



Im Namen des Volkes

Verkündet am
17. Juni 2008

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 30/07 R

S 4 KR 255/04 (SG Düsseldorf)

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Kreis Düren als örtlicher Träger der Sozialhilfe,
vertreten durch den Landrat des Kreises Düren,
Bismarckstraße 16, 52351 Düren,

Beklagter und Revisionskläger.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 17. Juni 2008 durch den
Präsidenten M a s u c h , die Richter Dr. K r e t s c h m e r und Dr. H a u c k
sowie den ehrenamtlichen Richter S i l l e r und die ehrenamtliche Richterin A r l t
für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom
23. August 2007 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 49.220,36 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Pflicht des beklagten örtlichen Trägers der Sozialhilfe zur Zahlung von Kosten der erstmaligen Ausstellung einer Krankenversicherungskarte für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger, eines Vorschusses für die Krankenbehandlung dieses Personenkreises sowie von Verwaltungskosten in Höhe von 5 vH der Leistungsaufwendungen.
- 2 Die klagende AOK betreute im ersten Quartal 2004 ua 354 Haushaltsvorstände im Bereich der Stadt Düren, die von dem Beklagten laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 oder Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erhielten. Der Beklagte lehnte es ab, von der Klägerin geforderte Vorschusszahlungen in Höhe von 250 Euro je Haushaltsvorstand zu entrichten, da eine entsprechende Vereinbarung nicht getroffen worden sei. Die Klägerin berechnete für die Durchführung der Krankenbehandlung nicht krankenversicherter Sozialhilfeempfänger im ersten Quartal 2004 im Gebiet der Stadt Düren Aufwendungen nach § 264 Abs 2 bis 7 SGB V in Höhe von 246.954,71 Euro. Einbezogen waren eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5 vH der Aufwendungen (11.759,75 Euro) sowie Kosten für die Erstversorgung mit einer Krankenversicherungskarte in Höhe von 839,50 Euro. Der Beklagte weigerte sich, der Klägerin eine 2,5 vH übersteigende Verwaltungskostenpauschale zu zahlen. Er berief sich darauf, allenfalls in dieser Höhe wären den Sozialämtern bei eigener Durchführung der Hilfe bei Krankheit Verwaltungskosten entstanden. Eine Erstattung der Kosten für die Erstversorgung der Berechtigten mit Krankenversicherungskarten lehnte er ab. Diese Kosten seien durch die Verwaltungskostenpauschale abgedeckt und könnten nicht zusätzlich geltend gemacht werden.
- 3 Das von der Klägerin angerufene Sozialgericht (SG) hat den Beklagten antragsgemäß verurteilt, 6.740,36 Euro zu zahlen und festgestellt, der Beklagte sei verpflichtet, der Klägerin für die Durchführung der Krankenbehandlung bei Sozialhilfeempfängern einen Vorschuss in Höhe von 250 Euro je Haushaltsvorstand und Quartal zu zahlen. Der Beklagte habe individuellen Aufwendungsersatz für die Versorgung mit Krankenversicherungskarten zu leisten. Die Geltendmachung von 5 vH Verwaltungskosten sei berechtigt, da die Klägerin tatsächlich höhere allgemeine Verwaltungskosten habe. Für die gesetzlichen Auftragsleistungen könne die Klägerin den geltend gemachten, angemessenen Vorschuss verlangen (Urteil vom 23.8.2007).
- 4 Mit seiner Sprungrevision rügt der Beklagte die Verletzung des § 264 SGB V und des § 93 SGB X. § 264 SGB V habe die Krankenbehandlung nicht versicherter Sozialhilfeempfänger den Krankenkassen als eigene originäre Aufgabe übertragen, nicht dagegen als Auftrag für Sozialhilfeträger. Deshalb greife § 93 SGB X nicht ein, der einen Anspruch auf Zahlung von Vor-

schüssen iS von § 91 Abs 3 SGB X nur bei gesetzlichen Aufträgen ermöglichen. Die Kosten der Karten-Erstversorgung seien mit den Verwaltungskosten abgegolten. Die Klägerin hätte die Kosten von 1,15 Euro pro Karte den Sozialhilfeempfängern in Rechnung stellen können. Es fehle ein spezifizierter Nachweis für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vH.

- 5 Der Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23. August 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 8 Die zulässige Sprungrevision des als örtlicher Träger der Sozialhilfe beklagten Landkreises ist nicht begründet. Zu Recht hat das SG den Beklagten (dazu 1.) antragsgemäß verurteilt. Denn der Beklagte ist verpflichtet, der klagenden AOK für die Durchführung der Krankenbehandlung bei nicht versicherten Sozialhilfeempfängern quartalsweise einen Vorschuss in Höhe von 250 Euro je Haushaltsvorstand zu zahlen (dazu 2.), zudem 839,50 Euro für die Erstversorgung der nicht versicherten Sozialhilfeempfänger im ersten Quartal 2004 mit Krankenversicherungskarten (dazu 3.) sowie weitere 5.900,86 Euro Verwaltungskosten (dazu 4.).
- 9 1. Der Beklagte ist in dem Erstattungsstreit, der nicht an vorangegangenes Handeln des Erstattungspflichtigen anknüpft, als Rechtsträger beteiligtenfähig (§ 70 Nr 2 SGG; vgl dagegen zum Behördenprinzip nach § 3 Gesetz zur Ausführung des SGG im Land Nordrhein-Westfalen vom 8.12.1953, Gesetz- und Verordnungsblatt <GVBl> NRW 541, zuletzt geändert durch Gesetz vom 14.12.1989 - GVBl NRW 678 - bei isolierten oder kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklagen nach § 54 Abs 1 Satz 1, Abs 4, § 56 SGG: BSG, Urteil vom 16.10.2007 - B 8/9b SO 8/06 R - RdNr 11 f, zur Veröffentlichung vorgesehen; BSG, Beschluss vom 22.4.2008 - B 1 SF 1/08 R - RdNr 32, zur Veröffentlichung vorgesehen). Der Beklagte ist als nach § 264 Abs 7 SGB V in Anspruch genommener örtlicher Träger der Sozialhilfe richtiger Beklagter. Diese Stellung ist nicht dadurch berührt, dass der Beklagte mit Satzung vom 16.4.2003 grundsätzlich den Städten und Gemeinden des Kreises die Durchführung der ihm nach dem BSHG als örtlichem Träger der Sozialhilfe obliegenden Aufgaben übertragen hat. Das Außenverhältnis zu den Krankenkassen ist in Erstattungsverhältnissen nach § 264 SGB V nicht hiervon betroffen.

- 10 2. Die Klägerin kann vom Beklagten vorschussweise für die Krankenbehandlung nicht versicherter Sozialhilfeempfänger 250 Euro je Haushaltsvorstand und Quartal beanspruchen. Nach § 91 Abs 3 SGB X hat der Auftraggeber dem Beauftragten auf Verlangen für die zur Ausführung des Auftrags erforderlichen Aufwendungen einen angemessenen Vorschuss zu zahlen. Handelt gemäß § 93 SGB X ein Leistungsträger aufgrund gesetzlichen Auftrags für einen anderen, gilt ua § 91 Abs 3 SGB X entsprechend. Diese Voraussetzungen des Vorschussanspruchs sind im Falle der Klägerin erfüllt.
- 11 a) Für einen gesetzlichen Auftrag genügt es, dass das Gesetz die Aufgabe eines Trägers öffentlicher Verwaltung einem anderen Verwaltungsträger überträgt und hierbei die Verpflichtung des ursprünglichen Trägers dem Grunde nach fortbesteht (*vgl auch BSG SozR 2100 § 30 Nr 2 S 2*). So liegt es hier. Die Krankenbehandlung bei Sozialhilfeempfängern, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, erfolgt aufgrund gesetzlichen Auftrags durch die Krankenkassen. Das ergibt sich aus Wortlaut, Regelungszusammenhang, Entstehungsgeschichte und Zweck der Gesetzesbestimmungen (*zutreffend Huck in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand 2008, K § 264 RdNr 14; Marburger, WzS 2004, 289, 291; derselbe ZAP Fach 18, 903, 904; Wille in: juris-PK SGB V, 2008, § 264 RdNr 32; aA Sunder, Gutachten Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, NDV 2004, 320, 323; wohl auch Zeitler, NDV 2004, 45, 46*).
- 12 § 37 Abs 1 BSHG (*idF durch Art 28 Nr 3 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheits-Modernisierungsgesetz - <GMG> vom 14.11.2003, BGBl I 2190, geltend bis 31.12.2004; entsprechend ab 1.1.2005 § 48 Abs 1 SGB XII idF durch Art 1 Gesetz vom 27.12.2003, BGBl I 3022*) regelt die Hilfe bei Krankheit als eine dem Grunde nach der Sozialhilfe zugehörige Aufgabe. Er bestimmt: Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel des SGB V gewährt. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 SGB V gehen Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor. Nach § 38 Abs 1 Satz 1 BSHG entsprechen die Hilfe bei Krankheit, die vorbeugende und sonstige Hilfe nach dem BSHG den Leistungen der GKV. Gemäß § 38 Abs 2 BSHG haben Hilfesuchende die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie den Krankenhäusern entsprechend den Bestimmungen der GKV. Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 65a SGB V erzielbaren geringsten Umfang geleistet. Die weiteren Regelungen in § 38 Abs 3 ff BSHG stellen sicher, dass die nicht versicherten Leistungsberechtigten am Sachleistungssystem der GKV teilhaben, dessen Datenschutz gilt, und dass die Leistungen vergütet werden. Diese Regelungen wurden zum 1.1.2005 in der Sache unverändert in die §§ 48 und 52 SGB XII (*idF durch Art 1 Gesetz vom 27.12.2003, BGBl I 3022*) übernommen. Regelungsort im BSHG und SGB XII sowie -zusammenhang zeigen, dass die Hilfe bei Krankheit jedenfalls dem Grunde nach eine Aufgabe der Sozialhilfeträger ist.

- 13 § 264 Abs 2 bis 7 SGB V (*eingefügt durch Art 1 Nr 152 GMG*) hat die Aufgabe, die Leistungen zu gewähren, die denjenigen der GKV entsprechen, in Abstimmung mit dem BSHG und SGB XII zum 1.1.2004 den Krankenkassen übertragen. So wird nach § 264 Abs 2 SGB V die Krankenbehandlung der nicht versicherten Leistungsberechtigten nach dem BSHG/SGB XII von der Krankenkasse "übernommen". Sie haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt (§ 264 Abs 3 SGB V). Für sie gelten § 11 Abs 1 SGB V sowie die §§ 61 und 62 SGB V entsprechend (§ 264 Abs 4 SGB V). Sie erhalten eine Krankenversicherungskarte nach § 291 SGB V. Da es sich um ein gesetzliches Auftragsverhältnis handelt, sieht § 264 Abs 7 SGB V Kostenerstattung vor, wie es generell auch § 30 Abs 2 SGB IV fordert.
- 14 Für einen gesetzlichen Auftrag sprechen auch die Gesetzesmaterialien. Danach sind aufgrund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern die Betroffenen zwar leistungsrechtlich, nicht aber mitgliedschaftsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt (*vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines GMG, BT-Drucks 15/1525 S 141, zu Art 1 Nr 152 - § 264 -, linke Spalte 2. Absatz*). Die Regelung der Kostenerstattung nach § 264 Abs 7 SGB V stellt sicher, dass Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen erstattet werden und es weder auf Seiten der Sozialhilfeträger noch auf Seiten der Krankenkasse eine Überforderung gibt. Damit werden auch die Vorgaben des (bis zum 31.12.2003 geltenden) § 264 SGB V aF - ab 1.1.2004 § 264 Abs 1 SGB V - erfüllt, für Ersatz der vollen Aufwendungen und Übernahme eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten zu sorgen, üblicherweise bis zu 5 vH (*vgl. BT-Drucks 15/1525 S 141, linke Spalte letzter Absatz*).
- 15 Mit dieser Anknüpfung der Kostenerstattungsregelung an die bisherige Regelung in § 264 SGB V aF (jetzt Abs 1) bezieht sich der Gesetzgeber bewusst auf eine Regelung, die in der Vergangenheit einhellig als gesetzlicher Auftrag qualifiziert wurde (*vgl. zB Huck, aaO, RdNr 11 mwN; Krauskopf in: derselbe, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Oktober 2007, § 264 SGB V RdNr 3; H. Peters in: derselbe, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 4, Stand Juli 2007, § 264 SGB V RdNr 4; Sunder, Gutachten Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, NDV 2004, 320, Fußnote 2; Trenk-Hinterberger in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd I, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 12 RdNr 80*).
- 16 Es entspricht schließlich auch dem Normzweck, von einem gesetzlichen Auftragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern auszugehen. Die Regelung schafft nämlich Ersatz dafür, dass sich die ursprünglich in Art 28 Gesundheitsstrukturgesetz (*GSG vom 21.12.1992, BGBl I 2266*) vorgesehene leistungsrechtliche Gleichstellung von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und von Empfängern von Hilfen in besonderen Lebenslagen

- nach dem BSHG, die nicht krankenversichert sind, einerseits mit gesetzlich Krankenversicherten andererseits wegen politischer Uneinigkeit über angemessene Beitragszahlungen nicht verwirklichen ließ (*vgl BT-Drucks 15/1525 S 140, rechte Spalte zu Art 1 Nr 152 - § 264 -*). An die Stelle der ursprünglich vorgesehenen Mitgliedschaft aufgrund eines Versicherungspflichttatbestandes (Art 28 GSG) setzt § 264 SGB V in den Absätzen 2 bis 7 nunmehr die leistungsrechtliche Gleichstellung der nicht versicherten Sozialhilfeempfänger nach § 264 Abs 2 SGB V ohne volle Mitgliedschaftsrechte, kombiniert mit der Kostenerstattung durch die Sozialhilfeträger.
- 17
- 18 Die leistungsrechtliche Gleichstellung bedeutet, dass die Sozialhilfeempfänger ihre Ansprüche auf Hilfe bei Krankheit gegenüber der von ihnen gewählten Krankenkasse unmittelbar geltend machen können, nicht aber gegenüber dem Sozialhilfeträger (*zutreffend zB Kostorz/Wahrendorf, ZfSH/SGB 2004, 387, 395; Marburger, WzS 2004, 289, 291; derselbe, ZAP Fach 18, 903, 904; Zeitler, NDV 2004, 45, 46; aA wohl Löcher, ZfS 2006, 78, 80; die Frage offen lassend Wendtland, ZSR 2007, 423 ff; Wille in: juris-PK-SGB V, aaO, § 264 RdNr 71*). Das Gesetz macht hinsichtlich der Entscheidungsbefugnis über die Leistungsansprüche lediglich einen Vorbehalt: Soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Umfang und Inhalt der Leistungen bestimmen können, entscheidet der Träger der Sozialhilfe über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen (*vgl § 38 Abs 1 Satz 2 BSHG, entsprechend § 52 Abs 1 Satz 2 SGB XII*).
- 19 Die grundsätzliche Gewährung gerichtlichen Rechtsschutzes für Leistungsberechtigte unmittelbar gegenüber dem Auftragnehmer eines gesetzlichen Auftrags steht der Qualifikation als gesetzliche Auftragsangelegenheit nicht entgegen. Vielmehr ist es Sache des Gesetzgebers, das Auftragsverhältnis im Einzelnen auszugestalten. So fällt es zB auch im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses der Krankenkasse als Einzugsstelle (*vgl BSGE 51, 247, 250 = SozR 2200 § 1399 Nr 14 S 33*) in deren alleinige Zuständigkeit, über die Versicherungspflicht und die Beitragshöhe in allen erfassten Versicherungszweigen zu entscheiden (*vgl BSG SozR 4-2400 § 28h Nr 1 mwN*).
- 20 b) Handelt mithin die Klägerin als Leistungsträger aufgrund gesetzlichen Auftrags im Rahmen des § 264 Abs 2 SGB V für den Beklagten als örtlichen Sozialhilfeträger, soweit sie die Krankenbehandlung nicht versicherter Hilfeempfänger übernimmt, gilt gemäß § 93 SGB X die Vorschusspflicht gemäß § 91 Abs 3 SGB X entsprechend. Dagegen lässt sich nicht einwenden, dass die Erstattungsregelung in § 264 Abs 7 SGB V insoweit abschließend geregelt sei (*so aber Huck in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand 2008, K § 264 RdNr 14; dagegen Wille in: juris-PK-SGB V, aaO, § 264 RdNr 31*). Vielmehr soll das Kostenerstattungsverfahren nach § 264 Abs 7 SGB V - wie dargelegt - sicherstellen, dass es weder auf Seiten der Sozialhilfeträger noch auf Seiten der Krankenkasse eine Überforderung gibt, sondern vielmehr in der Sache die

Vorgaben des § 264 SGB V aF erfüllt werden (*BT-Drucks 15/1525 S 141, linke Spalte letzter Absatz*).

- 21 Dem dient die entsprechende Anwendung des § 91 Abs 3 SGB X. Die Vorschussregelung stellt sicher, dass nicht der Beauftragte, sondern der Auftraggeber die Aufgabenwahrnehmung selbst vorzufinanzieren hat (*vgl zB Seewald in: Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2007, § 91 SGB X RdNr 35*). Soweit die Literatur darauf hinweist, ein einklagbarer Anspruch sei durch § 91 Abs 3 SGB X nicht gegeben, da der Beauftragte kein Recht auf Ausführung des Auftrags habe (*Engelmann in: von Wulffen, SGB X, 6. Aufl 2008, § 91 RdNr 8, unter Hinweis auf Pickel, SGB 1984, 1, 4*), bezieht sich dies nicht auf Fälle, in denen der Beauftragte durch das Gesetz - wie vorliegend durch § 264 Abs 2 SGB V - zur Übernahme des Auftrags verpflichtet ist.
- 22 c) Die Klägerin hat sich mit dem Betrag von 250 Euro je Haushaltsvorstand und Quartal darauf beschränkt, einen angemessenen Vorschuss von der Beklagten zu fordern. Der Betrag liegt nach den unangegriffenen Feststellungen des SG nicht über den zu erwartenden durchschnittlichen Leistungsaufwendungen für die betroffenen Leistungsberechtigten.
- 23 3. Die Klägerin hat gemäß § 264 Abs 7 Satz 1 SGB V Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für die erstmalige Versorgung der hierfür vorgesehenen, nicht versicherten Leistungsempfänger nach dem BSHG mit Krankenversicherungskarten. Denn es handelt sich um dem Einzelfall zuzuordnende Aufwendungen für die Übernahme der Krankenbehandlung im Sinne der Norm. Danach werden den Krankenkassen die Aufwendungen, die ihnen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe vierteljährlich erstattet.
- 24 a) § 264 Abs 7 Satz 1 SGB V zielt auf eine Erstattung aller Aufwendungen ab, die individuell, im Einzelfall, durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs 2 bis 6 SGB V entstehen. Der Gesetzgeber wollte - wie dargelegt - damit die Vorgaben erfüllen, die § 264 SGB V aF (§ 264 Abs 1 SGB V nF) vorsieht (*vgl BT-Drucks 15/1525 S 141, linke Spalte aE*). Auch § 264 Abs 1 SGB V unterscheidet zwischen Individualkosten des Einzelfalls und pauschalen Verwaltungskosten. Nach näherer Maßgabe des § 264 Abs 1 SGB V kann die Krankenkasse nämlich Krankenbehandlung übernehmen, sofern ihr "Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten" gewährleistet wird.
- 25 b) Die Kosten der Versorgung mit einer Krankenversicherungskarte sind den jeweiligen Einzelfällen zuzuordnen. Sie gehören zu den Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absätze 2 bis 6 SGB V entstehen. Denn nach § 264 Abs 4 Satz 2 SGB V erhalten die in Abs 2 Satz 1 genannten Empfänger eine Krankenversicherungskarte nach § 291 SGB V.

- 26 c) Dagegen können die Kosten für die Versorgung mit Krankenversicherungskarten nicht den Verwaltungskosten iS von § 264 Abs 7 Satz 2 SGB V zugeordnet werden. Die dargelegte Systematik verdeutlicht, dass den Aufwendungen für den Einzelfall diejenigen allgemeinen Verwaltungskosten gegenübergestellt werden, die nicht einem Einzelfall zuzuordnen sind. Nur diejenigen Kosten, die nicht einem Einzelfall zugerechnet werden können, sind zusätzlich als allgemeine Verwaltungskosten pauschalierend nach § 264 Abs 7 Satz 2 SGB V zu erstatten.
- 27 d) Der Höhe nach beläuft sich der Aufwendungsersatzanspruch der Klägerin für die betroffene Erstversorgung mit Krankenversicherungskarten nach den nicht angegriffenen Feststellungen des SG für 730 Berechtigte auf 839,50 Euro. Denn für die erstmalige Ausstellung der Krankenversicherungskarte entstanden Kosten in Höhe von 1,15 Euro pro Hilfeempfänger.
- 28 4. Die Klägerin kann auch den vom Beklagten gekürzten, ihr vorenthaltenen Anteil an der geltend gemachte Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5 vH der abgerechneten Leistungsaufwendungen beanspruchen. Nach § 264 Abs 7 Satz 2 SGB V werden als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Abs 2 bis zu 5 vH der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Die Verwaltungskosten betreffen Allgemeinkosten, die keinem Einzelfall zuzuordnen sind, wie bereits dargelegt. Weil keine Individualanlastung hinsichtlich der allgemeinen Verwaltungskosten möglich ist, genügt insoweit ein pauschalierender, sachgemäßer Ansatz.
- 29 Danach ist es nicht zu beanstanden, dass die Klägerin - mangels getroffener Vereinbarung (§ 53 SGB X) ausgehend vom Anteil der Nettoverwaltungskosten im Jahre 2003 an den Leistungsausgaben in Höhe von 5,82 vH je Mitglied und von einem Anteil der Nettoverwaltungskosten an den Gesamtausgaben in Höhe von 5,44 vH je Mitglied - Verwaltungskosten für den Personenkreis nach § 264 Abs 2 SGB V im ersten Quartal 2004 unterhalb dieses Satzes, nämlich nur in Höhe von 5 vH der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt hat.
- 30 Dem steht nicht entgegen, dass die Klägerin in die allgemeinen Verwaltungskosten nicht "Kosten der Rechtsverfolgung" einbeziehen durfte, soweit sich diese nicht auf die allgemeine Personal- und Mittelverwaltung außerhalb der Leistungsansprüche der Versicherten beziehen, sondern individuellen Einzelfällen zuzuordnen sind. Auch wenn man die Kosten der Rechtsverfolgung je Mitglied in Höhe von 0,51 Euro bei dem Gesamtbetrag der Nettoverwaltungskosten je Mitglied von 165,96 Euro im Kalenderjahr 2003 unberücksichtigt lässt, übersteigt der Anteil der Nettoverwaltungskosten an den Leistungsausgaben und an Gesamtausgaben der Beklagten je Mitglied die Grenze von 5 vH deutlich.
- 31 5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 155 Abs 2 VwGO.

32 6. Die Festsetzung des Streitwerts entspricht dem Beschluss des erkennenden Senats vom 17.12.2007.