

- 3 RK 29/76 -

Im Namen des Volkes

Verkündet am
16. Nov. 1978

Urteil

Reg. Hauptsekretär
Schriftführer

in dem Rechtsstreit

Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Steinfurt,
vertreten durch den Vorstand,
Burgsteinfurt, Alexander-König-Straße 4,

Klägerin, Revisionsklägerin und
Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

1)

2)

g e g e n

Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch den Bundesminister für Arbeit und
Sozialordnung,
Bonn-Duisdorf, Rochusstraße 1,

Beklagte, Revisionsbeklagte und
Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigte:

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 16. November 1978 durch den Vorsitzenden Richter S c h r o e d e r - P r i n t z e n und die Richter Dr. H e i n z e und K i n k e l i n sowie die ehrenamtlichen Richter S e m m e l b a u e r und Dr. D u f n e r für Recht erkannt:



Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 8. April 1976 und des Sozialgerichts Münster vom 8. Oktober 1974 aufgehoben. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Die Revision der Klägerin wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet ist, der klagenden Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) eine Defizit-Beihilfe iS des § 389 Abs 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung zu gewähren.

Die Klägerin hatte seit dem 1. März 1965 satzungsgemäß ihren Beitrag auf 11 vH des Grundlohns festgesetzt. Obwohl 1965 die Einnahmen zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichten und der Voranschlag für 1966 wiederum ein Defizit erwarten ließ, lehnte die Vertreterversammlung sowohl eine Erhöhung der Beiträge als auch - zunächst - den Abbau von Mehrleistungen ab. Erst Ende 1966 beschloß sie, die Mehrleistungen ab 1. Januar 1967 zu streichen.

Die Jahresrechnung 1966 führte zwar zu einem Einnahmeüberschuß in der allgemeinen Krankenversicherung, jedoch wegen des hohen Defizits in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) insgesamt zu einem Fehlbetrag von 325.051,31 DM. Der zuständige Landesverband der Ortskrankenkassen (Landesverband der Ortskrankenkassen Westfalen-Lippe) verweigerte die Durchführung eines



Finanzausgleichs nach § 13 des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes (SVAG) vom 17. Juni 1949. Die oberste Verwaltungsbehörde erklärte, sie werde eine Vereinigung der Klägerin mit anderen Ortskrankenkassen nicht genehmigen, weil dadurch die finanziellen Schwierigkeiten nicht beseitigt würden. Rechtsmittel gegen diese Entscheidungen ergriff die Klägerin nicht.

Nachdem die Klägerin seit Anfang 1965 mit dem zuständigen Gemeindeverband erfolglos wegen einer Beihilfe nach § 389 Abs 2 Satz 2 RVO verhandelt hatte, erhob sie gegen diesen Klage wegen des Defizits aus dem Jahre 1966, vermindert um die Kosten der in diesem Jahr noch gewährten Mehrleistungen (160.152,94 DM), sie begehrte mithin eine Beihilfe in Höhe von 164.898,37 DM.

Der Gemeindeverband bestritt seine Beihilfeverpflichtung mit der Begründung, daß der Bund die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu tragen habe. Die Klage der AOK wurde letztinstanzlich durch Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 24. Mai 1972 (BSGE 34, 177 ff) mit der Begründung abgewiesen, nicht der Gemeindeverband sei Schuldner des sich aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO ergebenden Beihilfeanspruchs, vielmehr sei dieser Anspruch gemäß Art 120 Abs 1 Satz 4 des Grundgesetzes (GG) sowie §§ 1 und 17 des ersten Überleitungsgesetzes seit dem 1. April 1950 letztlich gegen den Bund gerichtet.

Nachdem das Jahr 1967 mit einem Überschuß abgeschlossen hatte, ergab die Jahresrechnung für 1968 wieder einen Verlust, und zwar in Höhe von 917.126,38 DM. 1970 erhielt die Klägerin eine Beitragsnachzahlung für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) 1968 in Höhe von 660.310,05 DM. Das Jahr 1969 schloß wiederum mit einem Verlust ab, und zwar in Höhe von 2.248.992,20 DM, den die Klägerin ebenfalls auf die Belastungen durch die KVdR zurückführte. Für dieses Jahr erhielt die Klägerin im Jahre 1971 eine KVdR-Nachzahlung von 784.237,27 DM.



Die Klägerin wandte sich sodann an die Beklagte mit dem Begehren, die Defizite aus den Jahren 1966, 1968 und 1969 zu übernehmen. Nachdem die Beklagte dies mit Schreiben vom 22. Januar 1973 abgelehnt hatte, erhob die Klägerin Klage und beanspruchte eine Ausgleichszahlung für die Defizite in Höhe von 3.491.169,89 DM von der Beklagten.

Das Sozialgericht (SG) Münster hat die Beklagte durch Urteil vom 8. Oktober 1974 zur Zahlung von 1.721.571,26 DM verurteilt und die weitergehende Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt, die Beklagte sei für den Anspruch passiv legitimiert. Hinsichtlich seiner Höhe müsse berücksichtigt werden, daß die Klägerin 1966 die Mehrleistungen noch nicht abgebaut und für die Jahre 1968 und 1969 Zuschußzahlungen zur KVdR erhalten habe.

Beide Beteiligte haben das Urteil mit der Berufung angefochten. Das Landessozialgericht (LSG) für das Land Nordrhein-Westfalen hat beide Berufungen mit Urteil vom 8. April 1976 zurückgewiesen. Es hat die Revision zugelassen. Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, die Beklagte sei Schuldnerin des sich aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO ergebenden Beihilfeanspruchs. Entgegen dem Wortlaut der Vorschrift sei nicht der Gemeindeverband, sondern der Bund passiv legitimiert, das ergebe sich aus Art 120 Abs 1 Satz 4 GG und §§ 1 und 17 des ersten Überleitungsgesetzes. Zwar könne sich die Klägerin nicht auf Art 120 Abs 1 GG als Anspruchsgrundlage berufen, denn diese Vorschrift betreffe nur die Lastenverteilung zwischen Bund und Ländern, jedoch müßten die Zuschüsse der Gemeinden zur Sozialversicherung im Rahmen der Finanzverfassung dem Bund zur Last fallen, da die Einnahmen und Ausgaben der Gemeinden im Verhältnis zwischen Bund und Ländern als solche der Länder zu gelten hätten (Art 106 Abs 9 GG). In § 17 des ersten Überleitungsgesetzes, der die einzelnen Sachgebiete aufführe, für die der Bund finanziell zuständig sein solle, werde



§ 389 Abs 2 Satz 2 RVO zwar nicht ausdrücklich benannt, diese Vorschrift enthalte aber nur eine beispielhafte Aufzählung. Aufgrund des Verfassungsgebotes des Art 120 Abs 1 Satz 4 GG ergreife sie auch den von der Klägerin erhobenen Anspruch. Ebenso wie alle anderen im ersten Überleitungsgesetz aufgezählten Ansprüche richte es sich seit dessen Inkrafttreten am 1. April 1950 gegen die Beklagte. Zu einer solchen abändernden Auslegung sei das LSG in Übereinstimmung mit der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts -BSG- (BSGE 34, 177, 181) befugt, da es sich bei § 389 Abs 2 Satz 2 RVO um vorkonstitutionelles Recht handle. Der sich nach alledem gegen die Beklagte richtende Beihilfeanspruch sei indes nur in der Höhe begründet, die sich aus dem angefochtenen Sozialgerichtsurteil ergebe.

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision neben einer Verletzung formellen vor allem die unrichtige Anwendung materiellen Rechts. Insbesondere habe das LSG § 389 Abs 2 RVO unzutreffend ausgelegt. Abgesehen davon, daß es schon fraglich sei, ob diese Vorschrift auf Fälle der vorliegenden Art überhaupt anwendbar sei, weil sie nicht bei laufenden Defiziten, sondern nur in Ausnahmefällen bei vorübergehenden Finanzschwierigkeiten einer Ortskrankenkasse eingreifen solle, fehle es für die Passivlegitimation des Bundes an einer hierfür erforderlichen Rechtsgrundlage.

Nach übereinstimmender Auffassung in der Literatur gebe Art 120 Abs 1 Satz 4 GG für sich allein keine Anspruchsgrundlage für einen Zahlungsanspruch. Diese Verfassungsnorm besage vielmehr, daß die bei Inkrafttreten des Grundgesetzes bestehenden materiell-rechtlichen Regelungen über Kriegsfolgenlasten und Zuschüsse zur Sozialversicherung in ihrem materiellen Kern unangetastet bleiben sollten und der Gesetzgeber lediglich gehalten sein sollte, die Lasten dieser Regelungen auf den Bund zu überführen. Die Last aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO sei jedoch nicht vom Bund übernommen worden. Eine Ergänzung des ersten Überleitungsgesetzes könne nicht stattfinden, denn die §§ 1 Abs 1 Nr 11 und 17 enthielten nach der



Systematik dieses Gesetzes keineswegs nur eine beispielhafte Aufzählung, insbesondere sei § 17 des ersten Überleitungsgesetzes nicht um Ansprüche aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO zu ergänzen, um damit den Grundsätzen des Art 120 Abs 1 GG Rechnung zu tragen. Gehe man nämlich auf der einen Seite davon aus, daß Art 120 Abs 1 GG keine Anspruchsgrundlage enthalte, sondern durch Überleitungsgesetze ergänzungsbedürftig sei, so könne die erforderliche Überleitungsvorschrift nicht wiederum aus derselben Verfassungsbestimmung ergänzt werden; eine solche Argumentation sei in sich widersprüchlich.

Art 120 Abs 1 GG betreffe nur das Bund-Länder-Verhältnis, nicht dagegen die Finanzbeziehungen zu den Gemeindeverbänden. Bei einer Zuschußverpflichtung des Bundes hätte geregelt werden müssen, ob sie ihn unmittelbar treffe, oder ob es nach außen bei der Zuschußpflicht der Gemeindeverbände verbleibe und die Erstattungspflicht des Bundes nur intern hätte begründet werden sollen. Gegen eine Bestellung eines Bundeskommissars für eine Ortskrankenkasse - wovon das BSG auszugehen scheine - bestünden überdies verfassungsrechtliche Bedenken aus Art 83 ff GG. Aus alledem ergebe sich, daß dem Gesetzgeber für die Übernahme einer Gewährträgerschaft in das erste Überleitungsgesetz jedenfalls eine Reihe von Alternativlösungen zur Verfügung gestanden hätte. In diesen Kompetenzbereich des Gesetzgebers könnten die Gerichte keinesfalls eingreifen. Darüber hinaus sei die Forderung der Klägerin aber auch der Höhe nach ungerechtfertigt.

Die Beklagte beantragt,

1. das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. April 1976 und das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 8. Oktober 1974 im Umfang der Verurteilung der Beklagten aufzuheben und die Klage abzuweisen,



- 7 -

2. die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

1. unter Abänderung des Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. April 1976 und des Urteils des Sozialgerichts Münster vom 8. Oktober 1974 die Beklagte zu verurteilen, weitere DM 1.769.598,63 an die Klägerin zu zahlen,
2. die Revision der Beklagten, soweit sie mit dem vorgenannten Antrag nicht übereinstimmt, zurückzuweisen.

Sie rügt mit ihrer Revision eine unrichtige Anwendung des § 389 Abs 2 Satz 2 RVO. Die Klägerin ist ebenfalls der Auffassung, Art 120 Abs 1 Satz 4 GG enthalte keine Anspruchsgrundlage, sondern bedürfe zu seiner Ausfüllung entsprechender gesetzlicher Regelungen. Soweit solche vorhanden gewesen seien, werde deren Fortgeltung durch Art 120 GG nicht berührt. § 389 Abs 2 Satz 2 RVO sei verfassungskonform in der Weise auszulegen, daß der Bund als Schuldner an die Stelle des Gemeindeverbandes getreten sei. Da Art 120 Abs 1 Satz 4 GG eine unmittelbare Verpflichtung des Bundes zur Tragung derartiger Lasten ausspreche, bedürfe es zur Überbürdung dieser Verantwortung keiner weiteren gesetzlichen Regelung. Selbst wenn man dieser Auffassung nicht folge, so sei ein Schuldnerwechsel durch die insoweit ergänzungsfähigen Überleitungsgesetze erfolgt.

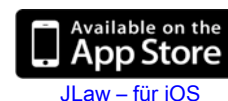
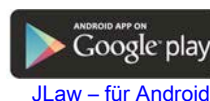
II.

Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet. Der Klägerin steht kein Anspruch auf eine Defizitbeihilfe iSd § 389 Abs 2 Satz 2 RVO für die Jahre 1966, 1968 und 1969 gegen die Beklagte zu.

- 8 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



1. Die Vorschrift des § 389 RVO sah in den Jahren 1966 - 1969 eine Defizit-Beihilfe für eine Ortskrankenkasse in dem Fall vor, daß ihre Beitragseinnahmen nach einem Beitragssatz in Höhe von 11 % des Grundlohnes die Regelleistungen nicht deckten und ein Beschluß der Vertreterversammlung über eine weitere Beitragserhöhung nicht zustandekam. In einem solchen Fall hatte nach Absatz 2 Satz 2 der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe aus eigenen Mitteln zu leisten.

Die Bestimmung des Gemeindeverbandes zum sogenannten Garantieträger der Ortskrankenkassen geht auf die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 15. Juni 1883 (Reichsgesetzblatt -RGBl- S. 73) zurück. Die dadurch vorgenommene Regelung der Krankenversicherung erschien dem Reichsgesetzgeber im Interesse einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter und einer Erleichterung der öffentlichen Armenlast dringend geboten (vgl. Begründung des Entwurfs eines Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, Nr 14 der Drucksachen des Reichstags, 5. Legislaturperiode, II. Session, 1882, abgedruckt bei E. von W. KVG, 5. Aufl 1896 S 18 ff). Das KVG versuchte einen Krankenversicherungsschutz primär durch Ortskrankenkassen, Betriebs- (Fabrik-), Bau-, Innungs-, Knappschafts-Krankenkassen und freiwillige Hilfskassen zu erreichen. Daneben schuf es jedoch noch eine subsidiäre Form der Krankenversicherung. Den Gemeinden wurde die Verpflichtung auferlegt, jedem in ihrem Bezirk beschäftigten, dem Krankenversicherungszwang unterworfenen Arbeiter für den Fall der durch Krankheit bedingten Erwerbsunfähigkeit eine gesetzlich bemessene Unterstützung zu gewähren, sofern er keiner der sonst vorgesehenen Krankenkassen angehörte (§ 4 Abs 1 KVG). Der sozialpolitische Grund für diese Verpflichtung der Gemeinden zur Errichtung einer subsidiären Gemeindekrankenversicherung (§§ 4 bis 12 KVG) lag darin, die gemeindliche Armenunterstützung zu

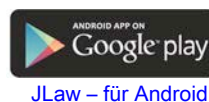


entlasten, die anderenfalls hätte eintreten müssen. In der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (aaO S 32) wurde darauf hingewiesen, daß auch diese Form der Krankenversicherung sich lediglich als eine weitere Ausbildung bereits bestehender Einrichtungen darstelle, denn bereits § 29 des Gesetzes vom 6. Juni 1870 (Bundesgesetzblatt des Norddeutschen Bundes -BGBI- S.360) über den Unterstützungswohnsitz erlegte den örtlichen Armenverbänden die Verpflichtung auf, den in ihrem Bezirk erkrankten Dienstboten, Gehilfen und Lehrlingen zumindest sechs Wochen lang Kur und Verpflegung zu gewähren.

Die Gemeindekrankenversicherung war keine eigentliche Krankenkasse, sondern eine kommunale Verwaltungseinrichtung ohne eigene Rechtspersönlichkeit. Die Ausgaben für die Krankenunterstützungen sollten in erster Linie durch Beiträge gedeckt werden, zu deren Erhebung die Gemeinden verpflichtet waren (§ 5 Abs 2 KVG). Diese betrugen entsprechend dem geringen Leistungsumfang der gemeindlichen Krankenversicherung in der Regel 1,5 % des ortsüblichen Tageslohnes (§ 9 Abs 1 KVG) gegenüber 3 % bei den übrigen Krankenkassen. Sofern die Geldmittel zur Deckung der Aufwendungen nicht ausreichten, waren jedoch aus der allgemeinen Gemeindekasse Vorschüsse zu leisten (§ 9 Abs 4 KVG). Diese Vorschüsse waren zwar aus der (besonderen) Kasse der Gemeindekrankenversicherung an die (allgemeine) Gemeindekasse zurückzuzahlen (§ 9 Abs 4 KVG), die Rückerstattungspflicht entfiel jedoch, wenn der Beitragssatz 2 % überschritten hatte und dennoch ein Ausgabenüberschuß eintrat (§ 10 Abs 1 KVG). Damit war für die Gemeindekrankenversicherung eine generelle Defizithaftung der Gemeindekasse gesetzlich festgelegt. Sofern sich mehrere Gemeinden zu einer gemeinsamen Gemeindekrankenversicherung zusammengeschlossen hatten (§ 12 KVG), war die Defizithaftung auf die beteiligten Gemeinden zu verteilen (vgl von Woedtke aaO, Anm 6a zu § 12).

Demgegenüber waren die Ortskrankenkassen verpflichtet, ihre Aufgaben durch Eigenfinanzierung zu decken und bei

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



Ungleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben entweder die Einnahmen - durch Beiträge - zu erhöhen oder die Ausgaben - durch Leistungseinschränkung - zu senken (§ 33 KVG). Vorschüsse oder Zuschüsse aus der Gemeindekasse waren an die Ortskrankenkassen nicht zu zahlen. Wurden allerdings Ortskrankenkassen leistungsunfähig oder waren sie deshalb zu schließen, trat letztlich wiederum die Zuständigkeit der Gemeindekrankenversicherung ein (§ 47 Abs 4 KVG).

Da sich die sozialpolitische Erwartung, den Gemeinden würde wegen der starken finanziellen Belastung ein starker Antrieb gegeben werden, Ortskrankenkassen ins Leben zu rufen, für die sie nicht aufzukommen hätten, nicht erfüllte, entschloß sich der Gesetzgeber bei der Schaffung der Reichsversicherungsordnung, das Rechtsinstitut der Gemeindekrankenversicherung zu beseitigen. Um dennoch unter allen Umständen den Arbeitern einen Krankenschutz zu sichern, wurde bei der Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen durch §§ 389, 390 RVO den Gemeinden die Verpflichtung auferlegt, die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu garantieren, ggf durch eine Beihilfe (vgl Begründung des Entwurfs einer RVO, Reichstags-Drucks 12/340, II. Session, 1909/1910, zu § 419 des Entwurfs einer RVO, S 223,224). Die Beihilfe trat somit an die Stelle des im KVG vorgesehenen Zuschusses. Bei der ersten Lesung des Entwurfs wurden gegen eine Garantieverpflichtung der Gemeinden allerdings starke Bedenken erhoben, die zu einem Änderungsantrag des Plenums führten (vgl Antrag Nr 236, 1. Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer RVO, Reichstags-Drucks 12/946, II. Session 1909/1911, 2. Teil, S 363). Das Plenum der Kommission vertrat die Auffassung, die im Entwurf vorgesehenen und darüberhinaus von der Kommission beschlossenen Erweiterungen der Kassenleistungen würden in sehr vielen Fällen mit Beiträgen in Höhe von 6 %



des Grundlohns nicht gedeckt werden können. Die Abwälzung des Fehlbetrages auf die Gemeindeverbände werde viele von diesen unerträglich belasten, weshalb für leistungsunfähige Gemeindeverbände der Staat eintreten müsse. Solange die Voraussetzungen der Leistungsunfähigkeit gesetzlich nicht bestimmt seien, müsse der Staat an die Stelle des Gemeindeverbandes treten. Demgegenüber hielt die Reichsregierung weiterhin an der Auffassung fest, die Fürsorge für Erkrankte sei mit den gemeindlichen Aufgaben der Armenfürsorge so eng verbunden, daß eine Übertragung der Garantieverpflichtung für leistungsunfähige Krankenkassen auf den Staat kaum an-
gänglich sei. Auch könne der Staat die Notwendigkeit der Ausgaben nicht genauer nachprüfen. Wenn schließlich die Kassen und Gemeindeverbände durch die Haftung des Staates gedeckt seien, müsse ein unnötiges Anwachsen der Ausgaben und damit der Belastung des Staates befürchtet werden (vgl Antwort des Regierungsvertreters, aaO S 365, 366). Im übrigen wurde jedoch die Garantieverpflichtung der Gemeindeverbände in die RVO aufgenommen. Sie ist seitdem bis zu der für diesen Rechtsstreit bedeutsamen Zeit unverändert geblieben, lediglich die Höhe des Beitrags-Prozentsatzes in § 389 Abs 1 RVO ist mehrfach geändert worden. Dadurch hat sich jedoch an dem rechtlichen Wesen der Garantieverpflichtung nichts geändert. Auch verschiedene Versuche, einen Finanzausgleich zwischen den Kassen einzuführen, sind ohne Erfolg geblieben (vgl Allinger, Bundesarbeitsblatt 1967, 612, 616) und haben demgemäß ebenfalls keine Bedeutung für die Verpflichtung nach § 389 Abs 2 Satz 2 RVO erlangt.

Zusammenfassend zeigt sich somit, daß sich die Garantieverpflichtung der Gemeindeverbände als eine Fortsetzung der Armenunterstützung in den Formen der Sozialversicherung darstellt bzw. als eine Weiterentwicklung der Idee, welche der staatlichen Armenpflege zugrundelag (vgl Manes, Sozialversicherung, 6. Aufl, 1926 § 2). Daß den Gemeinden bzw. den Gemeindeverbänden als Träger der Armenfürsorge mit der Errichtung der Sozialversicherung erhebliche Lasten abgenommen



wurden, weil nunmehr der entsprechende Personenkreis in Notfällen von der Sozialversicherung und nicht mehr von den örtlichen Armenverbänden zu betreuen war, vermochte die Garantieträgerschaft der Gemeindeverbände jedoch allenfalls zum Zeitpunkt der Entstehung der RVO zu begründen. Diese tragende Grundlage der gesetzlichen Bestimmung ist jedoch im Laufe der Entwicklung entfallen. Für die zur Zeit des Rechtsstreits geltende Rechtslage läßt sich eine Identität oder mindestens eine nahe Verknüpfung zwischen den Aufgaben der Gemeindeverbände als Träger der Armenfürsorge (Sozialhilfe) und dem Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen, die eine Übernahme finanzieller Lasten sachlich rechtfertigen könnte, nicht mehr feststellen. Zutreffend weist W. (Gemeinden und Landkreise als Garantieträger gesetzlicher Krankenkassen, Dissertation Bochum 1972 S. 116) darauf hin, daß der Personenkreis, der jetzt durch die gesetzliche Krankenversicherung geschützt wird, keineswegs mehr mit dem ursprünglich erfaßten Kreis, zu dem hauptsächlich die "Ärmsten der Armen" gehörten, übereinstimmt (siehe auch BVerfG, SozR 2200 Nr 35 zu § 539 RVO); die soziale Krankenversicherung versorgt jetzt vielmehr rund 90 vH der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfalle (vgl BMA: Übersicht über die soziale Sicherung, 10. Aufl, Stand Juni 1977, S 179, 184).

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränken sich nicht auf das Notwendigste, sondern gehen über die der Armenfürsorge weit hinaus (vgl Weber aaO mit weiteren Nachweisen). Die Krankenversicherung nimmt inzwischen eigenständige soziale Aufgaben im gesamtstaatlichen Sicherungssystem wahr und kann keinesfalls mehr als eine bloße Ergänzung der örtlichen Wohlfahrtspflege angesehen werden (vgl Elsholz, Haftung der Gemeinden gegenüber den allgemeinen Ortskrankenkassen, Städtetag 1967, S 78/80). Zu Recht bezweifelt Allinger (aaO S 615), ob die heutige Mitgliederstruktur der



gesetzlichen Krankenversicherung eine Kommunalbeihilfe noch zu rechtfertigen vermöchte. Schließlich macht auch die Untersuchung der Sozialenquete (vgl. Soziale Sicherung, Bericht der Sozialenquete-Kommission 1966, Ziff 607) deutlich, daß "die gesetzliche Krankenversicherung aufgehört hat, ein Fürsorgeinstrument zugunsten armer, hilfsbedürftiger Bürger zu sein und daß ihre Mitglieder fast zur Gänze wirtschaftlich gesunde Individuen sind, durchaus fähig und auch willens, für die Kosten ihrer Existenz und Existenzsicherung aufzukommen".

Damit zeigt sich, daß sich gemeindliche Armenhilfe und gesetzliche Krankenversicherung soweit auseinander entwickelt haben, daß die Begründung zur Einführung einer Garantieträgerschaft der Gemeindeverbände nicht mehr stichhaltig und § 389 Absatz 2 Satz 2 RVO als Grundlage für Beihilfeansprüche der Ortskrankenkassen gegen die Gemeindeverbände gegenstandslos geworden ist (so im Ergebnis auch Weber aaO S 116). Außerdem hinge die Haftung eines Gemeindeverbandes für eine Ortskrankenkasse - in welcher Art auch immer sie durchgeführt würde - zumindest davon ab, daß der Mitgliederkreis der Ortskrankenkasse sich mit dem vom haftenden Gemeindeverband erfaßten Personenkreis deckt. Diese Voraussetzung, die zwar bei der Errichtung der allgemeinen Ortskrankenkassen gegeben war (vgl. §§ 226, 231 RVO), besteht jedoch nicht mehr, weil im Laufe der Entwicklung zahlreiche Krankenkassen durch Zusammenlegung und ähnliche Maßnahmen ihre gebietlichen Grenzen verändert haben (vgl. dazu Schriftl. Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zur Änderung des § 226 RVO durch § 75 Nr 5 des Entwurfs eines Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, Bundestags-Drucks zu VI 3508, S. 11, zu § 75 Nr 5); das gleiche gilt auch für die Gemeindeverbände. Zwar wäre auch eine Garantiehaftung denkbar, die von mehreren Gemeindeverbänden getragen würde, allein dazu bedürfte es der Gründung von Zweckverbänden nach landesrechtlichen Vorschriften (vgl. § 527 RVO). Solche sind jedoch nicht erfolgt. Damit ergibt sich, daß - wie der Senat bereits



in dem Urteil vom 24. Mai 1972 - 3 RK 9/71 - (BSGE 34,177) entschieden hat - die Vorschrift des § 389 Absatz 2 Satz 2 RVO obsolet geworden ist, und ein Beihilfeanspruch der Ortskrankenkasse zur Deckung eines Ausgabenüberschusses jedenfalls gegen den Gemeindeverband nicht mehr besteht.

2. Besteht keine Garantiehafung des Gemeindeverbandes, so stellt sich die Frage, ob es überhaupt erforderlich ist, eine Haftung für den Fall festzulegen, daß die Beiträge die Regelleistungen nicht decken und einen Haftungsträger zu bestimmen. In diesem Zusammenhang bedarf die Rechtslage keiner Erörterung, die durch Art 1 § 1 Nr 44 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) eingeführt worden ist, weil sie nur für die Zeit ab 1. Juli 1977 Gültigkeit beansprucht, jedoch im vorliegenden Fall auf die für die Zeit von 1966 bis 1969 geltende Rechtslage abzustellen ist. In dieser Zeit war die Garantiehafung für Ortskrankenkassen noch ausdrücklich vorgesehen. Wenn auch der ursprüngliche Haftungsträger als nicht mehr verpflichtet angesehen werden kann, besteht doch kein sachlicher Grund, das gesamte Rechtsinstitut der Garantiehafung als hinfällig zu betrachten. Zu einer solchen Annahme könnte allenfalls dann Veranlassung bestehen, wenn Ausgabenüberschüsse bei der Ortskrankenkasse nicht mehr hätten eintreten können. Das war jedoch nach der Ausgestaltung des Krankenversicherungsrechts in der fraglichen Zeit nicht der Fall; A (aaO S 612) hat die schon eingetretenen Defizite der Ortskrankenkassen zahlenmäßig belegt.

Des weiteren schreibt die RVO für die anderen Arten der Pflichtkassen (§ 225 Abs 1 RVO) ebenfalls eine Garantiehafung bei Ausgabeüberschüssen vor (§ 390 RVO). Es besteht kein Grund zu der Annahme, daß der Gesetzgeber eine Garantiehafung für Betriebs- und Innungskrankenkassen hätte als erforderlich, für Ortskrankenkassen



hingegen als nicht erforderlich ansehen können. Eine solche Annahme stünde insbesondere im Widerspruch dazu, daß den Ortskrankenkassen die Funktion einer "Auffangkasse" für jene Kassen zufällt, falls sie notleidend werden. So können Betriebs- und Innungskrankenkassen aufgelöst und im Notfall von Amts wegen geschlossen werden (§§ 272, 274, 278, 279 RVO). Als Folge der Schließung sind versicherungspflichtige Mitglieder dieser Kassen der zuständigen Ortskrankenkasse zuzuweisen (§ 300 RVO), wodurch eine weitere Belastung dieser Kasse hervorgerufen würde.

Hat somit die Ortskrankenkasse nach dem System der gegliederten Krankenversicherung letztlich einzutreten, wenn alle anderen Kassenarten versagen, so obliegt dieser Kasse die Grundsicherung im sozialen Krankenschutz, der nach dem Sozialstaatsgebot des Art 20 Abs 1 GG eine Aufgabe von Verfassungsrang ist. Eine solche Grundsicherung erfordert jedoch eine finanzielle Absicherung. Daraus folgt, daß für die Ortskrankenkassen eine Garantiehafung - deren Ausgestaltung hier noch nicht näher zu qualifizieren ist - bestehen muß, weil nur dann gewährleistet ist, daß der Bevölkerung auch in Notfällen ein sozialer Krankenschutz funktionsfähig zur Verfügung steht.

3. Ist für die Ortskrankenkasse zwar das Vorhandensein einer Garantiehafung notwendig, wird jedoch der Gemeindeverband nicht verpflichtet, so fragt es sich weiter, gegen welchen Träger der Beihilfeanspruch gerichtet ist. Der Senat hat in der bereits genannten Entscheidung vom 24. Mai 1972 die Bundesrepublik Deutschland als garantiiepflchtig angesehen. Der jetzt erkennende Senat tritt dieser Entscheidung im Ergebnis bei, ist jedoch der Auffassung, daß die Bundesrepublik durch eine Ortskrankenkasse nicht sofort und direkt in Anspruch genommen werden kann.* Diese Frage war in jenem Rechtsstreit nicht zu entscheiden gewesen, weil ein Gemeindeverband in Anspruch genommen worden war, und sie ist auch nicht abschließend beantwortet worden (vgl die Darlegungen



in BSGE 34, 181 letzter Absatz). Der erkennende Senat ist der Auffassung, daß der in diesem Rechtsstreit zugrunde liegende Sachverhalt einen unmittelbaren Garantieeintritt der Bundesrepublik Deutschland nicht zu begründen vermag.

Wie bereits dargelegt, ergibt sich die Erforderlichkeit einer Garantiehaftung für Ortskrankenkassen bereits aus dem Sozialstaatsgebot des Art 20 Abs 1 GG. Schon daraus läßt sich erkennen, daß letztlich die Bundesrepublik Deutschland für die Erfüllung dieser Sozialverpflichtung einzustehen haben muß. Zum gleichen Ergebnis führt die Regelung des Art 120 Abs 1 Satz 4 GG (in der Fassung des Gesetzes vom 30. Juli 1965 - BGBl I 649). Nach dieser Vorschrift trägt der Bund die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung mit Einschluß der Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenhilfe. Zwar läßt sich aus Art 120 Abs 1 Satz 4 GG kein eigenständiger Zahlungsanspruch ableiten (vgl BVerfGE 14, 221, 233, 235; BSGE 21, 209, 216), jedoch bezweckt diese Verfassungsnorm, eine Lastenverteilung vorzunehmen und - sofern eine Zuschußverpflichtung zu den Lasten der Sozialversicherung besteht - diese Finanzverantwortung der Bundesrepublik zu übertragen.

Der Bund trägt die Finanzverantwortung im Verhältnis zu den Ländern, eine unmittelbare Verpflichtung Dritten gegenüber wird nicht begründet (vgl Schaefer in von Münch, Grundgesetz-Kommentar Bd 3, 1978, RdNr 1 zu Art 120). Inwieweit Art 120 Abs 1 GG auch für das Verhältnis der Bundesrepublik zu den Gemeinden oder Gemeindeverbänden Bedeutung hat, läßt der Senat dahinstehen. Zwar gelten deren Einnahmen und Ausgaben nach Art 106 Abs 9 GG als Einnahmen und Ausgaben der Länder, jedoch ist im vorliegenden Rechtsstreit nicht ein Anspruch eines Gemeindeverbandes gegen die Bundesrepublik im Streit, sondern ein unmittelbarer Beihilfeanspruch



einer Ortskrankenkasse. Die Auffassung, daß die Gemeindefinanzen im Verhältnis zum Bund als solche der Länder zu gelten hätten, könnte allenfalls dazu führen, den Gemeindeverbänden einen Anspruch auf Finanzausgleich zuzubilligen, die einen Zuschuß zu den Lasten der Sozialversicherung bereits aufgebracht hätten. Ein solcher Finanzausgleich steht aber hier nicht im Streit und er sollte auch – wie die Entstehungsgeschichte des Gesetzes deutlich macht – durch § 389 Abs 2 Satz 2 RVO nicht eingeführt werden. Die Lastenverteilung zwischen Bund und Ländern beruht im wesentlichen auf dem Gedanken der Haushaltsabgrenzung. Die Lasten, die der Bund nach Art 120 Abs 1 GG trägt, müssen bei der Verteilung der Steuereinnahmen auf den Bund und die Länder berücksichtigt werden (vgl Schaefer aaO RdNr 2). Ebenso wie es Sinn der Vorschrift ist, die Kriegsfolgelasten – über den Bund – von der Gesamtbevölkerung des Bundesgebietes gleichmäßig tragen zu lassen, soll der Bund aus denselben Erwägungen die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung tragen.

Art 120 Abs 1 Satz 4 GG ordnet nicht an, daß die Bundesrepublik Zuschüsse unmittelbar an die Versicherungsträger zu leisten hat, bei denen der Zuschußbedarf entsteht; der dort verwendete Ausdruck "tragen" besagt vielmehr, daß die Aufwendungen für die Sozialversicherungslasten letztlich der Bundesrepublik zur Last fallen und von ihr bezahlt werden sollen. Aus der Fassung der Norm läßt sich hingegen noch nicht entnehmen, auf welche Weise der Bund die Aufwendungen zu tragen hat. So könnte eine Lastenübernahme derart erfolgen, daß zunächst die Länder leisten und der Bund ihnen die Aufwendungen erstattet (vgl BVerfGE 9, 305, 317 zum Verhältnis der Erstattung von Kriegsfolgelasten). Art 120 Abs 1 Satz 4 GG bezweckt nicht, ein Rechtsverhältnis zwischen Bundesrepublik und Sozialversicherungsträgern herzustellen, sondern er betrifft allein das Innenverhältnis zwischen Bund und Ländern. Für dieses Innenverhältnis stünden zahlreiche Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung, wie



Einzelerstattungen an die Länder, Pauschalierungsverfahren oder ein Ausgleich mit einer Interessenquote der Länder oÄ (vgl die Übersicht bei Kurzweilly, Kriegsfolgenhilfe Band 1, 1955, S 34 ff). Ein Schuldnerwechsel in der Weise, daß die Bundesregierung primär ausgleichspflichtig gegenüber den Sozialversicherungsträgern wird, kann dagegen aus Art 120 Abs 1 GG nicht hergeleitet werden.

Zum Vollzug des Art 120 GG erging am 28. November 1950 das 1. Gesetz zur Überleitung von Lasten und Deckungsmitteln auf den Bund (BGBl § 773, zuletzt geändert durch das 5. Überleitungsgesetz vom 30. Juni 1959, BGBl I 335). Dieses Gesetz hat jedoch weder eine unmittelbare Zuschußberechtigung der Ortskrankenkassen gegen die Bundesrepublik Deutschland angeordnet, noch hat es die aus Art 20 Abs 1, Art 120 Abs 1 Satz 4 GG erwachsende Zuschußpflicht ausgeräumt. In § 1 Abs 1 Nrn 1 - 11 des Gesetzes werden die Lasten aufgezählt, die auf den Bund übergehen sollen; Nr 11 betrifft die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung. § 17 bestimmt, welche Lasten der Gesetzgeber auf den Bund überleiten wollte, § 389 Abs 2 Satz 2 RVO ist in diesem Katalog nicht enthalten. Daraus läßt sich jedoch nicht ableiten, daß die Zuschußpflicht zu den Lasten der Sozialversicherung, soweit es sich um Defizitzuschüsse für Allgemeine Ortskrankenkassen handelt, beseitigt werden sollte. Wie der Senat bereits in der Entscheidung vom 29. Juli 1964 (BSGE 21, 209, 215) eingehend dargelegt hat, muß § 17 des Gesetzes vielmehr dahin verstanden werden, daß der Bundesgesetzgeber zum 1. April 1950 (§ 25 des Gesetzes) den vollständigen Übergang der Zuschußverpflichtungen wollte und nicht etwa einzelne Verpflichtungen - wie die aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO - zwecks späteren Übergangs von der globalen Übernahme der Zuschußlasten ausgenommen hat; denn davon hing der Übergang der Einnahmen nach Art 120 Abs 2 GG ab.



Allerdings kann angenommen werden, daß das damalige Schweigen des Bundesgesetzgebers zu der Defizithaftung aus § 389 Abs 2 Satz 2 RVO damit zu erklären ist, daß er den Eintritt eines solchen Haftungsfalles nicht erwartete. Damit wird jedoch die Defizithaftung nicht aufgehoben, zumal sich eine aus Art 20 Abs 1 GG herzuleitende Garantieverpflichtung nicht durch einfaches Bundesgesetz beseitigen läßt. Hinzu kommt, wie bereits in der Entscheidung vom 29. Juli 1964 eingehend begründet (aaO Seite 217), daß das 1. Überleitungsgesetz seiner Zwecksetzung nach bei den Lasten der Sozialversicherung nicht in die materiell-rechtliche Regelung über den Bestand dieser Verpflichtungen eingreifen sollte (vgl dazu auch die amtliche Begründung in BT-Drucks I/1064 Seite 10,12).

Gegen eine unmittelbare Bundesgarantie zugunsten der einzelnen Ortskrankenkassen spricht darüber hinaus, daß dem Bund durch Art 120 GG lediglich eine Finanzierungs-, nicht dagegen auch eine Verwaltungskompetenz zugewiesen ist, denn insoweit bleiben die Länder gemäß Art 83 ff GG zuständig. Der Bund hätte wegen des verfassungsrechtlichen Verbots der Mischverwaltung keine Möglichkeit, auf die Verwaltungstätigkeit einzelner landesunmittelbarer Kassen Einfluß zu nehmen und könnte insbesondere nicht Kommissare mit sachlicher Entscheidungsbefugnis (§ 389 Abs 2 Satz 3 RVO) zu den einzelnen Kassen entsenden (vgl Weber aaO S 120). Auf diese staatsrechtlichen Bedenken hatte der Regierungsvertreter bereits in seiner Erwiderung auf den Änderungsantrag des Reichstages hingewiesen, mit welchem eine Haftung des Staates anstelle des Gemeindeverbandes gefordert worden war (vgl oben zu 1). Diese Bedenken könnten auch nicht mit der Erwägung ausgeräumt werden, daß der vorliegende Zuschußfall auf eine strukturelle Finanzierungsschwierigkeit der Kasse zurückgehe, die letzten Endes auf Gesetzgebungsmaßnahmen des Bundes beruhe. Abgesehen davon, daß § 389 Abs 2 Satz 2 RVO die Zuschußpflicht der Bundesregierung nicht auf Defizite solcher Art beschränkt, besteht kein allgemeiner Rechtssatz des Inhalts, daß



der Bund die finanziellen Lasten zu tragen habe, die durch Bundesgesetze entstehen könnten.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Bundesrepublik Deutschland zwar für die Zuschüsse zu den Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung aus grundgesetzlicher Verpflichtung eintreten muß, daß diese Haftung aber nicht unmittelbar und direkt bei jedem Defizit einer AOK eintritt, sie bedarf vielmehr zunächst der gesetzlichen Ausformung.

4. Als solche Ausformung ist allerdings nicht § 13 des Sozialversicherungsanpassungsgesetzes (SVAG - Gesetz über die Anpassung von Leistungen der Sozialversicherungen an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung vom 17. Juni 1949 - WiGBI S 99, zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Januar 1956 - BGBI I, 16) anzusehen. Nach Absatz 1 dieser Vorschrift regelt der Verband einer Krankenkassenart für den Bezirk des Oerversicherungsamtes oder für den Bereich eines Landes den erforderlichen Finanzausgleich, soweit die Beiträge nicht ausreichen, um die Aufrechterhaltung der von einer Kassenart nach den gesetzlichen Vorschriften zu deckenden Leistungen zu gewährleisten. Reichen die hiernach zu treffenden Maßnahmen nicht aus, so können die Verbände der Krankenkassen nach Absatz 2 der Vorschrift in Arbeitsgemeinschaft nach Prüfung der Sachlage Bestimmungen darüber erlassen, inwieweit die einzelnen Kassenarten sich finanzielle Hilfe zu leisten haben. Nur für den Fall, daß keine Vereinbarung in der Arbeitsgemeinschaft getroffen wird, sieht Absatz 3 eine Regelung durch die obersten Verwaltungsbehörden vor.

Der mit dem SVAG angestrebte Finanzausgleich zwischen unterschiedlich leistungsstarken Krankenkassen sollte ursprünglich auf der Ebene des Vereinigten Wirtschaftsgebietes erfolgen (vgl Drucksache des Wirtschaftsrates



des Vereinigten Wirtschaftsgebietes - VWG - 1948, Nr 796 Entwurf eines SVAG § 12, S. 1207), doch hielt es der Gesetzgeber für zweckmäßiger, "den Ausgleich nicht gleich auf die Reichsebene oder die bizonale Ebene zu verlegen, sondern ihn wie bei früheren Versuchen zunächst auf den Bereich von Oerversicherungsämtern abzustellen." Es war beabsichtigt, daß die Krankenkassen, wenn die Voraussetzungen für einen Ausgleich erfüllt sind, die Dinge zunächst unter sich bereinigen sollten, soweit das möglich ist (vgl Wörtlicher Bericht über die 29. Vollversammlung des Wirtschaftsrates des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, S.1311). Bei dieser Gemeinlastregelung, die zunächst eine bewußte Einschaltung der Selbstverwaltungsorgane vorsah, ist es jedoch verblieben. Auch der Bundesgesetzgeber, der die Fortgeltung des SVAG als Bundesrecht durch mehrere Änderungen bestätigt hat (vgl 2. Änderungsgesetz zum SVAG vom 4. August 1953 - BGBl I 846 -; 3. Änderungsgesetz vom 3. Oktober 1955 - BGBl I 653 -; Gesetz zur Änderung des 3. Änderungsgesetzes vom 21. Januar 1956 - BGBl I 16 -), ließ es bei dieser Regelung bewenden. Damit besteht zwar die rechtliche Möglichkeit eines Finanzausgleichs, § 13 Abs 1 und 2 SVAG gewährt der einzelnen Krankenkasse aber keinen Rechtsanspruch auf Durchführung eines solchen. Die Vorschrift richtet sich vielmehr nur an den jeweiligen Verband der Kassenart bzw an die Arbeitsgemeinschaft der verschiedenen Landesverbände und ermöglicht lediglich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit unter den Kassen mit ihrem Verband bzw unter den Verbänden der Kassenarten. Die notleidende Kasse erlangt weder einen Leistungsanspruch noch erhält sie einen Leistungsschuldner.

5. Art 120 Abs 1 Satz 4 GG verpflichtet zwar den Bund, sämtliche Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu tragen, diese Lastenverteilungsregelung räumt jedoch dem Bundesgesetzgeber eine Gestaltungsfreiheit ein, zu bestimmen, unter welchen Modifikationen die Zuschüsse letztlich zu übernehmen sind. Die Zuschußpflicht des Bundes ist allerdings



nicht nur eine Frage der finanzverfassungsrechtlichen Zuordnung einer Soziallast, sondern zugleich eine Verpflichtung aus dem Sozialstaatsprinzip. Art 20 Abs 1 GG enthält den Auftrag des Verfassungsgebers, die staatliche Ordnung der Bundesrepublik Deutschland nach sozialen Grundsätzen zu organisieren. Eine der daraus folgenden Aufgaben ist es, für das Funktionieren eines staatlichen Sozialversicherungssystems zu sorgen. Auf diese Aufgabe des Bundes wurde bereits bei den Verhandlungen des parlamentarischen Rates hingewiesen. Bei der Frage nach den Zuschüssen des Bundes zu den Lasten der Sozialversicherung handelt es sich danach "um ein Gebiet, auf dem der Bevölkerung eindeutig gesagt werden könne, daß der Bund sich als Treuhänder aller Menschen fühle, die der Sozialversicherung unterlägen und die Garantie dafür übernehme, daß die Leistungen der Sozialversicherung unter allen Umständen aufrechterhalten blieben" (vgl Parlamentarischer Rat, Verhandlungen des Hauptausschusses, 41. Sitzung vom 15. Januar 1949, S 516). Unter diesem Blickwinkel enthält Art 120 Abs 1 GG eine vom Verfassungsgeber für einen bestimmten Sachbereich vorgenommene Konkretisierung der Sozialstaatsklausel (vgl Weber aaO S 60). Satz 4 dieser Vorschrift ist auch nicht dahingehend einzuschränken, daß vom Bund nur bestimmte Lasten - etwa die Zuschüsse zur Rentenversicherung der Arbeiter (§ 1384 RVO) oder zum Bedarf der Bundesanstalt für Arbeit (§ 187 Abs 2 AFG) - der Sozialversicherung zu tragen wären. Bei Art 120 Abs 1 Satz 4 GG handelt es sich vielmehr um einen gesonderten, vom Bund zu übernehmenden Ausgabenblock, dem jeder einschränkende Zusatz fehlt (vgl BSGE 34, 177, 179 unter Bezugnahme auf BVerfGE 14, 221, 235); er betrifft auch die Zuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung.

6. Steht damit fest, daß Zuschüsse zu den Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die Bundesrepublik Deutschland zu tragen hat und folgt aus dem Sozialstaatsprinzip (siehe oben 2) das Erfordernis, die Ortskrankenkassen als Institutionen zur Grundsicherung



des sozialen Krankenschutzes funktionsfähig zu halten, so muß der Bund letztlich den Defizitausgleich dieser Kassen übernehmen.

Diese Garantiepflicht bedarf allerdings der näheren Konkretisierung, denn sie kann ihrer rechtlichen Herkunft und ihrem Bestimmungszweck entsprechend nur für Fälle in Betracht gezogen werden, in denen die Existenz einer Allgemeinen Ortskrankenkasse und damit die soziale Grundsicherung eines Bevölkerungskreises in Frage steht. Sie kann hingegen nicht Platz greifen, wenn es lediglich um den Ausgleich mehr oder weniger vorübergehender Finanzierungsschwierigkeiten geht. Die soziale Krankenversicherung ist nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert, und dieses Prinzip gibt den Selbstverwaltungskörperschaften nicht nur das Recht auf eigenverantwortliche Durchführung der ihnen übertragenen Aufgaben, sondern es erlegt ihnen zugleich die Pflicht auf, die Aufgaben primär mit eigenen Mitteln zu lösen. Aus ihrer Selbstverantwortlichkeit kann eine Allgemeine Ortskrankenkasse frühestens dann entlassen werden, wenn ihre Leistungsgrenzen objektiv überschritten sind. In dem Zusammenhang spielt die Beitragssatzgrenze des § 389 Abs 1 RVO zwar eine wichtige Rolle, sie hat jedoch nicht, wie die Klägerin offenbar annimmt, die Funktion einer objektiven Leistungsgrenze. Das erhellt schon daraus, daß das Gesetz den Fall einer weiteren Erhöhung des Beitragssatzes ausdrücklich vorsieht und für diesen Fall eine qualifizierte Beschlußfassung der Vertreterversammlung festlegt. Da das satzungsgebende Organ der Kasse die Verantwortung für deren Finanzausgleich hat, muß es aufgrund seiner Verantwortung im Rahmen einer zumutbaren Belastung der Kassenmitglieder Einnahmen und Ausgaben zum Ausgleich bringen.

In diesem Zusammenhang kann nicht außer Betracht bleiben, daß die Kasse auch die Höhe gesetzlich vorgeschriebener Leistungen zu beeinflussen vermag. Nur gewisse Barleistungen sind ihrer Höhe nach gesetzlich festgelegt, die Ausgaben für



Sachleistungen hingegen werden ungeachtet der gesetzlichen Leistungspflicht dem Grunde nach weitgehend durch Verträge geregelt, die die Kasse eigenverantwortlich abschließt, und die Verwaltungsaufgaben werden ebenfalls von der Kasse in eigener Verantwortung festgesetzt. Schon daraus ergibt sich, daß die Entstehung eines Ausgabenüberschusses und insbesondere dessen Höhe sich nicht nur, wie das die Klägerin tut, mit dem Hinweis auf gesetzliche Bestimmungen begründen läßt. Weiterhin folgt daraus, daß die Garantiepflicht der Bundesrepublik als eine Bestimmung zur Grundsicherung überhaupt nur dann in Betracht gezogen werden kann, wenn die Allgemeine Ortskrankenkasse trotz zumutbarer Anspannung ihrer eigenen Finanzierungsmöglichkeiten in eine existenzbedrohende Lage gerät. Läßt sich damit aus dem Zweck der Garantieverpflichtung ein ungefährer Rahmen dafür abstecken, so muß es doch dem Gesetzgeber überlassen bleiben, diesen Rahmen durch konkrete Vorschriften auszufüllen und festzulegen, bei Erfüllung welcher bestimmten Voraussetzungen die Garantiepflicht eintritt, welchen Umfang sie hat und zu welchen Folgerungen sie führt. Dem Gesetzgeber stehen zur Ausfüllung des Rahmens so zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, daß es nicht Aufgabe des Gerichts sein kann, sie an seiner Stelle zu konkretisieren.

Zwar ist der Gesetzgeber seiner aus dem Grundgesetz abzuleitenden Verpflichtung zum Erlass von Normen über die Durchführung der Garantiehaftung bisher noch nicht nachgekommen, jedoch könnte das Gericht erst dann im Einzelfall zu einer Verpflichtung gelangen, wenn sich eine Krankenkasse in einer existenzbedrohenden, durch andere Maßnahmen nicht zu beseitigenden Notlage befände. Zu einer solchen Situation haben die Defizite der Klägerin, die sie vorliegend geltend macht, aber unstreitig nicht geführt. Generell kann ein solcher Notfall jedenfalls dann noch nicht angenommen werden, wenn es der Kasse zumutbar ist, aus eigenen Kräften die Zuschußsituation zu bereinigen,



dh solange sie die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit objektiv noch nicht überschritten hat. Ein wichtiger Anhaltspunkt dafür läßt sich aus einem Vergleich mit anderen Kassen ähnlicher Struktur gewinnen. Sofern diese aus eigenen Kräften durch entsprechende Gestaltung der Beitragssätze einen Ausgleich zwischen Einnahmen und Ausgaben erreichen, liegt noch keine Überschreitung objektiver Leistungsgrenzen vor.

Wenn auch das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung in seinen unmittelbaren Auswirkungen auf die Mitglieder einer Krankenkasse als Organisationsgemeinschaft begrenzt ist, so gibt dieses Prinzip doch einen so allgemeinen Grundsatz der sozialen Krankenversicherung wieder, daß er auch eine kassenübergreifende Wirkung hat. Liegt ein Ausgabenüberschuß bei einer Kasse vor und wäre das Defizit in jedem Falle vom Bund zu übernehmen, obwohl andere vergleichbare Kassen die Entstehung eines Ausgabenüberschusses aus eigenen Kräften vermieden, so würde das dazu führen, daß die öffentliche Hand, dh die Gesamtheit aller Staatsbürger für die Mitglieder der Defizitkasse eintreten müßten. Die Lastenübernahme fände statt, obgleich, wie das Beispiel der anderen Kassen beweist, ein zwingendes objektives Erfordernis dafür nicht bestünde. Eine derartige Lastenverschiebung kann jedoch weder aus Art 120 Abs 1 GG noch aus Art 120 Abs 1 Satz 4 GG hergeleitet werden.

Da die Garantieverpflichtung der Bundesrepublik Deutschland einer Ortskrankenkasse gegenüber, die einen Ausgabenüberschuß aufzuweisen hat, bisher noch nicht gesetzlich normiert ist, eine solche Verpflichtung aber lediglich in existenzbedrohenden Notfällen eintreten kann, weil nur dann die Grundsicherung in Frage gestellt wird und sich die Klägerin nicht in einer derartigen Notsituation befand, ist ihr Anspruch unbegründet. Auf die Revision der Beklagten sind demgemäß die Urteile der Vorinstanzen aufzuheben und die Klage ist abzuweisen.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)