie schon in dem anstehenden Jahresausgleich für 2013 anzuwenden sein sollen. Allerdings ist in der Gesetzesbegründung bezüglich des Zeitpunkts des Inkrafttretens ausgeführt worden, die Regelungen zu Krankengeld und Auslandsversicherten sollten erstmals in dem im Herbst 2014 vorzunehmenden Jahresausgleich 2013 umgesetzt werden, um zu gewährleisten, dass die Umsetzung zeitgleich mit der vom BVA vorzunehmenden geänderten Berücksichtigung der Ausgaben für verstorbene Versicherte erfolge (vgl. [BT-Drucks. 18/1307](#) zu Art. 15 Nr.10 (S. 61); zur gleichzeitigen Neuregelung betreffend die Auslandsversicherten BSG a.a.O. Rn. 29

mit Anm. Knispel, NZS 2017, 384; Gaßner/Göpffarth, SozSich 2015, 67, 72; Göpffarth in Becker/Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 269 Rn. 12). Durch die Einfügung der Wörter "ab dem Ausgleichsjahr 2013" nach dem Wort "Krankengeld" in [§ 269 Abs. 1 SGB V](#) durch Art. 5 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) v. 19.12.2016 ([BGBl. I S. 2986](#)) hat der Gesetzgeber dies zudem mit Wirkung vom 01.08.2014 (Art. 7 Abs. 2 PsychVVG) klargestellt (vgl. [BT-Drucks. 18/10289](#) zu Art 5 Nr. 11 ([§ 269 SGB V](#))).

Die Neuregelung war mithin für den Jahresausgleich 2013 anzuwenden, das BVA hatte ihr durch die Ergänzung der Festlegungen vor dem Jahresausgleich 2013 Rechnung zu tragen. Dies hat das BVA mit den Festlegungen vom 29.09.2014 unter Einhaltung des vorgesehenen Verfahrens getan.

Wegen der von der Klägerin bestrittenen Berechtigung zum Erlass der Änderungsfestlegungen vom 29.09.2014 nimmt der Senat zunächst Bezug auf die Ausführungen des BSG im Urteil v. 25.10.2016 (a.a.O.) zu den §§ 31 Abs. 5, 41 Abs. 1 Satz 2 RASV und den Zuweisungen für Auslandsversicherte. Denn diese Ausführungen, denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt, haben für die Zuweisungen für Ausgaben für Krankengeld entsprechend zu gelten. Was danach für die Zuweisungen für die Ausgaben für Auslandsversicherte in den Festlegungen vom 29.09.2014 gilt, die von den spezifisch morbiditätsorientierten Grundsätzen des [§ 31 Abs. 4 RSAV](#) abweichende Regelungen für den Jahresausgleich ([§ 41 RSAV](#)) treffen, um die insoweit entstandene tatsächliche Kostenlast zu ermitteln und auszugleichen, trifft zur Überzeugung des Senats auch für die Zuweisungen für Leistungen für Krankengeld ([§ 29 Nr. 4 RSAV](#)) zu, weil dieses als Entgeltersatzleistung ebenfalls nicht morbiditätsorientiert ist. Der Ausgleich im RSA muss daher nicht den Regeln der spezifisch morbiditätsorientierten Grundsätze nach [§ 31 Abs. 4 RSAV](#) folgen, weil [§§ 269 Abs. 1 SGB V](#), [41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) die Berücksichtigung (auch) der tatsächlichen Ausgaben vorschreiben. Die Umsetzung der in [§§ 269 Abs. 1 SGB V](#), [41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) getroffenen Entscheidung des Gesetz- und Verordnungsgebers ist konsequent und insoweit systemgerecht dadurch geschehen, dass in dem damals noch anstehenden Jahresausgleich für 2013 auch die tatsächlichen Ausgaben für Krankengeld dieses Jahres berücksichtigt worden sind.

Die verfassungsrechtlichen Bedenken der Klägerin gegen die Neuregelung der Zuweisungen für Krankengeld durch [§ 269 Abs. 1](#) und [4 SGB V](#) i.V.m. [§§ 31 Abs. 4 Satz 1](#), [41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) (GKV-FQWG vom 21.07.2014) und ihre Umsetzung bereits im Jahresausgleich 2013 greifen nicht durch.

Eine mit der Verfassung nicht vereinbare echte Rückwirkung ist entgegen der Ansicht der Klägerin nicht gegeben, denn die o.g. Regelungen greifen nicht nachträglich in einen abgeschlossenen Sachverhalt ein. Das folgt im Wesentlichen aus der Konzeption des RSA, nach der die Zuweisungen bis zum Jahresausgleichsbescheid lediglich vorläufig sind und keinen Vertrauensschutz begründen können (vgl. BSG a.a.O. Rn. 28; BSG SozR 4-2500 § 268 Nr.1). Nicht die Erstellung des Haushaltsplanes oder der Ablauf des Haushaltsjahres, wie die

Klägerin meint, sondern die mit dem Erlass des jeweiligen Jahresausgleichsbescheides (hier vom 14.11.2014) verbundene Zäsur stellt den maßgeblichen Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Rückwirkung dar.

Eine die Rechte der Klägerin verletzende echte Rückwirkung liegt auch nicht in der zum 01.08.2014 erfolgten Änderung des [§ 269 Abs.1 SGB V](#) durch das PsychVVG vom 19.12.2016. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber durch die Einfügung der Worte "ab dem Ausgleichsjahr 2013" lediglich eine Klarstellung vornehmen wollen (vgl. [BT-Drucks. 18/10289](#) zu Art. 5 Nr. 11(§ 269)). Denn die Klarstellung entspricht inhaltlich sowohl der mit der Verabschiedung des GKV-FQWG verfolgten Ziels des Gesetzgebers (vgl. [BT-Ducks. 18/1307](#) zu Art. 15 Nr. 10 (S. 61)) als auch der Auslegung und Gesetzesanwendung seitens der Beklagten und der höchstrichterlichen Gesetzesauslegung (vgl. BSG, Urteil v. 25.10.2016, a.a.O. Rn. 24), wonach die Regelungen zu Krankengeld und Auslandsversicherten erstmals im Rahmen des im Herbst 2014 durchzuführenden Jahresausgleichs 2013 umzusetzen waren. Auf die Frage der Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen kommt es mithin nicht an (vgl. insoweit zum RSA: BVerfG, Beschlüsse v. 18.07.2005 - 2 BvF 2 / 01 - und v. 09.06.2004 - 2 BvR 1248 u.1249/03).

Die Regelungen der [§§ 269 Abs. 1 SGB V](#), [31 Abs. 4 Satz 1](#), [41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#) und deren Umsetzung mit der Änderungsbekanntmachung der Festlegungen vom 29.09.2014 bewirken folglich lediglich eine unechte Rückwirkung. Eine solche liegt vor, wenn Normen auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte für die Zukunft einwirken und damit die betroffene Rechtsposition nachträglich entwerten. Unechte Rückwirkungen sind grundsätzlich zulässig und genügen dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutzprinzip, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen die gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiegt (vgl. BSG, Urteil v. 25.10.2016, a.a.O.m.w.N. aus der Rechtsprechung des BVerfG). Diese Voraussetzung ist hier erfüllt.

Das Interesse der Klägerin, dass es auch im Jahresausgleich für das Jahr 2013 bei der bisherigen Berechnungsweise im Bereich des Krankengeldes und der dadurch bedingten um 332.748,81 EUR höheren Überdeckung (eine Überdeckung ergibt sich auch weiterhin, s. d. Jahresausgleichsbescheid vom 14.11.2014) bleibt, muss hier gegenüber dem gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteresse zurücktreten.

Die streitigen Neuregelungen wurden zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Krankengeld eingeführt (vgl. [BT-Drucks. 18/1307 S. 26](#), 47 f.). Da der RSA als Bestandteil einer solidarischen Wettbewerbsordnung wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der Leistungserstellung und beim Verwaltungshandeln fördern und somit die finanzielle Stabilität der GKV wahren soll (vgl. Göppfarth a.a.O., § 266 Rn. 5), kann es zur Überzeugung des Senats keinem Zweifel unterliegen, dass die Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Verwirklichung einer gerechten Beitragsverteilung im Gemeinwohlinteresse liegt. Es stand aber fest, dass bislang die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Krankengeldausgaben deutlich hinter der Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der übrigen Leistungsausgaben

zurückgeblieben ist und die Deckungsquoten bei den einzelnen Krankenkassen teilweise erheblich voneinander abgewichen sind ([BT-Drucks. 18/1307 S. 48](#)). So lag das Minimum der Deckungsquoten vor Anwendung der hier streitigen Sonderregelung bei 70%, das Maximum bei 182 % (vgl. Wasem/Lux/Neusser/Schillo, Gesundheits- und Sozialpolitik 2016,15, 17).

Der entsprechende Handlungsbedarf war seit langem bekannt. Namentlich war er bereits in den Verfahren vor dem erkennenden Senat zu den Zuweisungen für unterjährig verstorbene Versicherte in die Diskussion einbezogen worden und bestand auch schon für den Jahresausgleich 2013. Eine Rechtfertigung, die auf einen gerechteren, die Zuweisungen weniger verzerrenden Zuweisungsmodus zielenden Änderungen beim Krankengeld wie bei den Auslandsversicherten nicht so früh wie nach der Rechtsordnung möglich umzusetzen, ist nicht zu erkennen (vgl. bereits BSG, Urteil v. 25.10.2016 a.a.O., Rn. 25). Bereits deshalb, aber auch, weil der Klägerin bewusst gewesen sein muss, dass ihre Überdeckung im Bereich des Krankengeldes auf einer bekannten Systemschwäche des RSA beruhte, die dessen Ziel eines gerechten Risikoausgleichs zuwiderlief, sieht der Senat kein besonderes schützenswertes Vertrauen der Klägerin, das der streitigen Neuregelung und deren Umsetzung bereits im Jahresausgleich 2013 entgegenstehen könnte.

Die Klägerin kann auch nicht mit Erfolg geltend machen, die streitige Neureglung dürfe mangels Vorhandenseins eines systemgerechten Konzeptes entgegen der Absicht des Gesetzgebers nicht schon im Jahresausgleich 2013 Anwendung finden.

Zunächst ist festzustellen, dass die Neureglung geeignet ist, das gesetzgeberische Ziel zu erreichen, die Zuweisungsgenauigkeit hinsichtlich der Ausgaben für Krankengeld zu verbessern. Das liegt bei dem gewählten Verfahren auf der Hand. Wenn die Ist-Ausgaben zur Hälfte in die Berechnung einbezogen werden ([§ 269 Abs. 1 SGB V](#), [§ 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV](#)) wird der Korridor der Deckungsquoten enger. Dabei wird nicht verkannt, dass die so erreichte Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen mit nachteiligen Auswirkungen verbunden ist. Weil Ziel des RSA nicht der Ausgleich von Ausgaben ist, sondern der von Risiken, steuert eine Mitberücksichtigung der tatsächlichen Ausgaben punktuell einem wesentlichen Prinzips des RSA entgegen und hat nachteilige Auswirkungen auf den Wirtschaftlichkeitsanreiz. So wendet die Klägerin zu Recht ein, dass mit einer auch nur teilweisen Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgaben für Krankengeld der gebotene Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln bei einer Krankenkasse verringert wird. Es bleibt aber weiterhin ein ausreichender Anreiz vorhanden, weil lediglich die Hälfte der tatsächlichen Krankengeldausgaben Berücksichtigung finden. Dabei mögen über die zu wählende "richtige" oder "beste" Quote durchaus – letztlich durch die unterschiedliche Versichertenstruktur und die entsprechende Interessenlage der jeweiligen Krankenkassen bedingt – unterschiedliche Auffassungen bestehen, ohne dass dadurch bei dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand die im GKV-FQWG bestimmte Quote rechtswidrig würde. In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass etwa der BKK Dachverband, dem die Klägerin angehört, in seiner 2017 herausgegeben Broschüre "Mechanik Morbi-RSA, einfach, transparent, manipulationssicher" (Seite 25) nicht nur die Festschreibung der mit dem GKV-

FQWG getroffenen Übergangslösung, sondern auch die Erhöhung des Anteils der tatsächlichen Ausgaben vorschlägt.

Von keinem der Beteiligten wird im Übrigen verkannt, dass sich mit der Abweichung vom Standardisierungsverfahren die Frage der Systemgerechtigkeit innerhalb des Morbi-RSA stellt. Trotz umfangreicher wissenschaftlicher Untersuchung von Alternativmodellen hatte der Evaluationsbericht kein Modell aufzeigen können, das die gebotene Verbesserung der Zielgenauigkeit beim Krankengeld gewährleistet hätte. Auch dies kann indes entgegen der Auffassung der Klägerin nicht rechtfertigen, eine gebotene Neuregelung zur Abmilderung des fraglos bestehenden Missstandes erst zu treffen, wenn ein wissenschaftlich erprobtes, leistungsfähiges und zugleich RSA-systemgerechtes Konzept erarbeitet worden ist. Die Entwicklung eines solchen Modells ist auch weiterhin Gegenstand weiterer Untersuchungen im Auftrag des BVA (s. [§ 269 Abs. 3 SGB V](#)).

Die jüngsten Gutachten zu dieser Frage (vgl. dazu Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach [§ 269 Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 33 Abs. 3 RSAV](#), Endbericht vom 31.05.2016; Wasem/Lux/Neusser/Schillo, a.a.O. S. 15 ff.; Neumann/Häckl/Greiner/Wille, Welt der Krankenversicherung 2016, 208 ff.) verdeutlichen noch einmal die Komplexität der Problematik und zeigen, dass man noch weit von einer auch dogmatisch umfassend befriedigenden Lösung ist. Die Ausführungen von Wasem/Lux/Neusser/Schillo (a.a.O. S. 20) sprechen zudem für die Richtigkeit des vom Gesetzgeber im GKV-FQWG als Übergangslösung gewählten Weges. Danach ist nämlich nicht zu erwarten, dass Verfahren, die standardisierte Zuweisungen mittels statistischer Modelle vorsehen, zu einem engen Korridor von Deckungsquoten führen; dies könnten bei kleinen Klassen nur Modelle der partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleiche leisten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1 VwGO](#); die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 2 GKG](#).

Anlass, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr.1 SGG](#)), sieht der Senat mit Blick auf die zwischenzeitlich ergangene Entscheidung des BSG vom 25.10.2016 (a.a.O.) und die Klarstellung durch den Gesetzgeber (PsychVVG vom 19.12.2016) nicht.

Erstellt am: 11.06.2018

Zuletzt verändert am: 11.06.2018