

Bundessozialgericht

Az.: 3 RK 8/67

Zugestellt am
16. August 1971

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l
in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

-Prozeßbevollmächtigter:-

g e g e n

.....,

Beklagten und Revisionskläger,

-Prozeßbevollmächtigter:-

Beigeladene und Revisionsklägerinnen:

1. - 5.

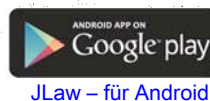
weitere Beigeladene:

6. - 403.

- 21 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 21 -

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 19. Januar 1971 durch

Senatspräsident	Dr. L a n g k e i t - Vorsitzender -,
Bundesrichter	Dr. K r e b s und
Bundesrichter	S p i e l m e y e r,
Bundessozialrichter	Dr. Fritzemeyer und
Bundessozialrichter	H e n n i n g e r

für Recht erkannt:

Die Revisionen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und der beigeladenen Ortskrankenkassen für den Untertaunuskreis, Berlin, Kiel, Hamburg und Essen werden mit folgender Maßgabe zurückgewiesen:

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen hat den von den Rentenversicherungsträgern nach Art. 2 § 11 Abs. 1 und 2 GKVdR aufgebrauchten Betrag in der Weise neu zu verteilen, daß die Klägerin davon so viel erhält, wie dem Verhältnis ihres in der KVdR vom 1.1.1953 bis 31.7.1956 entstandenen, ohne Berücksichtigung der Kürzung nach Art. 2 § 11 Abs. 1 Satz 3 GKVdR berechneten Defizits zum ungekürzten Gesamtdefizit aller Krankenkassen entspricht.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

- 22 -



- 22 -

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten - die klagende Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), der beklagte Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) und die beigeladenen Krankenkassen bzw. Kassenverbände - streiten über die Auslegung einer Übergangsvorschrift des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner (GKVdR) vom 12. Juni 1956.

Nach Art. 2 § 11 dieses Gesetzes hatten die Träger der Rentenversicherung den Fehlbetrag zu decken, der den Krankenkassen bei Durchführung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) in der Zeit vom 1. Januar 1953 bis zum 31. Juli 1956 entstanden war. Dabei sollten allerdings die (seit 1952 stark gestiegenen) Ausgaben für Arzneien, Heilmittel und Krankenhauspflege nur bis zu der Höhe je Mitglied und Jahr berücksichtigt werden, die der Kostensteigerung bei diesen Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung gegenüber dem Jahre 1952 entsprach (Absatz 1 Satz 3).

Nach Absatz 3 Satz 1 hatte der BdO die von den Rentenversicherungsträgern aufgebrauchten Mittel an diejenigen Krankenkassen, bei denen während der genannten Zeit die Ausgaben für die KVdR die Einnahmen überstiegen hatten, "im Verhältnis der Unterschiedsbeträge" zu verteilen. Das geschah nun in der Weise, daß der BdO die ihm von den Krankenkassen mitgeteilten Unterschiedsbeträge (Defizite) nicht in der tatsächlich entstandenen Höhe zugrunde legte, sondern nur unter Berücksichtigung der Kürzungen, die nach Absatz 1 Satz 3 bei den Ausgaben für Arzneien, Heilmittel und Krankenhauspflege vorzunehmen waren. Da diese Kürzungen die einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich trafen, erhielten einige, deren Ausgaben nicht oder nur unwesentlich zur kürzen

- 23 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 23 -

waren, einen vollen oder nahezu vollständigen Defizitausgleich, während andere sich mit entsprechend gekürzten Ausgleichsbeträgen begnügen mußten. Diese Kassen, zu denen auch die Klägerin gehört, halten das vom BdO angewandte Verteilungsverfahren für gesetzwidrig; ihrer Ansicht nach hätte die Verteilung unter Zugrundelegung der ungekürzten Defizite erfolgen müssen, diese wären dann bei allen Kassen im gleichen Verhältnis gedeckt worden.

Sozialgericht und Landessozialgericht (LSG) haben im Sinne der Klägerin entschieden. Das LSG hat - nach Zurückweisung mehrerer Verfahrensrügen - ausgeführt, nach Wortlaut, Systematik, Sinn und Entstehungsgeschichte des Art. 2 § 11 GKVdR sei bei der Verteilung des Ausgleichsbetrages nicht von den nach Absatz 1 dieser Vorschrift gekürzten, sondern von den tatsächlichen Fehlbeträgen der einzelnen Krankenkassen auszugehen (Urteil vom 8. September 1966).

Gegen dieses Urteil richten sich die - vom LSG zugelassenen - Revisionen des BdO und von 5 beigeladenen Krankenkassen (Bad Schwalbach, Berlin, Kiel, Hamburg, Essen), mit denen die Aufhebung der Urteile der Vorinstanzen und eine Abweisung der Klage beantragt wird.

Die Klägerin und eine Reihe von beigeladenen Kassen beantragen die Zurückweisung der Revisionen.

Alle Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

II

Die Revisionen sind zulässig.

Die Zulassung der Revision durch das LSG nach § 162 Abs. 1 Nr. 1 SGG ist - entgegen der Ansicht der Klägerin und der beigeladenen AOK Mittelfranken - nicht offensichtlich gesetzwidrig

- 24 -



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



- 24 -

und deshalb für das Revisionsgericht bindend (vgl. BSG 10, 240, 269). Die Auffassung des LSG, es habe "trotz der Einmaligkeit der Regelung" über eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden gehabt, weil "es sich um einen Musterprozeß handelt, dessen Ausgang die Ansprüche einer Vielzahl von Trägern der KrV betrifft", ist nicht zu beanstanden. Der Senat läßt dabei offen, ob einer Rechtsfrage allein schon wegen der Vielzahl der Prozeßbeteiligten grundsätzliche Bedeutung zukommen kann. Sie kann diese Bedeutung jedenfalls dann haben, wenn von der Entscheidung die Erledigung anderer gleichartiger Streitigkeiten abhängt ("Musterprozeß"). Hier ergeben die Akten, daß mit Rücksicht auf diesen Rechtsstreit eine Reihe von Parallelprozessen zunächst nicht weiter betrieben worden ist. Für alle diese Verfahren hat die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits "präjudizielle" Bedeutung. Da die Entscheidung mithin der gleichmäßigen Anwendung einer bundesrechtlichen Vorschrift (Art. 2 § 11 GKVdR) dient, handelt es sich um eine grundsätzliche Rechtsfrage im Sinne des § 162 Abs. 1 Nr. 1 SGG. Auch die Revision der beigeladenen AOK Essen ist zulässig, obwohl sie gegen das erstinstanzliche Urteil keine Berufung eingelegt hatte (vgl. BSG 26, 170).

Das LSG hat die Zulässigkeit der vom BdO sowie von vier beigeladenen Krankenkassen eingelegten Berufungen und andererseits - entgegen den Einwänden der AOK Hamburg - auch die Zulässigkeit der Klage mit Recht bejaht.

Gegenstand des Rechtsstreits ist das Begehren der klagenden AOK auf eine anderweitige, für sie günstigere Verteilung des von den Rentenversicherungsträgern nach Art. 2 § 11 GKVdR aufgebrauchten Abgeltungsbetrages. Dieser "Neuverteilungsanspruch" ist unbeschränkt berufungsfähig, insbesondere gehört er nicht zu den "Ansprüchen auf einmalige

- 25 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

(Sozial-)Leistungen" im Sinne des § 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG.

Ob das Begehren der Klägerin mit den Vorinstanzen als Klage auf eine "Leistung", nämlich auf Aufstellung eines Neuverteilungsplanes durch den BdO, oder nicht vielmehr als eine Klage auf Feststellung eines Rechtsverhältnisses zu deuten ist - der Klägerin geht es offenbar zunächst um Klarstellung der rechtlichen Grundsätze, nach denen sich die Neuverteilung vollziehen soll -, braucht nicht abschließend entschieden zu werden. Als Leistungsklage wäre die Klage nach § 54 Abs. 5 SGG, als Feststellungsklage wäre sie nach § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG zulässig. Daß die Klägerin und der BdO sich auch im Verteilungsverfahren nach Art. 2 § 11 Abs. 3 GKVdR als gleichgeordnete Körperschaften gegenüberstehen, so daß die Verteilung (anders als etwa eine Honorarverteilung unter Kassenärzte nach § 362 f RVO) nicht durch Verwaltungsakt erfolgt, hat das LSG zutreffend ausgeführt. Für eine Leistungsklage kommt deshalb nur § 54 Abs. 5 SGG in Betracht. Andererseits hat die genannte Vorschrift des GKVdR zwischen dem BdO und allen ausgleichsberechtigten Krankenkassen ein Rechtsverhältnis im Sinne des § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG begründet, das den BdO verpflichtet, jeder Kasse einen bestimmten Anteil des von den Rentenversicherungsträgern aufgebrachtene Ausgleichsbetrages zuzuweisen.

Die Vorinstanzen haben ferner die Klägerin mit Recht für befugt gehalten, den Anspruch auf Neuverteilung gerichtlich geltend zu machen. Weder brauchte sie dazu vorher die Aufsichtsbehörde anzurufen oder zunächst zu versuchen, einen anderweitigen Verteilungsbeschluß der zuständigen Selbstverwaltungsgremien herbeizuführen, wie die beige-ladene AOK Hamburg meint, noch war sie an der selbständigen Verfolgung ihres Anspruchs deswegen gehindert, weil eine etwaige Neuverteilung nicht allein ihr gegenüber erfolgen könnte, sondern sämtliche beteiligten Krankenkassen einbeziehen müßte. Auf Durchführung einer gesetzmäßigen Verteilung hat jede betroffene Krankenkasse unabhängig von den anderen einen eigenen Anspruch, den sie durch eine Einzelklage geltend machen kann.



Die Klägerin hat ihre Klage auch zutreffend gegen den BdO gerichtet, dem mit der Übertragung der Verteilungsaufgabe insoweit zugleich die passive Prozeßführungsbefugnis verliehen worden ist.

Die Vorinstanzen sind ferner bei der Entscheidung über die Klage nicht, wie die AOK Hamburg meint, über den Antrag der Klägerin hinausgegangen. Da es ihr bei richtiger Deutung des Klaganspruchs (§ 123 SGG) in erster Linie um die Feststellung des gesetzmäßigen Verteilungsschlüssels geht, hat sich das SG ohne Verfahrensverstoß, insbesondere ohne Verletzung der Vorschriften über die Klagänderung (§ 99 SGG), auf einen Ausspruch über den seiner Ansicht nach richtigen Verteilungsmodus beschränken dürfen. Die Bestätigung dieser Entscheidung durch das LSG ist verfahrensrechtlich nicht zu beanstanden.

Schließlich war den Vorinstanzen eine Sachentscheidung nicht deswegen verwehrt, weil eine andere Krankenkasse (AOK Wattenscheid) schon vorher eine gleichartige Klage erhoben hatte. Beiden Klagen liegen verschiedene prozessuale Ansprüche zu Grunde, für sie gilt deshalb nicht das Prozeßhindernis der Rechtshängigkeit (§ 94 Abs. 2 SGG).

Ob das LSG, wie die Revision vorträgt, gegen § 103 SGG verstoßen hat, weil es zur Entstehungsgeschichte des Art. 2 § 11 GKVdR nur den Zeugen Umrath, nicht jedoch die vom BdO benannten "Gegenzeugen" gehört hat, kann offenbleiben. Selbst wenn insoweit ein Verfahrensmangel vorläge, wäre dies kein Aufhebungsgrund, da für die Auslegung der genannten Vorschrift und damit für den Bestand des angefochtenen Urteils die Bekundungen der an der Entstehung der Vorschrift beteiligten Personen unerheblich sind. Maßgebend ist vielmehr nur der im Gesetzeswortlaut objektivierte Wille des Gesetzgebers, nicht die subjektive Vorstellung von Personen, die insoweit "Formulierungshilfe" geleistet haben mögen.

- 27 -

In der Sache ist der Senat in Übereinstimmung mit den Vorinstanzen der Auffassung der Klägerin gefolgt. Er ist dabei mit dem LSG davon ausgegangen, daß sich die Verteilung des von den Rentenversicherungsträgern aufgebrauchten Abgeltungsbetrages streng rechtsgebunden zu vollziehen hat, dem BdO also nach der fraglichen Verteilungsnorm (Art. 2 § 11 Abs. 3 GKVdR) kein Ermessensspielraum zusteht. Das gilt vor allem für die Anwendung des im Gesetz genannten Verteilungsmaßstabs: "Verhältnis der Unterschiedsbeträge". Die Frage kann mithin nur sein, wie der Begriff der "Unterschiedsbeträge" (zwischen Ausgaben und Einnahmen) oder genauer: der Begriff Ausgaben im Sinne des Art. 2 § 11 Abs. 3 GKVdR zu verstehen ist (über den Begriff der Einnahmen besteht kein Streit), ob namentlich zu den Ausgaben für Arzneien, Heilmittel und Krankenhauspflege sämtliche dafür im Rahmen der KVdR gemachten Aufwendungen der Krankenkassen gehören, auch wenn sie während der fraglichen Zeit (1. Januar 1953 bis 31. Juli 1956) im Vergleich zu den entsprechenden Aufwendungen in der allgemeinen KrV überproportional gestiegen waren (tatsächliche, ungekürzte Ausgaben), oder ob diese Ausgaben - wie Art. 2 § 11 in Abs. 1 Satz 3 GKVdR vorschreibt - "nur bis zu der Höhe je Mitglied und Jahr berücksichtigt werden, die der Kostensteigerung bei diesen Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung gegenüber dem Jahre 1952 entspricht" (gekürzte Ausgaben).

Im letzten Fall könnte die Verteilung des Abgeltungsbetrages durch den BdO auf relativ einfache Weise erfolgen, indem nämlich der - aus den gekürzten Fehlbeträgen der einzelnen Krankenkassen zusammengesetzte - Abgeltungsbetrag wieder in seine Summanden zerlegt und über den BdO den ausgleichsberechtigten Krankenkassen zugewiesen würde. Im ersten Falle wäre dagegen eine echte Verteilung notwendig, weil dann der Abgeltungsbetrag der Rentenversicherung zur Befriedigung der ungekürzten Ausgleichsansprüche der Krankenkassen nicht ausreichen würde, so daß jener über-

- 28 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 28 -

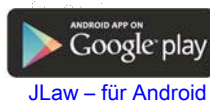
proportionale, von den Rentenversicherungsträgern nicht zu übernehmende Teil des Defizits im Wege eines Lastenausgleichs auf alle beteiligten Krankenkassen umgelegt werden müßte.

Ob nun die in Art. 2 § 11 Abs. 1 Satz 3 GKVdR vorgesehene Ausgabenkürzung nur für die Berechnung und Aufbringung des Abgeltungsbetrages oder auch für dessen Verteilung gelten soll, läßt sich dem Wortlaut des Gesetzes nicht eindeutig entnehmen: schon der Wortlaut und auch die Systematik des Gesetzes sprechen allerdings, wie das LSG näher dargelegt hat, mehr dafür, die Kürzung auf die Aufbringung des Abgeltungsbetrages (§ 11 Abs. 1) zu beschränken. Für eine solche Auslegung spricht ferner - und dies hält der Senat für entscheidend - der mit jener Kürzung erkennbar verfolgte Zweck. Wie Zusammenhang und Entstehungsgeschichte der Kürzungsregelung ergeben, sollte mit ihr nämlich nur die Ausgleichspflicht der Rentenversicherungsträger begrenzt werden, die schon lange darauf gedrängt hatten, von der Erstattung solcher Ausgaben der Krankenkassen befreit zu werden, die durch eine ihrer Ansicht nach zu aufwendige Durchführung der damals noch als "Auftragsangelegenheit" der Rentenversicherung angesehenen KVdR entstanden waren (vgl. DOK 57, 271 und das dort mitgeteilte Schreiben des Verbandes der Rentenversicherungsträger vom 6. Februar 1953). Entgegen der

- 29 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 29 -

Ansicht des BdO bezieht sich also die Ausgaben-
kürzung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 nur auf den Erstattungs-
anspruch der Krankenversicherung gegenüber der Renten-
versicherung (Aussenverhältnis), nicht dagegen auf die
Beziehungen der Krankenkassen untereinander (Innenver-
hältnis).

In diesem "Innenverhältnis" bestand schon seit dem
1. April 1952 ein Lastenausgleich unter den Kranken-
kassen, der für alle Krankenkassen eine Deckung der
(nach Verteilung von 75 v.H. der KVdR-Beiträge ungedeckt
gebliebenen) KVdR-Aufwendungen "im gleichen Vomhundert-
satz" vorsah (§ 8 der VO über die KVdR vom 4.11.1941
idF von § 2 der VO vom 27.8.1953, BGBl I, 1082). Es gibt
keinerlei Anhalt dafür, daß der Gesetzgeber bei der Re-
form der KVdR im Jahre 1956 von dem seit 1952 eingeführten
Lastenausgleich für die Vergangenheit - nur auf diese
bezieht sich die hier streitige Übergangsvorschrift des
GKVdR - wieder abgehen wollte. Eine solche prinzipielle
Änderung wäre um so weniger angebracht gewesen, als der
größte Teil der auf die Zeit vom 1. Januar 1953 bis
31. Juli 1956 entfallenden KVdR-Ausgaben bereits nach
der VO vom 27. August 1953 im wesentlichen gleichmäßig
auf alle Krankenkassen umgelegt war, und nur noch der
seit 1953 aufgelaufene Fehlbetrag abgedeckt werden
mußte.

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

- 30 -



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



- 30 -

Gesetzeszweck und Rechtsentwicklung sprechen mithin entscheidend dafür, die in Art. 2 § 11 Abs. 1 GKVdR vorgesehene Ausgabenkürzung auf den dort geregelten Fall der Berechnung des Abgeltungsbetrages zu beschränken, bei der Verteilung dieses Betrages auf die Krankenkassen also von deren ungekürzten Fehlbeträgen auszugehen. Da diese Fehlbeträge, für alle Krankenkassen zusammengekommen, mehr ausmachen als die Rentenversicherungsträger – wegen der genannten Kürzung – aufzubringen hatten, können die Ausgleichsansprüche der Krankenkassen nur verhältnismäßig befriedigt werden. Die "Interessenquote", die hiernach für sie in der KVdR für die Zeit vom 1. Januar 1953 bis 31. Juli 1956 verbleibt, hält sich indessen nach den von den Beteiligten im Rechtsstreit vorgetragenen Zahlen noch im Rahmen des Zumutbaren. Im übrigen hatte der BdO in Übereinstimmung mit dem Kommentar von Schmatz-Pöhler zur Rentnerkrankenversicherung (Anm. IV zu Art. 2 § 11 GKVdR) zunächst selbst eine Verteilung des Abgeltungsbetrages nach diesem Schlüssel beabsichtigt und diese Absicht erst später wieder aufgegeben (vgl. Umrath, DOK 57, 271, ferner Hartmann, Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen 1958, 67).

Da die Entscheidung der Vorinstanzen somit im Ergebnis nicht zu beanstanden ist, hat der Senat

- 31 -



- 31 -

die dagegen eingelegten Revisionen als unbegründet zurückgewiesen, zur Vermeidung von Mißverständnissen allerdings die Urteilsformel entsprechend der in den Entscheidungsgründen zum Ausdruck gekommenen Rechtsauffassung neu gefaßt.

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](#)