

B 1 A 1/11 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

1
1. Instanz

-
Aktenzeichen

-
Datum

-
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 1 KR 38/08 KL

Datum
24.02.2011

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 1 A 1/11 R

Datum
08.11.2011

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein Wahltarif darf einen Selbstbehalt nicht auf Leistungen an Familienmitglieder erstrecken.
2. Ein Wahltarif mit konkretem Selbstbehalt darf nicht lediglich freiwilligen Mitgliedern unter Ausschluss vergleichbarer Pflichtversicherter offen stehen.
3. Ein Wahltarif darf nur dann als Prämie eine Beitragsrückerstattung in Höhe des Selbstbehalts vorsehen wenn seine dauerhafte Binnenfinanzierung zu erwarten ist.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 24. Februar 2011 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 500 000 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten über die Genehmigung einer Satzungsregelung für einen Wahltarif mit Selbstbehalt.

2 Die Klägerin ist eine geöffnete Betriebskrankenkasse. Art I § 13a Ihrer Satzung erlaubt freiwilligen Mitgliedern, die die vollständige Kostenerstattung gewählt haben, jeweils für ein Kalenderjahr einen Tarif mit Selbstbehalt zu wählen. Der Selbstbehalt beträgt gestaffelt nach der Höhe der gezahlten Beiträge 300 Euro, 600 Euro beziehungsweise 900 Euro jährlich. In dieser Höhe erfolgt eine Beitragserstattung an den Versicherten. Der Verwaltungsrat der Klägerin beschloss, ua Art I § 13a der Satzung wie folgt zu ändern (45. Nachtrag zur Satzung, 9.4.2008): "1. Mitglieder können für sich und ihre familienversicherten Angehörigen abhängig von der Höhe ihrer jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der S. BKK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Dabei gelten folgende Staffellungen: Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, können einen Selbstbehalt von 600 Euro jährlich übernehmen Mitglieder, die gemäß [§ 240 SGB V](#) Abs 4 Satz 1 den Mindestbeitrag bezahlen, können einen Selbstbehalt von 200 Euro jährlich übernehmen Mitglieder, die einen Beitrag oberhalb des Mindestbeitrags und unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezahlen, können einen Selbstbehalt von 400 Euro jährlich übernehmen. 3. Für die Dauer der Entscheidung für den Selbstbehalt erstattet die S. BKK dem Mitglied einen Teil der für den Erstattungszeitraum gezahlten Beiträge als Prämie. Dabei gilt folgende Höhe der Erstattungsbeträge: Der Erstattungsbetrag beträgt 600 Euro bei einem Selbstbehalt von 600 Euro Der Erstattungsbetrag beträgt 400 Euro bei einem Selbstbehalt von 400 Euro Der Erstattungsbetrag beträgt 200 Euro bei einem Selbstbehalt von 200 Euro. Die Zahlung erfolgt halbjährlich nachträglich in Höhe von jeweils der Hälfte des jährlichen Erstattungsbetrags ... 5. Ebenfalls werden die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch nach [§ 10 SGB V](#) versicherte Angehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. "

3 Die beklagte Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesversicherungsamt (BVA), lehnte ua den Antrag der Klägerin ab, die Satzungsänderung des Art I § 13a zu genehmigen. Aufgrund der vorgesehenen Prämie in Höhe des Selbstbehalts treffe die den Tarif wählenden Mitglieder entgegen [§ 53 Abs 1 SGB V](#) kein Risiko, einen Teil der entstandenen Leistungskosten selbst zu tragen (Bescheid vom 7.7.2008). Die Klägerin hat zur Begründung ihrer Klage vorgetragen, das Gesetz verlange für Wahltarife mit Selbstbehalt entgegen der Auffassung der Beklagten nicht, dass beim Versicherten ein Restrisiko bestehen müsse. Das LSG ist dieser Auffassung gefolgt und hat die Beklagte verurteilt, die beantragte Satzungsänderung zu genehmigen (Urteil vom 24.2.2011).

4 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des [§ 53 Abs 1](#) und 9 SGB V und des [§ 131 Abs 2 SGG](#). Sie trägt vor, es entspreche dem

Wesen des Wahltarifs "Selbstbehalt", dass bei den Versicherten ein Restrisiko verbleibe. Andernfalls fehle die gewünschte Steuerungsfunktion. Das LSG habe die fehlende Spruchreife missachtet, da es über die Sache ohne versicherungsmathematisches Gutachten oder plausible Darlegung der Finanzierung entschieden habe.

5 Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 24. Februar 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6 Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8 Die zulässige Revision der beklagten Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das BVA, ist begründet. Zu Unrecht hat das LSG die Beklagte verurteilt, die Satzungsänderung der klagenden Betriebskrankenkasse zu genehmigen. Die Beklagte hat eine Genehmigung rechtmäßig abgelehnt, weil die Änderung des Art I § 13a der Satzung eines rechtlich nicht teilbaren Regelungskomplexes nach den bindenden Tatsachenfeststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) nicht mit höherrangigem Recht in Einklang steht (dazu 2.). Der erkennende Senat muss bei dieser Rechtslage nicht das angefochtene LSG-Urteil mit den ihm zugrunde liegenden Feststellungen aufheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Gericht zurückverweisen, welches das angefochtene Urteil erlassen hat, um das LSG abklären zu lassen, ob zusätzlich weitere Rechtsverstöße bestehen ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#); dazu 3.).

9 1. Der Senat kann offenlassen, ob es sich bei der Klage um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs 1 Satz 1 SGG](#)) oder um eine Aufsichtsklage ([§ 54 Abs 3 SGG](#)) handelt. Auch mit der Aufsichtsklage kann die Vornahme einer begünstigenden Aufsichtsordnung begehrt werden, nämlich die Erteilung einer beantragten Satzungsänderung, wenn die Aufsichtsbehörde dies abgelehnt hat und der Versicherungsträger geltend macht, dass er auf die Vornahme dieses Akts einen Rechtsanspruch habe (vgl. [BSGE 69, 72, 73](#) = [SozR 3 2500 § 241 Nr 1 S 2 mwN](#); [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4 2500 § 44 Nr 13, RdNr 11 mwN](#)). So liegt es hier.

10 2. Nach [§ 195 Abs 1 SGB V](#) bedarf die Satzung einer Krankenkasse (KK) der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt auch für Satzungsänderungen. Ist eine verfahrensmäßig ordnungsgemäß zustande gekommene Satzungsänderung mit höherrangigem Recht vereinbar, besteht nach [§ 195 Abs 1 SGB V](#) ein Anspruch auf die Genehmigung (vgl. sinngemäß [BSGE 70, 149, 150](#) = [SozR 3-2500 § 240 Nr 8 S 24 f](#); [BSGE 89, 227, 230 f](#) = [SozR 3-2500 § 194 Nr 1 S 4 f mwN](#); [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4-2500 § 44 Nr 13, RdNr 12](#); [BSGE 106, 199](#) = [SozR 4-2500 § 53 Nr 1, RdNr 11 mwN](#)). Eine solche Genehmigung ist im Verhältnis zum Versicherungsträger ein Verwaltungsakt (vgl. zB [BSG SozR 3-2200 § 700 Nr 1 S 2 f](#)). Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung der begehrten Genehmigung, da die von ihr beschlossene Satzungsänderung nach aktueller Rechtslage (dazu a) mit [§ 53 Abs 1 SGB V](#) (dazu b), dem allgemeinen Gleichheitssatz des [Art 3 Abs 1 GG](#) (dazu c) und [§ 53 Abs 8 Satz 4 SGB V](#) unvereinbar ist (dazu d).

11 a) Maßgeblich für die Vereinbarkeit der unstreitig und im Einklang mit dem Akteninhalt ordnungsgemäß zustande gekommenen Satzungsänderung mit höherrangigem Recht ist soweit hier von Interesse [§ 53 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 3c Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz GKV-FinG vom 22.12.2010, [BGBl I 2309](#)). Es ist nämlich auf die Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat abzustellen, denn dieser Zeitpunkt ist sowohl für den Anspruch auf Erteilung der begehrten Genehmigung bei einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage als auch bei einer Aufsichtsklage maßgeblich, soweit sie wie hier auf eine Verpflichtung gerichtet ist (vgl. [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4-2500 § 44 Nr 13, RdNr 15](#); [BSGE 106, 199](#) = [SozR 4-2500 § 53 Nr 1, RdNr 12 mwN](#)).

12 b) Die Genehmigung von Art I § 13a der Satzung ist im Ausgangspunkt an [§ 53 Abs 1 SGB V](#) zu messen, der Rechtsgrundlage für Satzungsbestimmungen, die eine Prämienzahlung bei Selbstbehalt vorsehen. Andere Rechtsgrundlagen kommen von vornherein nicht in Betracht. Rechtssystematisch gesehen sind in [§ 53 SGB V](#) Grundlagen für Satzungsbestimmungen geregelt, die einerseits wie hier zu Prämienzahlungen an Versicherte ermächtigen ([§ 53 Abs 1, 2, 3 und 7 SGB V](#)), andererseits weitere Zahlungen der Versicherten über die Beitragszahlungen hinaus bei zusätzlichen Leistungen vorsehen ([§ 53 Abs 4 und 6 SGB V](#); zum System vgl. Schlegel in [jurisPK-SGB V](#), Stand September 2010, § 53 RdNr 8). Prämienzahlungen an Versicherte können die Satzungen der KK n ua anordnen, wenn Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der KK zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt; [§ 53 Abs 1 SGB V](#)). Dagegen geht es vorliegend nicht um Satzungsregelungen, wonach Versicherte Prämien bekommen, weil sie Leistungen nicht in Anspruch nehmen ([§ 53 Abs 2 SGB V](#)), an besonderen Versorgungsformen teilnehmen ([§ 53 Abs 3 SGB V](#)) oder der Umfang der Leistungen beschränkt ist ([§ 53 Abs 7 SGB V](#)).

13 Die Änderung des Art I § 13a Abs 1 der Satzung der Klägerin zielt auf Prämienzahlungen für Mitglieder, wenn sie "für sich" in einem Kalenderjahr, in dem sie länger als drei Monate versichert waren, einen Teil der von der Klägerin zu tragenden Kosten übernehmen. Hierzu ermächtigt [§ 53 Abs 1 SGB V](#).

14 Soweit die Satzungsänderung indes den Selbstbehalt nicht nur auf Leistungen an die Mitglieder, sondern auch auf Leistungen an "ihre nach [§ 10 SGB V](#) mitversicherten Angehörigen" erstrecken will, ermächtigt [§ 53 Abs 1 SGB V](#) hierzu nicht. Nach dieser Rechtsnorm kann die KK in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der KK zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die KK hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen. Nach Wortlaut und Regelungssystem geht es insoweit lediglich um Kosten für Leistungen an die Mitglieder, die diesen Tarif gewählt haben. [§ 53 Abs 1 SGB V](#) spricht anders als etwa [§ 53 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) gerade nicht von Leistungen an nach [§ 10 SGB V](#) mitversicherte Angehörige und trifft deshalb auch keine Schutzvorkehrungen dagegen, dass etwa aus wirtschaftlichen Gründen auf Leistungen zugunsten von Kindern verzichtet wird (vgl. [§ 53 Abs 2 Satz 3 SGB V](#)). Nach [§ 10 SGB V](#) Familienversicherte stehen in einem eigenen, selbstständigen Versicherungsverhältnis. Dementsprechend ist der Stammversicherte nicht berechtigt, Leistungsansprüche eines Angehörigen aus der Familienversicherung im eigenen Namen geltend zu machen (vgl. insgesamt [BSG SozR 3-2500 § 10 Nr 16 S 65 f mwN](#)) und hierüber einen Selbstbehalt zu wählen (zutreffend Knispel in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 2, Stand März 2011, [§ 53 SGB V](#) RdNr 81; Krauskopf in derselbe, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, Stand Juli 2011, [§ 53 SGB V](#) RdNr 7; Schlegel in [jurisPK-SGB V](#), Stand September 2010, § 53 RdNr 51, aA wohl Lang in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl 2010, § 53 RdNr 7).

15 c) Indem Art I § 13a der geänderten Satzung ein Wahlrecht eines Selbstbehalts von 200 Euro jährlich lediglich für Mitglieder vorsieht, die "gemäß [§ 240 SGB V](#) Abs 4 Satz 1 den Mindestbetrag bezahlen", verstößt diese Regelung gegen das Gleichbehandlungsgebot ([Art 3 Abs 1 GG](#)). Der allgemeine Gleichheitssatz gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht nur, wenn er eine Gruppe von Normadressaten anders als eine andere behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen ([BVerfGE 112, 50](#), 67 = [SozR 4-3800 § 1 Nr 7](#) RdNr 55 mwN; [BVerfGE 117, 316](#) = [SozR 4-2500 § 27a Nr 11](#); stRspr [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4-2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 26 mwN). Differenzierungen ohne hinreichenden sachlichen Grund sind verboten (vgl [BVerfGE 92, 53](#), 71 = [SozR 3-2200 § 385 Nr 6](#) S 21 = DStR 2000, 1353 mit Anm Schlegel; [BVerfGE 102, 127](#) = [SozR 3-2400 § 23a Nr 1](#); [BSGE 96, 246](#) = [SozR 4-2500 § 47 Nr 4](#), RdNr 29).

16 Danach ist es unter dem Gesichtspunkt einer typischerweise gleichen Interessenlage zulässig, wenn Satzungen nach [§ 53 Abs 1 SGB V](#) Personengruppen bilden, denen an ihren Interessen ausgerichtete Wahltarifrechte eingeräumt werden. Dazu gehört die Gestaltung, erst ab einer gewissen Mindestbeitragshöhe ein Wahlrecht auf Selbstbehalt vorzusehen. In diesem Sinne widerspricht es nicht dem Gleichheitssatz, wenn die Satzung der Klägerin erst ab einem festgelegten Mindestbeitrag Wahlrechte regelt. Es sind indes keine sachlichen Gründe für die Ungleichbehandlung ersichtlich, dass die Satzungsregelung die Wahl eines Selbstbehalts von 200 Euro lediglich freiwilligen Mitgliedern einräumt, die den Mindestbeitrag bezahlen, nicht aber Pflichtversicherten, die sich in einer vergleichbaren wirtschaftlichen Lage befinden und abgesehen vom unterschiedlichen Beitragsatz ausgehend von einer vergleichbaren Beitragsbemessungsgrundlage entsprechende Beiträge zahlen. Hierin liegt eine mit höherrangigem Recht unvereinbare Ungleichbehandlung (anders dagegen bei typischerweise unterschiedlicher Interessenlage der betroffenen Gruppen, vgl etwa [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4 2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 27 ff mwN).

17 d) Auch die vorgesehene Prämienzahlung verstößt gegen höherrangiges Recht. Nach [§ 53 Abs 8 Satz 4 SGB V](#) darf die Prämienzahlung an Versicherte bis zu 20 vH, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach [§ 242 SGB V](#) 30 vH der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach [§ 106 SGB VI](#) sowie [§ 257 Abs 1 Satz 1 SGB V](#), jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach [§ 242 SGB V](#) 900 Euro jährlich betragen. Art I § 13a Nr 3 Fall 2 Satzung verstößt gegen diese gesetzliche Vorgabe. Die Regelung sieht eine Prämie von 400 Euro für die Mitglieder vor, "die einen Beitrag oberhalb des Mindestbeitrags und unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezahlen" (Abs 1 aaO). Wer danach zB freiwillig mit beitragspflichtigen Einnahmen von monatlich 853 Euro ohne Krankengeldanspruch versichert ist, zahlt 127,10 Euro (14,9 %) Beitrag pro Monat, also 1525,20 Euro pro Jahr. 20 vH von diesem Betrag sind 305,04 Euro, die in der Satzung bestimmte Erstattung liegt über dieser Grenze. Sollte die Klägerin insoweit auf Art I § 9a Nr 4 Satzung verweisen, welche zur Begrenzung der Prämienzahlungen an die Mitglieder den Gesetzestext des [§ 53 Abs 8 Satz 4 SGB V](#) aufnimmt, kollidiert diese allgemeine Regelung mit der speziellen Bestimmung in Art I § 13a Nr 3 Fall 2 Satzung. Es verstößt wegen der Unklarheit dieses Regelungsgeflechts gegen höherrangiges Recht, einen Vorrang der allgemeinen vor der speziellen Regelung zu fordern. Das genügt nicht dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit (vgl dazu allgemein zB [BVerfGK 10, 330](#) = [DVBl 2007, 497](#) ff, RdNr 41; [BVerfGE 114, 196](#), 36 ff = [SozR 4 2500 § 266 Nr 9](#) RdNr 102 ff; [BVerfGE 108, 1](#), 20; [BVerfGE 21, 73](#), 79; [BSGE 99, 95](#) = [SozR 4 2500 § 44 Nr 13](#), RdNr 30; [BSGE 89, 227](#), 233 = [SozR 3 2500 § 194 Nr 1 S 7](#); [BSG SozR 2200 § 324 Nr 1 S 2 f](#)).

18 Wollte man dennoch im Sinne einer geltungserhaltenden Reduktion auf Art I § 9a Nr 4 Satzung oder unmittelbar auf [§ 53 Abs 8 Satz 4 SGB V](#) zurückgreifen, um die Anspruchshöhe der Prämie zu begrenzen, resultierte hieraus eine willkürliche, dem allgemeinen Gleichheitssatz (vgl dazu bereits oben, [Art 3 Abs 1 GG](#)) widersprechende Ungleichbehandlung derjenigen Mitglieder, bei denen diese Kappungsgrenze eingreift, mit jenen, bei denen das nicht der Fall ist. Während Erstere mit niedrigerem Einkommen für einen Selbstbehalt von 400 Euro keine volle Prämienersatzung erhalten, ist dies für Letztere mit höherem Einkommen der Fall. Sachliche Gründe für eine solche Unterscheidung sind nicht ersichtlich.

19 3. Der erkennende Senat lässt die Frage offen, ob die beschlossene Satzungsänderung zusätzlich [§ 53 Abs 9 Satz 1 SGB V](#) widerspricht. Dazu, dass die Erfordernisse dieser Norm beachtet sind, hat das LSG keine Feststellungen getroffen, insbesondere nicht zu den zu erwartenden Kosten und zu einer voraussichtlichen Kostenkompensation aufgrund geschärften Kostenbewusstseins beim Tarif "Selbstbehalt". Nach [§ 53 Abs 9 SGB V](#) müssen indes die Aufwendungen für jeden Wahltarif jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарифen auf Dauer finanziert werden. Die KKn haben darüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарифe zugrunde liegen.

20 [§ 53 Abs 9 SGB V](#) trifft lediglich in seinem Satz 1 eine Regelung der Anforderungen an die Einführung eines neuen Wahlтарифs. Die Rechenschaftspflicht ([§ 53 Abs 9 Satz 2](#) und 3 SGB V) ist für den vorliegenden Fall nicht von Bedeutung, denn sie gilt nur für bereits eingeführte Tarife. Welche Sicherungen [§ 53 Abs 9 Satz 1 SGB V](#) konkret gebietet, um eine Finanzierung des neu einzuführenden Tarifs aus sich selbst heraus auf Dauer zu gewährleisten, hängt von den vorhandenen Informationen über Einnahmen, Kosten, Einsparungen und Effizienzsteigerungen des Tarifs ab. Entgegen einer Literaturansicht (Thüsing, NZS 2008, 449, 452) ist die gesetzliche Regelung unter Beachtung dieses Maßstabs durchsetzbar.

21 Die mit der Einführung des Tarifs verbundenen Kosten sind aufgrund der Erfahrungen aus Parallelbereichen und der gesetzlichen Anforderungen regelmäßig wiederkehrende Kosten eines versicherungsmathematischen Gutachtens abschätzbar. Die Kosten erstrecken sich insbesondere einerseits auf die zu erwartenden Verwaltungskosten, andererseits auch auf zu erwartende Einnahmeausfälle: Bei ökonomisch rationalem Verhalten der wahlberechtigten Versicherten werden sich zunächst diejenigen für einen Tarif "Selbstbehalt" entscheiden, die davon zu profitieren hoffen, weil sie keine oder nur eine geringe eigene Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen erwarten. Die danach für den Wahlтариф zu erwartende günstige Morbiditätsstruktur, die ohne Berücksichtigung des Wahlтарифs die Leistungsausgaben der Klägerin entlastet, wird dem Solidarausgleich entzogen. Die in den Wahlтариф einbezogenen Mitglieder werden bei wirtschaftlicher Betrachtung durch die an sie ausgezahlten Prämien so behandelt, als verkörperten sie ein höheres Morbiditätsrisiko, das sich zwingend realisiert. Denn wirtschaftlich spielt es keine Rolle, ob sie Leistungen in Höhe der in Art I § 13a Nr 2 Satzung genannten Beträge tatsächlich in Anspruch nehmen oder ohne Inanspruchnahme der Leistungen Prämien in dieser Höhe erhalten. Die sich hieraus für die Gesamtheit der Beitragszahler der Beklagten ergebenden und auch gewollten Mindereinnahmen sind Aufwendungen für den Wahlтариф, die nach [§ 53 Abs 9 Satz 1 SGB V](#) durch dem Wahlтариф eigentümliche Kostendämpfungseffekte zu kompensieren sind. Dies ist von den KKn

zu belegen.

22 Die Regelungsstruktur des Tarifs lässt ebenso Aussagen zu den zu erwartenden Einnahmen und Effizienzsteigerungen zu: So bewirkt ein Tarif "Selbstbehalt" zunächst keine Verbesserung der Verwaltungseffizienz, sondern führt zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei der Betreuung der Mitglieder, die den Tarif gewählt haben. Ein Tarif "Selbstbehalt" bewirkt auch keine zusätzlichen Einnahmen, wenn er wie bei der Klägerin eine gleiche Höhe von Selbstbehalt und Prämien vorsieht. Einzige Möglichkeit, die zu erwartenden Kosten auszugleichen, liegt bei einem solchen Tarif im Bereich der Einsparungen: Bewirkt der Tarif "Selbstbehalt" eine Schärfung des Kostenbewusstseins der betroffenen Mitglieder, kann dies zu erwartende Kosten kompensieren. Hoffnungen auf solche Begleiteffekte dürfen allerdings nicht ohne prognostische Grundlagen zugrunde gelegt werden, sondern bedürfen realistischer Ableitung. Solange dies mangels hinreichender Informationsbasis nicht möglich ist, müssen die von den Mitgliedern zu zahlenden Prämien so kalkuliert werden, dass sie bei dem zu erwartenden Gesamtleistungsaufwand der KK im Vergleich zu einem Beitragsaufkommen ohne Wahltarif keine Unterdeckung verursachen.

23 Obwohl das LSG die nach [§ 53 Abs 9 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen Tatsachen nicht festgestellt hat, bedarf es keiner Zurückverweisung der Sache, da diese aus den unter II. 2. dargelegten Gründen entscheidungsreif ist.

24 4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich unter Berücksichtigung der bundesweiten Bedeutung der Sache auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG](#) iVm [§ 52 Abs 1](#), [§ 63 Abs 2 Satz 1 GKG](#) (vgl auch [BSGE 106, 199](#) = SozR 4 2500 § 53 Nr 1, RdNr 27).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2012-05-04