

Siehe auch: [Presse-Vorbericht Nr. 21/14 vom 16.5.2014](#), [Presse-Sonderbericht Nr. 12/14 vom 20.5.2014](#), [Presse-Mitteilung Nr. 21/14 vom 21.5.2014](#)

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 20.5.2014, B 1 KR 5/14 R

**Krankenversicherung - Risikostrukturausgleich - Gesundheitsfonds -
Verfassungsmäßigkeit des Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen
- Rechtmäßigkeit der Befugnis des Bundesversicherungsamtes zur Festlegung von
Einzelheiten des Risikostrukturausgleichs - Rechtmäßigkeit der Ausgestaltung des
Versichertenklassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2009 - Vorläufigkeit
vorausgehender Zuweisungsbescheide - Zulässigkeit einer Teilanfechtung - keine
notwendige Beiladung anderer Krankenkassen**

Leitsätze

1. Die gesetzlichen Regelungen über den Risikostrukturausgleich auf der Grundlage eines Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen sind verfassungsgemäß, zumal sie eine willkürfreie valide Datenerhebung im Verwaltungsvollzug gewährleisten.
2. Der Verordnungsgeber durfte dem Bundesversicherungsamt die Befugnis einräumen, Einzelheiten des Risikostrukturausgleichs nach pflichtgemäßem Ermessen durch sachbezogene Allgemeinverfügung festzulegen.
3. Die für das Ausgleichsjahr 2009 ergangenen Festlegungen des Bundesversicherungsamts zur Ausgestaltung des Versichertenklassifikationsmodells sind rechtmäßig.

Tenor

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 6. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2 500 000 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Höhe der Zuweisungen an die klagende Krankenkasse (KK) aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2009.
- 2 Um Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhöhen, begründete der Gesetzgeber für Versicherte KKn-Wahlrechte in Abkehr von dem zuvor geltenden Prinzip der festen Zuordnung Versicherter zu den einzelnen KKn. Im Interesse der Chancengleichheit bei der Gewinnung von Versicherten und um möglichst dauerhaft Anreize zu einer Risikoselektion entgegenzuwirken, die sonst aus einer einkommensbezogenen Beitragsgestaltung ohne Anknüpfung an das Risiko "Gesundheitszustand" entstehen, führte der Gesetzgeber 1994 einen Risikostrukturausgleich (RSA) ein. Er bewirkte, dass die kassenindividuell kraft Satzung der Höhe nach festgelegten und erhobenen

Beitragseinnahmen den KKn nur nach Maßgabe des sich anschließenden RSA zur Verfügung standen. Der Gesetzgeber änderte dieses System mit Einführung des Gesundheitsfonds, in den alle nach einem einheitlichen, gesetzlich festgelegten Beitragssatz bemessenen Beiträge fließen. Seit 2009 erhalten die KKn als Einnahmen aus diesem Gesundheitsfonds Zuweisungen zunächst als Abschlagszahlungen aufgrund monatlicher "Zuweisungsbescheide" und ergänzender "Korrekturbescheide" nach in "Grundlagenbescheiden" gesondert festgestellten kassenindividuellen Werten und dann endgültig gemäß "Jahresausgleichsbescheiden". Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond berücksichtigt die Risikostruktur der jeweiligen KK morbiditätsorientiert durch Zu- und Abschläge, um Anreize zur Risikoselektion zu verhindern. Infolge dieses morbiditätsorientierten RSA stellen kranke Versicherte nicht zwangsläufig im versicherungsmathematischen Sinne "schlechte Risiken" dar. Die beklagte Bundesrepublik Deutschland konkretisiert die gesetzlich und durch die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bestimmten Vorgaben der Morbiditätsorientierung jährlich, handelnd durch das Bundesversicherungsamt (BVA).

- 3 Die Beklagte regelte für die Klägerin die monatliche Abschlagszahlung aus dem Gesundheitsfonds (*Grundlagenbescheid I/2009, 1.1.2009; Zuweisungsbescheid 1/2009, 1.1.2009*). Hiergegen hat die Klägerin beim LSG Klage erhoben. Die Beklagte hat die Höhe weiterer Abschlagszahlungen bestimmt (*Grundlagenbescheide II - IV/2009; Zuweisungsbescheide 2 - 12/2009; Korrekturbescheide I - III*), die Zuweisungen für das Jahr 2009 endgültig festgesetzt (*Jahresausgleichsbescheid 2009 vom 16.11.2010: insgesamt 14 262 682 856,51 Euro, davon 14 065 927 867,09 Euro für das Ausgleichsjahr 2009*) und zugleich die Klägerin verpflichtet, einen Ausgleichsbetrag von 67 640 492,77 Euro in zwölf gleichen Monatsraten im Jahr 2011 zu zahlen. Die Klägerin hat mit ihrer Klage demgegenüber die Aufhebung ihrer Zahlungsverpflichtung und höhere Zuweisungen für das Jahr 2009 begehrt: Schon die Gesetzesgrundlage sei verfassungswidrig. Die Einteilung der Versicherten in Morbiditätsgruppen sei fehlerhaft zustande gekommen und mangels valider Daten nicht willkürfrei umsetzbar. Die Beklagte hätte die ihr nach dem 15.6.2010 zugegangene Korrekturmeldung (*Krankenhausdaten, Satzart 500*) berücksichtigen müssen. Das LSG hat die Klage abgewiesen (*Urteil vom 6.6.2013*).
- 4 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung des Art 20 Abs 3 GG, des § 268 SGB V und der § 30 Abs 4 S 2, § 31 Abs 4 S 1 RSAV. Sie hält § 268 SGB V für verfassungswidrig und wendet sich weiterhin gegen die morbiditätsgruppenbezogenen Festlegungen des BVA iVm § 31 Abs 4 RSAV sowie gegen die Nichtberücksichtigung der dem BVA nach dem 15.6.2010 zugegangenen Korrekturmeldung zur Satzart 500.
- 5 Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 6. Juni 2013 aufzuheben, den Bescheid vom 16. November 2010 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, höhere Zuweisungen für das Jahr 2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts festzusetzen.
- 6 Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 8 Die zulässige Revision ist unbegründet. Zu Recht hat das LSG die Klage abgewiesen. Die zulässige Klage (*dazu 1.*) ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höhere Zuweisungen für 2009. Die beklagte Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das BVA, legte die Morbiditätsgruppen rechtmäßig fest; die gesetzlichen Regelungen zur Erhebung der den Morbiditätsgruppen zuzuordnenden Morbiditätsdaten und ihr Verwaltungsvollzug sind willkürfrei (*dazu 2.*). Die Beklagte berechnete - hierauf gestützt - die Zuweisungen rechtmäßig (*dazu 3.*). Sie lehnte es rechtmäßig ab, den Korrekturdatensatz der Satzart 500 zu berücksichtigen (*dazu 4.*) und forderte den gezahlten Ausgleichsbetrag von 67 640 492,77 Euro rechtmäßig zurück (*dazu 5.*).
- 9 1. Die Klage ist ohne Vorverfahren (§ 78 Abs 1 S 2 Nr 3 SGG) als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage und als Anfechtungsklage zulässig. Gegenstand ist zum einen das Begehren, die Ablehnung höherer Zuweisungen für 2009 (*Teilregelung im Jahresausgleichsbescheid 2009 vom 16.11.2010*) aufzuheben und höhere Zuweisungen für das Jahr 2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen. Gegenstand der reinen Anfechtungsklage ist die Festsetzung der Rückzahlungsverpflichtung. Allein der während des Klageverfahrens ergangene Jahresausgleichsbescheid 2009 (*16.11.2010*) regelt die maßgebliche, nicht nur vorläufige Zuweisung für 2009 und die Verpflichtung zur Rückzahlung von 67 640 492,77 Euro. Er ist Klagegegenstand, denn er hat die vorangegangenen, vorläufigen Regelungen ersetzt (*dazu a*). Die Klägerin greift dabei mit ihrer Klage in zulässiger Weise nur einen abtrennbaren Teil der Zuweisungsregelung an (*dazu b*). Die Festlegungen des BVA sind demgegenüber kein eigenständiger Klagegegenstand, sondern inzident zu überprüfen (*dazu c*). Die Klägerin ist auch klagebefugt (*dazu d*). Im Revisionsverfahren fortwirkende Umstände, die einer Sachentscheidung des Senats entgegenstehen könnten, liegen nicht vor (*dazu e*).
- 10 a) Gegenstand der Anfechtung ist nur noch der während des Klageverfahrens ergangene Jahresausgleichsbescheid 2009 (*16.11.2010*; § 96 Abs 1 SGG). Er hat sämtliche vorausgegangenen Zuweisungs-, Grundlagen- und Korrekturbescheide, insbesondere auch den mit der Klage ursprünglich angegriffenen Grundlagenbescheid (*1.1.2009*) und den Zuweisungsbescheid für den Monat Januar 2009 (*1.1.2009*) ersetzt. Denn er tritt an die Stelle der in diesen früheren Bescheiden geregelten nur vorläufigen (*dazu aa*) Zuweisungen für 2009 nebst ihren Grundlagen (*Grundlagenbescheide vom 1.1.2009; 31.3.2009; 30.9.2009; 31.3.2010; Zuweisungsbescheide vom 1.1.2009; 26.1.2009; 25.2.2009; 31.3.2009; 27.4.2009; 25.5.2009; 30.6.2009; 30.7.2009; 31.8.2009; 30.9.2009; 30.10.2009; 30.11.2009; Korrekturbescheide vom 3.4.2009; 15.10.2009; 14.4.2010*). Der Jahresausgleichsbescheid 2009 setzt die nicht nur vorläufige Zuweisung für 2009 fest (*dazu bb*). Zusätzlich regelt er die Rückforderung (*dazu cc*).
- 11 aa) Bei den dem Jahresausgleichsbescheid vorausgehenden Grund-, Zuweisungs- und Korrekturbescheiden handelt es sich um vorläufige Verwaltungsakte, die sich mit dem Erlass des Bescheides über den Jahresausgleich nach § 39 Abs 2 SGB X erledigen (*vgl zB zur endgültigen Regelung des Ausgleichsanspruchs für das Jahr 1994 BSG SozR 4-2500 § 266 Nr 2 RdNr 7 ff; s ferner BSG Urteil vom 24.1.2003 - B 12 KR 19/02 R - Juris RdNr 14 ff = USK 2003-22*). Der vorläufige Regelungscharakter ergibt sich für Zuweisungs- und Grundlagenbescheide unmittelbar aus den Regelungen des SGB V und der RSAV, für Korrekturbescheide aus ihrer Regelungsfunktion. Sie sind allesamt von

dem gesetzgeberischen Zweck getragen, den KKn fortlaufend eine ausreichende und verlässliche Finanzierung ihrer Ausgaben mit dem Ziel einer schon vorab möglichst großen Annäherung an die endgültig festzusetzenden Zuweisungen zu ermöglichen.

- 12 Die Vorläufigkeit der Zuweisungen folgt für die monatlich ergehenden Zuweisungsbescheide aus dem Gesetz (§ 266 Abs 6 S 4 und 5 SGB V). Hiernach gelten die monatlichen Zuweisungen als Abschlagszahlungen. Sie sind nach der Ermittlung der endgültigen Höhe der Zuweisung für das Geschäftsjahr nach § 266 Abs 6 S 3 SGB V auszugleichen. Entsprechendes gilt für die Vorläufigkeit der die Berechnungsgrundlagen regelnden Grundlagenbescheide (*siehe § 266 Abs 6 S 1 SGB V*). Danach stellt das BVA im Voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach § 266 Abs 5 S 2 Nr 1 und 2 SGB V vorläufig fest, die es entsprechend dem durch neue Daten begründeten Erkenntnisfortschritt regelmäßig entsprechend § 39 Abs 3 S 1 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 6 Buchst c Neunzehnte Verordnung zur Änderung der RSAV <19. RSA-ÄndV> vom 11.3.2009, BGBl I 497*) aktualisiert. Nach dieser Regelung berechnet das BVA für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle KKn jeweils bis zum 31. März des Ausgleichsjahres, bis zum 30. September des Ausgleichsjahres sowie bis zum 31. März des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach § 39 Abs 2 RSAV neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 RSAV und teilt diese den KKn mit. Hierzu erlässt es korrigierende weitere Grundlagenbescheide.
- 13 Die auf dieser Grundlage für das Geschäftsjahr ergehenden Korrekturbescheide der Zuweisungsbescheide treffen ebenfalls nur vorläufige Regelungen. Denn sie ändern vorausgegangene monatliche Zuweisungsbescheide ab. Hierfür sieht § 39 Abs 3a RSAV (*idF durch Art 1 Nr 6 Buchst d 19. RSA-ÄndV vom 11.3.2009, BGBl I 497*) vor, dass Über- und Unterzahlungen bereits vor dem endgültigen Jahresausgleich entsprechend den korrigierten Grundlagenbescheiden vorläufig auszugleichen sind.
- 14 Die Vorläufigkeit der Regelungen ergibt sich als umfassendes Regelungskonzept für diese Verwaltungsakte im Übrigen mittelbar aus § 266 Abs 6 S 3 SGB V iVm § 41 RSAV. Das BVA ermittelt nach Maßgabe des § 41 RSAV (*idF durch Art 1 22. RSA-ÄndV vom 8.11.2010, BGBl I 1497, mWv 12.11.2010; zur Einfügung des § 41 RSAV aufgrund der Ausschussempfehlung im Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-OrgWG> vom 15.12.2008, BGBl I 2426, vgl BT-Drucks 16/10609 S 72, dort als Schlussausgleich bezeichnet*) für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr (Ausgleichsjahr) den Jahresausgleich und führt ihn bis zum Ende des auf das Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres durch. Diese Regelung konkretisiert S 3 des § 266 Abs 6 SGB V (*idF des Art 1 Nr 178 Buchst g Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378 mWv 1.1.2009*). S 3 bestimmt, dass nach Ablauf des Kalenderjahres die Höhe der Zuweisung für jede KK vom BVA aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und den zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten KKn zu ermitteln ist.
- 15 Nach diesen Grundsätzen treffen Korrekturen von Zuweisungsbescheiden nur vorläufige Regelungen (*hier: Korrekturbescheide I/2009 vom 3.4.2009 und II/2009 vom 15.10.2009*). Gleiches gilt für den Korrekturbescheid III/2009 (*14.4.2010*), der das gesamte Geschäftsjahr 2009 erfasst. Denn er setzt nur die vom vorläufigen Grundlagenbescheid IV/2009 neu vorgegebenen Berechnungsgrundlagen um, ohne damit schon den endgültigen Jahresausgleich nach § 41 RSAV vorwegzunehmen. Der

Korrekturbescheid III/2009 (14.4.2010) stützt sich zudem ausdrücklich nur auf § 39 Abs 3a S 2 und 3 iVm Abs 3 RSAV. Bei der Klägerin als Adressatin des Bescheides konnte kein Zweifel über dessen vorläufigen Regelungscharakter entstehen (*zu Korrekturen früherer Geschäftsjahre im Jahresausgleichsbescheid eines nachfolgenden Geschäftsjahres vgl BSGE 90, 231, 240 = SozR 4-2500 § 266 Nr 1 RdNr 32*).

- 16 bb) Die Festsetzung des Gesamtbetrages der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2009 für die Klägerin ist nicht mehr vorläufig und macht die genannten vorläufigen Regelungen obsolet (*Jahresausgleichsbescheid 2009 vom 16.11.2010: 14 262 682 856,51 Euro*). Die Festsetzung setzt sich aus den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben einschließlich Krankengeld, dem Konvergenzbetrag (*Anpassungsbetrag nach § 272 SGB V*), den Zuweisungen für sonstige Ausgaben (§ 270 Abs 1 SGB V), der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung (§ 41 Abs 2 RSAV), dem Korrekturbetrag im RSA bis 2008 und dem Korrekturbetrag im Risikopool bis 2008 zusammen.
- 17 cc) Eine weitere eigenständige Regelung (§ 31 S 1 SGB X) ist die Anordnung ratenweiser Erstattung von 67 640 492,77 Euro (*Zuweisungen nach § 272 SGB V für das Jahr 2009; Teil 4 des Bescheides vom 16.11.2010*). Die Klägerin hat sie mit ihrem Begehren auf höhere Zuweisungen inzident angegriffen.
- 18 b) Die Klägerin darf sich auf eine kombinierte Teilanfechtung und -verpflichtung hinsichtlich der Gesamtzuweisung 2009 beschränken. Die Klägerin greift zulässig die Zuweisungsverfügung nur hinsichtlich der Teilbeträge an, die auf der Einführung des RSA zum 1.1.2009 beruhen und das Ausgleichsjahr 2009 erfassen (*Teil 1 des Bescheides vom 16.11.2010; Zuweisung von 14 065 927 867,09 Euro*).
- 19 Der Streitgegenstand wird durch den prozessualen Anspruch bestimmt, durch das vom Kläger aufgrund eines konkreten Sachverhalts an das Gericht gerichtete und im Klageantrag zum Ausdruck kommende Begehren sowie den Klagegrund, aus dem die Rechtsfolge sich ergeben soll (*vgl BSG SozR 4-2600 § 237 Nr 2, dort hinsichtlich der Verfügung betreffend den Zugangsfaktor bei einer Altersrente; ebenso BSG Urteil vom 17.12.2013 - B 1 KR 70/12 R - RdNr 32 mwN, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 2 Nr 4 vorgesehen*). Das SGG gibt selbst nicht vor, wann und unter welchen Voraussetzungen die Regelungen eines Verwaltungsaktes teilbar und damit der teilweisen Bestandskraft zugänglich sind. Vielmehr knüpft es an die nach materiell-rechtlichen Vorschriften zu beurteilende Teilbarkeit an (*vgl § 54 Abs 1 S 1 iVm § 131 Abs 1 S 1 SGG und BSGE 59, 137, 147 = SozR 2200 § 368a Nr 13 S 43; BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 17; Hauck in Zeihe, SGG, Stand 1.11.2012, § 131 Anm 3 mwN; s ferner BVerwG Beschluss vom 2.1.1997 - 8 B 240/96; BVerwG Beschluss vom 30.7.2010 - 8 B 125/09; BFH Beschluss vom 24.3.2009 - III B 120/07 - BFH/NV 2009, 1142*). Teilbar ist ein Verwaltungsakt nach § 31 S 1 SGB X jedenfalls schon dann, wenn eine betragsmäßige Aufteilung möglich ist und den klageweise geltend gemachten Teilbeträgen Rechnungsposten zugrunde liegen, die sich - insbesondere unter dem zeitlichen Gesichtspunkt - aus jeweils eigenen Sachverhalten ableiten und insoweit auch gegenständlich abgegrenzt werden können. So verhält es sich hier.
- 20 Der angefochtene Teil der Festsetzung des Gesamtbetrages der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2009 für die Klägerin betrifft die Zuweisungen aus dem ab 1.1.2009 geltenden RSA und den Ausgleichsbetrag für Zuweisungen für das Geschäftsjahr 2009. Er lässt sich sowohl zeitlich als auch gegenständlich eindeutig gegenüber Rechnungsposten abgrenzen, die davor liegenden Geschäftsjahren mit

jeweils eigenständigen tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen zuzuordnen sind (*RSA-Korrekturen bis einschließlich 2008: 193 722 497,76 Euro; Risikopool-Korrekturen bis einschließlich 2008: 3 032 491,66 Euro*).

- 21 c) Der erkennende Senat hat die Rechtmäßigkeit der dem Jahresausgleich 2009 zugrunde liegenden "Festlegungen" - und nicht nur ihre Wirksamkeit - zu überprüfen, obwohl die Beklagte hierin ihre Entscheidung über die nähere Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens vor Erlass des angegriffenen Jahresausgleichsbescheids traf (*Bekanntgabe der Krankheiten vom 13.5.2008 mit Dokumentation der Festlegung und Anhänge 1 - 4 idF der Änderungsbekanntgabe vom 2.3.2009 mWv 1.4.2009 mit Anlagen, Erläuterungen, Listen <jeweils Ä1 - Ä3> und der Änderungsbekanntgabe vom 8.3.2010 mWv 31.3.2010 und Erläuterungen, Listen <jeweils Ä1 - Ä3>, berichtigt durch Bescheid vom 18.3.2010 betreffend Anhang Ä2 Liste ICD DxG HMG; sonstige Festlegungen - Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren, Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge mit Anlagen 1 - 3, Hierarchien, Erläuterung der Festlegungen, Auswertung der Stellungnahmen, übersandt an GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 3.7.2008*). Die Entscheidung über den Jahresausgleich erfolgt nämlich in einem mehrstufigen Verfahren, bei dem den KKn gerichtlicher Rechtsschutz erst auf der letzten Stufe gewährt wird: Klagen der KKn sind lediglich gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA einschließlich der hierauf entfallenden Nebenkosten eröffnet. Sie haben keine aufschiebende Wirkung. Die vorangegangenen "Festlegungen" sind - obwohl nach ihrer Rechtsqualität ebenso wie die "Grundlagenbescheide" Allgemeinverfügungen (§ 31 S 2 SGB X; vgl *BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 15 und 29, für BSGE und SozR vorgesehen*) - im Rahmen der Klagen von KKn gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA inzident mit zu überprüfen. Die Konzentration des gerichtlichen Rechtsschutzes auf Klagen gegen die Höhe der Zuweisungen im RSA folgt aus der sinngemäßen Auslegung des in § 266 Abs 6 S 7 SGB V angelegten Regelungssystems (vgl *BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 16 f, für BSGE und SozR vorgesehen*).
- 22 d) Die Klägerin ist klagebefugt. Neben - hier von der Klägerin auch geltend gemachten - Mängeln des einfachen Rechts und seiner Anwendung (*zur dadurch möglichen Verletzung des Selbstverwaltungsrechts sowie der Haushalts- und Finanzhoheit vgl auch BSGE 90, 231, 240 = SozR 4-2500 § 266 Nr 1 RdNr 30*) kann ein Träger mittelbarer Staatsverwaltung ihn betreffende Vorschriften des einfachen Gesetzesrechts nicht nur wegen Verstoßes gegen formelles Verfassungsrecht, sondern auch wegen Verletzung des Willkürverbots mit Erfolg angreifen. Denn das Willkürverbot gilt innerhalb des hoheitlichen Staatsaufbaus, in dem grundsätzlich kein Grundrechtsschutz besteht, jedenfalls aufgrund des immer zu beachtenden Rechtsstaatsprinzips (*BVerfGE 89, 132, 141 = SozR 3-4100 § 186c Nr 1 S 5, zur Konkursausfallgeld-Umlage; s ferner BVerfGE 86, 148, 251, zum Länderfinanzausgleich; BVerfGE 21, 362, 372, zum Übergang von Ersatzansprüchen aus fahrlässiger Amtspflichtverletzung*). Dieser Klagebefugnis steht nicht entgegen, dass die Klägerin als Trägerin mittelbarer Staatsverwaltung nicht nach Art 19 Abs 3 GG grundrechtsfähig ist (*stRspr: BVerfGE 21, 362, 368 ff; BVerfGE 39, 302, 312 ff; s ferner BVerfGE 77, 340, 344; BVerfGK 13, 276 = SozR 4-2500 § 4 Nr 1; vgl BSGE 90, 231, 264 f = SozR 4-2500 § 266 Nr 1 RdNr 99 ff*).
- 23 e) Einer notwendigen Beiladung anderer KKn nach § 75 Abs 2 SGG bedurfte es nicht, wie das LSG zutreffend gesehen hat (*den Beiladungsantrag der AOK*

Rheinland/Hamburg ablehnender Beschluss vom 20.8.2012). Die anderen KKn sind an dem streitigen Rechtsverhältnis zwischen Klägerin und Beklagter nicht derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Dies ist nur der Fall, wenn die Entscheidung aus Rechtsgründen nur einheitlich ergehen kann. Es genügt weder, dass die Entscheidung logisch notwendig einheitlich ergehen muss, weil in beiden Rechtsverhältnissen über dieselben Vorfragen zu entscheiden ist, noch dass die tatsächlichen Verhältnisse eine einheitliche Entscheidung erfordern. Die Beiladung ist aus Rechtsgründen notwendig, wenn die vom Kläger begehrte Sachentscheidung nicht getroffen werden kann, ohne dass dadurch gleichzeitig unmittelbar und zwangsläufig Rechte des Beizuladenden gestaltet, bestätigt oder festgestellt, verändert oder aufgehoben werden (*BSG SozR 3-4100 § 134 Nr 7 S 17; BSG SozR 1500 § 75 Nr 71 S 83*). Die gegenüber den anderen KKn ergangenen Bescheide über den Jahresausgleich 2009 bleiben von einer Entscheidung über den Jahresausgleich 2009 zwischen der Klägerin und der Beklagten auch dann unberührt, wenn die Klägerin obsiegen würde. Ein möglicher höherer Zuweisungsanspruch für das Jahr 2009 kann im Wege eines Korrekturbescheides nur in einem späteren Ausgleichsjahr wirksam werden. Nichts anderes ergibt sich aus der von der Klägerin angeregten Vorlage nach Art 100 Abs 1 GG, die nur eine Vorfrage im oben dargelegten Sinn zum Gegenstand haben könnte.

- 24 2. Die Beklagte legte die Morbiditätsgruppen rechtmäßig fest. Die Beklagte durfte - wie erfolgt - aufgrund wirksamer Rechtsgrundlage die erforderlichen "Festlegungen" in einer formell rechtmäßigen Allgemeinverfügung nach pflichtgemäßem Ermessen treffen; die in Gestalt des BVA zuständige Beklagte beachtete auch das für die "Festlegungen" vorgesehene Verfahren. Dem steht nicht die sich aus § 29 S 2 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 1 14. RSA-ÄndV vom 18.12.2006, BGBl I 3224, mWv 22.12.2006*) ergebende, bis zum 17.3.2009 geltende Verordnungsermächtigung entgegen (*dazu a*). Die Festlegungen zum Versichertenklassifikationsmodell nach Morbiditätsgruppen, die das zentrale Element des Schlüssels zur jährlichen Verteilung der im Gesundheitsfonds nach Maßgabe des § 271 S 1 SGB V eingehenden Beträge regeln, sind auch materiell rechtmäßig (*dazu b*). Die sie tragenden Rechtsgrundlagen begegnen - auch im Hinblick auf den sie steuernden Verwaltungsvollzug - keinen verfassungsrechtlichen Bedenken (*dazu c*).
- 25 a) Rechtsgrundlage der Festlegungen zum Versichertenklassifikationsmodell nach Morbiditätsgruppen beim RSA 2009 ist § 31 Abs 4 RSAV (*idF durch Art 17 Nr 1 Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009, BGBl I 1990, mWv 1.8.2009*) iVm § 29 Nr 1 (*idF durch Art 1 Nr 1 Buchst b 19. RSA-ÄndV vom 11.3.2009, BGBl I 497, mWv 18.3.2009*) und § 31 Abs 1 RSAV (*idF durch Art 38 Nr 6 GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378, mWv 1.4.2007*). Danach legt das BVA auf der Grundlage der Empfehlung nach § 31 Abs 2 S 1 Nr 2 und 3 RSAV (*idF durch Art 38 Nr 6 GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378, mWv 1.4.2007*) die nach Abs 1 S 2 zu berücksichtigenden Krankheiten, die auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr nach Anhörung der Spitzenverbände der KKn bis zum 30. September fest und gibt diese in geeigneter Weise bekannt. Für die Ermittlung der Risikozuschläge für die in § 29 Nr 1 RSAV genannten Risikomerkmale sind nur die nach § 31 Abs 4 S 1 RSAV festgelegten Morbiditätsgruppen zu berücksichtigen. § 31 Abs 1 S 1 RSAV gilt entsprechend. Morbiditätsgruppen für

Erwerbsminderungsrentner werden für Versicherte gebildet, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten haben. Bei der Bildung von Altersgruppen kann das BVA im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der KKn von § 2 Abs 3 S 1 RSAV abweichende Altersabstände bestimmen.

- 26 Diese verordnungsrechtlichen Vorschriften beruhen auf einer rechtmäßigen Ermächtigungsgrundlage und sind formell rechtmäßig. Der Ordnungsgeber durfte dem BVA auch materiell-rechtlich die Befugnis erteilen, in Form sachbezogener Allgemeinverfügungen (§ 31 S 2 SGB X) auf einer ersten Stufe des Verwaltungsverfahrens Regelungen über das Versichertenklassifikationsmodell nach Morbiditätsgruppen nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen (vgl BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 21 ff, für BSGE und SozR vorgesehen).
- 27 § 29 S 2 RSAV sah allerdings zeitgleich mit § 31 Abs 4 S 1 RSAV bis zum 17.3.2009 vor, dass das Nähere über die Bestimmung und Anpassung des Klassifikationsmodells nach § 29 S 1 Nr 1 RSAV durch gesonderte Rechtsverordnung zu erfolgen hatte. Das BVA war aber nicht in der Lage, Festlegungen nach § 31 Abs 4 S 1 iVm Abs 1 RSAV zu treffen, ohne zugleich den Inhalt des § 29 S 1 Nr 1 RSAV mit zu konkretisieren. Der Ordnungsgeber hob § 29 S 2 RSAV durch Art 1 Nr 1 Buchst b 19. RSA-ÄndV vom 11.3.2009 (BGBl I 497) mWv 18.3.2009 mit dem Willen auf, diesen Regelungswiderspruch zu beseitigen (vgl Begründung des Bundesministeriums für Gesundheit <BMG> zum 19. RSA-ÄndV-Entwurf, BR-Drucks 86/09 S 6).
- 28 b) Das BVA bestimmte für das Ausgleichsjahr 2009 die Einzelheiten des in § 268 Abs 1 S 1 SGB V (idF durch Art 1 Nr 180 Buchst a GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378, mWv 1.1.2009) angeordneten Versichertenklassifikationsmodells nach Morbiditätsgruppen rechtmäßig nach pflichtgemäßem Ermessen.
- 29 Die Festlegung des Versichertenklassifikationsmodells ist - entsprechend der Festlegung des Regressionsverfahrens - eine Ermessensentscheidung. Die "Festlegungen" erfolgen nämlich nicht in der Weise, dass das Ergebnis strikt eindeutig vorgegeben ist. Vielmehr bedarf es ihrer jährlich neu, weil sie dem schrittweise erfolgenden Erkenntnisfortschritt Rechnung tragen und hierbei die gesetzlichen Ziele besser erreichen sollen, ohne dass kurzfristig ein dauerhaftes Optimum zu erwarten ist (vgl zum Ganzen ausführlich BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 32, für BSGE und SozR vorgesehen). Der Gesetzgeber hat gerade aufgrund des Fehlens fertig ausgestalteter, wissenschaftlich fundierter, unmittelbar auf die GKV übertragbarer Klassifizierungs- und Verfahrensmodelle die Notwendigkeit gesehen, das BVA mit dieser Normkonkretisierung zu betrauen (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 205, zu § 31 Abs 4 RSAV). Der RSA ist für die Sachgerechtigkeit der Krankheitsauswahl, der Bildung der Morbiditätsgruppen und des Berechnungsverfahrens auf wissenschaftlichen Sachverstand, empirische Forschung und Statistik angewiesen (vgl Schmehl in Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Aufl 2014, § 39 RdNr 72). Deren Erkenntnisse führen regelmäßig im hier betroffenen Anwendungsbereich zu einer Bandbreite vertretbarer Ergebnisse. Das Klassifikationsmodell des BVA hat in diesem Sinne auf Klassifikationsmodellen aufzubauen, deren Einsatzfähigkeit in der GKV wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist (vgl § 29 S 1 Nr 1 RSAV in den seit 1.1.2009 geltenden Fassungen). Das BVA berücksichtigt zudem die Empfehlungen seines Wissenschaftlichen Beirats (vgl zum Beirat § 31 Abs 2 S 1 RSAV).

- 30 Bei einem Streit über solche Ermessensentscheidungen hat das Gericht lediglich zu prüfen, ob das BVA die gesetzlichen Grenzen seines Ermessens überschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise oder sonst erkennbar fehlerhaft Gebrauch gemacht hat, und ob dadurch der Kläger in seinen Rechten verletzt worden ist (*vgl § 54 Abs 2 SGG*). Daran fehlt es.
- 31 Die vom BVA getroffenen Festlegungen der Grundsätze der Morbiditätsgruppenbildung (*dazu aa*) stehen in Einklang mit den Vorgaben der Ermächtigungsgrundlagen (*dazu bb*). Das BVA setzte hierbei auch ermessensfehlerfrei 80 zuschlagsrelevante Krankheiten fest (*dazu cc*).
- 32 aa) Das BVA legte die vorzunehmende Berücksichtigung morbiditätsabhängiger Risikozuschläge bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2009 wie folgt fest: Alle Versicherten sind, soweit Morbiditätsdaten über sie im Berichtsjahr (2008) vorliegen (*vgl § 31 Abs 1 S 2 RSAV; prospektives Modell: Ungleichzeitigkeit von Versichertenklassifikation und Leistungsausgabenerhebung*), den Morbiditätsgruppen anhand von stationären und ambulanten Diagnosen zuzuordnen (*Festlegung, Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, a 3*). Krankenhausdiagnosen führen unmittelbar zu einer Zuordnung, vertragsärztliche Diagnosen hingegen nur dann, wenn es sich um gesicherte ambulante Diagnosen (mit Qualifizierungsmerkmal "G") handelt und eine weitere, derselben Krankheit zugeordnete gesicherte Diagnose in einem anderen Quartal dokumentiert wurde (*M2Q-Kriterium; Festlegung, Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, a 2 und a 3*). Die ICD-10-Diagnosen weisen die Versicherten einer Morbiditätsgruppe des Klassifikationsmodells zu. Dieses unterscheidet 106 zuschlagsfähige, nach dem Schweregrad der Krankheit hierarchisierte Morbiditätsgruppen (*HMG; vgl Festlegungen, Modell, Anlage 1*), die in 25 Hierarchien eingeordnet sind. Innerhalb einer Hierarchie ist nur eine Morbiditätsgruppe relevant. Erfüllt ein Versicherter die Voraussetzungen für mehrere Gruppen innerhalb der Hierarchie, ist nur die ranghöchste Gruppe beim Versicherten zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die jeweils schwerwiegendste Krankheitsmanifestation. Zum Teil schließt die Anwendbarkeit einer Hierarchiegruppe die Berücksichtigung eines Versicherten in anderen Hierarchiegruppen aus (*Dominanzverhältnis; vgl Festlegungen, Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, 4. Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen*), zum Teil kann ein Versicherter jeweils einer Gruppe bei zwei oder mehr Hierarchiegruppen zugeordnet werden.
- 33 Das BVA hat zur Ansteuerung der HMG für die Zwecke des RSA 366 Krankheiten definiert (*Bekanntgabe Anhang 1 Krankheitsbildung*) und hieraus 80 Krankheiten als zuschlagsrelevant ausgewählt (*Bekanntgabe Krankheiten*), denen jeweils sachlich zusammenhängende ICD-10-Diagnosen zugewiesen sind (*Bekanntgabe und Anhang 4, ICD-Liste*). Der Zusammenhang zwischen den vom BVA festgelegten 80 RSA-relevanten Krankheiten und den HMG ergibt sich daraus, dass das BVA aus den ICD-10-Diagnosen einer Krankheit Diagnosegruppen (DxGruppen) ableitet. Eine Morbiditätsgruppe besteht mindestens aus einer DxGruppe, kann aber auch mehrere DxGruppen aus verschiedenen Krankheiten umfassen. Damit ist eine RSA-relevante Krankheit eine für die Zwecke des RSA geschaffene Entität, deren jeweilige Bestandteile der Algorithmus ganz oder teilweise, allein oder in Verbindung mit Bestandteilen anderer RSA-relevanter Krankheiten zu Funktionseinheiten, den DxGruppen, verbindet, die ihrerseits die für die Risikozuschläge maßgeblichen hierarchisierten Morbiditätsgruppen bilden. So sind zB der Krankheit 6 mit ihrem ICD-

10-Katalog (*Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane*) die HMG011 (*Bösartige Neubildungen des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas*) vollständig sowie Teile der HMG012 (*Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen*) und der HMG013 (*Sonstige ernste bösartige Neubildungen*) zugeordnet.

- 34 bb) Mit diesem grundsätzlichen Vorgehen beachtete das BVA die gesetzlichen Grenzen seines Ermessens. Nach § 268 Abs 2 S 1 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 16 Buchst b Doppelb aa Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze <Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG> vom 22.12.2006, BGBl I 3439, mWv 1.1.2007*) regelt das BMG bis zum 31.12.2009 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs 7 SGB V mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach § 268 Abs 1 SGB V (*zur Verfassungsmäßigkeit der Verordnungsermächtigung vgl BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 23, für BSGE und SozR vorgesehen*). Bei der Gruppenbildung sind auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen (§ 268 Abs 2 S 3 SGB V). Dabei konnte der Gesetzgeber des GKV-WSG anstelle des BMG selbst als Verordnungsgeber § 29 S 1 Nr 1 und § 31 Abs 1 RSAV erlassen (*vgl dazu BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 16/14 R - RdNr 25, für BSGE und SozR vorgesehen*).
- 35 In der Sache gibt § 268 Abs 1 S 1 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 180 Buchst a GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378, mWv 1.1.2009*) vor, dass die Versichertengruppen nach § 266 Abs 1 S 2 und 3 SGB V und die Gewichtungsfaktoren nach § 266 Abs 2 S 2 SGB V vom 1.1.2009 an abweichend von § 266 SGB V nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden sind (Morbiditätsgruppen), die zugleich 1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen, 2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind, 3. Anreize zu Risikoselektion verringern, 4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und 5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen. Dem entsprechend bestimmt § 29 Nr 1 RSAV, dass vom Berichtsjahr 2009 an abweichend von § 2 Abs 1 und 2 RSAV folgende Risikomerkmale der Versichertengruppenabgrenzung zu Grunde zu legen sind: die Morbiditätsgruppen eines vom BVA festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt und das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der GKV wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist. § 31 Abs 1 RSAV konkretisiert dies dahingehend, dass die nach § 29 Nr 1 RSAV vorzunehmende Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells und seine Anpassung an die Gegebenheiten der GKV so zu erfolgen haben, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Das nach S 1 an die GKV angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist anhand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten. Bei der Auswahl der in S 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.
- 36 cc) Das BVA wählte innerhalb seines vorgegebenen Regelungsrahmens

ermessensfehlerfrei 80 Krankheiten aus. Hierbei musste es sich nicht auf besonders teure und zugleich singuläre Erkrankungsfälle beschränken, sondern durfte auch - wie geschehen - sog "Volkskrankheiten" einbeziehen (*dazu aaa*). Das komplexe Versichertenklassifikationsmodell des BVA baut auf wissenschaftlich fundierten Klassifikationsmodellen auf (*dazu bbb*). Das BVA durfte hierbei von den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats abweichen (*dazu ccc*).

- 37 aaa) Die vom BVA getroffenen Festlegungen der 80 Krankheiten, die Zuschläge auslösen (*vgl Bekanntgabe vom 13.5.2008; Änderungsbekanntgaben vom 2.3.2009 und vom 8.3.2010; Berichtigung vom 18.3.2010*), beachten die spezifischen Vorgaben der Regelungen des § 268 Abs 1 S 1 Nr 5 SGB V und des § 31 Abs 1 S 2 bis 4 RSAV. Wortlaut und Binnensystematik dieser Regelungen sind für die getroffene Auswahl offen (*dazu 1*). Die betroffenen Festlegungen entsprechen in besonderer Weise der Entstehungsgeschichte, dem Regelungssystem und dem Regelungszweck des RSA (*dazu 2*).
- 38 (1) Dem oben dargelegten Wortlaut des § 268 Abs 1 S 1 Nr 5 SGB V und den Worten des § 31 Abs 1 S 2 und 3 RSAV ist zu entnehmen, dass es bei Konkretisierung der "Krankheiten" als Krankheitsentitäten, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Maßgabe standardisierter, auf Morbiditätsgruppen bezogener Leistungsausgaben zur Folge haben, um behandlungsbedürftige Zustände Versicherter gehen muss, die einen herausgehobenen Behandlungsbedarf auslösen (*vgl auch Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 204 zu Art 38 Nr 6*). Bei der "Auswahl" der "genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden" (§ 31 Abs 1 S 3 RSAV). Das Kriterium der Mindestüberschreitung macht die Umschreibung der Fälle mit zu erwartenden hohen Leistungsausgaben handhabbar. "Die Krankheiten sollen" zudem "eng abgrenzbar sein" (§ 31 Abs 1 S 4 RSAV). Dies erfordert nicht, dass jede Krankheit im RSA-Sinn ganz oder teilweise durch ICD-10-Diagnosen definiert ist, die im einzelnen Behandlungsfall typischerweise einen schwerwiegenden Verlauf oder Chronizität beinhalten (*zulässig deshalb zB Krankheit Nr 58 - Hypertonie*).
- 39 (2) Der zum 1.1.2009 eingeführte RSA verfolgt das Ziel, in der Versichertenstruktur liegende Risiken in breitem Umfang zu erfassen (*vgl auch Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines RSA-ReformG, BT-Drucks 14/6432 S 10*). Es sind grundsätzlich alle von den KKn nicht steuerbaren Morbiditätsrisiken auszugleichen, um eine Vergleichbarkeit der Effizienz und Effektivität der KKn untereinander trotz ihrer unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und Risikostrukturen zu gewährleisten. Die Festlegungen des BVA werden dem in besonderer Weise gerecht. Das gewählte Modell des BVA ließ erwarten, dass der RSA mehr als 50 vom Hundert der Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds steuert und rund 40 vom Hundert der Versicherten erfasst (*vgl Glaeske in Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, 2009, S 7, 28*). Die Auswahl erstreckt sich - wie vom Gesetzgeber beabsichtigt (*vgl Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 204 zu Art 38 zu Nr 6 Abs 1 - § 31 Abs 1 RSAV*) - auf Krankheiten, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der KKn haben. Weil ein solches Modell verspricht, die

Risikoselektion wirksam einzuschränken, hob der Gesetzgeber die zuvor geltenden, für diesen Zweck nur einen unwesentlichen Beitrag leistenden, aber verwaltungsaufwändigen Regelungen eines Risiko- oder Hochrisikopools (§ 269 SGB V aF) mit dem GKV-WSG auf (vgl. *Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG*, BT-Drucks 16/3100 S 169 zu Art 1 Nr 181, zu Buchst c, unter Hinweis auf *Endbericht Klassifikationsmodelle 2004*, S 219 f). Die (vorläufige) Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten sollte bloß dazu dienen, "nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden" (vgl. *Begründung zu Art 38 Nr 6 GKV-WSG-Entwurf BT-Drucks 16/3100 S 204*).

- 40 bbb) Das vom BVA festgelegte, vorstehend beschriebene Versichertenklassifikationsverfahren erfüllt die Voraussetzungen des § 29 Nr 1 RSAV. Es handelt sich um ein HCC(Hierarchical Coexisting Conditions)-Modell. HCC-Modelle sind wissenschaftlich untersucht und nach dem Untersuchungsergebnis bei der dargelegten zutreffenden Sicht des rechtlichen Gestaltungsrahmens in der GKV einsatzfähig (vgl. *Busse/Drösler/Glaeske/Greiner/Schäfer/Schrappé, Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich <im Folgenden: Gutachten Krankheitsauswahl 2007>*, S 14 ff; s ferner zur Bestandsaufnahme der Modelle zur morbiditätsorientierten Gruppierung: *Reschke/Sehlen/Schiffhorst/Schröder/Lauterbach/Wasem, Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Endbericht 2004, 2005, <im Folgenden: Endbericht Klassifikationsmodelle 2004>*, S 49 ff, insbesondere S 71 ff; zur Bewertung der Klassifikationsmodelle im Einzelnen: S 130 ff, insbesondere S 135). Seine Einsatzfähigkeit in der GKV ist in diesem Sinne wissenschaftlich bestätigt.
- 41 ccc) Das BVA war nicht an die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats im Gutachten Krankheitsauswahl 2007 hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des HCC-Modells und der Prävalenzbewertung gebunden. Das BVA hat die Empfehlungen seines Wissenschaftlichen Beirats lediglich bei seinem Gestaltungsermessen zu berücksichtigen. Nicht der Beirat, sondern das BVA hat die Entscheidungskompetenz. Der Wissenschaftliche Beirat wird nur gutachtlich beratend tätig. Das BVA kann aus sachgerechten Gründen von den Empfehlungen abweichen. Dementsprechend hat der Wissenschaftliche Beirat lediglich einen Vorschlag für die Anpassung des Klassifikationsmodells an die GKV zu unterbreiten und ein Verfahren zu seiner laufenden Pflege vorzuschlagen, bis zum 31.10.2007 ein Gutachten zu erstatten, in dem die hier relevanten Krankheiten ausgewählt werden und die Auswahl dieser Krankheiten in regelmäßigen Abständen zu überprüfen (§ 31 Abs 2 S 1 RSAV). Das BVA hat dagegen auf der Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats - hier: Gutachten Krankheitsauswahl 2007 - die Festlegungen zu treffen (§ 31 Abs 4 S 1 RSAV).
- 42 Die "Festlegungen" genügen diesen Anforderungen. Das BVA berücksichtigte - abweichend vom Gutachten Krankheitsauswahl 2007 - in erster Linie zur Plausibilisierung vertragsärztlicher Diagnosen und in zweiter Linie zur Separierung bestimmter Krankheitsverläufe (vgl. *Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das BVA*, S 3 und 5) auch Arzneimittelwirkstoffe in seinem Klassifikationsmodell. Es folgte auch aus Sachgründen nicht der im Gutachten Krankheitsauswahl 2007 vorgeschlagenen Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit durch eine nur logarithmische Gewichtung der Prävalenz. Es durfte den wertungsoffenen Zielkonflikt zwischen Kosten der Krankheit je

Behandlungsfall und Kosten der Krankheit für das GKV-System zugunsten des letzteren auflösen, indem es mathematisch die Logarithmusfunktion durch die Wurzelfunktion ersetzt. Die von ihm ausgewählten Krankheiten erfüllen die ansonsten im Gutachten operationalisierten Kriterien für "schwerwiegend" und "kostenintensiv chronisch" und die 150 %-Grenze weiterhin (vgl. Göppfarth in *Jahrbuch Risikostrukturausgleich* 2008, 2009, S 101, 108).

- 43 c) Die aufgezeigten Rechtsgrundlagen des ab 2009 anzuwendenden RSA sind verfassungsgemäß. Zu Recht ziehen die Beteiligten ihre formelle Verfassungsmäßigkeit nicht in Zweifel. Die Rechtsgrundlagen verstoßen aber auch nicht gegen das Willkürverbot als objektives, bei der Ausgestaltung des RSA zu beachtendes Rechtsprinzip (*BVerfGE* 113, 167, 262 = *SozR* 4-2500 § 266 Nr 8 *RdNr* 211). Es ist erst verletzt, wenn ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für eine gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt. Was hierbei sachlich vertretbar oder sachfremd ist, lässt sich nicht abstrakt und allgemein feststellen, sondern stets nur in Bezug auf die Eigenart des konkreten Sachverhalts, der geregelt werden soll. Ein Verstoß gegen das Willkürverbot liegt erst vor, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist (vgl. *BVerfGE* 89, 132, 141 = *SozR* 3-4100 § 186c Nr 1 S 5 *mwN*). Bei der Beurteilung künftiger Sachverhalte und Entwicklungen steht dem Gesetzgeber grundsätzlich eine Einschätzungsprärogative zu (vgl. *BVerfGE* 68, 193, 220 = *SozR* 5495 Art 5 Nr 1 S 4; *BVerfG* *SozR* 3-2500 § 311 Nr 1 S 5). Der Gesetzgeber überschritt seinen Prognose- und Beurteilungsspielraum vorliegend nicht.
- 44 Das BVerfG hat sogar unter Anlegung eines weitergehenden Prüfmaßstabs die neuen Regelungen zum Versichertenklassifikationssystem nach Morbiditätsgruppen - ebenso wie die ursprünglichen RSA-Regelungen - in Würdigung sowohl ihrer Zielsetzung als auch ihrer Mittel als verfassungskonform angesehen (*BVerfG* *Beschluss* vom 18.7.2005 - 2 *BvF* 2/01 - *BVerfGE* 113, 167, 231 ff, 263 = *SozR* 4-2500 § 266 Nr 8 *RdNr* 122 ff, 216; vgl. zur Nichtanwendbarkeit der Art 104a ff GG und zur Vereinbarkeit mit Art 120 Abs 1 S 4 GG *BVerfGE* 113, 167, 195 ff, 199 ff, 207 ff = *SozR* 4-2500 § 266 Nr 8 *RdNr* 39 ff, 49 ff, 62 ff).
- 45 Der Gesetzgeber beachtete entgegen der Auffassung der Klägerin insbesondere das Ziel, für die zum 1.1.2009 in Kraft tretenden Regelungen des RSA im Interesse der Gleichbehandlung aller Systembeteiligten auf valide Daten zurückzugreifen, ohne gegen das Willkürverbot zu verstoßen. Der Gesetzgeber war bei der konkreten Auswahl der Ausgleichsfaktoren und der Ausgleichstechnik für den RSA berechtigt, lediglich solche Faktoren zu berücksichtigen, von denen er prognostizieren konnte, dass sie eine quantitativ gewichtige Auswirkung auf die Leistungsausgaben haben (*ähnlich BVerfGE* 113, 167, 234 f = *SozR* 4-2500 § 266 Nr 8 *RdNr* 133 f *unter der hier nicht relevanten beitragsrechtlichen Perspektive*). Er durfte - wie geschehen - in den Blick nehmen, dass die ausgleichsrelevanten Daten überhaupt verfügbar sind oder mit vertretbarem Aufwand beschafft werden können. Der sachliche Gesichtspunkt der praktischen Machbarkeit eines Finanzausgleichs innerhalb der GKV rechtfertigte Regelungen, die sicherstellen, dass ein solcher Finanzausgleich überhaupt mit vertretbarem Aufwand erfolgen kann (vgl. *BVerfGE* 113, 167, 236 f = *SozR* 4-2500 § 266 Nr 8 *RdNr* 136 f).
- 46 Zudem durfte der Gesetzgeber berücksichtigen, dass § 268 SGB V in ein normatives Umfeld eingebettet ist, welches die Gleichheit auch hinsichtlich des tatsächlichen Erfolges der Datenerhebung im Verwaltungsvollzug prinzipiell gewährleistet. Er konnte sachgerecht in Rechnung stellen, dass KKn als öffentlich-rechtliche Körperschaften, die

zudem der Rechtsaufsicht unterliegen, für eine rechtmäßige Datenerhebung Sorge tragen, soweit sie hiermit betraut sind. Ebenso konnte er davon ausgehen, dass die Leistungserbringer unter Berücksichtigung ihrer sanktionsbewehrten Pflichten grundsätzlich zutreffende Daten zur Verfügung stellen und Fehler typischerweise nicht systematisch zum Nachteil einer einzelnen KK oder einer KK-Gruppe auftreten. Beispielsweise haben Vertragsärzte regelmäßig kein gesteigertes ökonomisches Interesse daran, unter Verletzung ua vertragsärztlicher Pflichten wissentlich falsche Diagnosen zu kodieren, obwohl sie sich damit strafbar machen können. Es wäre schlechthin absurd, dem Gesetzgeber die Unterstellung abzuverlangen, dass KKn als öffentlich-rechtliche Körperschaften rechtswidrig (*vgl dazu Göppfarth/Sichert, KrV 2009, 186, 189 f*) systematisch versuchen, zunächst erhobene Diagnosedaten in ihrem Sinne nachträglich ändern zu lassen, um Vorteile im RSA zu erlangen (*so auch Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich vom 22.6.2011 - Endfassung - <Evaluationsbericht> S 173 unter Hinweis auf Glaeske/Göppfarth/Otto, Gesundheits- und Sozialpolitik 60 <5-6>, 59*).

- 47 Der Gesetzgeber hat entgegen der Auffassung der Klägerin auf gleichwohl zutage getretene Missstände mit § 268 Abs 3 S 2 SGB V (*idF durch Art 15 Nr 11a Buchst a und e Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009, BGBl I 1990, mWv 23.7.2009*) rechtzeitig reagiert. Danach dürfen, sofern die Erhebung nach S 1 Nr 1 bis 7 Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beinhaltet, ausschließlich solche verarbeitet oder genutzt werden, die von den KKn nach den §§ 294 bis 303 SGB V erhoben wurden (*vgl Begründung in Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 16/13428 S 94*). Eine nachträgliche Datenbearbeitung - insbesondere im Zusammenwirken von KKn und Ärzten, die die Diagnosen ursprünglich kodierten - ist seither ausgeschlossen. Die Beachtung dieser Vorgaben wird durch die Neufassung des § 273 SGB V (*idF durch Art 15 Nr 11b Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009, BGBl I 1990*) flankiert, der dem BVA ein bei ihm zentralisiertes, dort näher ausgestaltetes Überprüfungsrecht einräumt (*vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 16/13428 S 94 f*), das in der Sache eine "erweiterte Plausibilitätsprüfung" ist (*Göppfarth/Sichert, KrV 2009, 186, 190*).
- 48 Soweit die Klägerin demgegenüber auf einzelne abweichende Beispiele verweist, ist dies schon im Ansatz ungeeignet, unter Berücksichtigung der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers eine evidente Unsachlichkeit der Datenerhebungsregelung zu belegen. Das betrifft etwa das Vorbringen, dass einzelne KKn auf unterschiedliche Weise versucht haben (*vgl dazu Göppfarth/Sichert, KrV 2009, 186 f mwN in Fn 4 bis 8 und 10; s ferner Evaluationsbericht, S 173*), gezielt in ihrem Sinne auf das Kodierverhalten von Vertragsärzten Einfluss zu nehmen. Vergleichbar ist der Aufruf des Bayerischen Hausärzterverbandes (*Rundfax vom 16.12.2008*), im Rahmen der Vertragsverhandlungen mit der AOK Bayern nur die kodierten Diagnosen der Versicherten dieser KK zu überprüfen, um den Zuweisungsanteil der KK durch RSA-relevante Diagnosen zu erhöhen, ein Einzelfall geblieben.
- 49 Die Klägerin kann im Ergebnis auch nichts für sich daraus ableiten, dass die Bewertung der in anderem Zusammenhang erfolgten Kodierpraxis (*morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, § 87a Abs 3 SGB V*) erhebliche Zweifel daran aufgeworfen hat, dass dort die vertragsärztlichen Diagnosen ein vollständig zutreffendes Bild von der tatsächlichen oder tatsächlich behandelten Morbidität geben (*vgl IGES Institut, Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen - Eine Studie im*

Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK - vom 3.12.2012; im Folgenden IGES-Studie). Die Studie behauptet selbst keine RSA-relevante systematische Verzerrung, zumal sie die RSA-spezifischen Gesamtauswirkungen festgestellter gleichzeitiger "Über-" und "Unterkodierung" nicht in den Blick nimmt. So bleibt unklar, ob und inwieweit RSA-relevante falsch-positive und falsch-negative Effekte durch Kodierungsmängel - bezogen auf die einzelne KK - sich gegenseitig aufheben. Obendrein besteht nicht einmal auf fachwissenschaftlicher Ebene Konsens über gravierende Kodierungsmängel. So bestätigt die differenzierte, vorsichtiger Bewertung im Evaluationsbericht (S 174 ff) das in der IGES-Studie gefundene Ergebnis nicht.

- 50 Der Gesetzgeber hat im Übrigen bei der Einführung der Änderungen des RSA zum 1.1.2009 übersehene, gemessen am gesamten Leistungsaufkommen kaum ins Gewicht fallende Datenübermittlungslücken umgehend geschlossen. So schuf er für Abrechnungen der Hochschulambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der Fach- und Spezialambulanzen der Kinderkliniken und der Krankenhäuser mit Kinderabteilungen, die unmittelbar mit den KKn durchgeführt werden, Grundlagen, um sie in die elektronische Datenübertragung oder den maschinell verwertbaren Datenträgeraustausch einzubeziehen (*Verweisung auf § 295 Abs 1b S 1 SGB V im Rahmen der Änderung des § 120 Abs 1a S 3 und 4 und Abs 3 S 3 und 4 SGB V idF durch Art 15 Nr 6a Buchst a und Buchst b Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009, BGBl I 1990*). Zwar trat die Regelung erst zum 1.1.2010 in Kraft. Dies beruht aber auf dem sachlichen Grund, dass die Verpflichtung zur Übermittlung der Daten per Datenträgeraustausch nicht sofort realisierbar war und der Gesetzgeber den Beteiligten Vorbereitungen für die Datenübermittlung per Datenträgeraustausch ermöglichen musste (*vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 16/13428 S 91*).
- 51 Der Gesetzgeber konnte bei dieser Gesamtlage im Rahmen seiner Einschätzungsprärogative auch davon absehen, zunächst eingeleitete weitere Schritte zur Verbesserung der Datenqualität fortzusetzen. So konnte er die Vorgaben des § 295 Abs 3 SGB V (*zunächst S 2 und S 3 idF durch Art 1 Nr 167 Buchst f Doppelb bb Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003, GKV-Modernisierungsgesetz - GMG, BGBl I 2190 mWv 1.1.2004; sodann geändert idF durch Art 1 Nr 198 Buchst d Doppelb bb GKV-WSG*) später ersatzlos streichen (*vgl Art 1 Nr 80 Buchst d Doppelb bb Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 - GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG, BGBl I 2983*) mit dem Ziel, Überregulierungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem abzubauen (*vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung eines GKV-VStG, BT-Drucks 17/6906 S 98*).
- 52 3. Die Beklagte wendete die Festlegungen des BVA rechtmäßig an (*zur Nichtberücksichtigung des Korrekturdatensatzes der Satzart 500 unten 4.*). Der Jahresausgleichsbescheid 2009 begegnet auch in seinen tatsächlichen Grundlagen und den darauf gestützten Berechnungen keinen durchgreifenden Bedenken. Der erkennende Senat kann im Revisionsverfahren von der Richtigkeit der im Jahresausgleichsbescheid genannten und vom LSG zugrunde gelegten Zahlen sowie der sie abbildenden Rechenvorgänge ausgehen. Auch wenn amtliche Sachaufklärung nicht von Beteiligtenvorbringen (Tatsachenbehauptungen, Beweisanregungen, Beweisanträgen) abhängig ist, begründet der Amtsermittlungsgrundsatz keine Pflicht der Gerichte,

Tatsachen zu ermitteln, für deren Bestehen weder das Beteiligtenvorbringen noch sonstige konkrete Umstände des Einzelfalls Anhaltspunkte liefern. In diesem Sinne findet die amtliche Sachaufklärungspflicht ihre Grenze an der Mitwirkungslast der Verfahrensbeteiligten (vgl. *BSGE* 78, 207, 213 = *SozR* 3-2600 § 43 Nr 13 S 24; *BSG Urteil vom 7.5.1998 - B 11 AL 81/97 R - Juris RdNr 20*; vgl. auch *Hauck in Zeihe, SGG, Stand 1.11.2012, Vor § 103 Anm 1. A. II.*; *Hauck in Hennig, SGG, Stand Dezember 2013, § 103 RdNr 19*; *Roller in Lüdtke, SGG, 3. Aufl 2009, § 103 RdNr 8*; *Peters/Sautter/Wolff, SGG, Stand Januar 2013, § 103 Anm 2 c*). Dies gilt umso mehr, wenn - wie hier - beide Beteiligten, die Klägerin als eine der größten KKn Deutschlands und die Beklagte in Gestalt des BVA, die ihrerseits dem Amtsermittlungsgrundsatz verpflichtet sind, eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen (vgl. zu *Rechenzentren von Apothekenverbänden und KKn BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17*).

- 53 4. Die Beklagte lehnte es auch rechtmäßig ab, den nach dem 15.6.2010 übermittelten Korrekturdatensatz (*Satzart 500, Daten der Krankenhausversorgung*) für das Berichtsjahr 2008 zu berücksichtigen und insoweit der Klägerin höhere Zuweisungen zuzuerkennen (*nach deren Berechnungen rund 3,9 Mio Euro*). Der GKV-Spitzenverband ließ ermächtigungskonform in seiner Satzung die Möglichkeit zur Abgabe von korrigierten Datenmeldungen nur bis zum 15. Juni des dem Berichtsjahr folgenden zweiten Jahres zu. Die Beklagte durfte die nach dem 15.6.2010 und vor dem 16.8.2010 ihr zugegangene Korrekturmeldung der Klägerin für das Berichtsjahr 2008 nicht berücksichtigen. Nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte gewährt § 30 Abs 4 S 2 RSAV den KKn keinen Anspruch auf Korrekturmeldungen bis einschließlich zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden zweiten Jahres (*dazu a*), sondern eröffnet nur einen äußersten zeitlichen Endpunkt für Datenberichtigungen, wie sich aus Entstehungsgeschichte und Regelungszweck des § 30 Abs 3 RSAV ergibt (*dazu b*). Der Spitzenverband Bund der KKn (§ 217a SGB V; *Aufgabenzuständigkeit seit 1.7.2008, § 217f Abs 1 SGB V; Name im Rechts- und Geschäftsverkehr laut § 1 Abs 1 S 2 Satzung: GKV-Spitzenverband*) konnte danach auch im Einvernehmen mit dem BVA wirksam nach § 27 Abs 2 Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs 7 Nr 1 und 2 SGB V (*idF vom 29.3.2010; im Folgenden: RSA-SpiBu-Bestimmung*) verbindlich gegenüber den KKn anordnen, dass die Korrekturmeldung gemäß § 30 Abs 4 S 2 RSAV bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BVA zu erfolgen hat (*dazu c*). Die Beklagte war - entgegen der Auffassung der Klägerin - auch nicht befugt, Ermessen auszuüben und den Korrekturdatensatz gleichwohl beim Jahresausgleichsbescheid 2009 mit der Rechtsfolge einer höheren Zuweisung zu berücksichtigen. Ein Fall des Ermessensnichtgebrauchs liegt nicht vor (*dazu d*).
- 54 a) Nach § 30 Abs 4 S 3 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 9 Buchst a 15. RSA-ÄndV vom 23.10.2007, BGBl I 2495, mWv 30.10.2007 bis 11.6.2010, und idF durch Art 1 Nr 1 Buchst b 21. RSA-ÄndV vom 4.6.2010, BGBl I 753 - Mitaufnahme der Nr 8 und 9 des § 30 Abs 1 RSAV*) werden die Datenmeldungen nach § 30 Abs 1 S 1 Nr 1 bis 6 sowie 8 und 9 beginnend mit dem Berichtsjahr 2006 bis zum 15. August des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durch eine neue Meldung korrigiert. Nr 5 des § 30 Abs 1 S 1 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 1 14. RSA-ÄndV vom 18.12.2006, BGBl I 3224*) erfasst die bei Krankenhausentlassung maßgeblichen Haupt- und Nebendiagnosen nach § 301 Abs 1 S 1 Nr 7 in der Verschlüsselung nach § 301 Abs 2 S 1 SGB V. Datentechnisch handelt es sich dabei um die Satzart 500. Die Ermächtigung des Ordnungsgebers, eine derartige Regelung zu treffen, ergibt sich aus § 266 Abs 7 S 1 Nr 6 und 7 SGB V. Hiernach regelt das BMG ua das Nähere über das Verfahren des RSA sowie die

Festsetzung der Stichtage und Fristen nach § 267 SGB V. Es hat seinen Regelungsauftrag in ausreichendem Umfang wahrgenommen, indem es in § 30 Abs 4 S 2 RSAV einen zeitlichen Endpunkt - den 15. August - für Korrekturmeldungen festgelegt hat.

- 55 § 30 Abs 4 S 3 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 1 14. RSA-ÄndV vom 18.12.2006, BGBl I 3224*) sah nur einmalig, nämlich für das Berichtsjahr 2006, einen Korrekturananspruch bis 15.8.2008 vor, um es den KKn trotz etwaiger Schwierigkeiten in der Startphase der Datenerhebung leichter zu machen, einen korrekten Datensatz zu übermitteln (*vgl auch Begründung des BMG zum Entwurf einer 14. RSA-ÄndV, BR-Drucks 716/06 S 8*). Art 1 Nr 9 15. RSA-ÄndV hat aus dieser als Übergangsregelung geschaffenen Vorschrift eine Dauerregelung gemacht (§ 30 Abs 4 S 2 RSAV). Allerdings hat sich der Sinn der Regelung dadurch verschoben, dass die Regelung den KKn nicht länger eine Option eröffnet, eine Austauschmeldung (Korrekturmeldung) abzugeben. Vielmehr handelt es sich um "eine neue Informationspflicht der Verwaltung. Durch die regelmäßige Austauschmeldung in dem zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahr können noch etwaige Korrekturen berücksichtigt und somit die Datengrundlage und die Datenqualität für den Jahresausgleich insgesamt verbessert werden" (*Begründung des BMG zum Entwurf einer 15. RSA-ÄndV, BR-Drucks 603/07 S 22 f*). Hiernach hat die Regelung im Interesse eines korrekten Jahresausgleichs einen nur objektiv-rechtlichen Gehalt.
- 56 b) § 30 Abs 4 S 2 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 9 Buchst a 15. RSA-ÄndV vom 23.10.2007, BGBl I 2495*) ist im Verhältnis zu dem ebenfalls auf der Grundlage des § 266 Abs 7 S 1 Nr 6 und 7 SGB V ergangenen § 30 Abs 3 S 1 RSAV (*idF durch Art 1 Nr 1 14. RSA-ÄndV vom 18.12.2006, BGBl I 3224*) nicht die speziellere, abschließende Regelung. § 30 Abs 3 S 1 RSAV sieht vor, dass die Spitzenverbände der KKn im Einvernehmen mit dem BVA in der Vereinbarung nach § 267 Abs 7 Nr 1 und 2 SGB V das Nähere über die Erhebung nach § 30 Abs 1 S 1 RSAV vereinbaren; ua betrifft das die Satzart 500. Der Vorrang des § 30 Abs 3 S 1 RSAV folgt wiederum aus der Entstehungsgeschichte der Norm. Die Begründung des 14. RSA-ÄndV-Entwurfs macht deutlich, dass der Verordnungsgeber Regelungen nach § 30 Abs 3 RSAV für effektiver ("gezielter und zeitnäher") hält, als die Änderung der RSAV, um den sich im Zeitablauf verändernden spezifischen technischen Gegebenheiten der KKn bestmöglich Rechnung tragen zu können. Eingeschlossen in die Regelungsbefugnis soll nicht nur die Festlegung der näheren technischen, sondern auch der zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben für Datenerhebungen durch die Spitzenverbände der KKn sein (*vgl Begründung des BMG zum Entwurf einer 14. RSA-ÄndV, BR-Drucks 716/06 S 8*).
- 57 c) Die aufgrund § 30 Abs 3 S 1 RSAV getroffene RSA-SpiBu-Bestimmung ist als vom GKV-Spitzenverband erlassene Satzung auch für die KKn nach § 217e Abs 2 SGB V verbindlich. Hiernach sind Regelungen (Verträge und sonstige Entscheidungen), die der GKV-Spitzenverband in seinem Kompetenzbereich (*hier § 217f Abs 1 SGB V iVm § 30 Abs 3 RSAV*) trifft, gegenüber allen KKn verbindlich (*zum Satzungsrecht als von staatlicher Ermächtigung abgeleitete Rechtsquelle vgl Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 196 ff; zu der weiteren - hier vorliegenden - Voraussetzung, dass Normunterworfenen grundsätzlich verbandsangehörige Personen - hier die KKn - sein müssen, vgl BVerfGE 10, 20, 49 f; BVerfGE 33, 125, 156 f*).
- 58 d) Die Beklagte durfte vor Erlass des Jahresausgleichsbescheids 2009 nicht nach eigenem Ermessen zugunsten der Klägerin von § 27 Abs 2 RSA-SpiBu-Bestimmung abweichen. § 30 Abs 4 S 4 RSAV (*idF durch Art 1 14. RSA-ÄndV vom 18.12.2006, BGBl I 3224, mWv 22.12.2006; der spätere Halbs 1*) eröffnete der Beklagten kein

Ermessen. Die Regelung bestimmt strikt, dass Daten, die dem BVA nicht termingerecht übermittelt werden, bei der Ermittlung der Risikomerkmale und Risikozuschläge nach § 29 Nr 1 und 2 RSAV nicht berücksichtigt werden. Zwar hat Art 1 Nr 2 Buchst b 19. RSA-ÄndV (vom 11.3.2009, BGBl I 497, mWv 18.3.2009) § 30 Abs 4 S 4 RSAV um einen weiteren Halbs ergänzt, wonach bei den Risikogruppen nach § 29 Nr 3 RSAV (Alters- und Geschlechtsgruppen) die Versicherungszeiten des Vorjahres unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und eines angemessenen Sicherheitsabzugs zugrunde gelegt werden können. Aus der Begründung des 19. RSA-ÄndV-Entwurfs (vgl Begründung des BMG, BR-Drucks 86/09 S 6) geht jedoch hervor, dass fehlerhafte oder nicht termingerecht von den KKn übermittelte Daten bei der Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen und zu dem Merkmal der Erwerbsminderung nicht zu berücksichtigen sind. Das BVA erhielt die Befugnis zu einer Ermessenentscheidung, verspätet gelieferte Daten zu berücksichtigen, erst ab 26.10.2012 (Änderung des bisherigen § 30 Abs 4 S 4 RSAV durch Art 1 Nr 2 Buchst c Doppelb bb 24. RSA-ÄndV vom 12.10.2012, BGBl I 2228).

- 59 5. Die Verpflichtung der Klägerin, 67 640 492,77 Euro in gleichmäßigen monatlichen Raten ab Januar 2011 zurückzuzahlen, ist rechtmäßig (§ 272 SGB V idF durch Art 1 Nr 14b Buchst b GKV-OrgWG vom 15.12.2008, BGBl I 2426, mWv 1.1.2009, iVm § 41 Abs 4a RSAV idF durch Art 1 22. RSA-ÄndV vom 8.11.2010, BGBl I 1497, mWv 12.11.2010; vgl Begründung des BMG zum Entwurf einer 22. RSA-ÄndV, BR-Drucks 578/10 S 2 ff; umfassend zu § 272 SGB V und den §§ 33 ff RSAV BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 3/14 R - RdNr 20 ff, für BSGE und SozR vorgesehen).
- 60 6. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige über den Streitwert aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 4 sowie § 47 Abs 1 S 1 und Abs 2 S 1 GKG.