



Siehe auch: [Presse-Vorbericht Nr. 68/12 vom 11.12.2012](#), [Presse-Sonderbericht Nr. 30/12 vom 19.12.2012](#), [Presse-Mitteilung Nr. 32/13 vom 3.7.2013](#), [Presse-Mitteilung Nr. 68/12 vom 19.12.2012](#)

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 19.12.2012, B 12 KR 20/11 R

Krankenversicherung - freiwilliges Mitglied - stationär in Pflegeeinrichtung untergebrachter Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII - keine Beitragserhebung auf Leistungen zur Sicherstellung des bedarfsgerechten Aufenthalts einschließlich Investitionsaufwendungen - Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler sind hinreichende Rechtsgrundlage für Beitragsfestsetzung

Tenor

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 6. Juli 2011 aufgehoben.

Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückverwiesen.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Höhe der Beiträge des Klägers zur freiwilligen Krankenversicherung.
- 2 Der bei der beklagten Krankenkasse (KK) freiwillig versicherte pflegebedürftige Kläger lebt in einer stationären Einrichtung und bezieht Leistungen nach dem SGB XII. Die Beklagte setzte mit Bescheid vom "Juli 2009" die vom Kläger für die Zeit ab 1.7.2009 zu leistenden Monatsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 184,81 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung auf 25,20 Euro fest. Dabei nahm sie ua Bezug auf die "Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge" vom 27.10.2008 idF vom 17.12.2008 (*Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler - im Folgenden: BeitrVerfGrsSz*); nach deren § 7 Abs 10 gilt als Bemessungsgrundlage für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII, die in Einrichtungen leben, der 3,6-fache Sozialhilferegelsatz für einen Haushaltsvorstand. Der Widerspruch des Klägers blieb ohne Erfolg (*Widerspruchsbescheid vom 4.2.2010*). Weder der Bescheid noch der Widerspruchsbescheid enthielten einen Hinweis darauf, auch im Namen der Pflegekasse bei der beklagten KK zu ergehen.
- 3 Das SG hat die Bescheide der Beklagten aufgehoben, soweit als Beitragsbemessungsgrundlage ein die "Mindestbeitragsbemessungsgrenze" nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V übersteigender Betrag zugrunde gelegt wurde: Die Festsetzung der Krankenversicherungsbeiträge könne nicht mit Erfolg auf die BeitrVerfGrsSz gestützt werden. Die vom Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (*Name im Rechts- und Geschäftsverkehr laut Satzung: GKV-Spitzenverband; im Folgenden: SpVBdKK*) formlos erlassenen BeitrVerfGrsSz seien als bloße Verwaltungsvorschriften zu qualifizieren, nicht aber als wirksame Rechtsetzung; diese sei dem Verwaltungsrat des SpVBdKK vorbehalten. Ungeachtet der Form der BeitrVerfGrsSz sowie grundsätzlicher Bedenken gegen die Übertragung der Kompetenz zur bundeseinheitlichen Bemessung der Beiträge freiwillig Versicherter auf den SpVBdKK verfüge dessen Vorstand nicht über eine hinreichende demokratische Legitimation für diese Rechtsetzung. Daher dürfe die Beklagte Beiträge nur nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage des § 240 Abs 4 SGB V erheben. Bis zu dieser Höhe stehe die Beitragserhebung zwischen den Beteiligten nicht in Streit (*Urteil vom 6.7.2011*).
- 4 Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte sinngemäß eine Verletzung von § 240 Abs 1 S 1 und § 217e SGB V, deren Vorgaben beim Erlass der BeitrVerfGrsSz entgegen der Ansicht des SG eingehalten worden seien. Bei den BeitrVerfGrsSz handele es sich um untergesetzliches Recht, das der SpVBdKK wirksam in Form einer Satzung erlassen habe. Der SpVBdKK habe als mit Selbstverwaltungsbefugnissen ausgestattete Körperschaft öffentlichen Rechts die streitigen Bestimmungen wirksam in Form einer Satzung erlassen. Die Ermächtigung zum Erlass der BeitrVerfGrsSz folge aus § 217e Abs 1 und 2, § 217f Abs 3 S 1 SGB V, wonach der SpVBdKK in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge trifft. Dies werde durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V konkretisiert, wonach der SpVBdKK für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung einheitlich regelt. Die "Entscheidungen" des SpVBdKK seien sowohl für die einzelnen Mitglieds-KKn als auch für deren Versicherte verbindlich (§ 217e Abs 2 SGB V). Der Vorstand des SpVBdKK sei das für den Erlass der BeitrVerfGrsSz zuständige Organ, weil nur der Erlass der "Hauptsatzung" dem Verwaltungsrat vorbehalten sei.
- 5 In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat die Beklagte ihren Bescheid vom "Juli 2009" aufgehoben, soweit darin auch Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festgesetzt worden sind. Zugleich hat der Kläger die Klage auf die Zeit vom 1.7.2009 bis 31.12.2010 beschränkt.
- 6 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 6. Juli 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 7 Der Kläger beantragt,
die Revision der Beklagten zurückzuweisen.
- 8 Er verteidigt das angegriffene Urteil. Für den Fall, dass die BeitrVerfGrsSz formell rechtmäßig zustande gekommen sein sollten, hält er jedenfalls die darin enthaltene Regelung zur Festlegung der Beitragshöhe für in Einrichtungen lebende Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII für rechtswidrig.

Entscheidungsgründe

- 9 Die zulässige Sprungrevision der beklagten AOK ist im Sinne einer Aufhebung des angegriffenen Urteils und Zurückverweisung der Sache an das SG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG).
- 10 Das SG hat bezogen auf den Gegenstand des Revisionsverfahrens (*dazu im Folgenden 1.*) - nur - im Ergebnis zutreffend entschieden, dass die Beklagte die Beiträge des bei ihr freiwillig versicherten Klägers zur GKV in den angefochtenen Bescheiden nicht auf Grundlage des § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz, dh nach dem 3,6-fachen SGB XII-Regelsatz für Haushaltsvorstände festsetzen durfte. Zwar ist es rechtsfehlerhaft, mit dem SG anzunehmen, dass die BeitrVerfGrsSz generell rechtswidrig, insbesondere verfassungswidrig sind (*hierzu 2.*). Aus dem Umstand, dass die BeitrVerfGrsSz als solche in Einklang mit Recht und Gesetz stehen, folgt andererseits nicht, dass die Beitragsbemessung im Falle des Klägers auf Grundlage des § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz erfolgen konnte oder ihr anderenfalls nur die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V zugrunde gelegt werden durfte (*hierzu 3.*). Für eine abschließende Entscheidung durch den Senat fehlen allerdings Feststellungen zu den konkreten Einkünften des Klägers (*hierzu 4.*). Die Sache war daher an das SG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.
- 11 1. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind nur noch die vom Kläger aufgrund seiner freiwilligen Krankenversicherung bis zum 31.12.2010 an die Beklagte zu leistenden Beiträge, nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ihren Bescheid vom "Juli 2009" aufgehoben hat, soweit darin auch Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung festgesetzt worden sind und der Kläger seine Klage auf diesen Zeitraum beschränkt hat. Dabei ist der Gegenstand der Revision wegen der allein von der Beklagten - und nicht auch vom Kläger - eingelegten Sprungrevision auf die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge des Klägers beschränkt, soweit diese über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Abs 4 SGB V (*Gesamtnorm hier anzuwenden idF durch Gesetz vom 17.7.2009, BGBl I 1990*) hinausgehen.
- 12 2. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom "Juli 2009" ist - im noch streitigen Umfang - nicht bereits deshalb aufzuheben, weil die BeitrVerfGrsSz als solche generell keine Rechtsgrundlage für einen belastenden Verwaltungsakt - hier für die Beitragsfestsetzung unter Heranziehung der Bemessungsgrundlage nach § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz - gegenüber dem Kläger böten. Dieser vom SG - teilweise auch von anderen Instanzgerichten und im Schrifttum - vertretenen Auffassung kann nicht gefolgt werden.
- 13 Die BeitrVerfGrsSz binden als untergesetzliche Normen auch die Versicherten wie den Kläger. Sie sind aufgrund der Regelungsgeschichte (*hierzu a*) - anders als vom SG angenommen - nicht als bloße Verwaltungsvorschriften einzuordnen, allerdings ebenso wenig als Satzung, wie es die Beklagte vertritt (*hierzu b*). Die darüber hinaus in Betracht kommenden Klassifikationen stehen aber dem normativen Charakter der BeitrVerfGrsSz und damit einer Bindungswirkung auch gegenüber dem Kläger nicht entgegen (*hierzu c*). Zugleich werden die an diese Form untergesetzlicher Normsetzung zu stellenden Anforderungen jedenfalls in Bezug auf § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz grundsätzlich eingehalten (*hierzu d*).
- 14 a) Die BeitrVerfGrsSz wurden durch Beschluss des Vorstands des SpVBdKK vom 27.10.2008 (*veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger am 4.11.2008*) mit Wirkung zum 1.1.2009 erlassen. Hierdurch sollte § 240 Abs 1 S 1 SGB V in der ab 1.1.2009 geltenden Fassung des GKV-WSG (*vom 26.3.2007, BGBl I 378*) umgesetzt werden, wonach die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich durch den SpVBdKK geregelt wird. Die BeitrVerfGrsSz enthalten neben Grundsätzen zur Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern und bei anderen Personengruppen, auf die der persönliche Anwendungsbereich des § 240 SGB V ausgedehnt worden ist, Regelungen zu beitragspflichtigen bzw beitragsfreien Einnahmen und zur Beitragsbemessung. Darüber hinaus enthalten sie Vorschriften über den Nachweis von Einnahmen, die Beitragsberechnung, die Erhebung und Fälligkeit sowie die Zahlung von Beiträgen. Bisher sind die BeitrVerfGrsSz viermal geändert worden (*Änderungen vom 17.12.2008, 17.2.2010, 6.5.2010 und 30.5.2011, jeweils veröffentlicht im elektronischen Bundesanzeiger am 23.12.2008, 25.2.2010, 18.5.2010 und 1.7.2011*). Der Verwaltungsrat des SpVBdKK beschloss am 30.11.2011 einstimmig, die BeitrVerfGrsSz rückwirkend zu bestätigen und machte sie idF der letzten Änderung vom 30.5.2011 zusammen mit diesem Beschluss am 20.1.2012 erneut im elektronischen Bundesanzeiger bekannt.
- 15 Die einheitliche Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder durch den SpVBdKK trat zum 1.1.2009 an die Stelle der zuvor geltenden - seinerzeit teilweise abweichend ausgestalteten - Beitragsbemessung durch die jeweiligen Satzungen der einzelnen KKn, welche zum 1.1.1989 durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V idF des GRG (*vom 20.12.1988, BGBl I 2477*) für alle KKn eingeführt worden war. Bis Ende 1988 hatten nur die Ersatzkassen das Recht gehabt, das Beitragsrecht für ihre Mitglieder autonom in der Satzung zu regeln (*vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GRG, BT-Drucks 11/2237 S 225 zu § 249 Abs 1; zur Rechtsentwicklung vgl K. Peters in KassKomm, § 240 SGB V RdNr 8 ff, Stand Einzelkommentierung April 2012*).
- 16 Der Übergang der Befugnis zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder weg von der Satzungscompetenz der einzelnen KKn hin zur (bundesweit einheitlichen) Festlegung durch den SpVBdKK wird im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG (*BT-Drucks 16/3100 S 163 f zu Nr 157 Buchst a und b*) als Folge der Einrichtung des Gesundheitsfonds bezeichnet, weswegen das originäre Interesse der einzelnen KKn an der Beitragseinstufung freiwillig Versicherter entfallen sei. Dadurch sei es erforderlich geworden, einheitliche, kassenartenübergreifende Regelungen zu schaffen. Zudem sollte so eventuellen Verwerfungen im Wettbewerb vorgebeugt werden, indem die KKn nun keine Möglichkeit mehr hatten, günstigere beitragsrechtliche Einstufungen mit dem Ziel der Mitgliederbindung/-gewinnung vorzunehmen oder unterschiedliche Einstufungsgrundsätze zu praktizieren. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds sollten derartige Unterschiede nicht mehr aufrecht erhalten werden (*vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, aaO, ebenda*).

- 17 Ebenfalls im GKV-WSG, allerdings bereits mit Wirkung ab 1.4.2007, wurde die Errichtung des SpVBdKK als Körperschaft öffentlichen Rechts durch § 217a SGB V (*idF des GKV-WSG, aaO*) angeordnet, der seit 1.7.2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, darunter Entscheidungen in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§ 217 f Abs 3 S 1 SGB V) sowie seit 1.1.2009 die einheitliche Regelung der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder aller KKn (§ 240 Abs 1 S 1 SGB V), zu erfüllen hat.
- 18 b) Anders als vom SG angenommen, handelt es sich bei den BeitrVerfGrsSz nicht um bloße Verwaltungsvorschriften. Vielmehr binden sie als untergesetzliche Normen sowohl die Mitglieds-KKn des SpVBdKK als auch deren Mitglieder (*im Ergebnis ebenso zB Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11; K. Peters in KassKomm, § 240 SGB V RdNr 25, Stand Einzelkommentierung Juli 2010; Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, § 240 SGB V RdNr 5, Stand Einzelkommentierung März 2012*). Dies ergibt sich bereits daraus, dass dem SpVBdKK durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V ausdrücklich die Aufgabe der Rechtsetzung mit Außenwirkung zugewiesen worden ist. Zwar lässt es der Wortlaut "wird ... geregelt" grundsätzlich offen, inwieweit der Regelung (Rechts-)Verbindlichkeit zukommen soll, doch kann angesichts der Regelungsgeschichte kein Zweifel daran bestehen, dass den BeitrVerfGrsSz im selben Umfang rechtliche Verbindlichkeit zukommen sollte, wie dies zuvor bei den Satzungen der jeweiligen KKn der Fall war, die nach § 240 Abs 1 S 1 SGB V in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung die Beitragsbemessung für deren freiwillige Mitglieder "geregelt" haben (*hierzu zB BSGE 89, 213, 220 f = SozR 3-2500 § 240 Nr 42 S 219 ff; ausdrücklich von untergesetzlicher Normgebung ausgehend: BSG, Urteil vom 28.9.2011 - B 12 KR 9/10 R - Juris RdNr 20*).
- 19 Da die BeitrVerfGrsSz somit Verbindlichkeit nach "außen" gegenüber den Mitglieds-KKn und deren Mitgliedern und nicht nur für den "behördeninternen Binnenbereich" des SpVBdKK beanspruchen, scheidet ihre Einordnung als (normkonkretisierende) Verwaltungsvorschrift aus. Insbesondere besteht angesichts der dem SpVBdKK durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V verliehenen Rechtsetzungslegitimation und der jedenfalls in Bezug auf § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz grundsätzlich eingehaltenen Anforderungen an eine untergesetzliche Normsetzung (*hierzu sogleich unter d*) kein Anlass, sie in "verfassungskonformer Auslegung" des § 240 Abs 1 S 1 SGB V auf solche zu reduzieren (*so aber Hessisches LSG, Beschluss vom 21.2.2011 - L 1 KR 327/10 B ER - ASR 2011, 110, Juris RdNr 30; dem folgend Rixen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 240 RdNr 2*). Auszuschließen ist auch eine von der Beklagten befürwortete Einordnung der BeitrVerfGrsSz als Satzung (*so aber SG München, Urteil vom 2.3.2010 - S 19 KR 873/09 - Sozialrecht aktuell 2010, 183, 184*), jedenfalls soweit es die Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte angeht. Dies ergibt sich bereits aus dem gegenüber der bis 31.12.2008 geltenden Vorgängerfassung geänderten Wortlaut des § 240 Abs 1 S 1 SGB V, wonach für freiwillige Mitglieder die Beitragsbemessung nicht mehr "durch die Satzung", sondern "einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt" wird, und dem damit verbundenen Entfallen des Begriffs "Satzung" in § 240 Abs 2 S 1 SGB V. Ein weiteres Indiz bietet die Aufzählung der nach § 217e Abs 1 SGB V genannten Gegenstände, über die die dort speziell angesprochene "Satzung" des SpVBdKK Bestimmungen enthalten muss; Fragen der Beitragsbemessung werden dort nicht genannt (*ebenso Axer, KrV 2012, 37, 39; ders, SGB 2012, 501, 503*).
- 20 c) Keine der darüber hinaus in Betracht kommenden anderen Klassifikationen der BeitrVerfGrsSz steht ihrem normativen Charakter und damit einer Bindungswirkung des § 7 Abs 10 BeitrVerfGrsSz auch gegenüber dem Kläger entgegen. Deshalb kann der Senat im Ergebnis offenlassen, ob die BeitrVerfGrsSz als "sonstige Entscheidungen" des SpVBdKK zu qualifizieren sind, deren Bindungswirkung § 217e Abs 2 SGB V ausdrücklich gesetzlich anordnet (*so Axer, SGB 2012, 501, 503 f*), als abstrakt-generelle Regelung sui generis (*so Rixen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 240 RdNr 2*), als sonstiges durch den SpVBdKK gesetztes autonomes Recht (*in diesem Sinne Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11; Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, § 240 SGB V RdNr 5 f, Stand Einzelkommentierung März 2012*) oder als Gesetz im materiellen Sinne, das Elemente der delegierten Rechtsetzung und des autonomen Satzungsrechts verbindet (*so LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.8.2011 - L 11 KR 3165/10 - Juris RdNr 29 <in Anlehnung an die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V>*). Denn in der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass es zumindest im Recht der GKV ein tradiertes Konzept untergesetzlicher Normsetzung durch die an diesem System beteiligten Personengruppen gibt, dessen konkrete Ausgestaltung sich wiederholt gewandelt hat (*vgl insbesondere BSGE 78, 70, 74 ff = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 29 ff; vgl auch BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 64 ff; BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2, RdNr 44 f mwN <jeweils 6. Senat>; vgl auch BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 19 RdNr 14 <1. Senat>; BSGE 97, 133 = SozR 4-2500 § 139 Nr 2, RdNr 31 <3. Senat>; vgl ferner den Überblick zu den Rechtsquellen des Krankenversicherungsrechts bei Ebsen in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, 1994, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 7; vgl auch die Bestandsaufnahme für das Sozialversicherungsrecht insgesamt bei Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 52 ff; kritisch Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, 2001, S 382 ff, S 496 f*), dem jedoch von Verfassungs wegen kein vermeintlicher numerus clausus untergesetzlicher Rechtsetzungsfornen entgegensteht (*so zB BSGE 81, 54, 63 f = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 S 19 f; BSGE 81, 73, 82 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 57 f; Axer, aaO, S 208 ff, insbes 224 f; Clemens in FS Böckenförde <1995>, 259, 261 f; ders, MedR 1996, 432, 433 f; Krauskopf/Clemens in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, § 30 RdNr 25 ff, insbesondere RdNr 27 mit zahlreichen Nachweisen zur zustimmenden Kammer-Rspr des BVerfG; ausdrücklich offengelassen allerdings in BVerfGE 115, 25, 47 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 RdNr 29 mwN; einen numerus clausus der Legitimationsmuster befürwortend Hänlein, aaO, S 57 ff*).
- 21 d) Zugleich werden im vorliegenden Zusammenhang die im Verfassungs- und Verwaltungsrecht allgemein anerkannten, an diese Formen untergesetzlicher Normsetzung zu stellenden Anforderungen grundsätzlich eingehalten. Dabei hat der Senat nicht zu prüfen, ob die Einzelregelungen der BeitrVerfGrsSz insgesamt jeweils hinreichend bestimmt sind (*zu diesbezüglichen Zweifeln vgl K. Peters in KassKomm, § 240 SGB V RdNr 8 ff, Stand Einzelkommentierung April 2012*), also ob jede der Einzelregelungen jeweils auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage beruht und ob deren Vorgaben und Grenzen bei allen Einzelregelungen eingehalten wurden. Als

Grundlage des vorliegend angefochtenen Verwaltungsaktes zu prüfen ist nur die Frage der Wirksamkeit des § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz. Dessen Wirksamkeit stehen die in Rechtsprechung und Literatur gegen die Wirksamkeit der BeitrVerfGrSsz im Ganzen geäußerten Einwände nicht entgegen. Insbesondere beruht deren § 7 Abs 10 auf einer gesetzlichen Grundlage (*dazu aa*), die zwar allgemein am Maßstab des demokratischen Prinzips und des Parlamentsvorbehalts zu messen ist (*dazu bb*), jedoch im konkreten Fall den hieraus abzuleitenden Anforderungen genügt (*dazu cc*). Zugleich sind die auch für untergesetzliche Normen geltenden Anforderungen an die Publizität und Bestimmtheit bezüglich der BeitrVerfGrSsz bzw ihres § 7 Abs 10 erfüllt (*dazu dd*). Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Vorstand oder vielmehr der Verwaltungsrat des SpVBdKK für den Erlass der BeitrVerfGrSsz zuständig war, denn jedenfalls aufgrund der rückwirkenden Bestätigung dieser durch den Verwaltungsrat und aufgrund der Neubekanntmachung im Januar 2012 können diese mit Wirkung ab 1.1.2009 Rechtsgrundlage von Verwaltungsakten sein (*dazu ee*).

- 22 aa) Die Regelungskompetenz des SpVBdKK für die - hier allein streitige - Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der GKV beruht ausschließlich auf § 240 Abs 1 S 1 SGB V und nicht (auch) auf § 217f Abs 3 S 1 SGB V. Dies ergibt sich bereits aus der im Rahmen der Regelungsgeschichte dargestellten (*siehe oben unter a*) zeitlichen Abfolge des Inkrafttretens beider Regelungen. Selbst wenn - was hier nicht entschieden zu werden braucht - eine Ermächtigung zur untergesetzlichen Regelung der Beitragsbemessung mit dem Wortlaut des § 217f Abs 3 S 1 SGB V vereinbar sein sollte, würde diese Norm jedenfalls für die Gruppe der freiwillig Versicherten durch den spezielleren § 240 Abs 1 S 1 SGB V verdrängt. Anderenfalls hätte - was erkennbar nicht gewollt war - in der Zeit vom 1.7.2008 bis zum 31.12.2008 eine Kompetenz zur Regelung der Beitragsbemessung für diese Gruppe konkurrierend bei den einzelnen KKn (§ 240 Abs 1 S 1 SGB V *idF des GRG vom 20.12.1988, aaO*) und beim SpVBdKK bestanden. Das entspricht angesichts der bereits im GKV-WSG angeordneten, aber erst zum 1.1.2009 erfolgten Übertragung der Regelungsbefugnis nach § 240 Abs 1 S 1 SGB V auf den SpVBdKK indessen weder der Systematik des GKV-WSG noch der Zielsetzung einer Anpassung der Regelungsbefugnis bezüglich der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter an die Verhältnisse nach der zeitgleichen Einführung des Gesundheitsfonds.
- 23 bb) Die vom Gesetzgeber durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V vorgenommene Delegation der Regelungsbefugnis bezüglich der Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern der GKV auf den SpVBdKK ist insbesondere am verfassungsrechtlichen Demokratiegebot und Parlamentsvorbehalt (*Art 20 Abs 2 GG*) zu messen, der gleichermaßen im Rahmen einer möglicherweise in Betracht kommenden ergänzenden Prüfung der Vereinbarkeit mit dem Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (*Art 2 Abs 1 GG*) Bedeutung erlangen kann.
- 24 Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder handelt es sich - wie bei der Durchführung der GKV insgesamt (*vgl Art 87 Abs 2 GG und hierzu BVerfGE 113, 167, 201 = SozR 4-2500 § 266 Nr 8 RdNr 52*) - nicht um eine Aufgabe, die von der Übertragung auf eine Organisationseinheit der funktionalen Selbstverwaltung ausgenommen wäre, weil der Staat diese als Staatsaufgabe im engeren Sinne durch seine eigenen Behörden selbst wahrnehmen müsste (*vgl hierzu allgemein BVerfGE 38, 281, 299; 107, 59, 93*). Das GG macht dem Bundesgesetzgeber bei der organisatorischen Ausgestaltung der Sozialversicherung - vom körperschaftlichen Status der Sozialversicherungsträger abgesehen - keine inhaltlichen Vorgaben (*BVerfGE 113, 167, 201 = SozR 4-2500 § 266 Nr 8 RdNr 52; Mühlhausen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 217a RdNr 2*). Gleichzeitig ist es dem Gesetzgeber durch das Demokratiegebot nicht verwehrt, auch außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung und der gemeindlichen Selbstverwaltung für abgegrenzte Bereiche der Erledigung öffentlicher Aufgaben durch Gesetz besondere Organisationsformen der Selbstverwaltung zu schaffen und dadurch insbesondere vom Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten abzuweichen (*so - grundlegend - BVerfGE 107, 59, 91 <Wasserverband-Entscheidung>*). Den Organen von Trägern funktionaler Selbstverwaltung ist verbindliches Handeln mit Entscheidungscharakter aus verfassungsrechtlicher Sicht gestattet, soweit die Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe in einem von der Volksvertretung beschlossenen Gesetz ausreichend vorherbestimmt sind und ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell demokratisch legitimierter Amtswalter unterliegt (*BVerfGE 107, 59, 94*). Deshalb müssen die Regelungen über die Organisationsstruktur der Selbstverwaltungseinheiten ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden (*BVerfGE 107, 59, 93; 111, 191, 217 <Notarkassensatzung-Entscheidung>*). Eine "ununterbrochene Legitimationskette" von den Normunterworfenen hin zum Normgeber bzw den Repräsentanten im Normsetzungsgremium ist dagegen nicht erforderlich (*BVerfGE 107, 59, 87, 91, 94; ebenso BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 32; weitergehend noch BSGE 82, 41, 46 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 15 f*). Nötig sind lediglich ausreichende Vorkehrungen, um die Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigen zu können (*BVerfGE 107, 59, 93, 100; 111, 191, 217*). Dafür müssen die betroffenen Gruppen - nicht notwendigerweise alle einzelnen (Unter-)Gruppen (*BVerfGE 70, 324, 364*) - im Selbstverwaltungsgremium vertreten sein. Ein Gebot strikter formaler Gleichheit besteht dabei nicht (*BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 32 unter Hinweis auf BVerfGE 41, 1, 12; 54, 363, 388 f mwN*).
- 25 Allerdings muss nach der Rechtsprechung des BVerfG staatliches Handeln in grundlegenden Bereichen durch ein Parlamentsgesetz legitimiert sein. Der parlamentarische Gesetzgeber ist verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen, und darf diese Entscheidungen nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wann es einer Regelung durch Parlamentsgesetz bedarf und wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des GG, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen. Als "wesentlich" sind Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung der Grundrechte erhebliche Bedeutung haben (*vgl BVerfGE 83, 130, 142; 95, 267, 307 f; 98, 218, 251; 108, 282, 311 f; 111, 191, 216 f, jeweils mwN*). Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte des Regelungsadressaten durch die jeweilige Maßnahme betroffen sind (*vgl BVerfGE 98, 218, 252 mwN; 111, 191, 217; ebenso zB BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 28 mwN*).
- 26 Der Senat kann offenlassen, ob jedenfalls seit Einführung der Auffang-Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB

V durch das GKV-WSG zum 1.4.2007 ergänzend auch die Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlagen für freiwillig in der GKV Versicherte den Schutzbereich des - hier allenfalls als Prüfungsmaßstab in Betracht kommenden - Art 2 Abs 1 GG berührt. Auch das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit des Art 2 Abs 1 GG ist nämlich nicht vorbehaltlos gewährleistet. Es findet seine Schranken gemäß Art 2 Abs 1 GG vielmehr ua in der verfassungsmäßigen Ordnung, dh allen Rechtsnormen, die formell und materiell mit der Verfassung in Einklang stehen (*stRspr seit BVerfGE 6, 32, 38; ferner zB BVerfGE 95, 267, 306*). Dieser Vorbehalt erschöpft sich allerdings nicht in der Forderung nach einer gesetzlichen Grundlage für Grundrechtseingriffe überhaupt, sondern verlangt auch, dass alle wesentlichen Fragen vom Parlament selbst entschieden und nicht anderen Normgebern überlassen und an diese delegiert werden. Als "wesentlich" sind dabei - entsprechend den vorbeschriebenen Grundsätzen - wiederum Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung von Grundrechten erhebliche Bedeutung haben (*BVerfGE 95, 267, 307 f*). Im vorliegenden Zusammenhang gehören zu den vom parlamentarischen Gesetzgeber selbst zu regelnden Materien jedenfalls die Festlegung des bundesweit einheitlich geltenden Beitragssatzes und die zentralen Grundsätze für die Beitragsbemessung.

- 27 cc) Die durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V vorgenommene Aufgabenübertragung an den SpVBdKK, die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder einheitlich zu regeln, ist gemessen an den unter bb) dargelegten, vom BVerfG (*BVerfGE 107, 59, 91 f; 111, 191, 216 ff*) für die Übertragung öffentlicher Aufgaben auf eine Organisationseinheit der funktionalen Selbstverwaltung aufgestellten Maßstäben hinreichend bestimmt und genügt zugleich dem Parlamentsvorbehalt. So werden die Grundzüge der Regelung der Beitragsbemessung vom Gesetzgeber selbst vorgegeben (*hierzu <1>*) und die Vorgaben des BVerfG für eine solche Aufgabenübertragung eingehalten (*hierzu <2>*). Insbesondere sind Verwaltungsrat und Vorstand des SpVBdKK im Sinne dieser Vorgaben ausreichend legitimiert (*hierzu <3>*).
- 28 (1) Die wesentlichen Grundzüge für die Regelung der Beitragsbemessung durch den SpVBdKK werden diesem hinreichend bestimmt vom Gesetzgeber vorgegeben: So ergibt sich der Inhalt der gesetzlichen Ermächtigung (= Regelung der Beitragsbemessung für einen gesetzlich bestimmten Personenkreis) unmittelbar aus § 240 Abs 1 S 1 SGB V bzw hierauf verweisenden Regelungen, wie zB § 227 SGB V. Zweck und Ausmaß der Ermächtigung werden über das in § 240 Abs 1 S 1 SGB V formulierte Ziel einer einheitlichen Bemessung hinaus durch den allgemeinen Bemessungsmaßstab des § 240 Abs 1 S 2 SGB V näher konkretisiert, wonach sicherzustellen ist, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt wird (*hierzu und zum Folgenden Bernsdorff in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 240 RdNr 8*). Die Absätze 2 bis 5 des § 240 SGB V enthalten sodann weitere (zwingende) Vorgaben, die der SpVBdKK bei der "Regelung" der Beitragsbemessung zu beachten hat. Insbesondere ordnet der Gesetzgeber in § 240 Abs 2 S 1 an, dass ein freiwilliges Mitglied bei der Beitragsbemessung nicht geringer belastet werden darf als ein vergleichbarer versicherungspflichtig Beschäftigter, was dann durch § 240 Abs 2 S 5 weiter konkretisiert wird. § 240 Abs 3 betrifft freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, und bewirkt, dass deren Beiträge nach den gleichen Grundsätzen bemessen werden wie die der versicherungspflichtigen Rentner. Regelungen über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen enthält § 240 Abs 4: Dessen Satz 1 enthält eine (allgemeine) Mindestgrenze für die Bemessung beitragspflichtiger Einnahmen, während die nachfolgenden Sätze als Sonderregelungen für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, Existenzgründer, nach § 16b SGB II geförderte Personen, Fachschüler, Berufsfachschüler, Auslandsstudenten und Wandergesellen Mindesteinnahmen in hiervon abweichender Höhe festsetzen und selbstständig erwerbstätige Tagespflegepersonen sowie (Klein)Rentner von dem Personenkreis der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen bzw von der Mindesteinnahmengrenze des § 240 Abs 4 S 1 SGB V ausnehmen. Auch § 240 Abs 4a SGB V enthält Sonderregelungen, hier ua beim Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei berufsbedingtem Auslandsaufenthalt, bei Versicherten mit Anspruch auf freie Heilfürsorge oder bei deren Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Entwicklungsdienst oder für eine internationale Organisation. § 240 Abs 5 SGB V trifft schließlich Regelungen zur Absetzung von Kinderfreibeträgen bei der Anrechnung von Einkommen privat versicherter Ehegatten oder Lebenspartner. Zusätzlich wird der Inhalt des in § 240 Abs 1 S 1 SGB V erteilten Regelungsauftrags an den SpVBdKK auch durch die zu § 240 SGB V und seinen Vorgängervorschriften ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung näher bestimmt, die - soweit keine entgegenstehenden Änderungen dieser Norm erfolgt sind - als in den gesetzgeberischen Willen inkorporiert anzusehen ist.
- 29 (2) Auch die Organisations- und Entscheidungsstrukturen des SpVBdKK begegnen - jedenfalls was die ihm nach § 217f Abs 1 iVm § 240 Abs 1 S 1 SGB V durch Gesetz übertragene Regelung der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder anbelangt - im Hinblick auf die vom BVerfG für die Übertragung von Entscheidungsbefugnissen auf Organe der funktionalen Selbstverwaltung aufgestellten Maßstäbe (*vgl dazu erneut BVerfGE 107, 59, 91 f; 111, 191, 216 ff, siehe oben II 2 d bb*) keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf Art 20 Abs 2 GG. So sind Errichtung, innere Verfasstheit und Aufgaben des SpVBdKK - aufbauend auf den Vorschriften des SGB IV und SGB V über Organisation und Aufgaben der in ihm zusammengeschlossenen KKn, auf die zudem wiederholt Bezug genommen wird - in §§ 217a ff SGB V ausreichend vorherbestimmt: Der SpVBdKK wurde als mit Selbstverwaltung (§ 217b Abs 1 S 1 SGB V) ausgestattete Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet (§ 217a Abs 2 SGB V), für deren Satzung § 217e Abs 1 SGB V detaillierte Vorgaben enthält und die unter dem Genehmigungsvorbehalt der zuständigen Aufsichtsbehörde steht. Die Aufgaben des SpVBdKK werden in § 217f Abs 2 bis 5 SGB V im Einzelnen festgelegt. Darüber hinaus enthält § 217f Abs 1 SGB V die Möglichkeit, dem SpVBdKK - durch Gesetz - weitere Aufgaben zuzuweisen. Nach § 217d SGB V untersteht der SpVBdKK je nach Aufgabengebiet der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Gemäß § 217d S 3 iVm § 208 Abs 2 S 1 SGB V gelten hierfür die §§ 87 bis 89 SGB IV und damit die für die KKn und die anderen Sozialversicherungsträger maßgebenden Grundsätze, also insbesondere die Beschränkung auf eine Rechtsaufsicht (§ 87 Abs 1 S 2 SGB IV).

30

Eine solche nachgehende Rechtmäßigkeitskontrolle genügt den Anforderungen der vom BVerfG (*BVerfGE 107, 59, 94*) für die Übertragung von Aufgaben und Handlungsbefugnissen auf Organe der funktionalen Selbstverwaltung geforderten Aufsicht personell demokratisch legitimierter Amtswalter über deren Wahrnehmung; eine

fachaufsichtsrechtliche Mitwirkung der dem Parlament verantwortlichen Ministerialverwaltung ist insoweit nicht erforderlich (*BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2, RdNr 47 f; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11*). Zwar unterliegen verschiedene Akte untergesetzlicher Rechtsetzung im Sozialversicherungsrecht oftmals einer vorgehenden Mitwirkung der Aufsicht durch Genehmigung, so zB Unfallverhütungsvorschriften (§ 15 Abs 4 S 1 SGB VII), Anordnungen des Verwaltungsrats der Bundesagentur für Arbeit (§ 372 Abs 2 SGB III) oder - im vorliegenden Zusammenhang - die Satzung des SpVBdKK (§ 217e Abs 1 S 2 SGB V), bzw werden - wie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses - nur wirksam, wenn sie nicht beanstandet werden (§ 94 Abs 1 SGB V); ein allgemeines Prinzip kann dem jedoch nicht entnommen werden (*LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11*). Denn beispielsweise unterliegen zwar Satzungen der einzelnen KKn nach § 195 Abs 1 SGB V der Genehmigung der Aufsichtsbehörde, nicht aber das ebenfalls von deren Verwaltungsrat zu erlassende sonstige autonome Recht (§ 197 Abs 1 Nr 1 SGB V). In diesem Sinne hat das BSG bereits entschieden, dass dem Bundesministerium für Gesundheit gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss in Bezug auf den Erlass einzelner Richtlinien nur Rechtsaufsicht und keine Fachaufsicht zusteht (*BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2*). Gründe, die vorliegend weitergehende Aufsichtsrechte der Ministerialverwaltung erforderlich machen könnten, sind nicht ersichtlich.

- 31 (3) Insbesondere sind auch Verwaltungsrat und Vorstand des SpVBdKK im Sinne der Vorgaben des BVerfG für die funktionale Selbstverwaltung zu verbindlichen Entscheidungen ausreichend demokratisch legitimiert. So enthält § 217b SGB V ausführliche Regelungen über die zu bildenden Organe (Verwaltungsrat, Vorstand und Mitgliederversammlung), deren Zusammensetzung, deren Aufgaben und den Status ihrer Mitglieder. Für die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung enthält § 217c SGB V umfangreiche Vorgaben, insbesondere zur Wahrung des Prinzips der paritätischen Besetzung und zu einer an den bundesweiten Versichertenzahlen der Krankenkassenarten orientierten Gewichtung der Stimmverhältnisse (vgl *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 161 zu Nr 149 <§ 217c>; Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften, BT-Drucks 17/1297 S 16 zu Nr 4 <§ 217c>*). Hierdurch wird der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Ausgestaltung der Organisationsstrukturen (siehe oben II 2 d cc) nicht überschritten.
- 32 Die hiergegen erhobenen Einwände, die Legitimationskette sei zu sehr verdünnt (so *Mühlhausen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 217a RdNr 8*), und ua wegen des Delegationsverfahrens zur Mitgliederversammlung (§ 217b Abs 3 S 3 und 4 SGB V), wegen ungeklärter Fragen des Bezugs der demokratischen Legitimation der Verwaltungsräte über die Gruppenzugehörigkeit oder die jeweilige Krankenkassenart sowie wegen einer legitimationsverzerrenden Stimmgewichtung im Verwaltungsrat nicht mehr tragfähig (*Mühlhausen, aaO, § 217c RdNr 14; von Boetticher, SGB 2009, 15, 16 f*), greifen nicht durch. Denn - wie oben dargelegt - gelten für die funktionale Selbstverwaltung nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung und die kommunale Selbstverwaltung, weshalb im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung Abweichungen von dem Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten möglich sind (so *BVerfGE 107, 59, 91 f; BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 32 und 71; vgl zur autonomen Rechtsetzung der Stellen mittelbarer Bundesverwaltung Ebsen in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 28 ff*). In diesem Sinne ist beim SpVBdKK eine unter verfassungsrechtlichem Blickwinkel noch tragfähige Legitimationskette zu bejahen.
- 33 Soweit sich die Kritik gegen die Heranziehung der jeweiligen Anzahl der Versicherten einer Krankenkassenart als Referenzgröße für die Sitz- und Stimmverteilung im Verwaltungsrat des SpVBdKK richtet (*Mühlhausen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 217c RdNr 14*), vernachlässigt dies, dass die Selbstverwaltung in der GKV ihre Legitimation nicht von den KKn selbst bezieht, sondern aus der Beteiligung der betroffenen Gruppen, nämlich der Versicherten und der Arbeitgeber (vgl auch *Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11*), die im Selbstverwaltungsgremium vertreten sein müssen (*BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 32 mwN*). Dies gilt auch für die Selbstverwaltung durch die KKn-Verbände. Vor diesem Hintergrund erscheint es geradezu zwingend, das Gewicht der einzelnen KKn innerhalb des SpVBdKK von der Zahl der jeweils von ihnen repräsentierten Versicherten abhängig zu machen. Zugleich ist es vertretbar, wenn zur Ermittlung des Stimmgewichts und der Auswahl der Repräsentanten (nicht diejenigen der KKn, sondern der betroffenen Versicherten und Arbeitgeber) die einzelnen KKn zunächst nach Kassenarten zusammengefasst werden (§ 217c Abs 1 SGB V in der für die Zusammensetzung des Verwaltungsrats in der ersten Wahlperiode maßgeblichen Fassung durch das GKV-WSG). Hierdurch kann insbesondere über die kassenartenbezogene Listenaufstellung (§ 217c Abs 2 SGB V in der genannten Fassung) ein größeres Gewicht der Vertreter der einzelnen KKn bei der Auswahl der Personen erreicht werden, die neben der KK, deren Verwaltungsrat oder Vertreterversammlung sie angehören (§ 217b Abs 1 S 2 SGB V; seit 1.1.2012 auch Mitglieder des ehrenamtlichen Vorstands), auch diejenigen Versicherten bzw Arbeitgeber der KKn zu repräsentieren haben, welche keine eigenen Vertreter in den Verwaltungsrat entsenden. Die zum Teil beanstandete Begrenzung der Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder auf 52 (§ 217c Abs 1 S 5 bzw seit 30.7.2010 § 217c Abs 1 S 1 SGB V; tatsächlich waren es in der ersten Wahlperiode nur 41 Mitglieder, für die zweite Wahlperiode wurden am 20.12.2011 von der Mitgliederversammlung 52 Verwaltungsratsmitglieder gewählt), die nur einem Bruchteil der Anfang 2007 noch bestehenden 229 KKn (*Monatswert Januar 2007 der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Ergebnisse der GKV-Statistik KM1*) angehörten, ist rechtlich unschädlich; denn es ist gerade Kennzeichen von Repräsentativorganen, dass diese nur ein verkleinertes Abbild der Mitgliedschaft - bzw im vorliegenden Zusammenhang der durch die Verwaltungsräte und Vertreterversammlungen der Mitglieder des SpVBdKK repräsentierten Versicherten und Arbeitgeber - sind, und dass in diesen Organen keineswegs jedes Mitglied vertreten ist (*BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 32 und 72 mwN, ua mit Hinweis auf BVerfGE 70, 324, 364*).
- 34 Die von den "Betroffenen" der GKV ausgehende Legitimationskette der Organe des SpVBdKK ist auch nicht wegen der Zusammensetzung der Mitgliederversammlung durch Entsendung je eines Vertreters der Versicherten und der Arbeitgeber aus dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung (bzw nach § 217b Abs 3 S 3 SGB V idF durch

Gesetz vom 22.12.2011, BGBl I 2983, auch des ehrenamtlichen Vorstands) jeder Mitgliedskasse in rechtswidriger Weise unterbrochen. Gleich, ob die Auswahl der Entsandten durch Wahlakt im Verwaltungsrat bzw in der Vertreterversammlung der Mitgliedskasse oder allein durch Benennung seitens eines Mitglieds des hauptamtlichen Vorstandes oder der Geschäftsführung einer Mitgliedskasse (§ 6 Abs 2 SpVBdKK-Satzung) erfolgt, sind die bei dieser Auswahl handelnden Personen selbst zumindest mittelbar durch die Sozialwahlen legitimiert. Im selben Sinne sind auch Verwaltungsrat und Vorstand des SpVBdKK zur verbindlichen Entscheidung gleichermaßen legitimiert; die Legitimation durch die Sozialwahlen wird lediglich über einen weiteren Wahlakt (§ 217b Abs 2 S 3 SGB V) "ein Kettenglied weiter" (Ayer, SGB 2012, 501, 504) vermittelt.

- 35 Das im Rahmen funktionaler Selbstverwaltung notwendige Maß der Legitimation der Organe des SpVBdKK wird auch nicht dadurch verfehlt, dass die Kompensation der bei einigen Ersatzkassen nicht vorhandenen Arbeitgebervertreter dazu führt, dass die Versichertenvertreter dieser Ersatzkassen ein überproportionales Gewicht innerhalb der Gruppe der Versichertenvertreter erhalten und dass die übrigen KKn damit überproportional durch Arbeitgebervertreter repräsentiert werden (*kritisch insoweit zB von Boetticher, SGB 2009, 15, 16 f; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K § 217c RdNr 22, Stand Einzelkommentierung 4/11; Mühlhausen in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 217c RdNr 5*). Nach der Gesamtkonstruktion des Verwaltungsrats repräsentieren die ihm angehörenden Personen nicht die einzelnen Mitgliedskassen des SpVBdKK oder eine bestimmte Kassenart, sondern die Gesamtheit der in der GKV Versicherten und der hierdurch betroffenen Arbeitgeber (*vgl von Boetticher, SGB 2009, 15, 16 aE*). Solange der Gesetzgeber im Kern am Grundsatz der paritätischen Arbeitgeberbeteiligung festhält (§ 29 Abs 2, § 44 Abs 1 Nr 1 SGB IV), liegt im Ausgleich der sich aus den Besonderheiten der Ersatzkassen ergebenden Disparitäten bezüglich der Repräsentation aller Versicherten und betroffenen Arbeitgeber durch den Verwaltungsrat keine unangemessene oder gar willkürliche Bevorzugung einzelner Interessen (*vgl Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11*). Zudem nehmen die Auswirkungen dieser Regelung auf die Stimmengewichtung durch in der Praxis zu beobachtende kassenartenübergreifende Fusionen ab, da diese Fusionen zur Beteiligung von Arbeitgebervertretern auch im Verwaltungsrat einiger Ersatzkassen geführt haben (§ 44 Abs 1 Nr 3 SGB V). So waren zu Beginn des Errichtungsjahres des SpVBdKK noch zehn der damals insgesamt 229 KKn Ersatzkassen ohne Arbeitgebervertreter (*Monatswert Januar 2007 der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Ergebnisse der GKV-Statistik KM1*). Seitdem hat sich die Zahl dieser Ersatzkassen auf drei (*Barmer GEK, DAK und HEK*) der insgesamt noch 144 KKn reduziert (*Monatswert Oktober 2012 der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Ergebnisse der GKV-Statistik KM1*). Aufgrund dieser Entwicklung erhielten die Ersatzkassen in der zweiten Wahlperiode des Verwaltungsrates neben 14 Sitzen für Versichertenvertreter auch vier Sitze für Arbeitgebervertreter.
- 36 dd) Den auch für untergesetzliche Normen geltenden Publizitätserfordernissen (*vgl hierzu zB BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 38 mwN; BSG SozR 3-2500 § 92 Nr 12 S 70; Clemens, AöR 111 <1986>, 63, 86 ff; Ayer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 403 ff*) wird mit der Veröffentlichung der BeitrVerfGrsSz im elektronischen Bundesanzeiger, also einem amtlichen Veröffentlichungsorgan, jedenfalls Genüge getan. Diese Veröffentlichungsform erfüllt zusammen mit der weiteren Veröffentlichung auf der Internetseite des SpVBdKK zugleich die Vorgaben aus § 34 Abs 2 SGB IV und § 46 Abs 1 SpVBdKK-Satzung. § 34 Abs 2 SGB IV selbst schreibt keine bestimmte Form der Veröffentlichung vor, vielmehr überlässt er dies den Satzungen der Versicherungsträger. Insoweit bestimmt § 46 Abs 1 SpVBdKK-Satzung, dass ua Satzungen, Satzungsänderungen sowie Grundsatzentscheidungen des Verwaltungsrates im Bundesanzeiger und auf einer geeigneten Internetseite bekannt gemacht werden müssen. Wird - wie hier - in der Satzung lediglich bestimmt, dass die Bekanntmachung im Bundesanzeiger erfolgt, ohne dass zwischen elektronischem Bundesanzeiger und Bundesanzeiger in Papierform unterschieden wird, ist die Verkündung im elektronischen Bundesanzeiger ausreichend (*so ausführlich und mit überzeugenden Argumenten bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11*). Denn hierdurch haben die Betroffenen in zumutbarer Weise Kenntnis von ihrem Inhalt nehmen können (*zu diesem Kriterium vgl zB BSGE 81, 86, 90 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 85 f*).
- 37 Ob die weitere Konkretisierung der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter durch die BeitrVerfGrsSz angesichts der Reichweite der Regelung für inzwischen mehr als fünf Millionen freiwillig Versicherte (*Monatswert Oktober 2012 der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Ergebnisse der GKV-Statistik KM1*) in jedem Fall den Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit von Rechtsnormen (*vgl hierzu allgemein zB BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 29, 39 ff*) genügt (*insoweit zweifelnd K. Peters in KassKomm, § 240 SGB V RdNr 26, Stand Einzelkommentierung Juli 2010*), braucht hier nicht entschieden zu werden. Denn jedenfalls § 7 Abs 10 S 1 BeitrVerfGrsSz geht über eine - möglicherweise zu unbestimmte - generalklauselartige Wiederholung des § 240 Abs 1 S 2 SGB V hinaus und bestimmt die Beitragsbemessungsgrundlage speziell für Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, die in Einrichtungen stationär untergebracht sind, indem diese für den Kalendertag konkret auf ein 1/30 des 3,6-fachen des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand festgesetzt wird; zusätzlich wird in § 7 Abs 10 S 2 BeitrVerfGrsSz definiert, was im Einzelnen als Regelsatz für den Haushaltsvorstand anzusetzen ist. Insofern sind sowohl der persönliche Geltungsbereich der Norm - jedenfalls iVm § 1 Abs 1 BeitrVerfGrsSz - als auch die an die Zugehörigkeit zu diesem Personenkreis geknüpfte Rechtsfolge (= Beitragsbemessung auf Grundlage eines Vielfachen des Sozialhilfe-Regelsatzes) so konkret bestimmt, dass durch den Normunterworfenen die heraus in Verbindung mit dem Beitragssatz resultierende Beitragsbelastung unmittelbar abgeleitet werden kann.
- 38 ee) Der Senat braucht nicht zu entscheiden, ob die BeitrVerfGrsSz - wie ursprünglich bei ihrer Schaffung geschehen - durch Beschluss des Vorstands des SpVBdKK erlassen werden durften oder ob es für ihren wirksamen Erlass eines Beschlusses des Verwaltungsrates bedurft hätte. Insoweit ist allerdings einzuräumen, dass weder das Gesetz noch die Satzung des SpVBdKK eine eindeutige Regelung der Zuständigkeit hierfür enthalten (*vgl § 31 und § 36 SpVBdKK-Satzung*), wie auch im Übrigen die Abgrenzung der Zuständigkeiten von Vorstand und Verwaltungsrat bei den KKn allgemein nicht abschließend geklärt ist (*vgl den Überblick bei Schneider-Danwitz in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 197 RdNr 29 ff, 36 ff mwN*). Zudem ist der Vorstand des SpVBdKK nicht von vornherein von Akten untergesetzlicher Rechtsetzung ausgeschlossen, denn er vertritt den SpVBdKK nach § 217b Abs 2 S 4 SGB V iVm §

35a Abs 1 S 1 SGB IV gerichtlich und außergerichtlich, also beispielsweise auch beim Abschluss von Normenverträgen (dazu: Axer, SGB 2012, 501, 504; ders, KrV 2012, 37, 39; vgl auch von Boetticher, SGB 2009, 15, 17). Allerdings sprechen die große Bedeutung der Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlagen für die Finanzierung der KKn einerseits und das Interesse der Versicherten an Rechtsverbindlichkeit und Rechtsklarheit in Bezug auf ihre finanziellen Verpflichtungen andererseits dafür, dass die Bestimmung durch das Selbstverwaltungsorgan des SpVBdKK, also den Verwaltungsrat zu erfolgen hat (vgl zum Recht der RVO BSGE <GS> 58, 183, 205 = SozR 2200 § 180 Nr 27 S 114), weil es sich - sofern nicht ohnehin "sonstiges autonomes Recht" iS von § 197 Abs 1 Nr 1 SGB V vorliegt (so zB Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11; kritisch zB Axer, SGB 2012, 501, 503) - um eine Entscheidung von "grundsätzlicher Bedeutung" handelt, die nach § 217b Abs 1 S 3 iVm § 197 Abs 1 Nr 1b SGB V ausdrücklich dem Verwaltungsrat zugewiesen ist.

- 39 All dies kann dahinstehen, da jedenfalls mit der rückwirkenden, den ursprünglichen Vorstandsbeschluss schon dem Wortlaut nach nicht aufhebenden "Bestätigung" der BeitrVerfGrSsz durch den Verwaltungsrat des SpVBdKK mit Beschluss vom 30.11.2011 und deren gemeinsam mit der Veröffentlichung des Beschlusses erfolgten Neubekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger am 20.1.2012 zumindest der die Grundlage des hier angefochtenen Bescheides bildende, bis dahin nicht geänderte § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz ab 1.1.2009 rechtsverbindlich geworden ist. Dem steht nicht entgegen, dass eine erst rückwirkende Inkraftsetzung der BeitrVerfGrSsz im Januar 2012 mit Wirkung bereits vom 1.1.2009 an als - grundsätzlich unzulässige - echte Rückwirkung zu qualifizieren wäre, weil in diesem Falle der Beginn ihrer zeitlichen Anwendung auf einen Zeitpunkt festgelegt wird, der vor dem Zeitpunkt liegt, zu dem die Norm durch ihre Verkündung rechtlich existent, dh gültig wurde (vgl BVerfGE 126, 369, 391 = SozR 4-5050 § 22b Nr 9 RdNr 71 mwN). Jedoch greift das Verbot der echten Rückwirkung, das seinen Grund im Vertrauensschutz hat, ausnahmsweise dann nicht ein, wenn sich kein schutzwürdiges Vertrauen auf den Bestand des geltenden Rechts für vergangene Zeiträume bilden konnte (BVerfGE 126, 369, 393 f = SozR aaO RdNr 75 mwN). Dies ist ua dann der Fall, wenn eine in ihrer Wirksamkeit umstrittene Norm eine finanzielle Belastung des Betroffenen bereits anordnete und diese formell in Frage gestellte Norm später durch eine unbedenkliche Norm gleichen Inhalts rückwirkend ersetzt wird (BVerfGK 10, 346, 353). In diesem Sinne wird zB eine unwirksame kommunale Abgabensatzung mit Wirkung für vergangene Zeiträume ohne Verletzung des Vertrauensschutzes grundsätzlich dann geheilt, wenn der mit Rückwirkung versehene Neuregelung in der Vergangenheit gleichartige Regelungsversuche vorausgingen. In diesem Fall kann kein schutzwürdiges Vertrauen Betroffener darauf entstehen, von einer solchen Abgabe verschont zu werden (BVerfGK 16, 162, 167 f unter Hinweis auf BVerwG, Beschluss vom 31.3.2008 - 9 B 30/07 - Buchholz 11 Art 20 GG Nr 191; vgl auch zB BVerwGE 67, 129 ff; BVerwG, Urteil vom 7.4.1989 - 8 C 83/87 - Buchholz 406.11 § 132 BBauG Nr 43).
- 40 Nach diesen Grundsätzen verstieße auch eine rückwirkende Inkraftsetzung der BeitrVerfGrSsz erst im Januar 2012 mit Wirkung ab 1.1.2009 nicht gegen das Rückwirkungsverbot, weil kein schutzwürdiges Vertrauen von freiwillig versicherten KK-Mitgliedern entstanden sein kann, nicht mit Beiträgen belastet zu werden. Vielmehr musste ein freiwillig Versicherter wegen der Verabschiedung und Bekanntmachung der BeitrVerfGrSsz durch die hierzu nach § 240 Abs 1 S 1 SGB V ermächtigte Körperschaft durchaus mit einer Beitragsbemessung auf Grundlage der hierin festgelegten Größen rechnen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11; Sächsisches LSG, Urteil vom 25.1.2012 - L 1 KR 145/11; Axer, KrV 2012, 37, 40; ders, SGB 2012, 501, 504; vgl ebenso zu Honorarverteilungsmaßstäben bzw Honorarverteilungsverträgen Clemens in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl 2012, Kap 13 RdNr 353).
- 41 Dem steht das Urteil des BSG vom 26.2.1992 (BSGE 70, 149 = SozR 3-2500 § 240 Nr 8) nicht entgegen. Danach durfte die Aufsichtsbehörde Satzungsvorschriften einer KK, durch die deren Beiträge rückwirkend zum 1.1.1989 erhöht werden sollten, wegen eines Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot nicht genehmigen, obwohl die höheren Beiträge schon vor der im Juni 1989 von der Vertreterversammlung beschlossenen Satzungsänderung aufgrund eines Vorstandsbeschlusses erhoben worden waren; die Entscheidungen eines für die Festlegung der Beitragsnormen nicht zuständigen Gremiums konnte - so das BSG - das Vertrauen auf den Fortbestand des bisherigen Rechts - in diesem Fall des am 1.1.1989 in Kraft getretenen § 240 Abs 4 SGB V idF des GRG vom 20.12.1988 (BGBl I 2477) - nicht erschüttern; nur wenn das allein für Satzungsänderungen berufene Organ der KK bereits seinen Willen durch entsprechende Beschlüsse kundgetan hat, muss das Mitglied mit einer Erhöhung der Beiträge (für die Zukunft) rechnen (so BSGE 70, 149, 152 = SozR aaO S 27). Die damalige, vom BSG entschiedene Fallgestaltung unterscheidet sich jedoch grundlegend von der vorliegenden: So bestimmte § 240 Abs 1 S 1 SGB V in der seinerzeit noch anzuwendenden Fassung, dass die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder durch die Satzung (der KK) geregelt wird. Gleichzeitig legte § 197 Nr 1 SGB V (damaliger Fassung) eindeutig fest, dass Satzungen durch die Vertreterversammlung zu beschließen waren. Insoweit konnte keine - die Entstehung schutzwürdigen Vertrauens hindernde (vgl BVerfGE 126, 369, 393 f = SozR 4-5050 § 22b Nr 9 RdNr 75 mwN) - Unsicherheit über die Rechtslage entstehen, da gar nicht in Frage stand, dass ein Vorstandsbeschluss über die Beitragsbemessung keine Rechtswirkung gegenüber den Versicherten entfaltete. Im vorliegenden Fall konnte es dagegen gerade der für § 240 Abs 1 S 1 SGB V nach der Neufassung durch das GKV-WSG (vom 26.3.2007, BGBl I 378) kennzeichnende Verzicht des Gesetzgebers auf den Satzungscharakter von Beitragsbemessungsregelungen nahe legen, dass auch die Zuständigkeit für diese Regelungen vom satzunggebenden Verwaltungsrat auf den Vorstand übergehen sollten, der das sog operative Geschäft, also die Verträge und übrigen Entscheidungen mit Außenwirkung zu verantworten hatte (vgl von Boetticher, SGB 2009, 15, 17). Vor diesem Hintergrund mussten die Versicherten von vornherein auch damit rechnen, dass die Beitragsbemessung auf der Grundlage der vom Vorstand des SpVBdKK erlassenen Grundsätze Bestand haben könnte (im Ergebnis wie hier LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.1.2012 - L 16 KR 9/11; Axer, SGB 2012, 501, 504).

42

3. Obwohl nach alledem Regelungen der BeitrVerfGrSsz - wie aufgezeigt - grundsätzlich eine hinreichende Rechtsgrundlage für einen Verwaltungsakt gegenüber dem Kläger über die Beitragshöhe sein können, ist der Bescheid der Beklagten vom "Juli 2009" jedoch gleichwohl rechtswidrig und zumindest teilweise aufzuheben; denn

die konkrete Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlage in § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz ist inhaltlich mit höherrangigem Recht nicht vereinbar. Der SpVBdKK überschritt die Grenzen der ihm durch § 240 Abs 1 S 1 SGB V eingeräumten Regelungsbefugnis insoweit bereits deshalb, weil er bei der Festlegung der Beitragsbemessungsgrundlage für pflegebedürftige Hilfeempfänger in Einrichtungen zu Unrecht auch Aufwendungen für die Investitionskosten berücksichtigte, die eine Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen nach § 82 Abs 3 und Abs 4 SGB XI gesondert berechnen darf (*hierzu a*). Deshalb kann offenbleiben, ob und unter welchen Maßgaben eine pauschale Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlage für Hilfeempfänger in Einrichtungen seit 1.1.2009 überhaupt noch notwendig und zulässig ist (*hierzu b*).

- 43 a) Mit der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlage für Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII, die in stationären Einrichtungen leben, für den Kalendertag auf 1/30 des 3,6-fachen Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes, überschritt der SpVBdKK die Grenzen seiner Regelungsbefugnis. Zwar überlässt § 240 Abs 1 S 1 SGB V dem SpVBdKK die Regelung der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder. Der hierdurch begründeten Regelungsbefugnis des SpVBdKK setzt § 240 Abs 1 S 2, Abs 2 bis 5 SGB V jedoch Grenzen (*zu den Grenzen der Satzungsautonomie nach bis 31.12.2008 geltendem Recht vgl zB BSGE 70, 13 ff = SozR 3-2500 § 240 Nr 6; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 7; BSGE 71, 137 ff = SozR 3-2500 § 240 Nr 9; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 35*), die insbesondere auch durch die zu § 240 SGB V bisher ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung konkretisiert werden (*vgl oben II 2 d cc <1>*).
- 44 Das BSG hat unter Geltung des Bundessozialhilfegesetzes (*BSHG*) und des § 240 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung sowie dessen Vorgängernormen für eine über die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage hinausgehende Berücksichtigung der Einnahmen freiwillig versicherter, in Heimen lebender Sozialhilfeempfänger stets eine spezielle Satzungsregelung für erforderlich gehalten (*vgl zB BSGE 56, 101 ff = SozR 2200 § 180 Nr 15; BSGE 71, 237 ff = SozR 3-2500 § 240 Nr 12*). Dem liegt zugrunde, dass der Senat in ständiger Rechtsprechung nur solche Einnahmen als für die Beitragsbemessung maßgeblich angesehen hat, die dem Versicherten bei einer anzulegenden wirtschaftlichen Betrachtungsweise zur Bestreitung seines Lebensunterhalts zur Verfügung stehen. Demgegenüber sind Leistungen von der Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung ausgenommen, die im Hinblick auf ihre besondere Zweckbestimmung den "Einnahmen" des Versicherten zum Lebensunterhalt im dargestellten Sinne nicht zugeordnet werden können (*zuletzt Urteil des Senats vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R - BSGE 110, 62 = SozR 4-2500 § 240 Nr 16, RdNr 23 f mwN*). Die Abgrenzung von Leistungen, die dem allgemeinen Lebensunterhalt dienen und somit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten erhöhen (im Rahmen der Sozialhilfe die Hilfe zum Lebensunterhalt), gegenüber Leistungen, die zur Bewältigung bestimmter Lebenssituationen gewährt werden und uneingeschränkt für den angestrebten Zweck zur Verfügung stehen müssen (ua Hilfe in besonderen Lebenslagen), unterlag während der Geltung des BSHG besonderen Schwierigkeiten (*vgl BSGE 71, 237, 241 f = SozR 3-2500 § 240 Nr 12 S 48 f*). Deshalb hat es der Senat für zulässig gehalten, die beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig versicherter, in Heimen lebender Sozialhilfeempfänger typisierend und pauschalierend festzustellen und dabei ein Mehrfaches des Regelsatzes zur Grundlage der Beitragsbemessung zu machen (*vgl BSGE 56, 101, 106 = SozR 2200 § 180 Nr 15 S 46; BSGE 71, 237, 242/243 = SozR 3-2500 § 240 Nr 12 S 49/50*). Gleichzeitig hat der Senat in seiner Rechtsprechung aber betont, dass die KKn auch hierbei die in § 240 SGB V bestimmten Grenzen der (damaligen) Satzungsautonomie zu beachten haben (*BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 35 S 171 f*) und verpflichtet sind, den wirklichen Werten der zum allgemeinen Lebensunterhalt, nicht mit einer darüber hinausgehenden, besonderen Zwecksetzung gewährten Sachleistungen möglichst nahezukommen (*BSGE 56, 101, 106 = SozR 2200 § 180 Nr 15 S 46 f*).
- 45 Hieran hat sich durch den Übergang der Regelungsmaßbefugnis für die Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten von den einzelnen KKn auf den SpVBdKK zum 1.1.2009 im Kern nichts geändert. Insbesondere bietet die im GKV-WSG in § 240 Abs 1 S 1 SGB V vorgenommene bloße Ersetzung der Worte "durch die Satzung" durch "einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen" keinen Anhaltspunkt dafür, dass mit der Zuweisung an den SpVBdKK eine Ausweitung der Regelungsbefugnis gegenüber der bisherigen Satzungsautonomie der KKn vorgenommen werden sollte. Vielmehr enthält auch die Begründung zu Nr 157 Buchst a des Entwurfs zum GKV-WSG (*Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, BT-Drucks 16/3100 S 163 zu Nr 157 Buchst a*) den Hinweis, dass bei der Beitragsbemessung "wie bisher die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen" ist.
- 46 Die dargestellten Grenzen der Rechtsetzungs- und Pauschalierungsbefugnis werden allerdings überschritten, wenn der SpVBdKK sich für die Festsetzung der Beitragsbemessungsgrundlage am Durchschnittsbetrag der den Hilfeempfängern in Einrichtungen zuzurechnenden Einnahmen orientiert, hierbei aber - wie sich aus der Begründung zu § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz ergibt - auch die Investitionsaufwendungen berücksichtigt, die eine Pflegeeinrichtung den Pflegebedürftigen nach § 82 Abs 3 und Abs 4 SGB XI gesondert berechnen darf. Insoweit wird in der Begründung des SpVBdKK zu dieser Regelung ua ausgeführt (*im Internet abrufbar unter: www.krankenkassen.de/static/common/files/view/3393/Beitragsbemessung_Endfassung_2008_10_27_3258.pdf, zuletzt aufgerufen am 9.12.2012*):

"Der modellhaften Berechnung des Durchschnittsbetrags der den Hilfeempfängern in Einrichtungen zuzurechnenden Einnahmen liegen folgende Ausgangswerte zugrunde:

1. Bundesweite Durchschnittswerte der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten in der vollstationären Dauerpflege pro Person und Monat (nach Angaben aus dem Vierten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung - Bundestags-Drucksache 16/7772 <*Ergänzung des Senats: S 95*>)

([19,07 EUR/Tag + 11,42 EUR/Tag] x 30 Tage =) 914,70 EUR

2. Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld) in Höhe von 27 v. H. des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand pro Monat

(351 EUR x 27 %)= 94,77 EUR

3. Einmalige Hilfen (z. B. Kleidung) in Höhe von 10 v. H. des Regelsatzes für Haushaltsangehörige pro Monat

(281 EUR x 10 %)= 28,10 EUR

4. Übernahme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge durch den Sozialhilfeträger unter Berücksichtigung des ermäßigten Beitragssatzes in der Krankenversicherung in Höhe von 14,9 v. H. und des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung (ohne den Beitragszuschlag für Kinderlose) in Höhe von 1,95 v. H. auf der Grundlage der Summe der Einzelpositionen 1. bis 3.

(1.037,57 EUR x 16,85 : 83,15=) 210,26 EUR

5. Summe der Einzelpositionen 1. bis 4.

= 1.247,83 EUR

Der Betrag unter 5. entspricht gerundet dem 3,6-fachen des aktuellen Regelsatzes für Haushaltsvorstände."

- 47 Die Investitionsaufwendungen iS von § 82 Abs 3 und Abs 4 SGB XI, die danach ausweislich Nr 1. und Nr 5. der vorstehenden Begründung in die Errechnung des 3,6-fachen Regelsatzes mit eingingen, sind indessen - wie der Senat für die Rechtslage bis 31.12.2008 ausdrücklich entschieden hat - keine Leistungen, die dem allgemeinen Lebensunterhalt dienen und somit zur Beitragsbemessung freiwillig in der GKV Versicherter herangezogen werden dürfen (*BSGE 110, 62 = SozR 4-2500 § 240 Nr 16, RdNr 35; aA Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, K § 240 RdNr 97, Stand Einzelkommentierung 12/2011; Fahlbusch, RsDE 63 <2006>, 51, 59*). Der Senat hat auch unter Geltung des SGB XII daran festgehalten, dass Leistungen des Sozialhilfeträgers für einen freiwillig krankenversicherten Sozialhilfeempfänger zur Sicherstellung seines bedarfsgerechten Aufenthalts in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nur in Bezug auf den Regelsatz, die Kosten der Unterkunft, sozialhilferechtliche Mehrbedarfe und einmalige Bedarfe, den dem Betroffenen zugewandten Barbetrag sowie übernommene (fiktive) Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung beitragspflichtig sind; auf Leistungen zur Befriedigung des spezifischen, gerade den Heimaufenthalt erfordernden Pflegebedarfs dürfen Beiträge dagegen nicht erhoben werden (*BSG, aaO, Leitsatz; vgl zur Rechtslage nach dem BSHG: BSGE 87, 228 = SozR 3-2500 § 240 Nr 34*). Gleichzeitig hat der Senat darauf verwiesen, dass mit Schaffung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII auch in Bezug auf § 240 SGB V die Frage beantwortet worden ist, wie der Umfang der Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen bewertet werden muss. Dieser Umfang bemisst sich nach den in § 42 S 1 Nr 1 bis 3 SGB XII genannten Leistungen, sodass jedenfalls eine Berücksichtigung der - damals streitigen - Grundpauschale bzw anteiliger Investitionsbeträge im Zusammenhang mit stationären Pflegeeinrichtungen als "Einnahme" des freiwillig versicherten Hilfeempfängers zur Befriedigung seines allgemeinen Lebensunterhalts ausscheidet (*so Senatsurteil vom 21.12.2011, aaO, RdNr 39*).
- 48 Hieran ist weiterhin festzuhalten. Insbesondere sind mit der Neuordnung des SGB XII durch das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24.3.2011 (*BGBI I 453*) zum 1.1. bzw 1.4.2011, keine inhaltlichen Änderungen verbunden, die ein Abrücken des Senats von seinen Aussagen im Urteil vom 21.12.2011 (*aaO*) erforderlich machen könnten; erst recht gilt dies für den vorliegend streitigen Zeitraum vom 1.5.2009 bis 31.12.2010. So wurde § 35 Abs 1 S 2 SGB XII aF durch Art 3 Nr 8 des Gesetzes vom 24.3.2011 inhaltsgleich in § 27b Abs 1 S 2 SGB XII übernommen (*Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, BT-Drucks 17/3404 S 120 zu Nr 8 zu § 27b; Behrend in jurisPK-SGB XII, § 27b RdNr 3*). Soweit statt wie bisher auf die Nrn 1 bis 3 nun auf Nr 1, 2 und 4 des § 42 SGB XII verwiesen wird, liegt hierin eine Anpassung an die gleichzeitige Neufassung des § 42 SGB XII, wodurch die Verweisung auf die Bedarfe für Bildung und Teilhabe nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB XII zu Nr 3 dieser Vorschrift wurde. Im vorliegenden Zusammenhang bedeutsame inhaltliche Änderungen sind hiermit ebenso wenig verbunden, wie mit den weiteren - im Wesentlichen redaktionellen (*so Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, BT-Drucks 17/3404 S 127 zu Nr 23 <§ 42>*) - Änderungen des § 42 Nr 1, 2 und 4 SGB XII durch das Gesetz vom 24.3.2011 (*aaO*). Lediglich die Zusammenfassung der bisher in Nr 3 und Nr 4 enthalten Verweisungen im neuen § 42 Nr 2 SGB XII führt nunmehr dazu, dass auch die Krankenversicherungsbeiträge nach § 32 SGB XII und die Vorsorgebeiträge nach § 33 SGB XII bereits aufgrund des § 27b Abs 1 S 2 SGB XII als notwendiger Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen zu gelten haben und schon deshalb der Beitragsbemessung freiwillig in der GKV Versicherter zugrunde zu legen sind.
- 49 Die Zulässigkeit der Berücksichtigung von Investitionsaufwendungen iS von § 82 Abs 3 und Abs 4 SGB XI bei der Beitragsbemessung freiwillig in der GKV Versicherter ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des 3. Senats vom 24.7.2003 (*BSGE 91, 182 = SozR 4-3300 § 82 Nr 1; so aber Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, K § 240 RdNr 97, Stand Einzelkommentierung 12/2011*). Nach dieser Rechtsprechung gehört sog Pflegewohngeld (= landesrechtliche Zuschüsse an Träger von Einrichtungen der vollstationären Pflege für Anspruchsberechtigte, deren Einkommen die Einkommensgrenze des § 79 BSHG unter Zugrundelegung eines um 30 % erhöhten Grundbetrages nach § 81 Abs 1 BSHG nicht übersteigt) als Sozialleistung sui generis zu den Leistungen an den Pflegeberechtigten, ist aber nicht der öffentlichen Förderung des Einrichtungsträgers zuzurechnen (*BSG, aaO, jeweils RdNr 8 f*). Zwar dürften hiernach zugleich Leistungen des Sozialhilfeträgers nach dem BSHG bzw SGB XII an den Pflegeberechtigten zur Deckung der ihm in Rechnung gestellten Investitionskosten als Leistungen an eben den Pflegeberechtigten und nicht an den Einrichtungsträger zu qualifizieren sein. Damit ist aber noch nicht geklärt, ob es sich bei diesen Leistungen an den Pflegeberechtigten um (beitragspflichtige) Leistungen des notwendigen Lebensunterhalts oder um (nicht beitragspflichtige) Leistungen zur Befriedigung des den Heimaufenthalt erfordernden besonderen Pflegebedarfs handelt. Die insoweit vorzunehmende Abgrenzung ergibt sich erst aus § 35 Abs 1 S 2 SGB XII (*bzw nunmehr § 27b Abs 1 S 2 SGB XII*) iVm § 42 SGB XII, wonach die Investitionsaufwendungen gerade nicht zum notwendigen

Lebensunterhalt in Einrichtungen gehören.

- 50 Nach alledem wird durch die Festlegung der Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig krankenversicherte Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen auf den 3,6-fachen Regelsatz für einen Haushaltsvorstand aufgrund einer Berechnung unter Einschluss von Investitionsaufwendungen iS von § 82 Abs 3 und Abs 4 SGB XI, die nicht der Hilfe zum Lebensunterhalt zuzurechnen sind, die Grenze zulässiger Pauschalierung überschritten. Die Beitragsforderung im Bescheid der Beklagten vom "Juli 2009" kann daher nicht rechtmäßig auf § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz gestützt werden.
- 51 b) Ist § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz bereits aus den vorstehenden Gründen keine wirksame Rechtsgrundlage für den hier zu prüfenden Beitragsbescheid, so braucht nicht entschieden zu werden, ob auch nach Einführung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII (bzw § 27b Abs 1 S 2 SGB XII) überhaupt noch eine pauschalierende Regelung zur Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig krankenversicherte Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen zulässig ist.
- 52 Allgemein hat der Senat eine konkretisierende Satzungsregelung für die Berücksichtigung von Einnahmen stets für erforderlich gehalten, wenn die Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen auf erhebliche Schwierigkeiten stößt oder hierfür verschiedene Berechnungsweisen zur Verfügung stehen und sich dem Gesetz keine eindeutigen Bewertungsmaßstäbe entnehmen lassen (BSGE 87, 228, 234 = SozR 3-2500 § 240 Nr 34 S 161 f; BSG SozR 4-2500 § 240 Nr 1 RdNr 16, jeweils mwN). Wie bereits dargelegt, sah der Senat in der Vergangenheit eine solche Situation im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung für in stationären Einrichtungen lebende Sozialhilfeempfänger als gegeben an, weil die Abgrenzung von Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen unter der Geltung des BSHG besonderen Schwierigkeiten unterlag (vgl erneut BSGE 56, 101, 104 = SozR 2200 § 180 Nr 15 S 44; BSGE 71, 237, 241 f = SozR 3-2500 § 240 Nr 12 S 48 f). Diese Schwierigkeiten sind mit dem Übergang vom BSHG zum SGB XII durch die Einführung des § 35 Abs 1 S 2 SGB XII - seit 1.1.2011 § 27b Abs 1 S 2 SGB XII - behoben worden (vgl oben II 3 a; Urteil des Senats vom 21.12.2011 - B 12 KR 22/09 R - BSGE 110, 62 = SozR 4-2500 § 240 Nr 16). Daher erscheint es nunmehr möglich, die Beitragsbemessungsgrundlage auch bei in stationären Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfängern in jedem Einzelfall konkret zu ermitteln. Eine pauschale Regelung wäre somit nicht mehr notwendig.
- 53 Demgegenüber ist einzuräumen, dass das in der Neufassung des § 240 Abs 1 S 1 SGB V auch zum Ausdruck kommende Ziel einer bundesweit einheitlichen Regelung (auch wenn das Wort "einheitlich" zuallererst im Sinne von "kassenartenübergreifend" verstanden werden muss, vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 163 zu Nr 157 <§ 240>) auch weiterhin für eine pauschale Regelung spricht, die die KKn davon entlastet, die nach § 27b Abs 1 S 2 iVm § 42 Nr 4 Halbs 2 SGB XII bei Leistungen in einer stationären Einrichtung als Kosten für Unterkunft und Heizung zugrunde zu legenden Beträge in Höhe der durchschnittlichen angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für die Warmmiete eines Ein-Personen-Haushaltes im Bereich des nach § 98 SGB XII zuständigen Trägers der Sozialhilfe zu ermitteln. Darüber hinaus besteht nach § 29 Abs 2 und Abs 3 SGB XII die Möglichkeit, dass einzelne Länder oder Träger der Sozialhilfe von den bundesweit ermittelten Werten abweichende, auf ihr Land oder eine Region bezogene Regelsätze festsetzen. Um eine bundesweit einheitliche Beitragshöhe sicherzustellen, wäre eine pauschalierende Regelung weiterhin denkbar, zumal hierdurch eine individuelle Einkommensfeststellung entbehrlich würde.
- 54 4. Obwohl der Bescheid der Beklagten vom "Juli 2009" in § 7 Abs 10 BeitrVerfGrSsz keine wirksame Rechtsgrundlage findet, ist die Sprungrevision der Beklagten (nur) im Sinne einer Aufhebung der Entscheidung und Zurückverweisung des Rechtsstreits an das SG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG). Dem SG kann nämlich nicht darin gefolgt werden, dass wegen Fehlens einer wirksamen Regelung zur Beitragsbemessung für SGB XII-Leistungsbezieher in stationären Einrichtungen ohne Weiteres auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Abs 4 S 1 SGB V zurückzugreifen wäre. Insoweit hat der Senat bereits entschieden, dass anders als unter Geltung des BSHG, wo wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Leistungen, die der Befriedigung des allgemeinen Lebensbedarfs dienen, und denjenigen, die nach der Art von Hilfen in besonderen Lebenslagen zweckbezogen für einen notwendigen Aufenthalt in einem stationären Pflegeheim gewährt werden, eine spezielle Satzungsbestimmung der KK erforderlich war, um eine Beitragsbemessung oberhalb der Mindestwerte zu ermöglichen, auch eine Bemessung auf Grundlage einer an § 240 Abs 1 S 2, Abs 2 S 1 SGB V angelehnten Generalklausel sowie der konkret zu ermittelnden Einnahmen erfolgen kann (BSGE 110, 62 = SozR 4-2500 § 240 Nr 16, insbes RdNr 40). Eine solche Generalklausel enthalten die BeitrVerfGrSsz mit dem seit dem 1.1.2009 unveränderten § 3 Abs 1 S 1, gegen dessen Rechtsverbindlichkeit nach Maßgabe der obigen Ausführungen keine durchgreifenden Bedenken bestehen. Zutreffenderweise sind danach für die Beitragsfestsetzung im streitigen Zeitraum Regelsatz, KdU, Mehrbedarfzuschläge und einmalige Bedarfe, der Barbetrag sowie fiktive Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Beitragsbemessung anzusetzen, nicht aber weitergehende Posten des Aufenthalts speziell in einer stationären Pflegeeinrichtung (BSG, aaO).
- 55 Der Senat sieht sich vor diesem Hintergrund nicht in der Lage abschließend zu entscheiden, ob auf Grundlage des § 3 Abs 1 S 1 BeitrVerfGrSsz zu Lasten des Klägers höhere Beiträge hätten festgesetzt werden dürfen, als sie sich nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ergeben. Deshalb lässt sich derzeit nicht klären, ob das SG den Bescheid vom "Juli 2009" in dem von ihm ausgesprochenen Umfang zu Recht aufgehoben hat. Hierfür fehlen Feststellungen des SG dazu, wie sich die vom Kläger bezogenen SGB XII-Leistungen im Einzelnen zusammensetzten, welche weiteren Einnahmen er hatte und in welcher konkreten Höhe. Die Sache ist daher zur Nachholung entsprechender Feststellungen an das SG zurückzuverweisen.
- 56 5. Die Kostenentscheidung - auch in Bezug auf das Revisionsverfahren - bleibt dem SG vorbehalten.