

Sachgebiet:

BVerwGE: nein  
Fachpresse: ja

Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung

Rechtsquelle/n:

GG	Art. 3 Abs. 1
VwGO	§ 125 Abs. 3, § 130a, § 144 Abs. 7 Satz 1
EMRK	Art. 6 Abs. 1
BetrAVG	§ 7 Abs. 1 und 2, § 10 Abs. 1, 2 und 3 Halbs. 1 und 2 Nr. 1, § 11 Abs. 2, § 17 Abs. 2
SGB V	§ 144 Abs. 4, § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und 5 und Satz 2, § 171a Abs. 1 Satz 1 und 3, § 171d Abs. 1 Satz 1, 2 und 3, Abs. 3 Satz 1
EStG	§ 6a Abs. 3

Titelzeile:

Betriebsrentenrechtliche Meldepflicht und Bemessung des Insolvenzsicherungsbeitrags bei seit 2010 durch Fusion entstandenen Allgemeinen Ortskrankenkassen

Leitsätze:

1. Eine seit dem 1. Januar 2010 durch kassenartübergreifende Vereinigung entstandene, nach § 10 Abs. 1 BetrAVG insolvenzsicherungsbeitragspflichtige Allgemeine Ortskrankenkasse hat gemäß § 11 Abs. 2 i.V.m. § 10 Abs. 3 BetrAVG in die Meldung der Beitragsbemessungsgrundlage auch Versorgungsansprüche und unverfallbare Versorgungsanwartschaften einzubeziehen, die vor dem Jahr 2010 aus Zusagen einer seinerzeit insolvenzfähigen Rechtsvorgängerin entstanden sind. Für solche Versorgungszusagen gilt die Haftungsteilung gemäß § 171d Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V weder unmittelbar noch entsprechend.

2. Die Unanwendbarkeit des § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V auf solche Zusagen und die vollständige Einbeziehung der aus diesen entstandenen Versorgungsverpflichtungen in die Beitragsbemessung gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG sind mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar.

Urteil des 8. Senats vom 6. November 2019 - BVerwG 8 C 5.18

- I. VG Hannover vom 26. Februar 2015  
Az: VG 11 A 5945/12
- II. OVG Lüneburg vom 30. Mai 2018  
Az: OVG 4 LC 117/15







Bundesverwaltungsgericht

**IM NAMEN DES VOLKES**

**URTEIL**

BVerwG 8 C 5.18  
OVG 4 LC 117/15

Verkündet  
am 6. November 2019

...  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache

hat der 8. Senat des Bundesverwaltungsgerichts  
auf die mündliche Verhandlung vom 6. November 2019  
durch die Vorsitzende Richterin am Bundesverwaltungsgericht Dr. Held-Daab,  
die Richterin am Bundesverwaltungsgericht Hooock,  
den Richter am Bundesverwaltungsgericht Dr. Keller,  
die Richterin am Bundesverwaltungsgericht Dr. Rublack und  
den Richter am Bundesverwaltungsgericht Dr. Seegmüller

für Recht erkannt:

Die Revision wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

#### G r ü n d e :

##### I

- 1 Die Beteiligten streiten über den Umfang der Meldepflicht der Klägerin gemäß § 11 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz - BetrAVG).
- 2 Die Klägerin führt für ihre Beschäftigten eine betriebliche Altersversorgung im Wege unmittelbarer Versorgungszusagen (Direktzusagen) durch. Sie ist zum 1. April 2010 aus einer Vereinigung der IKK Niedersachsen und der damaligen AOK Niedersachsen entstanden. Erstere war seit ihrer Entstehung am 1. Januar 2004 insolvenzfähig, Letztere seit dem 1. Januar 2010.

- 3 Bei der Mitteilung der Beitragsbemessungsgrundlage für 2011 berücksichtigte die Klägerin Versorgungszusagen der früheren IKK Niedersachsen nur im Umfang der daraus nach dem 31. Dezember 2009 entstandenen Ansprüche und Anwartschaften. Daraufhin setzte der Beklagte den Beitrag für 2011 aufgrund der mitgeteilten Daten vorläufig fest und verpflichtete die Klägerin mit Bescheid vom 2. Juli 2012, ihm die Beitragsbemessungsgrundlagen für 2011 aufgrund eines versicherungsmathematischen Gutachtens vollständig mitzuteilen und als Richtigkeitsnachweis ein aus dem Gutachten abgeleitetes mathematisches Kurztestat beizufügen. Wegen der Vereinigung der Krankenkassen müsse die Klägerin eine Gesamtmeldung abgeben, die Ansprüche und unverfallbare Anwartschaften aus Versorgungszusagen der früheren IKK Niedersachsen in vollem Umfang einbeziehe. Solche Meldungen seien jährlich bis zum 30. September vorzunehmen, solange die Klägerin die betriebliche Altersversorgung fortführe.
- 4 Nach erfolglosem Widerspruch hat die Klägerin Klage erhoben und geltend gemacht, durch freiwillige kassenartübergreifende Fusionen entstandene Krankenkassen müssten nach der Gesetzeskonzeption in jeder Hinsicht - auch rückwirkend - entsprechend der gewählten Kassenart behandelt werden. Gemäß § 171d Abs. 3 SGB V sei sie daher für vor dem Jahr 2010 entstandene Versorgungsverpflichtungen nicht insolvenzversicherungs- und -beitragspflichtig.
- 5 Das Verwaltungsgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberverwaltungsgericht hat die Berufung der Klägerin nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 130a Satz 1 VwGO mit Beschluss vom 30. Mai 2018 zurückgewiesen. Der Beklagte dürfe die Meldepflicht eines beitragspflichtigen Arbeitgebers gemäß § 11 Abs. 2 BetrAVG durch Verwaltungsakt konkretisieren. Die Klägerin unterliege seit ihrer Entstehung zum 1. April 2010 gemäß § 10 Abs. 1 BetrAVG der Insolvenzsicherungs- und Beitragspflicht. Der angefochtene Bescheid sei hinreichend bestimmt. Er beschränke sich auf eine klare Regelung des Umfangs, in dem Versorgungsverpflichtungen der früheren IKK Niedersachsen in die Beitragsbemessung einzubeziehen seien. Die seinerzeit in anderen Verfahren zwischen den Beteiligten streitige Methode der Teilwertberechnung in Fällen der Haftungsteilung gemäß § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V werde nicht geregelt. Der insoweit erhobene Vorwurf der Unbestimmtheit sei gegenstandslos.

- 6 Der Beklagte habe die Meldepflicht zutreffend konkretisiert. Diese knüpfe an den Umfang der von ihm zu sichernden Versorgungsverpflichtungen an. Dazu gehörten die Pflichten zur Erfüllung der vor dem 1. Januar 2010 aus Zusagen der früheren IKK Niedersachsen entstandenen Versorgungsansprüche und -anwartschaften. Sie seien gemäß § 171a Abs. 1 i.V.m. § 144 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit der Vereinigung der Rechtsvorgängerinnen der Klägerin zum 1. April 2010 auf diese übergegangen. Die seit ihrer Entstehung insolvenzfähige Klägerin sei auch in Bezug auf diese Versorgungsverpflichtungen beitragspflichtig. § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V stehe dem nicht entgegen, weil die Klägerin erst am 1. April 2010 entstanden sei. Die Haftungsteilung gelte auch nicht für die auf sie übergegangenen Versorgungsverpflichtungen der früheren, bereits seit 2004 insolvenzfähigen IKK Niedersachsen. Der gesetzliche Insolvenzschutz dieser Versorgungsverpflichtungen sei mit der Vereinigung nicht entfallen. Er bestehe auch bezüglich der vor dem Jahr 2010 entstandenen Ansprüche und Anwartschaften fort. Aus der Gesetzssystematik, den Gesetzesmaterialien und dem Regelungszweck ergebe sich nicht, dass die Kassenartwahl zur einheitlichen und rückwirkenden Anwendbarkeit - nur - der für die gewählte Kassenart geltenden Vorschriften führe. Insbesondere könne die Haftungsteilung des § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V nicht auf sämtliche übergegangenen Versorgungsverpflichtungen erstreckt und die Haftung des Beklagten rückwirkend anteilig auf den Spitzenverband (GKV) verlagert werden.
- 7 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine fehlerhafte Anwendung des § 130a VwGO und macht geltend, der angegriffene Beschluss verstoße gegen § 117 und § 125 Abs. 1 Satz 1 VwGO. Außerdem verletze er ihr Recht auf rechtliches Gehör. In der Sache trägt die Klägerin ergänzend vor, die Sanktionen bei Missachtung der Meldepflicht erhöhten die Bestimmtheitsanforderungen an deren Konkretisierung. § 171d Abs. 3 SGB V gehe als Spezialregelung § 144 Abs. 4 SGB V vor. Die Gesamtrechtsnachfolge beziehe die Beitrags- und Meldepflicht nicht ein. Für eine Erstreckung der Haftungsteilung auf sämtliche Versorgungsverpflichtungen sprächen neben den bisher angeführten Argumenten und Vergleichen auch das Schicksal der Zusatzbeiträge fusionierender Kassen und die Beschränkung der Beitragserhebung des Beklagten auf den Sicherheitsbedarf des jeweiligen Jahres sowie die Absicht des Gesetzgebers, Fusionen zwecks wirtschaftlicher Stärkung der Krankenkassen zu fördern. Bei Unanwendbarkeit des § 171d

Abs. 3 SGB V liefe die Regelung bei Fusionen ab Jahresbeginn 2010 leer. Die Haftungsverschiebung vom Beklagten zum GKV sei vom Gesetzgeber gewollt. Sonst werde die Klägerin doppelt, nämlich in zwei Haftungssystemen, belastet. Auf Differenzierungen in der Regelung der Haftungskaskade des GKV komme es nicht an, weil dieser nicht beitragsfinanziert sei.

8 Die Klägerin beantragt,

den Beschluss des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 30. Mai 2018 und das Urteil des Verwaltungsgerichts Hannover vom 26. Februar 2015 zu ändern und den Bescheid des Beklagten vom 2. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. September 2012 aufzuheben.

9 Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

10 Er verteidigt den angegriffenen Beschluss.

11 Der Vertreter des Bundesinteresses schließt sich dem an und führt weiter aus, § 171d Abs. 3 SGB V sei auch nicht entsprechend anzuwenden. Eine Doppelbelastung der Klägerin in Haftungs- oder Sicherungsfällen sei wegen der Subsidiarität der Haftung des GKV ausgeschlossen.

## II

12 Die Revision ist unbegründet. Der angegriffene Beschluss verletzt kein revisibles Recht (§ 137 Abs. 1 VwGO).

13 1. Die von der Klägerin erhobenen Verfahrensrügen greifen nicht durch.

14 a) Das Oberverwaltungsgericht durfte nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 130a Satz 2 i.V.m. § 125 Abs. 3 VwGO durch Beschluss entscheiden, weil es die Berufung einstimmig für unbegründet hielt und die Einschätzung, eine mündliche Verhandlung sei nicht erforderlich, die rechtlichen Grenzen seines Ermessens wahrte. Sie wären nur überschritten, wenn die Einschätzung auf sachwidrigen Gründen oder auf einer groben Fehleinschätzung beruhte (BVerwG, Be-

schlüsse vom 17. August 2004 - 6 B 49.04 - juris Rn. 8 und vom 7. September 2011 - 9 B 61.11 - Buchholz 310 § 96 VwGO Nr. 61 Rn. 4). Das ist nicht der Fall.

- 15 Grob fehlerhaft war die Einschätzung nicht schon, weil sich aus der Revisionszulassung die Annahme grundsätzlicher Bedeutung und damit einer besonderen Schwierigkeit der Sache ergäbe. Der Zulassungsgrund geht aus der Zulassungsentscheidung nicht hervor. Selbst wenn wegen der Absichtserklärung im Anhörungsschreiben vom 19. Februar 2018 von der Annahme einer grundsätzlichen Bedeutung auszugehen wäre, hätte dies nur Indizwirkung, ohne eine Entscheidung nach § 130a VwGO in jedem Fall auszuschließen (vgl. BVerwG, Urteil vom 30. Juni 2004 - 6 C 28.03 - BVerwGE 121, 211 <213 f., 218>). Das Obergerverwaltungsgericht musste eine mündliche Verhandlung auch nicht für erforderlich halten, um das Recht der Beteiligten auf rechtliches Gehör zu gewährleisten und die Sache angemessen zu erörtern. Der Sachverhalt war unstreitig und warf keine besonders schwierigen Rechtsfragen auf. Die Beteiligten hatten alle Probleme schriftsätzlich umfassend und in Kenntnis der im Anhörungsschreiben mitgeteilten vorläufigen Rechtsauffassung des Berufungsgerichts erörtert. Das Anhörungsvorbringen der Klägerin zum anderweitigen Beklagtenvortrag und zur Unbestimmtheit des Meldebescheides wurde ebenfalls schriftsätzlich erschöpfend erörtert. Art. 6 Abs. 1 EMRK gebot keine mündliche Verhandlung, da bereits in erster Instanz mündlich verhandelt worden war und das Berufungsverfahren nur Rechtsfragen betraf, über die nach Aktenlage entschieden werden konnte (zu diesen Kriterien vgl. BVerwG, Beschluss vom 12. März 1999 - 4 B 112.98 - Buchholz 310 § 130a VwGO Nr. 35).
- 16 b) Die gerügte Verletzung des Rechts auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG, § 108 Abs. 2 VwGO) ist weder mit dem Vortrag zu § 130a VwGO noch mit dem Hinweis dargetan, das Obergerverwaltungsgericht habe nicht jeden von der Klägerin gezogenen Vergleich ausdrücklich gewürdigt. Die auslegungsmethodische Kritik des Berufungsgerichts richtete sich gegen sämtliche Versuche der Klägerin, eine systematische Auslegung oder Analogie in ihrem Sinne zu begründen. Der Vortrag, die Vorinstanz habe den nach Aktenlage am 4. Juni 2018 eingegangenen Schriftsatz des Beklagten möglicherweise schon zuvor per Telefax zur Kenntnis erhalten und ohne Übermittlung an die Klägerin bei der Entscheidung

berücksichtigt, ist als spekulative Unterstellung ohne jeden Anhaltspunkt nicht geeignet, Verfahrensrügen zu substantiieren (§ 139 Abs. 3 Satz 4 VwGO).

- 17 c) Auch der Vorwurf, der Beschluss sei nicht mit Gründen versehen (§ 122 Abs. 2 Satz 1 und § 138 Nr. 6 VwGO), entbehrt jeder Substanz. Von Ausführungen zu den übrigen, gleichfalls unsubstantiierten Verfahrensrügen wird nach § 144 Abs. 7 Satz 1 VwGO abgesehen.
- 18 2. Das Berufungsgericht hat den angefochtenen Meldebescheid revisionsrechtlich fehlerfrei für rechtmäßig gehalten.
- 19 a) Zu Recht hat es angenommen, dass der Beklagte die Meldepflicht der Klägerin gemäß § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz - BetrAVG) in der hier einschlägigen Fassung des Gesetzes vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2742) durch Verwaltungsakt konkretisieren durfte. § 11 Abs. 2 BetrAVG ermächtigt den Träger der gesetzlichen Insolvenzversicherung, beitragspflichtigen Arbeitgebern die Erfüllung ihrer Meldepflicht durch Verwaltungsakt aufzugeben und diese Pflicht einzelfallbezogen zu präzisieren (BVerwG, Urteil vom 22. November 1994 - 1 C 22.92 - BVerwGE 97, 117 <120 ff.>). Die Beitragspflicht der Klägerin ergibt sich gemäß § 10 Abs. 1 BetrAVG daraus, dass sie für ihre Beschäftigten eine betriebliche Altersversorgung im Wege von Direktzusagen durchführt.
- 20 b) Der angefochtene Bescheid wahrt die Bestimmtheitsanforderungen des § 37 Abs. 1 VwVfG. Er verpflichtet die Klägerin unmissverständlich zur Abgabe einer Gesamtmeldung für das Beitragsjahr 2011, die neben den seit dem Jahr 2010 entstandenen Versorgungsverpflichtungen auch die vor dem 1. Januar 2010 entstandenen Ansprüche und unverfallbaren Anwartschaften aus Versorgungszusagen der früheren IKK berücksichtigt.
- 21 Die von der Klägerin beanstandete Unklarheit betrifft die davon zu unterscheidende Frage nach der richtigen Methode zur Berechnung des Teilwertes aller in die Meldung einzubeziehenden Versorgungsverpflichtungen, sofern der Beklagte und der GKV im Insolvenzfall gemäß § 171d Abs. 1 und 3 SGB V anteilig haften (Haftungsteilung). Das Berufungsgericht hat zutreffend erkannt, dass der

Bescheid diese Frage nach seinem objektiven Erklärungswert entsprechend §§ 133, 157 BGB nicht regelt und insoweit nicht gegen § 37 Abs. 1 VwVfG verstoßen kann. Tenor und Begründung des Bescheides beschäftigen sich ausschließlich mit der Frage, inwieweit die von der früheren IKK begründeten Versorgungsverpflichtungen nach § 10 Abs. 3 Halbs. 1 BetrAVG in die Beitragsbemessung einzubeziehen sind. Zum nächsten Schritt der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage, nämlich der in Halbsatz 2 Nr. 1 der Vorschrift geregelten Teilwertberechnung, verhält er sich nicht. Der Widerspruchsbescheid trifft keine weitergehende Regelung.

- 22 Der Einwand, der Meldebescheid sei ohne zusätzliche Anordnungen zur Berechnungsmethode nicht umsetzbar, geht fehl. Die Methode der Teilwertberechnung ist bereits in § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 BetrAVG i.V.m. § 6a Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) verbindlich geregelt (vgl. BVerwG, Urteil vom 8. Februar 2017 - 8 C 2.16 - BVerwGE 157, 292). Etwaige Bedenken kann der Beitragspflichtige im Meldeverfahren geltend machen; sie berechtigen ihn nicht, die Beitragsbemessungsgrundlage stillschweigend in anderer, seines Erachtens geeigneterer Weise zu ermitteln.
- 23 c) Zutreffend geht der angegriffene Beschluss davon aus, dass die durch Direktzusagen der früheren IKK Niedersachsen begründeten, auf die Klägerin übergegangenen Versorgungsverpflichtungen einschließlich der dazu gehörenden, vor dem 1. Januar 2010 entstandenen Versorgungsansprüche und -anwartschaften gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG in die Beitragsbemessungsgrundlage für 2011 einzubeziehen sind.
- 24 § 10 Abs. 3 BetrAVG regelt den Maßstab für die Umlage des Beitragsbedarfs des Beklagten (§ 10 Abs. 2 BetrAVG) auf die beitragspflichtigen Arbeitgeber. § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 bis 4 BetrAVG knüpft die Berechnung für jeden Durchführungsweg an Merkmale an, die einen Bezug zum jeweiligen Sicherungsvolumen aufweisen (BVerwG, Urteil vom 8. Februar 2017 - 8 C 2.16 - BVerwGE 157, 292 Rn. 33). Bei Direktzusagen ist gemäß § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 BetrAVG der nach § 6a Abs. 3 EStG zu berechnende Teilwert der Pensionsverpflichtung maßgeblich, die sich zum Stichtag des Halbsatzes 1 der Vorschrift aus den laufenden

Versorgungsleistungen und den nach § 1b BetrAVG unverfallbaren Versorgungsanwartschaften ergibt.

- 25 Die Höhe der Pensionsverpflichtung gemäß § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 BetrAVG entspricht grundsätzlich der zum Stichtag erreichten Gesamthöhe der Versorgungsansprüche und unverfallbaren Versorgungsanwartschaften. In den Fällen der Haftungsteilung gemäß § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V beschränkt sich die für die Beitragsbemessung relevante Pensionsverpflichtung auf den vom Beklagten - und nicht vom GKV - zu sichernden Teil der Versorgungsverpflichtungen. Das ergibt sich aus dem systematischen Zusammenhang, der Entstehungsgeschichte und dem Sinn und Zweck des § 10 Abs. 3 BetrAVG. Danach sind die zum Stichtag bestehenden Versorgungsverpflichtungen nur insoweit in die Beitragsbemessung einzubeziehen, als sie dem gesetzlichen Insolvenzschutz unterfallen (vgl. dazu näher BVerwG, Urteil vom 8. Februar 2017 - 8 C 2.16 - BVerwGE 157, 292 Rn. 25 ff.). Bei den zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig gewordenen Krankenkassen sind die Insolvenzversicherungsbeiträge gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG daher nur nach den seit dem 1. Januar 2010 erdienten Ansprüchen und Anwartschaften zu bemessen. Auf diese Versorgungsverpflichtungen begrenzt § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V die Einstandspflicht des Beklagten; für vorher entstandene Ansprüche und Anwartschaften haftet nach § 171d Abs. 1 Satz 1 SGB V der GKV (vgl. BT-Drs. 16/9559 S. 16, 22; BVerwG, Urteil vom 8. Februar 2017 - 8 C 2.16 - BVerwGE 157, 292 Rn. 30 f.).
- 26 Hinsichtlich der auf die Klägerin übergegangenen Versorgungsverpflichtungen der früheren IKK Niedersachsen greift keine Haftungsteilung gemäß § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V ein. Insoweit bleibt es beim uneingeschränkten gesetzlichen Insolvenzschutz gemäß § 7 Abs. 1 und 2 BetrAVG und bei der vollständigen Einbeziehung in die Beitragsbemessungsgrundlage gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG, einschließlich der Ansprüche und unverfallbar gewordenen Anwartschaften, die bereits vor dem Jahr 2010 entstanden sind.
- 27 aa) Eine unmittelbare Anwendung des § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V scheidet aus. Wie das Oberverwaltungsgericht zutreffend ausführt, erfüllt die Klägerin nicht den Tatbestand der Norm. Sie zählt nicht zu den zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig gewordenen Krankenkassen, weil sie seinerzeit noch nicht bestand. Auch

bezüglich der auf sie übergegangenen Versorgungsverpflichtungen der früheren IKK Niedersachsen ordnet § 171d Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V keine Haftungsteilung an, derentwegen die Einstandspflicht des Beklagten und die beitragsrelevante Höhe der Pensionsverpflichtung auf die seit dem Jahr 2010 entstandenen Versorgungsverpflichtungen begrenzt wäre. Die frühere IKK Niedersachsen fiel nicht in den Anwendungsbereich des § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V, weil sie bereits seit ihrer Entstehung im Jahr 2004 insolvenzfähig war. Für ihre Versorgungsverpflichtungen hat der Beklagte nach § 7 Abs. 1 und 2 BetrAVG in vollem Umfang einzustehen. Diese Verpflichtungen sind auch, soweit sie vor dem Jahr 2010 entstanden sind, Teil der Pensionsverpflichtung gemäß § 10 Abs. 3 Halbs. 2 Nr. 1 BetrAVG.

- 28 Die Vereinigung der früheren IKK Niedersachsen mit der früheren AOK Niedersachsen änderte daran nichts. Die Schließung der fusionierenden Kassen ließ deren Insolvenzsicherungs- und -beitragspflicht entfallen, nicht jedoch den gesetzlichen Insolvenzschutz der von ihnen begründeten Versorgungsverpflichtungen. Im Wege der Gesamtrechtsnachfolge trat die Klägerin gemäß § 171a Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 144 Abs. 4 SGB V in diese Versorgungsverpflichtungen ein. Die Gesamtrechtsnachfolge nach § 144 Abs. 4 SGB V lässt Bestand, Umfang und Modalitäten der übergehenden Pflichten unverändert; ausgewechselt wird lediglich die Person des Schuldners (BVerwG, Beschluss vom 25. Juni 2003 - 6 P 1.03 - Buchholz 250 § 73 BPersVG Nr. 4 S. 2 f.; BSG, Urteil vom 2. Dezember 2004 - B 12 KR 23/04 R - NJW 2005, 923 <924 f.>). Die gesetzliche Verpflichtung des Beklagten, im Insolvenzfall für die Erfüllung der Versorgungsverpflichtungen einzustehen, blieb nach § 7 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 BetrAVG ebenfalls unverändert. Diese Sicherungspflicht knüpft nicht an die Person des Arbeitgebers an, sondern an das Bestehen von Ansprüchen und unverfallbaren Anwartschaften aufgrund einer Direktzusage und an das Eintreten des Sicherungsfalles.
- 29 Der Einwand der Klägerin, die vereinigungsbedingte Schließung ihrer Vorgängerinnen bilde eine Zäsur, die einer Befreiung von der Beitragspflicht gemäß § 17 Abs. 2 BetrAVG gleichkomme, trifft nicht zu. Die Klägerin ist gemäß § 10 Abs. 1 BetrAVG beitragspflichtig, weil sie selbst den Beitragstatbestand erfüllt. Die Gesamtrechtsnachfolge gemäß § 144 Abs. 4 SGB V ist dafür nur von

Belang, soweit sie einen Übergang sicherungspflichtiger Versorgungszusagen bewirkt hat mit der Folge, dass deren Fortführung eine Insolvenzsicherungs- und -beitragspflicht in der Person der Klägerin begründet. Die Bemessung des Beitrags der Klägerin hängt gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG vom Umfang des Insolvenzschutzes der von ihr fortgeführten Zusagen ab, nicht vom Fortbestehen der Beitragspflicht ihrer Rechtsvorgängerinnen. Ihr Argument, die Beitragserhebung sei durch den Sicherungsbedarf begrenzt, geht ins Leere. Es betrifft den Beitragsbedarf und damit das Umlagevolumen (§ 10 Abs. 2 BetrAVG), nicht den hier streitigen Maßstab der Beitragsverteilung gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG.

- 30 Die Wahl der Kassenart, der die aus der Vereinigung hervorgehende neue Krankenkasse angehören soll, ist für den gesetzlichen Insolvenzschutz der auf sie übergehenden Versorgungsverpflichtungen und damit auch für die Beitragsbemessung ohne Belang. Nach § 171a Abs. 1 Satz 3 SGB V entscheidet die Kassenartwahl unter anderem darüber, welche von der Kassenart abhängigen Regelungen für die neue Kasse gelten. Zu diesen Vorschriften gehören §§ 171a ff. SGB V - einschließlich § 171d SGB V - nicht. Sie werden im Gesetz (SGB V, Achter Titel) ausdrücklich als "kassenartübergreifende Regelungen" bezeichnet. Dass die zum 1. Januar 2010 bestehenden Allgemeinen Ortskrankenkassen (erst) mit diesem Tag insolvenzfähig wurden, beruht ebenfalls nicht auf kassenartspezifischen Regelungen. Es ergibt sich aus § 171b Abs. 1 SGB V, der eine Anwendung des - wiederum nicht kassenartspezifischen - § 12 Abs. 1 Nr. 2 InsO ausschließt.
- 31 Die Auffassung der Klägerin, aus dem Recht der Kassenartwahl und der Gesetzeskonzeption ergebe sich eine rückwirkende einheitliche Anwendbarkeit des § 171d Abs. 3 SGB V auf alle von ihr übernommenen Versorgungsverpflichtungen ihrer Rechtsvorgängerinnen, findet im Gesetz keine Grundlage. § 171d Abs. 3 SGB V trifft keine gegenüber § 144 Abs. 4 SGB V vorrangige Spezialregelung. Er schränkt nicht die Rechtsnachfolge in Pflichten fusionierender Krankenkassen ein, sondern begrenzt die gesetzliche Pflicht des Beklagten, für Versorgungsverpflichtungen einzustehen, die erst zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig gewordene Krankenkassen begründet haben. Gegen die von der Klägerin befürwortete einheitliche und rückwirkende Anwendung des § 171d Abs. 3 SGB V sprechen auch die Gesetzesmaterialien und der dort erläuterte Zweck der Kassenfusion und des Kassenartwahlrechts. Der Gesetzgeber wollte Fusionen

zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen fördern, ohne diese aus der Haftungssolidarität des Verbandes der bisherigen Kassenart zu entlassen. Das Recht zur Kassenartwahl soll ausdrücklich keine Handhabe bieten, sich Verpflichtungen aus der bisherigen Verbandsmitgliedschaft wie etwa Haftungsverpflichtungen zu entziehen (BT-Drs. 16/3100 S. 156). Zur Refinanzierung der vom GKV im Insolvenzfall zu erbringenden Leistungen begründet § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V eine an die (ehemalige) Kassenart der Fusionspartnerinnen anknüpfende, deren Anteil an der Fusion entsprechende anteilige Haftung der neuen Krankenkasse. Die von der Klägerin für erheblich gehaltene Art und Weise der sonstigen Finanzierung des GKV ist dafür ohne Belang.

- 32 Entgegen der Auffassung der Klägerin führt die wortlautgetreue Anwendung des § 171d Abs. 3 SGB V nicht dazu, dass die Regelung bei Fusionen seit dem 1. Januar 2010 leerliefe. Vielmehr gewährleistet sie bei solchen wie bei früheren Fusionen, dass sich die Einstandspflicht des Beklagten und die Bemessung des Insolvenzschutzbeitrags nicht auf Versorgungsverpflichtungen erstrecken, die aus Zusagen einer bereits vor dem Jahr 2010 bestehenden, aber erst zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig gewordenen Fusionspartnerin vor dem Jahr 2010 entstanden sind.
- 33 bb) Die von der Klägerin der Sache nach erstrebte analoge Anwendung des § 171d Abs. 3 SGB V kommt mangels planwidriger Regelungslücke nicht in Betracht.
- 34 § 144 Abs. 4 und § 171d Abs. 1 und 3 SGB V stellen sicher, dass kassenartübergreifende Vereinigungen nicht zum Rechtsverlust Dritter und nicht zu Haftungsverschiebungen im Insolvenzschutz führen. Weitere aufeinander abgestimmte Vorschriften weisen Insolvenz- und Haftungsrisiken diesem Zweck entsprechend zu. So begründet § 171a Abs. 1 Satz 1 SGB V eine fünfjährige Haftung der neuen Kasse für Zahlungspflichten, die die frühere Krankenkasse bei Ausbleiben der Vereinigung gegenüber Verbänden hätte erfüllen müssen. § 171a Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 155 Abs. 5 Nr. 3 und 5 und § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V normieren eine Haftung der neuen Krankenkasse unter anderem für Ansprüche der Leistungserbringer und für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Regress-

forderungen zur Refinanzierung insolvenzbedingter Leistungen des GKV gemäß § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V. Diese Haftung bleibt auch bei (weiterer) kassenartübergreifender Vereinigung unberührt (§ 171a Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 155 Abs. 5 Satz 2 SGB V). In der Haftungskaskade zur Refinanzierung insolvenzbedingter Leistungen des GKV werden nach § 171d Abs. 1 Satz 3 SGB V vorrangig nicht nur diejenigen Krankenkassen in Regress genommen, die derselben Kassenart angehören wie die in Insolvenz geratene Krankenkasse. Gleichrangig haften anteilig auch die aus einer kassenartübergreifenden Vereinigung hervorgegangenen Krankenkassen, soweit eine der in ihnen vereinigten Kassen der betreffenden Kassenart angehörte. Diese Regressvorschriften vervollständigen das System der Insolvenzsicherung der Versorgungsverpflichtungen der Krankenkassen gegenüber ihren Beschäftigten und verhindern, dass Fusionen und Kassenartwahl dazu missbraucht werden, sich einmal begründeten Haftungsrisiken zu entziehen.

- 35 cc) Die Unanwendbarkeit des § 171d Abs. 3 Satz 1 SGB V steht ebenso wie ihre Konsequenz für die Beitragsbemessung gemäß § 10 Abs. 3 BetrAVG mit Art. 3 Abs. 1 GG in Einklang.
- 36 Eine Benachteiligung durch Einbeziehung in zwei Haftungssysteme scheidet aus, weil der GKV im Verhältnis zum Beklagten nur subsidiär haftet (§ 171d Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- 37 Auch im Übrigen liegt kein Gleichheitsverstoß vor. Die gegenteilige Auffassung der Klägerin beruht auf einer fehlerhaften Vergleichsgruppenbildung. Sie übersieht, dass § 171d Abs. 3 SGB V nicht nach der Art oder dem Entstehungszeitpunkt von Kassen differenziert, sondern danach unterscheidet, ob Versorgungsverpflichtungen vor oder seit dem Jahr 2010 begründet wurden, und im ersten Fall, ob es sich um Verpflichtungen zum Jahresende 2009 insolvenzfähiger oder nicht insolvenzfähiger Krankenkassen handelte. Wird dies berücksichtigt, zeigt sich, dass keine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Krankenkassen oder Beitragspflichtigen vorliegt und dass die haftungs- und beitragsrechtliche Ungleichbehandlung vor dem Jahr 2010 begründeter Versorgungsverpflichtungen seinerzeit nicht insolvenzfähiger Krankenkassen sachlich gerechtfertigt ist.

- 38 Ebenso wie alle übrigen Insolvenzversicherungsbeitragspflichtigen wird die Klägerin nach Maßgabe sämtlicher vom Beklagten zu sichernden Versorgungsverpflichtungen, aber nicht darüber hinaus mit Beiträgen belastet. Ebenso wie alle übrigen Krankenkassen profitiert sie beitragsrechtlich von der Haftungsteilung gemäß § 171d Abs. 3 SGB V, soweit sie vor dem Jahr 2010 entstandene Versorgungsverpflichtungen erfüllen muss, die eine seinerzeit noch nicht insolvenzfähige Krankenkasse begründet hatte. Dass die Haftungsteilung sich nicht darüber hinaus auch auf vor dem Jahr 2010 entstandene Versorgungsverpflichtungen seinerzeit insolvenzfähiger Krankenkassen wie der früheren IKK Niedersachsen erstreckt, wird durch sachliche Gründe gerechtfertigt. § 171d Abs. 3 SGB V ist eine Übergangsregelung für Versorgungsverpflichtungen derjenigen Krankenkassen, die (erst) aufgrund der Rechtsänderung zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig geworden sind. Bei ihren Versorgungsverpflichtungen wird die Insolvenzversicherung nach dem Betriebsrentengesetz auf den Zuwachs der Versorgungsansprüche und -anwartschaften ab dem Jahr 2010 beschränkt, um den Beklagten und die ihn tragenden Arbeitgeber im Insolvenzfall nicht für den erdienten Besitzstand aus Versorgungszusagen haften zu lassen, für die in der Vergangenheit keine Insolvenzversicherungsbeiträge gezahlt worden waren (BT-Drs. 16/9559 S. 22). Die Begrenzung des Anwendungsbereichs des § 171d Abs. 3 SGB V und ihre Konsequenzen für die Beitragsbemessung dienen damit auch der Beitragsgerechtigkeit.
- 39 Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 2 VwGO.

Dr. Held-Daab

Hoock

Dr. Keller

Dr. Rublack

Dr. Seegmüller

## B e s c h l u s s

Der Wert des Streitgegenstandes wird für das Revisionsverfahren auf 5 000 € festgesetzt.

Dr. Held-Daab

Hoock

Dr. Keller

Dr. Rublack

Dr. Seegmüller