

S 16 KR 84/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Stuttgart (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 16 KR 84/07
Datum
26.11.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Finanzierung von Hilfen an notleidende Krankenkassen nach [§ 265a SGB V](#) in der bis zum 26.10.2006 geltenden Fassung.

1. Der Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 (Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe) wird aufgehoben. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Von den Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin 10 % und der Beklagte 90 %.

3. Der Streitwert wird auf 497.412,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich mit ihrer Klage gegen verschiedene Umlagebescheide des Beklagten im Rahmen der Gewährung finanzieller Hilfen an notleidende Betriebskrankenkassen.

Die Klägerin ist als Betriebskrankenkasse (BKK), die jedenfalls im Zeitraum ab 2004 i.S. des [§ 173 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) geöffnet war, Mitglied des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg. Die Satzung des Beklagten in der vom Verwaltungsrat am 08. Dezember 2004 beschlossenen (vgl. Anlagen Beklagter Nr. 10), durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung genehmigten (vgl. Bl. 258, 300 ff. der Akten) und in der Zeitschrift "Die BKK", Ausgabe Januar 2005 bekannt gemachten Fassung (vgl. Anlagen Beklagter Nr. 10 und Bl. 259 ff. der Akten) enthält in § 17 eine Vorschrift über "finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen der Betriebskrankenkassen ([§ 265a SGB V](#))". Diese lautete wie folgt:

"1. Der Bundesverband kann auf schriftlichen Antrag des Vorstandes einer Betriebskrankenkasse finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen leisten. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. 2. Über den Antrag auf finanzielle Hilfen entscheidet der Vorstand. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Betriebskrankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil. Für die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes nimmt der Bundesverband die Funktion des Landesverbandes wahr. 3. Näheres über Voraussetzungen, Dauer, Umfang, Aufbringung der Mittel sowie über die Durchführung des Verfahrens regeln die Ausgleichsordnungen zur Umsetzung der finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen, die Bestandteil der Satzung sind (Anlage 2 und 3). 4. Für die Berechnung und Durchführung der finanziellen Hilfe findet [§ 313 Abs. 10](#) lit. a SGB V in der jeweils geltenden Fassung Anwendung."

Der Beklagte erließ als Anlage 3 zur Satzung eine Ausgleichsordnung 2004 (Bl. 118 ff. der Akten S 4 KR 2698/05). In § 1 werden die Voraussetzungen der finanziellen Hilfen geregelt, in § 2 Art und Umfang der finanziellen Hilfen. § 3 (Finanzierung) der Ausgleichsordnung 2004 (AO 2004) lautete wie folgt:

"1. BKK haben nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit differenzierte Umlagen zur Finanzierung der nach § 2 bewilligten finanziellen Hilfen zu zahlen. Die Umlageverpflichtung für die einzelne BKK ist das Produkt aus ihren beitragspflichtigen Einnahmen nach [§ 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) und einem kassenindividuell ermittelten Hebesatz. Der Hebesatz berechnet sich für die einzelne BKK nach Maßgabe folgender Belastungsstufen:

(1) BKK mit allgemeinem Beitragssatz nach [§ 241 SGB V](#) unterhalb der um 0,3 erhöhten Summe der Ausgleichsbedarfssätze gemäß [§ 266 Abs. 3](#) und [§ 269 Abs. 1 SGB V](#) (ABS) werden mit der Differenz zwischen ihrem allgemeinen Beitragssatz und dem um 0,3 erhöhten ABS

belastet (Hebesatz). Übersteigt die Summe der so ermittelten Umlageverpflichtungen den Finanzierungsbedarf, werden die Umlageverpflichtungen durch Multiplikation mit einer entsprechenden einheitlichen Quote bis zur Höhe des Finanzierungsbedarfs vermindert. (2) Sofern die nach Nr. 1 ermittelten Umlageverpflichtungen nicht ausreichen, um den Finanzierungsbedarf zu decken, ist der darüber hinausgehende Finanzierungsbedarf von allen BKK zu tragen, wobei der Hebesatz so berechnet wird, dass die Belastung der einzelnen BKK je nach allgemeinem Beitragssatz vom um 0,3 erhöhten ABS bis zur Belastungsgrenze nach Nr. 3 linear abnimmt. (3) Nicht an der Finanzierung beteiligt werden BKK, deren allgemeiner Beitragssatz 7,5 v. H. über dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller BKK (Belastungsgrenze) liegt. (4) BKK, die für das gesamte Geschäftsjahr, in dem die finanziellen Hilfen beantragt werden, keine Satzungsregelung nach [§ 173 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) haben, werden an der Finanzierung nach den Regeln Nr. 1 bis 5 nach einer Quote mit 20 v. H. beteiligt. (5) Die BKK desjenigen Landesverbandes, dessen Mitglied die antragstellende BKK ist, werden an der Finanzierung nach den Regeln Nr. 1 bis 4 mit einer Quote von 125 v. H. beteiligt. Es gilt die Zugehörigkeit zu einem Landesverband zum 1. Januar des Geschäftsjahres in dem die finanziellen Hilfen beantragt werden. (6) Die BKK, für die finanzielle Hilfe gewährt wird, ist nicht an der Finanzierung beteiligt. (7) Die Ermittlung der Höhe der Umlage für die einzelne BKK erfolgt getrennt für jede nach § 2 dieser Ausgleichsordnung bewilligte finanzielle Hilfe. Wird in einem Geschäftsjahr mehr als eine finanzielle Hilfe bewilligt, wird die Höhe der Summe der Teilbeträge für die Umlage der einzelnen BKK, die sich bei Zugrundelegung des Hebesatzes nach Nr. 1 ergeben, begrenzt auf den Betrag, der sich - auf das gesamte Geschäftsjahr gerechnet - bei einmaliger Zugrundelegung des Hebesatzes nach Nr. 1 ergibt.

2. Die Umlage wird nur von Mitgliedskassen der Landesverbände getragen, die der Hilfgewährung zugestimmt haben. 3. Kosten, die insbesondere für die Wirtschaftlichkeitsuntersuchung und Finanzstatusprüfung nach § 1 Abs. 2 sowie für die Tätigkeit des Beirates nach § 1 Abs. 4 entstehen, werden vom Antragsteller nach Rechnungslegung des Bundesverbandes getragen. 4. Der Bundesverband kann Vorauszahlungen auf die Umlage anfordern. 5. Der Bundesverband kann zum Zweck der Durchführung der Finanzierung Auskunft und Nachweise von den BKK verlangen. 6. Das Nähere zu den Datengrundlagen, zu Datenlieferung, zur Berechnung der Umlagepflicht, zur Vorauszahlung und Endabrechnung der einzelnen BKK ist in der Anlage, die Bestandteil dieser Ausgleichsordnung ist, geregelt. 7. Der auf die einzelnen BKK entfallene Anteil an der Umlage oder der Vorauszahlung auf die Umlage ist innerhalb von 30 Tagen nach Zustellung des Bescheides an den Bundesverband zu überweisen. Die Zahlung gilt mit der belastenden Wertstellung und Ausführung vor Bankannahmeschluss am jeweiligen Fälligkeitstag als erfüllt. 8. Der BKK Bundesverband kann die als Darlehen gewährten Mittel für die Hilfgewährung durch Aufnahme eines Darlehens aufbringen, wenn hierdurch Darlehen der die Hilfe empfangenden BKK übernommen, umgeschuldet und abgesichert werden sollen, die diese bis zum 31. Dezember 2003 aufgenommen hat. Das Darlehen muss der Vermeidung kurzfristiger Überforderung der andernfalls die Hilfe finanzierenden BKK dienen. Die Darlehenszinsen sind von der Hilfe empfangenden BKK zu tragen. Dies ist im Hilfebescheid und Sanierungsvertrag festzulegen. Zu dem in Satz 2 genannten Zweck kann der Bundesverband Mittel für die Hilfgewährung auch aus einem hierzu abgeschlossenen Rückversicherungsvertrag aufbringen."

Die Ausgleichsbedarfssätze für das Jahr 2004 betrugen 12,3416 und 0,4299, mithin 12,77. Der allgemeine Beitragssatz der Klägerin betrug ab 1.1.2004 12,4 %, ab 1.8.2004 12,8 % und ab 1.4.2006 12,3 % (zzgl. der gesetzlich vorgeschriebenen Absenkung um 0,9 % wegen Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes des [§ 241a SGB V](#), der mit Wirkung zum 1.7.2005 eingeführt und mit Wirkung zum 1.1.2009 aufgehoben wurde). Der durchschnittlich erhobene allgemeine Beitragssatz aller BKK betrug im Jahr 2004 ca. 13,92 %.

Im vorliegenden Rechtsstreit sind Umlagen zur Finanzierung finanzieller Hilfen an die BKK für Heilberufe (I.), die BKK Bauknecht (II.) und die beneVita BKK (III.) für das Jahr 2004 streitig.

I. Am 31. Januar 2004 beantragte die BKK für Heilberufe, die Mitglied des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen ist, bei dem Beklagten Hilfen nach [§ 265a SGB V](#). Der Vorstand des Beklagten bewilligte in seiner Sitzung vom 30.07.2004 (Ordner Anlagen Beklagte Nr. 6, S. 10) finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) in Verbindung mit § 17 der Satzung des Beklagten für die Jahre 2004 bis 2007 in Höhe von höchstens 300 Millionen Euro (höchstens 200 Millionen Euro als Zuschuss und höchstens 100 Millionen Euro als Darlehen).

Bereits am 27. Juli 2004 hatte der Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg (Bl. 230 der Akten S 4 KR 2698/05) folgenden Beschluss gefasst:

"1. Der Beschluss des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg zur Mitfinanzierung der finanziellen Hilfen für die BKK für Heilberufe erfolgt unter dem Vorbehalt der Zusage des Vorstandes des BKK Bundesverbandes für eine finanzielle Hilfe für die BKK Bauknecht und für die beneVita BKK in Höhe von 74,7 Mio. Euro, verbunden mit der Fusion zur City BKK. 2. Der Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg stimmt der Finanzierung einer finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) durch die Mitgliedskassen des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg auf Grundlage der Satzung des BKK Bundesverbandes für die BKK für Heilberufe unter der Voraussetzung zu, dass alle anderen BKK Landesverbände sich ebenfalls an der finanziellen Hilfe nach [§ 265 SGB V](#) für die BKK für Heilberufe beteiligen. 3. Die Zusage des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg für die BKK für Heilberufe ist an die Bedingung geknüpft, dass der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen sich ebenfalls an der finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) auf der Grundlage der Satzung des BKK Bundesverbandes für die BKK Bauknecht und beneVita BKK nach der Maßgabe der Ziffern 4 und 5 beteiligt. 4. Da die Satzung des BKK Bundesverbandes derzeit keine Anrechnungsklausel beim Zusammentreffen finanzieller Hilfen auf Bundes- und Landesebene vorsieht, wird die Zusage des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg für finanzielle Hilfen für die BKK für Heilberufe an die weitere Bedingung geknüpft, dass die Finanzierung in beiden Verbandsbereichen in einer "vergleichbaren Belastung" erfolgt. 5. In Anbetracht der Dimension der finanziellen Hilfen für die BKK für Heilberufe wird die Leistung des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen an der finanziellen Hilfe für die BKK Bauknecht und beneVita BKK auf die Quote begrenzt, die vom BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen zu leisten wäre, wenn alle anderen BKK Landesverbände sich am Ausgleichsverfahren beteiligen würden. Die Höhe der Leistungen ist zusätzlich begrenzt auf die Gesamtsumme der finanziellen Hilfen des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg für die BKK für Heilberufe."

Mit Schreiben vom 09. August 2004 (Bl. 244 der Akten S 4 KR 2698/05) übersandte der Vorsitzende des Vorstandes des Landesverbandes Baden-Württemberg, K. E., dem Beklagten den Beschluss und teilte mit, dass die Abgabe einer standardisierten Zustimmungserklärung für den BKK Landesverband Baden-Württemberg nicht in Betracht komme und der Beschluss des Verwaltungsrates vom 27. Juli 2004 die Konditionen und Bedingungen beinhalte, an die eine Beteiligung geknüpft sei. Der Beklagte sah sich veranlasst, mit Schreiben vom 7. September 2004 (Bl. 239 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) aus seiner Sicht den Inhalt der bedingten Zustimmungserklärung zusammenzufassen und monierte die Aufstellung mehrerer Bedingungen. So sei nicht akzeptabel, dass die Zustimmung an die Gewährung einer bestimmten Hilfe an zwei baden-württembergische Kassen unter bestimmten Bedingungen geknüpft werde. Mit Schreiben vom 20. September 2004 (Bl.

236 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) monierte der Beklagte gegenüber dem BKK Landesverband Baden-Württemberg nochmals die Konditionierung seiner Zustimmung. Ausweislich eines Aktenvermerks des Beklagten vom 5. Oktober 2004 (Bl. 233 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) über ein Telefongespräch zwischen Herrn K. (Beklagter) und Herrn K. (BKK Landesverband Baden-Württemberg) teilte Herr K. mit, dass ein anderslautender Hilfebeschluss des Landesverbandes Baden-Württemberg nicht erwirkt werden könne. Die Sache müsse politisch entschieden werden. Als Ergebnis des Gesprächs wird in dem Aktenvermerk Folgendes festgehalten:

"Der Schriftverkehr zur Zustimmungserklärung LV BW zu BKK Heilberufe wird vom LV BW nicht weiter beantwortet oder fortgeführt. Er wünscht, dass der BKK BV "einfach so verfährt, als ob der LV BW der Hilfebewährung für Heilberufe zugestimmt hätte". "Wenn dann die Hilfegewährung für die BW-Kassen nicht im Sinne des LV BW ausfällt, würde der LV BW eben seine Zustimmung für Heilberufe als so nicht erteilt zurückziehen."

Mit Schreiben vom 7. Oktober 2004 (Bl. 229 der Akten) teilte der Vorstandsvorsitzende des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg mit, dass der Verwaltungsrat des Landesverbandes in seiner Sitzung vom 6. Oktober 2004 bezüglich der BKK für Heilberufe folgenden Beschluss gefasst habe:

"1. Der BKK Landesverband Baden-Württemberg ist bereit, sich an den finanziellen Hilfen für die BKK für Heilberufe auch dann zu beteiligen, wenn ein BKK Landesverband diese nicht mitfinanziert. 2. Die Zusage steht unter dem Vorbehalt, dass die Leistungen des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg auf die Quote begrenzt wird, die zu leisten wäre, wenn alle anderen BKK Landesverbände sich am Ausgleichsverfahren beteiligen würden. 3. Die Ziffern 1, 3, 4, 5 und 6 des Verwaltungsratsbeschlusses vom 27. Juli 2004 haben weiterhin Gültigkeit."

Während der BKK Landesverband Baden-Württemberg mit Schreiben vom 2. November 2004 (Bl. 227 der Akten) noch an seiner bedingten Zustimmung festhielt, teilte dessen Vorstandsvorsitzender E. mit Schreiben vom 15. November 2004 (Bl. 224 der Akten) mit, dass der Verwaltungsrat erneut über finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) für die BKK für Heilberufe beraten habe. Es sei unter Aufhebung der Beschlüsse des Verwaltungsrats vom 27. Juli 2004 und 6. Oktober 2004 folgender Beschluss gefasst worden:

"Der Verwaltungsrat des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg stimmt der Finanzierung einer finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) durch die Mitgliedskassen des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg auf Grundlage der Satzung des BKK Bundesverbandes für die BKK für Heilberufe zu. Diese Zusage ist an die Bedingung geknüpft, dass sich der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen ebenfalls an der finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) auf der Grundlage der Satzung des BKK Bundesverbandes für die beneVita BKK und die BKK Bauknecht beteiligt. Dieses Anrechnungsverfahren ist mit der Maßgabe durchzuführen, dass die jeweiligen Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen."

Die BKK Landesverbände Bayern (Bl. 247 bis 255 der Akten S 4 KR 2698/05), Hessen (Bl. 256 bis 268 ebenda), Niedersachsen-Bremen (Bl. 269 bis 273 ebenda), Nord (Bl. 274 bis 276 ebenda), Ost (Bl. 291 bis 293 ebenda), Rheinland-Pfalz und Saarland (Bl. 294 bis 304 ebenda), Bahn BKK (Bl. 221 bis 223 ebenda) stimmten der Hilfegewährung unter der Bedingung zu, dass alle anderen BKK Landesverbände der Hilfe zustimmen. Der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen erteilte eine Zustimmung ohne Bedingung (Bl. 277 bis 290 ebenda). Anschließend leitete der Beklagte das Ausgleichsverfahren ein (Bl. 226 der Akten).

Auf Aufforderung des Beklagten (Schreiben vom 17. November 2004, Bl. 133 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) teilte die Klägerin mit, dass der monatliche allgemeine Beitragssatz bis Dezember 2003 11,6%, bis Juli 2004 12,4% und anschließend 12,8% betragen habe (Bl. 141 ff. ebenda).

Durch Bescheid vom 1. Dezember 2004 (Anlagen Beklagter Nr. 1) gewährte der Beklagte der BKK für Heilberufe finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) für die Jahre 2004 bis einschließlich 2007 zur Vermeidung einer Schließung der BKK für Heilberufe und/oder zu ihrer Entschuldung. Die finanzielle Hilfe war auf höchstens 300 Mio. Euro begrenzt, wovon höchstens 200 Mio. Euro als Zuschuss und höchstens 100 Mio. Euro als Darlehen gewährt wurden. Für das Geschäftsjahr 2004 wurde die finanzielle Hilfe auf 79,325 Mio. Euro, davon 40 Mio. Euro als fester Zuschuss und 39,325 Mio. Euro als Darlehen vorläufig festgesetzt.

Mit Schreiben vom 23. Dezember 2004 (Bl. 144 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) setzte der Beklagte die Klägerin über die Hilfegewährung sowie die Heranziehung der Klägerin zur Finanzierung in Kenntnis. Mit Schriftsatz vom 14. Januar 2005 (Bl. 157 ff. ebenda) nahm die Klägerin Stellung und verlangte die Offenlegung aller entscheidungserheblichen Tatsachen für das Hilfegewährungs- und Umlageverfahren.

Durch vorläufigen Bescheid vom 6. April 2005 zog der Beklagte die Klägerin in dem Hilfeverfahren für die BKK für Heilberufe für das Geschäftsjahr 2004 zu einem Sonderbeitrag in Höhe von 435.779,00 Euro als Vorauszahlung heran (Bl. 170 ff. der Akten S 4 KR 2698/05).

II. Im Februar 2004 beantragte die BKK Bauknecht, die Mitglied des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg war, die Gewährung von Hilfe nach [§ 265a SGB V](#). Der Vorstand der Beklagten bewilligte in seiner Sitzung vom 2./3. November 2004 (Anlagen Beklagter Nr. 7) finanzielle Hilfen nach [§ 265 SGB V](#) an die BKK Bauknecht in Höhe von höchstens 37,1 Mio. Euro zuzüglich der tatsächlich anfallenden Kreditzinsen bis zur Höhe von maximal 3,6 Mio. Euro als Zuschuss für die Geschäftsjahre 2004 bis 2007 zur Vermeidung einer Schließung der BKK Bauknecht und/oder zu ihrer Entschuldung. Für das Geschäftsjahr 2004 wurde der Zuschuss auf 10,8 Mio. Euro (Entschuldungsanteil 9,3 Mio. Euro, Anteil zur Deckung von Kreditzinsen 1,5 Mio. Euro) vorläufig festgesetzt.

Die Bahn BKK (Bl. 307 bis 308 der Akten S 4 KR 2698/05) sowie die BKK Landesverbände Bayern (Bl. 310 ebenda), Hessen (Bl. 311 ff. ebenda), Niedersachsen-Bremen (Bl. 313 ebenda), Nord (Bl. 314 ebenda), Ost (Bl. 317 ebenda), Rheinland-Pfalz und Saarland (Bl. 318 ebenda) lehnten die Hilfe ab. Während der BKK Landesverband Baden-Württemberg der Hilfegewährung an die BKK Bauknecht zustimmte (Schreiben vom 15. November 2004, Bl. 309 ebenda), erteilte der Landesverband Nordrhein-Westfalen der Finanzierung einer finanziellen Hilfe an die BKK Bauknecht seine Zustimmung unter der Bedingung, dass sich der BKK Landesverband Baden-Württemberg ebenfalls an der finanziellen Hilfe für die BKK für Heilberufe beteiligt und das Anrechnungsverfahren mit der Maßgabe durchgeführt wird, dass die jeweiligen Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen (Schreiben vom 11. November 2004, Bl. 315 ff. ebenda). Anschließend leitete der Beklagte das Ausgleichsverfahren ein (Bl. 226 der Akten).

Daraufhin bewilligte der Beklagte durch Bescheid vom 22. Dezember 2004 (Anlagen Beklagter Nr. 7) der BKK Bauknecht finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) für die Jahre 2004 bis 2007 zur Vermeidung einer Schließung der BKK Bauknecht und/oder zu ihrer Entschuldung. Die finanziellen Hilfen wurden auf höchstens 37,1 Mio. Euro zuzüglich der tatsächlich anfallenden Kreditzinsen bis zur Höhe von maximal 3,6 Mio. Euro festgesetzt, wobei auf das Geschäftsjahr 2004 finanzielle Hilfen in Höhe von 10,8 Mio. Euro (Entschuldungsanteil von 9,3 Mio. Euro und Anteil zur Deckung von Kreditzinsen von 1,5 Mio. Euro) entfallen. Mit Schreiben vom 23. Dezember 2004 (Bl. 144 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) setzte der Beklagte die Klägerin über die Hilfestellung für die BKK Bauknecht und deren Umfang sowie die Beteiligung der Klägerin am Hilfeverfahren in Kenntnis. Die Klägerin nahm dazu durch Schriftsatz ihrer damaligen Prozessbevollmächtigten vom 14. Januar 2005 (Bl. 157 ff. ebenda) Stellung. Durch Vorauszahlungsbescheid vom 11. April 2005 (Bl. 187 ff. ebenda) setzte der Beklagte hinsichtlich des Hilfeverfahrens für die BKK Bauknecht vorläufig einen Sonderbeitrag in Höhe von 39.307,00 Euro für das Geschäftsjahr 2004 gegenüber der Klägerin fest. Hierbei berücksichtigte der Beklagte bei der Ermittlung des Zahlungsbetrages auch, ob und inwieweit ein Landesverband für ein Hilfeverfahren seine Zustimmung konditioniert hatte.

III. Im Februar 2004 beantragte die beneVita BKK, die ebenfalls Mitglied des Landesverbandes Baden-Württemberg war, bei dem Beklagten Hilfen nach [§ 265a SGB V](#). Der Vorstand des Beklagten bewilligte in seiner Sitzung vom 2./3. November 2004 (Anlagen Beklagter Nr. 8) der beneVita BKK finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) für die Jahre 2004 bis 2007 zur Vermeidung einer Schließung der beneVita BKK und/oder zu ihrer Entschuldung in Höhe von insgesamt 20,9 Mio. Euro zuzüglich der tatsächlich anfallenden Kreditzinsen bis zur Höhe von maximal 2,1 Mio. Euro als Zuschuss. Die Höhe des Zuschusses wurde für das Geschäftsjahr 2004 auf 6,14 Mio. Euro (Entschuldungsanteil 5,30 Mio. Euro und Anteil zur Deckung von Kreditzinsen 0,84 Mio. Euro) vorläufig festgesetzt.

Die Bahn BKK (Bl. 320 bis 321 der Akten) sowie die Landesverbände Bayern (Bl. 323 der Akten), Hessen (Bl. 324 ff. der Akten S 4 KR 2698/05), Niedersachsen-Bremen (Bl. 326 ebenda), Nord (Bl. 327 ebenda), Ost (Bl. 330 ebenda), Rheinland-Pfalz und Saarland (Bl. 331 ebenda) lehnten eine Beteiligung an der finanziellen Hilfe für die beneVita BKK ab. Der Landesverband Baden-Württemberg erteilte seine Zustimmung zu finanziellen Hilfen (Schreiben vom 15. November 2004, Bl. 322 ebenda). Der Landesverband Nordrhein-Westfalen erteilte seine Zustimmung zur Finanzierung einer finanziellen Hilfe an die beneVita BKK unter der Bedingung, dass sich der BKK Landesverband Baden-Württemberg ebenfalls an der finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) für die BKK für Heilberufe beteiligt und das Anrechnungsverfahren mit der Maßgabe durchgeführt wird, dass die jeweiligen Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen (Schreiben vom 11. November 2004, Bl. 328 ff. ebenda). Anschließend leitete der Beklagte das Ausgleichsverfahren ein (Bl. 226 der Akten).

Nach Anhörung der Klägerin (Anhörung Schreiben vom 23. Dezember 2004, Bl. 144 ff. der Akten S 4 KR 2698/05; Schriftsatz der damaligen Prozessbevollmächtigten der Klägerin vom 14. Januar 2005, Bl. 158 ff. ebenda) erließ der Beklagte am 11. April 2005 gegenüber der Klägerin einen Vorauszahlungsbescheid für das Geschäftsjahr 2004 (Bl. 204 ff. ebenda) und setzte den Sonderbeitrag der Klägerin hinsichtlich des Hilfeverfahrens für die beneVita BKK vorläufig auf 22.326,00 Euro fest. Auch hier teilte der Beklagte mit, dass bei der Ermittlung des Zahlungsbetrages berücksichtigt wurde, ob und inwieweit ein Landesverband für ein Hilfeverfahren seine Zustimmung konditioniert hatte.

Gegen die drei Vorauszahlungsbescheide erhob die Klägerin durch Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 4. Mai 2005 Klage zum Sozialgericht Stuttgart. Die Klägerin führte unter dem Aktenzeichen S 4 KA 269905 ER gegen den Beklagten ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren. Durch Beschluss vom 28. Juni 2005 lehnte das Sozialgericht Stuttgart die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die drei Vorauszahlungsbescheide ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde der Klägerin wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg durch Beschluss vom 12. Juni 2006 zurück (Az.: L 4 KR 2807/05 ER-B).

Durch Beschluss vom 8. Juli 2005 hat das Gericht auf Antrag der Beteiligten im Hinblick auf das genannte einstweilige Rechtsschutzverfahren das Ruhen des Verfahrens angeordnet (Bl., 261 ff. der Akten). Die Klägerin rief durch Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 28.12.2006 das ruhende Verfahren wieder an (nunmehr [S 16 KR 84/07](#)).

In der Zwischenzeit hatte der Vorsitzende des Vorstandes des Landesverbandes Baden-Württemberg E. mit Schreiben vom 10.3.2006 (Anlagen der Klägerin K 16) mitgeteilt, dass der Landesverband Baden-Württemberg zur Vermeidung eventueller Zweifel an seiner Zustimmung vom 15. November 2004 der Gewährung finanzieller Hilfen an die BKK für Heilberufe zustimme. Die Klägerin erhob durch Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 24. März 2006 unter dem Aktenzeichen S 15 KR 2098/06 gegen diese Erklärung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg Klage zum Sozialgericht Stuttgart, die auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten zum Ruhen gebracht wurde (Beschluss vom 27. November 2006).

Der Vorstand des Beklagten beschloss in seiner Sitzung vom 3. Februar 2006 (Anlagen Beklagter Nr. 9), dass sich für die BKK für Heilberufe eine endgültige finanzielle Hilfe für das Geschäftsjahr 2004 in Höhe von 45,2 Mio. Euro, davon 40 Mio. Euro als Zuschuss und 5,2 Mio. Euro als Darlehen, ergeben habe. Nach Ermittlung der erforderlichen Daten und nach Anhörung der Klägerin setzte der Beklagte durch Bescheid vom 19. Mai 2006 (Bl. 366 der Akten S 4 KR 2698/05) den Sonderbeitrag der Klägerin im Hilfeverfahren zu Gunsten der BKK für Heilberufe auf 445.761,00 Euro endgültig fest.

Der Beklagte setzte durch Bescheid vom 15. März 2006 (Bl. 282 ff. der Akten) gegenüber der City BKK als Rechtsnachfolgerin der BKK Bauknecht für das Geschäftsjahr 2004 die endgültige finanzielle Hilfe gemäß [§ 265a SGB V](#) auf 2,858 Mio. Euro zuzüglich tatsächlich angefallener Kreditzinsen in Höhe von 0,758 Mio. Euro fest. Daraufhin rechnete der Beklagte nach Anhörung der Klägerin durch Bescheid vom 19. Mai 2006 (Bl. 394 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) gegenüber der Klägerin den Sonderbeitrag im Hilfeverfahren für die BKK Bauknecht endgültig mit 18.678,00 Euro ab. Der Beklagte berechnete die Sonderbeiträge der dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen angeschlossenen BKK so, dass der Finanzierungsanteil der heranzuziehenden Kassen des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen an der finanziellen Hilfe für die BKK Bauknecht demjenigen Wert entspricht, der sich ergeben würde, wenn alle Verbände zugestimmt hätten und alle heranzuziehenden BKK sich an der finanziellen Hilfe beteiligt hätten.

Durch Bescheid vom gleichen Tag (15. März 2006; Bl. 287 ff. der Akten) bestimmte der Beklagte gegenüber der City BKK als Rechtsnachfolgerin der beneVita BKK für das Geschäftsjahr 2004 die finanzielle Hilfe gemäß [§ 265 SGB V](#) in Höhe von 3,833 Mio. Euro zuzüglich tatsächlich angefallener Kreditzinsen in Höhe von 0,640 Mio. Euro. Daraufhin bestimmte der Beklagte nach Anhörung der Klägerin

durch Bescheid vom 19. Mai 2006 (Bl. 380 ff. der Akten S 4 KR 2698/05) den entsprechenden Sonderbeitrag der Klägerin in diesem Hilfeverfahren endgültig auf 22.326,00 Euro. Der Beklagte berechnete - auch hier - die Sonderbeiträge der dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen angeschlossenen BKK so, dass der Finanzierungsanteil der heranzuziehenden Kassen des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen an der finanziellen Hilfe für die BKK Bauknecht demjenigen Wert entspricht, der sich ergeben würde, wenn alle Verbände zugestimmt hätten und alle heranzuziehenden BKK sich an der finanziellen Hilfe beteiligt hätten.

Die Klägerin trägt vor, dass in den vergangenen Jahren einige Krankenkassen unter Verstoß gegen des in [§ 220 SGB V](#) verankerte Kreditaufnahmeverbot in großem Umfang Darlehen aufgenommen hätten, um ihre Beitragssätze künstlich niedrig zu halten. Dies gelte insbesondere für die BKK für Heilberufe, die BKK Bauknecht und die beneVita BKK. Die Verschuldung dieser BKK habe ein Ausmaß erreicht, dass die Darlehen aus den laufenden Einnahmen nicht mehr hätten zurückgeführt werden können. Es sei davon auszugehen, dass das Kreditvolumen deutlich über den vom Beklagten gewährten Hilfeleistungen liege. Die verschuldeten BKK seien praktisch insolvent. Es drohe eine Schließung durch die Aufsichtsbehörden wegen fehlender finanzieller Leistungsfähigkeit gemäß [§ 153 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#).

Die Klägerin habe es - nicht zuletzt durch sparsames Wirtschaften - erreicht, ihre Beitragssätze niedrig zu halten, ohne diese durch unzulässige Kreditaufnahmen zu finanzieren. Sie wende sich dagegen, dass die Solidargemeinschaft der BKK für die Entschuldung von BKK herangezogen werde, die sich rechtswidrig verschuldet hätten und damit in wirtschaftliche Schieflage geraten seien. Die Klägerin lehne es ab, dass die Umlage von Entschuldungskosten durch den Beklagten und die BKK Landesverbände zum Anlass genommen werde, die Beitragssätze zu nivellieren und den Wettbewerb im BKK-System auszuschneiden.

Die Klägerin ist der Meinung, dass sie am Umlageverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe nicht teilnehme. Es fehle an der für eine Teilnahme erforderlichen Zustimmungserklärung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg. Die Zustimmungserklärung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg sei aufgrund der in der Erklärung enthaltenen Bedingungen unwirksam. Die Zustimmungserklärung des Landesverbandes nach [§ 265a Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) stelle einen Verwaltungsakt im Sinne von [§ 31 SGB X](#) dar. Dieser könne nach [§ 32 Abs. 2 SGB X](#) zwar mit Nebenbestimmungen versehen werden, jedoch sei der Erlass unter einer Bedingung ausgeschlossen, wenn der Zweck einer Regelung einer Bedingung entgegenstehe. So liege der Fall hier. Durch die Zustimmung eines Landesverbandes werde der Status seiner Mitgliedskassen als Beteiligte im Umlageverfahren festgelegt. Die Zustimmungserklärung habe daher unmittelbare - rechtsgestaltende - Wirkung für die Mitgliedskassen. Könnte die Zustimmungserklärung unter einer Bedingung abgegeben werden, so entstünden auf diese Weise Unsicherheiten über den Status der Kassen als Beteiligte am Umlageverfahren und ihre zukünftigen Verpflichtungen. Zu welchen Unsicherheiten bedingte Zustimmungserklärungen führen könnten, zeige die Korrespondenz des Beklagten mit den Landesverbänden. Es bestehe kein rechtlicher Zwang, auf Bedingungen der Landesverbände einzugehen. Aus der Möglichkeit, den Hilfegewährungsbescheid mit Auflagen oder Befristungen zu versehen, könne nicht geschlossen werden, dass auch die Zustimmungserklärungen der Landesverbände mit Nebenbestimmungen versehen werden könnten. Nachdem auch die Zustimmungserklärung des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen mit unzulässigen Bedingungen mit der Folge versehen gewesen sei, dass deren Mitgliedskassen nicht an der Hilfegewährung zugunsten der BKK Bauknecht und beneVita BKK teilnehmen würden, sei die vom Landesverband Baden-Württemberg in den Hilfeverfahren zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK gestellte Bedingung nicht eingetreten. Auch sei die in den Zustimmungserklärungen enthaltene Beschränkung der Umlagebeträge (Berechnung der Finanzierungsanteile, als ob sich alle Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligt hätten) unzulässig. Denn der Gesetzgeber habe das "Wie" der Hilfefinanzierung und damit auch die Bestimmung der Höhe der Umlagepflicht der Satzungsbefugnis des Beklagten überlassen. Den Landesverbänden obliege lediglich die Entscheidung darüber, ob sich ihre Mitgliedskassen an den Hilfen beteiligen. Wäre eine inhaltliche Beschränkung der Umlagebeträge durch Anrechnungsklauseln zulässig, hätten es die einzelnen Landesverbände in der Hand, nicht nur über das "Ob" einer Teilnahme ihrer Mitgliedskassen an der Umlagefinanzierung zu entscheiden, sondern zugleich auch über das "Wie" frei zu bestimmen. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass eine Beschränkung der Zustimmung durch eine Anrechnungsklausel das System der AO 2004 unterlaufe, wenn jeder Landesverband nach eigenem "Gutdünken" die von seinen Mitgliedskassen zu übernehmenden Umlagebeträge festlegen könnte. Die Zustimmungserklärung des Vorstandsvorsitzenden des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg vom 10. März 2006 sei gleichfalls unwirksam, da der hierfür zuständige Verwaltungsrat mit der Sache nicht befasst worden sei. Im Gegensatz zu den zuvor durch den BKK Landesverband Baden-Württemberg übermittelten Zustimmungserklärungen enthalte das Schreiben vom 10. März 2006 keinen Hinweis auf einen Beschluss des Verwaltungsrates. Durch Umgehung der Zuständigkeit des Verwaltungsrates nach [§ 15](#) der Satzung des Landesverbandes Baden-Württemberg (Anlagen Klägerin K 17) habe der Vorstandsvorsitzende E. gegen den Grundsatz der Gesetzesbindung verstoßen. Auch sei keine nachträgliche Heilung durch die zweite Zustimmungserklärung eingetreten. [§ 41 SGB X](#) finde keine Anwendung auf die erforderliche Zustimmungserklärung, die eine dem Umlageverfahren vorgelagerte materielle Voraussetzung für die Beteiligung einer Kasse am Umlageverfahren darstelle.

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, dass sie vor Erlass der angefochtenen Bescheide nicht ordnungsgemäß nach [§ 24 SGB X](#) angehört und ihr nicht hinreichend Akteneinsicht gewährt worden sei. Der Beklagte habe die Klägerin nicht in die Lage versetzt, die Höhe der Umlagebeträge nachzuvollziehen. Vor allem seien aber Informationen über das Hilfegewährungsverfahren für das Umlageverfahren von Bedeutung, denn eine rechtmäßige Hilfegewährung sei Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der angegriffenen Vorauszahlungs- und Umlagebescheide. Zudem seien die angefochtenen Bescheide mit keiner ausreichenden Begründung im Sinne des [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) versehen.

Weiter ist die Klägerin der Auffassung, dass die Gewährung finanzieller Hilfen an die BKK für Heilberufe, die beneVita BKK und die BKK Bauknecht rechtswidrig gewesen sei, was die Rechtswidrigkeit der Umlagebescheide zur Folge habe. Eine Hilfegewährung zum Zweck der Rückführung rechtswidrig aufgenommenen Kredite sei nicht durch [§ 265a SGB V](#) gedeckt. [§ 265a SGB V](#) a.F. dürfe nicht dazu missbraucht werden, rechtmäßig handelnde BKK zur Rückführung unzulässiger Kreditverbindlichkeiten der Konkurrenz zu verpflichten. Das Ausgleichssystem des [§ 265a SGB V](#) a.F. greife nur bei unverschuldeten oder zumindest nicht vorsätzlich herbeigeführten Notlagen ein. Gerade eine Krankenkasse in die Krise, weil sie vorsätzlich gegen die für ihre Tätigkeit maßgeblichen Gesetze verstoßen hat, verletze sie selbst das Solidaritätsprinzip und könne keine Hilfen gesetzestreu erwarten. Auch bestehe kein Anlass, die Kredite durch Hilfeleistungen zurückzuführen, weil die kreditgewährenden Banken keinen Anspruch auf Rückzahlung der rechtswidrig aufgenommenen Darlehen hätten. Den die entsprechenden Darlehensverträge seien gem. [§§ 134, 138 BGB](#) nichtig. Die Unzulässigkeit der Hilfegewährung mache zugleich die Umlagebescheide rechtswidrig. Die Interessen der Klägerin seien nicht durch die Zustimmung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg gewahrt worden. Die Zustimmung des Landesverbandes sei Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Mitgliedskrankenkassen, könne und solle jedoch nicht den Rechtsschutz der von der Umlage betroffenen Krankenkassen beschneiden.

Außerdem seien die Umlagebescheide rechtswidrig, weil die Verteilung der Kosten auf die einzelnen BKK nach Maßstab der AO 2004 die Klägerin weit überproportional und im Ergebnis willkürlich belaste. Der der Berechnung der Umlageverpflichtung zugrunde liegende asymmetrische Haftungsmaßstab der AO 2004 verstoße gegen höherrangiges Recht. Ausweislich einer vom Beklagten für die baden-württembergischen BKK durchgeführten Modellrechnung vom 21. April 2005 (Anlage Klägerin K 23) werde eine BKK mit einem durchschnittlichen Beitragssatz von 12,5% mit einer Beitragssatzbelastung von 0,65 Prozentpunkten belegt, während eine BKK mit einem Beitragssatz von 13,8% mit einer Belastung von 0,05 Beitragssatzpunkten, eine BKK mit einem Satz von 14,4% mit einer Belastung von 0,02 Punkten davonkomme. Die Kassen mit einem Beitragssatz unter 13,07% hätten in den streitgegenständlichen Hilfegewährungsverfahren ca. 30% der insgesamt für das Jahr 2004 vorläufig gewährten finanziellen Hilfen aufgebracht, obwohl diese lediglich einen Versichertenanteil von ca. 3% gehabt hätten. Allein die aus den Vorauszahlungsbescheiden für das Jahr 2004 sich ergebende Zahlungspflicht der Klägerin entspreche einer Beitragsbelastung von 0,45 Beitragssatzpunkten. Demgegenüber würden die BKK mit einem Beitragssatz von über 13,07% durchschnittlich nur mit 0,035 Beitragssatzpunkten belastet und müssten ihre Beiträge dementsprechend überhaupt nicht erhöhen. Im Ergebnis führe der asymmetrische Finanzierungsmaßstab der AO 2004 zu einer weitgehenden Nivellierung der Beitragssätze der an den Hilfen beteiligten Kassen. Nur aufgrund der Umlageverpflichtungen habe die Klägerin ihren Beitragssatz vom 1. August 2004 auf 12,8% und zum 1. April 2006 auf 12,3% (zuzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Absenkung um 0,9%) anheben müssen. Das in der AO 2004 vorgesehene Finanzierungssystem verstoße gegen den Wettbewerbsgrundsatz. Die ungleiche Lastenverteilung aufgrund der asymmetrischen Finanzierung zwingt Kassen, die bislang einen niedrigen Beitragssatz aufgewiesen hätten, ihre überproportionalen Mehrbelastungen über den Beitragssatz an ihre Mitglieder weiterzugeben. BKK, die nicht an der Finanzierung beteiligt werden, könnten demgegenüber ihre Beitragssätze stabil halten. Ursprünglich deutlich günstiger auf dem Markt positionierte Kassen verlören ohne eigenes Zutun ihren durch vorausschauende und umsichtige Mittelverwendung erwirtschafteten Wettbewerbsvorteil. Das Solidarprinzip zielt nur auf einen Ausgleich risikostrukturbedingter Unterschiede. Eine Rechtfertigung für die faktische Nivellierung der Beitragssätze sei nicht ersichtlich. Auch verstoße die asymmetrische Finanzierung gegen die Beitragsautonomie der Klägerin dadurch, dass diese bei hohen Finanzierungsvolumina zu einer weitgehenden Nivellierung der Beitragssätze der umlagepflichtigen BKK und einem faktischen Mindestbeitragssatz führe. Ein sachlicher Grund für die Trennung zwischen stark belasteten und von Umlageverpflichtungen weitgehend verschonten BKK bei 13,07 einzuführen, sei nicht erkennbar. Im Ergebnis werde ein faktischer Mindestbeitragssatz von 13,07 % eingeführt. Auch erweise sich der allgemeine Beitragssatz einer Kasse strukturell als ungeeigneter Maßstab einer Umlage. Der Beitragssatz lasse keine sinnvollen Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit einer BKK zu. Weiter stelle sich die Anknüpfung an den Ausgleichsbedarfssatz gem. [§§ 266 Abs. 3, 269 Abs. 1 SGB V](#) als Grenze zwischen der ersten und zweiten Belastungsstufe als sachwidrig dar. Der alternative Finanzierungsmaßstab der Mitgliederzahl der am Umlageverfahren beteiligten Kasse wäre gegenüber dem asymmetrischen Finanzierungsmodell vorzuzugsweise gewesen.

Die Klägerin bestreitet u.a. mit Nichtwissen, dass die AO 2004 wirksam zustande gekommen sei, die BKK für Heilberufe, BKK Bauknecht und die beneVita BKK die Gewährung finanzieller Hilfen (rechtzeitig und wirksam) beantragt hätten, der jeweilige Landesverband der angeblich unterstützten Kassen im Rahmen eines Hilfegewährungsverfahrens die vorgesehene Mitwirkung vorgenommen habe, die BKK für Heilberufe, BKK Bauknecht und die beneVita BKK verschuldet und hilfebedürftig gewesen seien, der Vorstand des Beklagten einen wirksamen Beschluss über Hilfegewährung gefasst habe, (tragfähige) Sanierungskonzepte existieren, die Leistungsfähigkeit der genannten Kassen unter Einschluss der gesetzlichen Schuldentilgung nicht gesichert sei, die BKK für Heilberufe, die BKK Bauknecht und die beneVita BKK einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und einer externen Finanzstatusprüfung unterzogen worden seien, der Beklagte die Höhe der Umlage zutreffend berechnet habe und der Beklagte die finanziellen Hilfen an die BKK für Heilberufe, die BKK Bauknecht und die beneVita BKK ausgezahlt habe.

Nachdem die Klägerin zunächst beantragt hatte, die Vorauszahlungsbescheide des Beklagten zugunsten der BKK für Heilberufe vom 6. April 2005, der BKK Bauknecht vom 11. April 2005 und der beneVita BKK vom 11. April 2005 aufzuheben, und die Beteiligten den Rechtsstreit hinsichtlich dieser Bescheide in der mündlichen Verhandlung vom 26.11.2009 übereinstimmend für erledigt erklärt haben, beantragt die Klägerin nunmehr,

die Bescheide der Beklagten vom 19. Mai 2006 (Hilfegewährungsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe, der BKK Bauknecht, beneVita BKK) aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte ist der Auffassung, die Klage sei derzeit unzulässig. Der Klage stehe im Hinblick auf die Klage der Klägerin gegen den BKK Landesverband Baden-Württemberg S 15 KR 2098/06 eine anderweitige Rechtshängigkeit entgegen. Erst wenn über die Rechtmäßigkeit der Zustimmungserklärung des baden-württembergischen Landesverbandes vom 10.3.2006 entschieden worden sei, könne das vorliegende Verfahren fortgeführt werden. Auch fehle der Klägerin ein Rechtsschutzbedürfnis. Das Ausgleichsverfahren nach [§ 265a SGB V](#) a.F. in Verbindung mit den Satzungsbestimmungen des Beklagten sehe eine konkrete Überprüfung nicht vor. Das Verbandsystem räume der Klägerin keine Befugnis ein, die Zustimmung und die Hilfegewährung gerichtlich überprüfen zu lassen. Die Klägerin habe mit Vorlage der Zustimmung ihres Landesverbandes keine Möglichkeit, die von ihr aufgeworfenen Fragen insgesamt im Verhältnis zum Beklagten überprüfen zu lassen. Jedenfalls sei die relevante Zustimmungserklärung wirksam. Diese stelle sich nicht als bedingungsfeindlich dar.

Der Beklagte ist der Meinung, dass die Klägerin nicht Beteiligte in den - bereits abgeschlossenen - Hilfegewährungsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe, beneVita BKK und Bauknecht BKK sei. Sie könne dies auch nicht nachträglich im Zuge der Durchführung des Umlageverfahrens werden. Das Gesetz sehe weder ein Recht noch eine Pflicht des Beklagten zur Offenlegung seiner Erkenntnisse aus dem Hilfegewährungsverfahren gegenüber anderen als der Hilfe empfangenden Kasse und gegenüber den zustimmungsbefugten Landesverbänden vor. Eine weitergehende Pflicht kann aus der Einbeziehung aller Mitgliedskassen eines zustimmenden Landesverbandes in die Finanzierung der Hilfe nicht hergeleitet werden. Einzelne Kassen hätten kein Recht auf eine ordnungsgemäße Prüfung anderer Kassen. Das Aufsichtsrecht diene der allgemeinen Prüfung, ob das geltende Recht zutreffend angewandt worden sei. Die finanzielle Hilfe durch den Beklagten vollziehe sich innerhalb der mittelbaren und unmittelbaren Staatsverwaltung. Ein solches System verschiedener und abgestufter Zuständigkeiten gehe von der Bindung jeder vollziehenden Gewalt an Gesetz und Recht aus, auf der seine Funktionsfähigkeit beruhe. Dies werde durch Fehler von Kassen nicht in Frage gestellt. Die Voraussetzungen der Hilfegewährung seien nicht im Rechtsstreit über die

Rechtmäßigkeit der Umlagebescheide zu überprüfen. Der Beklagte ist der Meinung, dass die Klägerin hinsichtlich aller für das Umlageverfahren entscheidungserheblichen Tatsachen gehört worden sei. Die Umlagebescheide seien auch hinreichend begründet. Ein Recht auf Einsicht in die Akten der Hilfestellung bestehe nicht. Die Unterscheidung zwischen Hilfestellungs- und Ausgleichsverfahren führe dazu, dass die Rechtmäßigkeit der Hilfestellung nicht im Rahmen der Heranziehung zur Hilfestellung überprüft werden dürfe. Die Hilfestellungsbescheide - seien sie richtig oder falsch - entfalten Tatbestandswirkung.

Der Beklagte ist weiterhin der Auffassung, dass [§ 265a SGB V](#) a.F. auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbar sei. Es komme nur darauf an, dass eine Notlage bei den Empfängerstellen bestanden habe, nicht hingegen, wie diese zustande gekommen sei. Daher helfe die Behauptung der Klägerin, die hilfebedürftigen Stellen hätten sich selbst in ihre Hilfebedürftigkeit manövriert, nicht weiter. Die hilfebedürftigen Stellen hätten sich in einer Notlage befunden, da diese verpflichtet gewesen seien, die von ihnen in Anspruch genommenen Darlehen zurückzuzahlen. Denn die entgegen dem Kreditaufnahmeverbot aufgenommenen Darlehen seien nicht nach [§ 134 BGB](#) oder [§ 138 BGB](#) nichtig. Die Rechtsprechung habe diese Auffassung bestätigt (LG Düsseldorf, Urteil vom 2.5.2006, [9 O 618/04](#); OLG Düsseldorf, Urteil vom 20.9.2007, [6 U 122/06](#)).

Die Umlagebescheide seien in Übereinstimmung mit der genehmigten und ordnungsgemäß bekannt gemachten Satzung ergangen. Die Satzung verstoße nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere auch bezüglich des Heranziehungsmaßstabes. Es liege kein Verstoß gegen Verfassungsrecht vor. Zunächst sei zu beachten, dass die Klägerin als juristische Person des öffentlichen Rechts sich prinzipiell nicht auf Grundrechte berufen könne. Als einzige Ausnahme sei der allgemeine Gleichheitssatz des [Artikel 3 Abs. 1](#) Grundgesetz anerkannt, aus dem sich das Willkürverbot als ein objektives Prinzip der rechtsstaatlichen Ordnung ergebe. Es liege kein Verstoß gegen [§ 265a SGB V](#) a.F. vor. Die Regelung des Umfangs der Hilfestellung habe der Gesetzgeber umfassend der Satzungsautonomie des Beklagten überantwortet. Der von der Satzung gewählte Weg der Regelung des Hilfeumfangs berücksichtige die Besonderheiten des Systems der betrieblichen Krankenversicherung. Es komme nicht darauf an, ob es sich bei der Regelung um die sachgerechteste aller denkbaren Gestaltungsmöglichkeiten handele. Der Satzungsgeber habe bei der Regelung des Umfangs der finanziellen Hilfen einen weiten Gestaltungsspielraum. Entscheidend sei, dass durch die gewählte Methode die besonders leistungsstarken Stellen in besonderem Maße zur Umlage herangezogen würden. Diese Vorgehensweise sei nicht willkürlich, sondern rechtlich einwandfrei und von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage gedeckt. Der Gesetzgeber habe ermöglicht, dass durch [§ 265a SGB V](#) a.F. kassenintern eine Beitragsnivellierung bis zur Beseitigung von Beitragssatzunterschieden herbeigeführt werden kann. Darin liege auch kein Verstoß gegen die im SGB V enthaltenen Ziele der Einführung von mehr Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der günstige Beitragssatz der Klägerin stelle kein schützenswerteres - unternehmerisches - Interesse dar als der in [§§ 265 ff. SGB V](#) zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Zweck, dass die Krankenkassen eine Solidargemeinschaft bilden. Nicht zu beanstanden sei, dass die Satzungsregelung bei der Ermittlung der Höhe der Umlageverpflichtung ausschließlich auf die Höhe der Beitragssätze in Verbindung mit der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der einzelnen Stellen abstelle. Die Anknüpfung an den Beitragssatz zur Bestimmung der Umlageverpflichtung sei zweckmäßig und angemessen, um die Entstehung weiterer Fälle der Hilfebedürftigkeit bei Stellen mit hohen Beitragssätzen zu vermeiden. Die Heranziehung der Stellen in Abhängigkeit von ihrer, durch ihren Beitragssatz dokumentierten Leistungsfähigkeit genüge den vom Gesetzgeber vorgegebenen Gestaltungsmöglichkeiten. Die Beitragshöhe sei ein geeigneter Indikator für die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Stellen sollten nicht für die Umlageerhebung herangezogen werden, die selbst durch einen hohen allgemeinen Beitragssatz in ihrer Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt seien und keine Einnahmereserven besäßen. Durch die Beitragsstufen seien auch Notlagen heraufbeschwörende Wanderungen zu Stellen mit niedrigeren Beitragssätzen reduziert, die Beitragsschere nicht weiter geöffnet und das BKK-System stabilisiert worden. Auch hinsichtlich der Ausgleichsbedarfssätze bestünden keine rechtlichen Bedenken als Anknüpfungspunkt. Dies zeige schon der Umstand, dass der Risikostrukturausgleich an diese Werte angeknüpft und daraus Ausgleichspflichten und Ausgleichsberechtigungen hergeleitet habe. Die gleichmäßige und unterschiedslose Heranziehung der Stellen nach ihrer Mitgliederzahl stelle kein milderes Mittel dar, da nicht alle Stellen gleich finanzstark seien.

Hinsichtlich des weiteren Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten und die von den Beteiligten eingereichten Anlagenbände sowie die beigezogenen Akten S 4 KR 2698/05, S 4 KR 2699/05 ER, L 4 KR 2807/05 ER-B und S 15 KR 2098/06 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist im tenorierten Umfang begründet. Der Bescheid des Beklagten vom 19. Mai 2006 (Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe) stellt sich als rechtswidrig dar und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Im Übrigen war die Klage abzuweisen, da die Bescheide des Beklagten vom 19. Mai 2006 (Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK) rechtmäßig sind und die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzt.

I. Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits bilden die Bescheide des Beklagten vom 19.5.2006, durch die der Beklagte gegenüber der Klägerin endgültig einen Sonderbeitrag für das Geschäftsjahr 2004 bezüglich der finanziellen Hilfen zugunsten der BKK für Heilberufe in Höhe von 454.761,- EUR, der BKK Bauknecht (nunmehr City BKK) in Höhe von 18.678,- EUR und der beneVita BKK (nunmehr City BKK) in Höhe von 23.077,- EUR festgesetzt hat. Diese Bescheide sind gem. [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Rechtsstreits gegen die Vorauszahlungsbescheide vom 6.4.2005 (BKK für Heilberufe) und 11.4.2005 (BKK Bauknecht und beneVita BKK) geworden, die durch die endgültigen Umlagebescheide ersetzt wurden und ihre sonstige Erledigung gefunden haben. Die endgültigen Regelungen in den Umlagebescheiden vom 19.5.2006 sind an die Stelle der Regelungen in den Vorauszahlungsbescheiden vom 6.4.2005 und 11.4.2005 getreten. Die maßgebliche Umlagesumme wurde abschließend geregelt. Damit waren die vorläufigen Regelungen der Sonderbeiträge für das Geschäftsjahr 2004 in den Vorauszahlungsbescheiden erledigt ([§ 39 Abs. 2 SGB X](#)). Denn einstweilige Verwaltungsakte sind von vornherein auf die Ersetzung durch endgültige Verwaltungsakte angelegt und verlieren mit deren Erlass ihre Bindungswirkung. Einer Aufhebung bedarf es nicht (vgl. BSG, Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 18/02 R](#); SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Die Vorauszahlungsbescheide waren ausdrücklich als vorläufig i.S. des [§ 3 Abs. 4 AO](#) 2004 i.V.m. Nr. I. Abs.1 der Anlage 3 zu [§ 3 Abs. 6 AO](#) 2004 gekennzeichnet. Demgemäß haben die Beteiligten den Rechtsstreit hinsichtlich der Vorauszahlungsbescheide übereinstimmend für erledigt erklärt, so dass ausschließlich über die Rechtmäßigkeit der Bescheide des Beklagten vom 19.5.2006 zu entscheiden war.

II. Die Klage ist gem. [§ 54 Abs. 1 S. 1](#), 1. Alt. SGG als Anfechtungsklage statthaft. Insbesondere ist die Klägerin als Adressatin der Umlagebescheide klagebefugt (vgl. BSG, Urteil vom 24.9.2008, [B 12 KR 10/07 R](#)). Der Durchführung eines Vorverfahrens vor Erhebung der Klage bedurfte es gem. [§ 78 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGG](#) nicht.

Der Klage steht nicht die Sperrwirkung des Rechtsstreits S 15 KR 2098/06 über denselben Streitgegenstand zwischen denselben Beteiligten entgegen (§§ 202 SGG, 17 Abs. 1 S. 2 GVG). Nach § 17 Abs. 1 S. 2 GVG ist eine neue Klage während der Rechtshängigkeit unzulässig, wenn die Streitsache schon bei einem Gericht anhängig ist. Unabhängig davon, dass das Verbot der doppelten Rechtshängigkeit allenfalls der am 28.3.2006 erhobenen Klage S 15 KR 2098/06 entgegenstehen könnte, beinhaltet diese Klage auch keine identische Streitsache, nachdem sich diese Klage nicht gegen den Beklagten, sondern den BKK Landesverband Baden-Württemberg richtet und nicht Umlagebescheide hinsichtlich finanzieller Hilfen an die BKK für Heilberufe, BKK Bauknecht und beneVita BKK, sondern die Zustimmungserklärung des Vorsitzenden des Vorstandes des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg vom 10.3.2006 zum Inhalt hat.

Für Aussetzung des Verfahrens nach § 114 Abs. 2 S. 1 SGG im Hinblick auf den Rechtsstreit S 15 KR 2098/06 bestand kein Anlass, da dieser Rechtsstreit nicht vorgreiflich ist. Unabhängig davon, ob die Zustimmungserklärung des Vorstandsvorsitzenden E. des Landesverbandes Baden-Württemberg vom 10.3.2006, die keinen Verwaltungsakt i.S. des § 31 SGB X beinhaltet (dazu sogleich), von der Klägerin überhaupt statthaft angefochten werden konnte, ist deren Wirksamkeit im vorliegenden Rechtsstreit inzident zu überprüfen. Daneben ist auch die Zustimmungserklärung des Landesverbandes Baden-Württemberg, die nicht Gegenstand des Rechtsstreits S 15 KR 2098/06 bildet, im vorliegenden Rechtsstreits für die Teilnahme der Klägerin am Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe relevant. Der einheitlich zu beurteilende Sachverhalt einer Zustimmung eines Landesverbandes i.S. des § 265 a Abs. 2 S. 2 SGB V a.F. kann nicht in mehrere Erklärungsakte aufgespalten und gegebenenfalls zum Gegenstand anderweitiger Rechtsstreitigkeiten gemacht werden. Auch der Umstand, dass vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (Berufungsverfahren Urteil SG Dortmund vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05) und dem Bayerischen Landessozialgericht (Berufungsverfahren gegen Urteil SG München vom 8.10.2008, S 3 KR 549/05) vergleichbare Sachverhalte verhandelt werden, rechtfertigt nach Auffassung der Kammer keine Aussetzung des vorliegenden Rechtsstreits. § 114a SGG erlaubt unter strengen Voraussetzungen die Aussetzung eines Rechtsstreits und die Durchführung eines oder mehrerer Musterverfahren. An den Voraussetzungen des § 114a Abs. 1 S. 1 SGG fehlt es offensichtlich. Darüber hinaus rechtfertigt die Anhängigkeit eines "Musterverfahrens" keine Aussetzung nach § 114 SGG (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig, 9. Aufl. 2008, § 114 Rdn. 5b).

III. Die Klage ist im tenorierten Umfang begründet. Während sich nach Auffassung der Kammer der Bescheid des Beklagten vom 19. Mai 2006 (Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe) als rechtswidrig darstellt und die Klägerin in ihren Rechten verletzt, sind die Bescheide des Beklagten vom 19. Mai 2006 (Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK) nicht zu beanstanden.

1. § 265a SGB V in der bis zum 26.10.2006 gültigen Fassung (a.F.), die auf den vorliegenden Rechtsstreit Anwendung findet, lautet: "(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. (2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil."

Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung die Möglichkeit eines freiwilligen Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen einer Kassenart schaffen und billigte dabei die Verringerung und Beseitigung von Beitragssatzunterschieden, die nach Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbleiben (vgl. BT-Drs. 12/3608, S. 117). Peters (in: Kasseler Kommentar, Stand: 56. Ergänzungslieferung Dezember 2007, § 265a SGB V Rdn. 3; vgl. auch die kurze Kommentierung von Peters, in: Handbuch der Krankenversicherung, Teil II SGB V, Band 4, § 265a sowie LPK-SGB V, 2. Aufl., §§ 265, 265a) hält die Vorschrift für weitgehend aus sich selbst heraus verständlich und verzichtet auf eine Kommentierung. Demgegenüber werfen die Beteiligten des vorliegenden Rechtsstreits eine Vielzahl von Rechtsproblemen anlässlich der Finanzierung von Hilfen i.S. des § 265a SGB V a.F. auf und stellen umfassende rechtliche Erwägungen an. Die Kammer braucht über diese nicht umfassend und abschließend zu entscheiden, sondern kann sich auf die Darstellung der seine Entscheidung tragenden Gründe beschränken.

Dabei ist maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der streitgegenständlichen Umlagebescheide vom 19.5.2006 für das Geschäftsjahr 2004 deren Erlass, nachdem die Klägerin mit einer reinen Anfechtungsklage die Aufhebung dieser Bescheide begehrt (vgl. nur Keller in: Meyer-Ladewig, 9. Aufl. 2008, § 54 Rdn. 33).

2. Der Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 im Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen zugunsten der BKK für Heilberufe stellt sich als rechtswidrig dar und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

Die Klägerin nimmt am Umlageverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe mangels wirksamer Zustimmungserklärung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg nicht teil. Der Landesverband Baden-Württemberg hat seine Zustimmung vom 15.11.2004 zum Hilfgewährungsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe mit der Bedingung verknüpft, dass der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen sich an finanziellen Hilfen zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK beteiligt und die Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen, mit der Folge, dass diese Erklärung unwirksam ist und zudem die vom Landesverband gestellte Bedingung, nämlich die Teilnahme der Mitgliedskassen des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen am Ausgleichsverfahren zugunsten der Bauknecht BKK und beneVita BKK, mangels wirksamer Zustimmung nicht eingetreten ist (in diese Richtung auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 12.6.2006, L 4 KR 2807/05 ER-B; a.A. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 2.9.2005, L 16 B 65/05 KR ER; SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05).

a. Nach Auffassung der Kammer ist die Wirksamkeit der Zustimmungserklärung des Landesverbandes Baden-Württemberg, dem die Klägerin angehört, im vorliegenden Rechtsstreit zu überprüfen. Dieser kommt - entgegen der Auffassung des Beklagten - keinerlei Bindungswirkung zu. Sie beinhaltet keinen Verwaltungsakt i.S. des § 31 SGB X, der gegenüber dem Adressaten mit Bekanntgabe wirksam wird und seine Wirksamkeit erst mit Rücknahme, Widerruf, Aufhebung oder Erledigung verliert (§§ 39 SGB X, 77 SGG), zumal eine gegenüber der Klägerin erfolgte Bekanntgabe (§ 37 SGB X), nämlich die willentliche Verschaffung vom Inhalt eines Verwaltungsaktes (hier der Zustimmungserklärung) durch die Behörde (hier des Landesverbandes Baden-Württemberg) gegenüber dem Adressaten (vgl. nur

Engelmann in: von Wulffen, 6. Aufl. 2008, § 37 Rdn. 3), der Zustimmungserklärung des Landesverbandes Baden-Württemberg vom 15.11.2004, die ebenso wie das Schreiben des Vorstandsvorsitzenden E. des Landesverbandes Baden-Württemberg vom 10.3.2006 ausschließlich an den Beklagten gerichtet war, nicht ersichtlich ist. Woraus der Beklagte eine "Bindungswirkung" einer einmal erteilten Zustimmung des Landesverbandes Baden-Württemberg im Verhältnis zwischen den Beteiligten herleiten möchte, bleibt im Dunkeln. Vielmehr setzt [§ 265a Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a.F. ausdrücklich die Zustimmung des Landesverbandes Baden-Württemberg voraus, damit die Klägerin am Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe teilnimmt.

Die Zustimmungserklärung eines Landesverbandes nach [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. stellt keinen Verwaltungsakt i.S. des [§ 31 SGB X](#) dar (so auch Dr. M., Stellungnahme im Auftrag des Beklagten August 2004, Anlagen Klägerin K 14; offen gelassen von SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Gem. [§ 31 S. 1 SGB X](#) ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist, ein Verwaltungsakt. Vorliegend fehlt es daran, dass die Zustimmungserklärung i.S. des [§ 265a SGB V](#) a.F. nicht auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Gegenstand der Beurteilung des Landesverbandes ist nicht die Gewährung von Hilfe an eine notleidende Krankenkasse oder die dazu erforderliche Finanzierung der Hilfe durch eine Umlage, sondern die Entscheidung über die Teilnahme der Mitgliedskassen an dem Ausgleichsverfahren. Die Entscheidung sowohl über die Hilfgewährung als auch die Umlage im Außenverhältnis trifft allein der Beklagte. Die Zustimmung der Landesverbände kommt lediglich im Innenverhältnis Bedeutung bei der Vorbereitung der Entscheidung des Beklagten zu. Einen Anhaltspunkt für diese Deutung der Rechtsbeziehung zwischen Klägerin, Beklagtem und BKK Landesverband Baden-Württemberg liefert der Wortlaut der Vorschrift. Der Landesverband hat nicht eine "Entscheidung" zu treffen, sondern kann seine "Zustimmung" zur Gewährung von Hilfen an eine notleidende Krankenkasse erteilen. Zwar hat die Zustimmung eines Landesverbandes zur Folge, dass die Mitgliedskassen am Ausgleichsverfahren teilnehmen. Für die Annahme einer unmittelbaren Außenwirkung gegenüber der Klägerin reicht dies jedoch nicht aus. Dies zeigt die Rechtsprechung zu Vorschriften, in denen Entscheidungen "im Einvernehmen" oder "mit Zustimmung" einer anderen Behörde zu treffen sind. Bei diesen Beteiligungsformen soll dem Betroffenen ein gesondertes prozessuales Vorgehen gegen zwei Maßnahmen nicht zugemutet werden (vgl. BSG, Urteil vom 12.6.1992, [11 RaR 35/91](#); [BVerwGE 62, 342](#), 344; [BVerwG](#), Urteil vom 7.2.1986, [4 C 43/83](#), [NVwZ 1986, 558](#); Engelmann in: von Wulffen, 6. Aufl. 2008, § 31 Rdn. 34 ff.; Meyer in: Meyer/Borgs, [Verwaltungsverfahrensgesetz](#), 2. Aufl. 1982, § 35 Rdn. 59 f.; U. Stelkens in: [Stekens/Bonk/Sachs](#), [Verwaltungsverfahrensgesetz](#), 7. Aufl. 2008, § 35 Rdn. 169 f.; Waschull in: [LPK-SGB X](#), 2. Aufl. 2007, § 31 Rdn. 57 f.).

b. Für die Beurteilung der Frage, ob die Zustimmungserklärung eines Landesverbandes nach [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. rechtlich zulässig mit Bedingungen verknüpft werden kann, ist nach Auffassung der Kammer die Regelung des [§ 32 SGB X](#) nicht heranzuziehen (a.A. SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Danach darf ein Verwaltungsakt, auf den ein Anspruch besteht, mit einer Nebenbestimmung nur versehen werden, wenn sie durch Rechtsvorschrift zugelassen ist oder wenn sie sicherstellen soll, dass die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsaktes erfüllt werden ([§ 32 Abs. 1 SGB X](#)). Ein Verwaltungsakt darf nach pflichtgemäßem Ermessen mit einer Bestimmung, nach der der Eintritt oder der Wegfall einer Vergünstigung oder einer Belastung von dem ungewissen Eintritt eines zukünftigen Ereignisses abhängt (Bedingung), erlassen werden ([§ 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB X](#)). Eine Nebenbestimmung darf dem Zweck des Verwaltungsaktes nicht zuwiderlaufen ([§ 32 Abs. 3 SGB X](#)). Nebenbestimmungen dienen als Instrument der Feinsteuerung und Konkretisierung eines Verwaltungsaktes als Hauptbestimmung und stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Begriff des Verwaltungsaktes in [§ 31 SGB X](#) (Littmann in: Hauck/Noftz, [§ 32 SGB X](#) Rdn. 8; Waschull in: [LPK-SGB X](#), 2. Aufl. 2007, § 32 Rdn. 1).

Die Regelung des [§ 32 SGB X](#) gilt nicht für einseitige öffentlichrechtliche "Rechtshandlungen", die mangels Außenwirkung - wie bspw. Mitwirkungshandlungen in gestuften Verwaltungsverfahren - keine Verwaltungsakte beinhalten (vgl. Kopp/Ramsauer, [Verwaltungsverfahrensgesetz](#), 7. Aufl. 2000, § 36 Rdn. 3; U. Stelkens in: [Stelkens/Bonk/Sachs](#), [Verwaltungsverfahrensgesetz](#), 7. Aufl. 2008, § 36 Rdn. 14; a.A. wohl Dr. M., Stellungnahme im Auftrag des Beklagten, August 2004, Anlagen Klägerin K 14). Ob eine Mitwirkungshandlung mit einer Bedingung versehen werden kann, ist vielmehr anhand des einschlägigen Fachrechts und der privatrechtlichen Rechtsgrundsätze zu beantworten. [§ 158 BGB](#) definiert die aufschiebende und auflösende Bedingung bei der Vornahme eines Rechtsgeschäfts. Durch Vereinbarung einer Bedingung i.S. dieser Vorschrift können die Parteien die mit dem Rechtsgeschäft verbundenen Wirkungen vom Eintritt eines in der Zukunft liegenden ungewissen Ereignisses abhängig machen. Durch eine Bedingung darf allerdings keine unzumutbare Ungewissheit über den künftigen Rechtszustand entstehen, weshalb einige Rechtsgeschäfte bedingungsfeindlich sind. Grundsätzlich kann jedes Rechtsgeschäft - auch ein einseitiges - unter eine Bedingung gestellt werden (vgl. Bork in: Staudinger, 2003, [Vorbemerkungen §§ 158 - 163 Rdn. 34](#); Rövekamp in: [Bamberger/Roth](#), § 158 Rdn. 16). Kraft Gesetzes sind einige Geschäft bedingungsfeindlich, wie z.B. die Eheschließung ([§ 1311 S. 2 BGB](#)), die Auflassung ([§ 925 Abs. 2 BGB](#)), die Einräumung und Aufhebung von Sondereigentum ([§ 4 Abs. 2 S. 2 WEG](#)). Ferner werden einseitige Gestaltungserklärungen, die in einen fremden Rechtskreis eingreifen, als grundsätzlich bedingungsfeindlich angesehen, weil sie die Rechtslage eindeutig klären müssen (vgl. bspw. Armgard in: [JurisPK-BGB](#), 4. Aufl. 2008, § 158 Rdn. 20; Bork in: Staudinger, 2003, [Vorbemerkungen §§ 158 - 163 Rdn. 38](#); Heinrichs in: [Palandt](#), 68. Aufl. 2009, [Einf v § 158 Rdn. 13](#); Rövekamp in: [Bamberger/Roth](#); § 158 Rdn. 17). Die Bedingung darf für den Betroffenen keine unzumutbare Ungewissheit über den neuen Rechtszustand schaffen (vgl. bspw. BGH, Urteil vom 22.10.2003, [XII ZR 112/02](#), [NJW 2004, 284/285](#)). Im Zivilrecht werden die Aufrechnungserklärung ([§ 388 S. 2 BGB](#)), die Anfechtung (BGH, Urteil vom 28.9.2006, 1 ZR 198/03, [NJW-RR 2007, 1282/1283](#)), der Rücktritt vom Vertrag ([BGHZ 97, 264/267](#)), die Wandlungserklärung, der Widerruf, die Kündigung (BGH, Urteil vom 22.10.2003, [XII ZR 112/02](#), [NJW 2004, 284](#)), die Ausübung eines Wahlrechts und eines Optionsrechts sowie des Vorkaufs- und des Wiederkaufsrechts als bedingungsfeindlich angesehen. Da die Unzulässigkeit der Bedingung in diesen Fällen dem Schutz des Erklärungsempfängers dient, sind Bedingungen wirksam, wenn der Empfänger keiner Rücksichtnahme bedarf, weil er nicht in eine ungewisse Lage versetzt wird, er auf seinen Schutz verzichtet oder ausnahmsweise nicht schutzbedürftig ist (bspw. BGH, Urteil vom 22.10.2003, [XII ZR 112/02](#), [NJW 2004, 284/285](#)).

c. Bei Anwendung dieser Rechtsgrundsätze gelangt die Kammer zu der Auffassung, dass die Zustimmungserklärung eines Landesverbandes i.S. des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. nicht mit einer Bedingung versehen werden konnte. Dabei ist von der gesetzlichen Regelung des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. auszugehen. Danach bedurfte die Entscheidung über die Hilfen zugunsten der BKK für Heilberufe der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände den Hilfen nicht zugestimmt hatten, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil ([§ 265a Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a.F.). Die Landesverbände hatten somit die Möglichkeit, der Hilfgewährung zuzustimmen oder dieser die Zustimmung zu versagen. Die Vorschrift des [§ 265a Abs. 2 SGB V](#) a.F. enthält jedoch keine Ermächtigung, die Zustimmung an eine Bedingung zu knüpfen oder die vom Bundesverband avisierte Hilfgewährung inhaltlich zu modifizieren. Aus dem Umstand, dass der Beklagte im Rahmen seiner Entscheidung über die Hilfgewährung gegenüber der notleidenden Krankenkasse den Verwaltungsakt mit Auflagen versehen konnte (vgl. [§§ 1 Abs. 3, 2 Abs. 2 AO 2004](#), 32 SGB X) und im Einvernehmen mit den zustimmenden

Landesverbänden Art und Umfang der finanziellen Hilfen im Einzelfall festzustellen hatte (vgl. [§ 2 Abs. 2 AO 2004](#)), kann nicht geschlossen werden, dass ein Landesverband seine Zustimmungserklärung i.S. des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. mit Bedingungen verknüpfen durfte.

Die Kammer ist der Auffassung, dass die erforderliche Zustimmung des Landesverbandes wegen ihrer besonderen Stellung und Funktion im Verfahren der finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. und deren Rechtswirkung für deren Mitgliedskassen nicht konditioniert werden durfte. Der Gesetzgeber begründete die Regelung des [§ 265a Abs. 2 S. 2](#) und 3 SGB V a.F. wie folgt ([BT-Drs. 12/3608, S. 117](#)):

"Die Regelung stellt sicher, dass an der Finanzierung der Hilfen nur Krankenkassen beteiligt werden, deren Landesverbände dem Antrag zugestimmt haben. Stimmt nur der Landesverband der antragstellenden Krankenkasse zu, bleibt der Ausgleich auf die Mitglieder dieses Landesverbandes beschränkt. Stimmen alle Landesverbände dem Antrag zu, wird der Ausgleich bundesweit durchgeführt."

Die Zustimmung eines Landesverbandes bewirkt zunächst, dass diesem nach Erteilung seiner Zustimmung hinsichtlich der Gewährung von finanziellen Hilfen durch den Beklagten an eine notleidende Krankenkasse bestimmte Mitwirkungsmöglichkeiten eingeräumt werden. Art und Umfang der finanziellen Hilfen sind im Einvernehmen mit den zustimmenden Landesverbänden zu bestimmen ([§ 2 Abs. 2 S. 1 AO 2004](#)). Daraus ergibt sich, dass vor Erteilung der notwendigen Zustimmung einem Landesverband keine rechtlich abgesicherten Einflussmöglichkeiten auf die vom Bundesverband avisierte Hilfestellung zukommen. Weitere Folge der Zustimmungserklärung ist, dass die Mitgliedskassen des der Hilfestellung zustimmenden Landesverbandes am Ausgleichsverfahren teilnehmen, mithin gewährte finanzielle Hilfen an notleidende Krankenkassen zu finanzieren haben. Für die Mitgliedskassen eines zustimmenden Landesverbandes hat die Zustimmung unmittelbar rechtsgestaltende Wirkung. Diese können nur im Rahmen ihrer Verbandszugehörigkeit auf die Entscheidung des Landesverbandes über dessen Zustimmung auf die Hilfestellung an eine notleidende Krankenkasse Einfluss nehmen und so versuchen, ihre Interessen und die ihrer Mitglieder zu wahren. Demgegenüber ist die Hilfestellung an eine notleidende Krankenkasse und die eigene Teilnahme am Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen nicht von ihrer Zustimmung abhängig. Über die Gewährung finanzieller Hilfen entscheidet der Beklagte ([§§ 265a Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a.F., 1 Abs. 3 AO 2004). Demnach sind - wie der Beklagte zutreffend ausführt - die Mitgliedskassen des der Hilfestellung zustimmenden Landesverbandes am Verfahren über die Gewährung der Hilfen an eine notleidende Krankenkasse nicht beteiligt. Die Entscheidung des Beklagten über die Hilfestellung ist für die am Ausgleichsverfahren beteiligten Krankenkassen, deren Landesverband der Hilfestellung zugestimmt hat, bindend. Im Rahmen des Ausgleichsverfahrens findet keine Prüfung der Rechtmäßigkeit der Hilfestellung statt. Einem Verwaltungsakt über die Gewährung von finanziellen Hilfen kommt Tatbestandswirkung zu (so bspw. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 2.9.2005, [L 16 B 65/05 KR ER](#); LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 26.10.2005, L 5 B 194/05 KR ER; SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05; SG Düsseldorf, Urteil vom 21.9.2001, S 4 KR 128/99; SG Düsseldorf, Urteil vom 27.9.2001, S 4 KR 115/99). Zwar ist die Tatbestandswirkung der Entscheidung über die Hilfestellung nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt, jedoch kann sich diese aus Sinn und Zweck der maßgeblichen Rechtsnormen ergeben (vgl. bspw. BSG, Urteil vom 6.2.1992, [12 RK 15/90](#)). Diese Wirkung kommt denjenigen Entscheidungen zu, die in späteren Verwaltungsverfahren ohne Rücksicht auf ihre Rechtmäßigkeit wie unbestrittene Tatsachen zu beachten sind (BSG, Urteil vom 16.7.1979, [8b RK 5/78](#)). Das System der finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. beruht auf der Drittwirkung der Entscheidung des Beklagten über die Hilfestellung, die auch Verbindlichkeit gegenüber den zur Finanzierung der gewährten Hilfe herangezogenen Mitgliedskassen verlangt. Gem. [§ 265a Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a.F. entschied der Beklagte über die Hilfen auf Antrag der notleidenden Krankenkasse. Die Regelung der Voraussetzungen, des Umfangs, der Finanzierung und der Durchführung der finanziellen Hilfen wurde der Satzungsautonomie des Beklagten mit Rechtswirkung für seine Mitglieder und dessen Mitgliedskassen überantwortet ([§ 265a Abs. 1 S. 1](#) und 3 SGB V a.F.), der davon durch Erlass der AO 2004 in der Fassung durch Beschluss des Verwaltungsrates vom 8.12.2004 ([§ 33 Abs. 1 SGB IV](#)), genehmigt durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit ([§ 214 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung, [§ 208 SGB V](#), [§ 34 Abs. 1 S. 2 SGB IV](#)) und bekannt gegeben in der Zeitschrift "BKK", Ausgabe Januar 2005 ([§ 34 Abs. 2 SGB IV](#)), Gebrauch gemacht hat. Die finanziellen Hilfen wurden durch den Beklagten unter vielfältiger Mitwirkung der beteiligten Landesverbände und der notleidenden Kasse festgesetzt (vgl. bspw. [§ 1 Abs. 2](#), 5 und 6, [§ 2 Abs. 2 AO 2004](#)). Dem Beklagten standen im Rahmen der [§ 1 Abs. 1 S. 1](#) und [Abs. 3](#), [§ 2 Abs. 1](#), [Abs. 2 S. 1](#), [Abs. 3](#) und 4 AO 2004 in Abstimmung mit den beteiligten Landesverbänden mehrere Handlungsoptionen zur Verfügung. Er hatte zunächst den Antrag der notleidenden Kasse nebst Sanierungskonzept zu prüfen sowie eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung und eine externe Finanzstatusprüfung einzuholen. Er musste entscheiden, ob überhaupt der antragsstellenden BKK finanzielle Hilfen gewährt werden. Er konnte bspw. Art (Darlehen oder Zuschuss) und Umfang der finanziellen Hilfen bestimmen, die Hilfestellung mit Auflagen und Bedingungen verbinden und der notleidenden Kasse Maßnahmen auferlegen. Die Art und Weise der Wahrnehmung derartiger politischer Handlungsoptionen ist von der klagenden Krankenkasse, die nicht selbst in die Rechtsbeziehung zwischen dem Beklagten und der BKK für Heilberufe einbezogen ist, als Tatbestand hinzunehmen (vgl. BSG, Urteile vom 24.9.2008, [B 12 KR 10/07 R](#) und [B 12 KR 11/07 R](#)). Den von dem Beklagten im Rahmen des Hilfestellungsverfahrens vor dem Erlass eines Bescheides über den Antrag einer notleidenden Krankenkasse zu treffenden Entscheidungen liegen regelmäßig betriebswirtschaftliche, strategische oder sonstige Zweckmäßigkeitserwägungen zugrunde. Ob der Beklagte auf anderem Wege zu besseren oder sachgerechteren Lösungen im Interesse der BKK und der beteiligten Landesverbände hätte gelangen können, unterliegt nicht der Überprüfung durch die Kammer. Aus dem Urteil des BSG vom 25.6.2002 ([B 1 KR 10/01 R](#)) ergibt sich - entgegen der Auffassung der Klägerin - keine andere Beurteilung. Zunächst begründet das BSG auch in diesem Urteil überzeugend die eingeschränkte gerichtliche Prüfungskompetenz wie folgt:

"Der vom BVerwG für die Beiträge zu anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts entwickelte Grundsatz, dass es einen Missbrauch darstellt, wenn eine Körperschaft mittels Anfechtung der von ihr erlassenen Umlagebescheide zur Beachtung der ihr rechtlich vorgegebenen Aufgabenbeschränkungen angehalten und für eventuelle Überschreitungen in der Vergangenheit zur Rechenschaft gezogen werden soll, gilt auch für die Verbandsumlagen im Krankenversicherungsrecht. Neben den hierfür vom BVerwG angeführten Argumenten des regelmäßig fehlenden Bezugs zwischen dem Beitrag des einzelnen Mitglieds und der gerügten Tätigkeit der Körperschaft sowie der schon grundsätzlich fehlenden Eignung der Beitragsverweigerung, um rechtmäßiges Verhalten durchzusetzen (BVerwG aaO, insbesondere Buchholz 430.3 Nr 13 S 13), müssen auch die haushaltsrechtlichen Implikationen beachtet werden. Darauf hat bereits der 12. Senat des BSG in einem vergleichbaren Zusammenhang hingewiesen, als er über die Klage eines Arbeitgebers zu entscheiden hatte, der unter Hinweis auf angebliche Aufgabenüberschreitungen die Beitragspflicht zur Krankenversicherung zur Überprüfung stellte (BSG SozR 2200 § 385 Nr 10 S 41 f). Dass derartige Folgen unausweichlich sein können, wenn nachträglich spezifische Fehler der Umlageerhebung (etwa bei der Berechnung) festgestellt werden, ist keine Rechtfertigung dafür, auf dem Umweg über das Beitragsrecht eine unbeschränkte Überprüfungsmöglichkeit auch in Bezug auf diejenigen Entscheidungen zu eröffnen, welche die "Strategie" der Verbandstätigkeit betreffen und die das Gesetz daher der besonderen Erörterung und Willensbildung innerhalb der Körperschaftsorgane unterwirft. Trotz der Möglichkeiten des einzelnen Mitglieds, über seine Repräsentanten auf diesen Willensbildungsprozess Einfluss zu nehmen, ist einzuräumen, dass es dabei zu

rechtswidrigen Mehrheitsentscheidungen kommen kann. Dagegen ist aber nicht im Wege der Anfechtung von Umlagebescheiden vorzugehen. Vielmehr kommt in diesen Fällen in erster Linie der Rechtsschutz in Betracht, wie ihn die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung gegenüber angeblichen Aufgabenüberschreitungen von Zwangskörperschaften unter Berufung auf [Art 2 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) entwickelt hat und im Wege der Unterlassungsklage gewährt ([BVerwGE 64, 298](#) = Buchholz 430.1 Nr 8 = [DVBl 1982, 639](#) mwN; [BVerwGE 64, 115](#) = Buchholz 430.1 Nr 7 = [DVBl 1982, 204](#)). Für die Beziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung hatte der 6. Senat des BSG zwar zu dieser Frage ursprünglich eine eher ablehnende Meinung vertreten (Urteil vom 21. Januar 1966 - BSG SozR Nr 109 zu [§ 54 SGG](#)), sich später jedoch der Rechtsprechung des BVerwG ausdrücklich angeschlossen ([BSGE 62, 231, 234](#) = [SozR 2200 § 368b Nr 4](#) S 5) und den Rechtsschutz lediglich in Bezug auf die sog Konkurrentenklage weiter differenziert (vgl zuletzt [BSGE 88, 6, 8](#) = [SozR 3-2500 § 103 Nr 6](#) S 40; BSG [SozR 3-1500 § 54 Nr 40](#) S 84 f jeweils mwN). Aus dieser Rechtsprechung lassen sich Beschränkungen der vom BVerwG befürworteten Unterlassungsklage bei willkürlicher Benachteiligung von Verbandsminderheiten nicht ableiten; auf diese Rechtsschutzmöglichkeit müssen sich die Verbandsmitglieder daher verweisen lassen, denn dabei sind die oben erwähnten Unzuträglichkeiten nicht zu befürchten. Der Umstand, dass in Kassenverbänden keine natürlichen Personen, sondern ihrerseits Körperschaften des öffentlichen Rechts zusammengeschlossen sind, begründet keine Abweichung vom dargestellten Grundsatz. Allerdings ist den staatlichen Körperschaften ein Grundrechtsschutz grundsätzlich versagt (stellvertretend: [BVerwGE 111, 354, 360](#) = Buchholz 310 [§ 42 Abs 2 VwGO Nr 7 S 14](#) = [DVBl 2001, 563, 565](#); [BVerfGE 75, 192, 196](#) ff = [DVBl 1987, 844](#) jeweils mwN). Das heißt jedoch nicht, dass ihnen die Rechtsschutzmöglichkeit über eine Unterlassungsklage verschlossen ist, so dass sie dennoch auf den indirekten Weg über das Beitragsrecht angewiesen wären. Der Schutz der Minderheit vor willkürlicher Benachteiligung durch die Mehrheit in Zwangsvereinigungen ist nicht nur nach [Art 2 Abs 1 GG](#) geboten; da er ebenso aus dem Rechtsstaatsprinzip des [Art 20 Abs 3](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) abzuleiten ist, hat der Senat keinerlei Bedenken, den Verbandsmitgliedern die Unterlassungsklage gegenüber rechtswidrigen Übergriffen des Verbands zu eröffnen (zum Schutz von Körperschaften als Beteiligte im Gerichtsverfahren vor Willkürakten des parlamentarischen Gesetzgebers: [BVerfGE 76, 130, 139](#) = [SozR 1500 § 184 Nr 4 S 8](#) = [NVwZ 1988, 345](#)). Daneben wäre die Zulässigkeit der Unterlassungsklage unter dem Gesichtspunkt des prozessrechtlichen bzw prozessökonomischen Gebots zu erörtern, an Stelle der mittelbaren Rechtsfolge (Umlagehöhe) das angeblich rechtswidrige Verhalten selbst (Aufgabenüberschreitung) zum Streitgegenstand zu machen. Im Übrigen sind keine Besonderheiten erkennbar, die einer Übertragung des vom BVerwG entwickelten Grundsatzes entgegenstehen könnten. Dass sich die Mitgliedskörperschaften ebenso auf gesetzliche Aufgabenzuweisungen berufen können wie der Verband, bestätigt die Bewertung als Kompetenzstreit und widerspricht der letztlich unzutreffenden Etikettierung als Beitragsstreit."

Im Einklang mit den Urteilen des BSG vom 24.9.2008 ist hinsichtlich eines "Sonderbeitrags", bei dem eine Aufgabenüberschreitung nach dem Urteil vom 25.6.2002 auf die Beitragshöhe durchschlagen soll, auszuführen, dass die von der Klägerin inzident zur Überprüfung gestellte Hilfestellung wegen des verbandspolitischen Handlungsspielraums der Beklagten einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle unterliegt. Zudem ist zu beachten, dass sich das Urteil des BSG vom 25.6.2002 auf eine Verbandsumlage nach dem 7. Kapitel des SGB V bezieht und nicht auf die Finanzierung gewählter Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. (8. Kapitel).

Die Mitgliedskassen sind an die Zustimmung ihres Landesverbandes gebunden und müssen diese akzeptieren. Sie haben die auf sie zukommenden Lasten als Ausgaben in ihren Haushaltsplan, der jeweils zum 1.11. vor dem Geschäftsjahr aufzustellen ist ([§§ 67 Abs. 1, 68 Abs. 1, 70 Abs. 5 SGB IV](#)), einzustellen. Die Umlage ist aus den Beiträgen und den sonstigen Einnahmen der Krankenkasse zu decken (vgl. [§ 220 Abs. 1 SGB V](#)). Reichen diese nicht aus, so sind die Beiträge entsprechend - gegebenenfalls auch während des Haushaltsjahres - zu erhöhen ([§ 220 Abs. 1 S. 2 und Abs. 2 SGB V](#)). Unter Berücksichtigung der Fälligkeitsregelung der AO 2004 haben die Krankenkassen ein berechtigtes Interesse daran, frühzeitig Klarheit darüber zu gewinnen, ob sie als Mitglied eines Landesverbandes qua dessen Zustimmung an einem Ausgleichsverfahren zur Finanzierung von Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. teilnehmen oder nicht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 12.6.2006, L 4 KR 2807/05 ER-B: "Klarheit und Transparenz des Zustimmungsverfahrens"). Dies zeigt sich auch im vorliegenden Rechtsstreit. Die BKK für Heilberufe beantragte die finanzielle Hilfen im Januar 2004, über die der Beklagte im Juli und Oktober 2004 entschied. Das Zustimmungsverfahren fand in der Zeit von August bis November 2004 statt. Im Dezember 2004 setzte der Beklagte die Klägerin über die geplante Erhebung der Umlage in Kenntnis. Erst zu diesem Zeitpunkt, mithin nach Aufstellung des Haushaltsplanes für das Jahr 2005, war für die Klägerin ansatzweise absehbar, in welcher Höhe finanzielle Lasten auf sie zukommen werden. Diese für die Klägerin erforderliche Vorhersehbarkeit der anfallenden Umlage wurde durch die vom Beklagten letztlich akzeptierte Vorgehensweise der Landesverbände in Frage gestellt, die ihre Erklärungen im Zustimmungsverfahren bzgl. der Hilfestellung an die BKK für Heilberufe vielfach geändert und mit Bedingungen versehen haben. So verlangte der BKK Landesverband Baden-Württemberg mit Beschluss vom 27.7.2004 vom Beklagten dessen Zusage von finanziellen Hilfen für die BKK Bauknecht und die beneVita BKK in Höhe von 74,7 Mio. Euro, von den übrigen Landesverbänden deren Zustimmung zu finanziellen Hilfen an die BKK für Heilberufe, vom BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen dessen Beteiligung an den finanziellen Hilfen für die BKK Bauknecht und die beneVita BKK und die Begrenzung der Beteiligung des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen an den Hilfen für die BKK Bauknecht und die beneVita BKK auf die Quote, die vom BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen zu leisten wäre, wenn sich alle anderen BKK Landesverbände am Ausgleichsverfahren beteiligen würden. Die Abgabe einer standardisierten Zustimmungserklärung lehnte er mit Schreiben vom 9.8.2004 ausdrücklich ab, was der Beklagte monierte (Schreiben vom 7.9.2004 und 20.9.2004). Der Beklagte hatte offensichtlich rechtliche Bedenken und sah sich zur Einholung eines "Rechtsgutachtens" bei seinem früheren Prozessbevollmächtigten Dr. M. veranlasst. Höhepunkt der vom BKK Landesverband Baden-Württemberg herbeigeführten Rechtsunsicherheit bildete das Ergebnis des Telefongesprächs zwischen Herrn K. und Herrn K., dass der Beklagte so verfahren solle, als ob der baden-württembergische Landesverband der Hilfestellung für die BKK für Heilberufe zugestimmt hätte, wenn jedoch die Hilfestellung für die Kassen aus Baden-Württemberg nicht im Sinne des Landesverbandes ausfallen sollte, würde dieser seine Zustimmung für die BKK für Heilberufe als so nicht erteilt zurückziehen. Während der baden-württembergische Landesverband mit Beschluss vom 6.10.2004 an seinen Bedingungen gem. Beschluss vom 27.7.2004 mit Ausnahme der Forderung nach Teilnahme aller Landesverbände festhielt, fasste er am 6.10.2004 den Beschluss, der Finanzierung der finanziellen Hilfen für die BKK für Heilberufe zuzustimmen und zwar unter der Bedingung, dass sich der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen an den finanziellen Hilfen zugunsten der BKK Bauknecht und beneVita BKK beteiligt und das Anrechnungsverfahren so durchgeführt wird, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen. Demnach verknüpfte der Landesverband Baden-Württemberg seine Zustimmung mit der Bedingung, dass in den rechtlich eigenständigen Hilfeverfahren zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK der Landesverband Nordrhein-Westfalen seine Zustimmung erteilt und dessen Finanzierungsanteil in diesen Hilfeverfahren auf die Quote begrenzt wird, die die Mitgliedskassen des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen zu tragen hätten, wenn sich alle BKK Landesverbände an den finanziellen Hilfen beteiligt hätten. Diese Forderungen haben keinen Bezug zur der Hilfestellung an die BKK für Heilberufe. Der baden-württembergische Landesverband wollte weder auf die Feststellung von Art und Umfang der finanziellen Hilfen an die BKK für Heilberufe einwirken (vgl. [§ 2 Abs. 2 AO 2004](#)) noch auf die Verknüpfung des Hilfestellungsbescheids mit Nebenbestimmungen hinwirken ([§§ 1 Abs. 3, 2 Abs. 2 AO](#)

2004). Vielmehr vermengte er rechtlich selbständige Verfahren der finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. Auf rechtlich unerträgliche Weise wurde das Zustimmungsverfahren hinsichtlich der finanziellen Hilfen zugunsten der BKK für Heilberufe mit den Zustimmungsverfahren bezüglich der finanziellen Hilfen für die BKK Bauknecht und die beneVita BKK verknüpft und dieses mit Unsicherheiten aus den anderen Hilfestellungsverfahren belastet. Denn in diesen Verfahren hatte der Landesverband Nordrhein-Westfalen seine Zustimmung zur Gewährung finanzieller Hilfen an die BKK Bauknecht, beneVita BKK und BKK Bavaria an die Zustimmung der Landesverbände Baden-Württemberg und Bayern im Hilfestellungsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe geknüpft und den jeweiligen Finanzierungsanteil der Höhe nach begrenzt, als ob sich alle BKK Landesverbände an der jeweiligen finanziellen Hilfe beteiligen.

Auch ist keinerlei rechtliche Befugnis des Landesverbandes Baden-Württemberg ersichtlich, seine Zustimmung zum Hilfestellungsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe daran zu knüpfen, dass im Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen zugunsten der BKK Bauknecht und der beneVita BKK die Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbänden an den finanziellen Hilfen beteiligen. Vielmehr hatten die Landesverbände darüber zu entscheiden, ob sie nach [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. finanziellen Hilfen zustimmen. Liegt die Zustimmung vor, stellt der Beklagte im Einvernehmen mit den der Finanzierung zustimmenden Landesverbänden Art und Umfang der finanziellen Hilfen im Einzelfall fest ([§ 2 Abs. 2 AO](#) 2004). Die Bestimmung der von den Mitgliedskassen der zustimmenden Landesverbände aufzubringenden Umlage ist in [§ 3 AO](#) 2004 geregelt. Diese Vorschrift findet ihre Rechtsgrundlage in [§ 265a Abs. 1 S. 3 SGB V](#) a.F., der u.a. die Regelung der Finanzierung der Hilfen der Satzungsbefugnis des Beklagten überantwortet hat. Eine Begrenzung der jeweiligen Finanzierungsanteile auf den Wert, der sich ergeben hätte, wenn sich alle BKK Landesverbände an den jeweiligen finanziellen Hilfen beteiligen, ist in der Satzungsbestimmung des [§ 3 AO](#) 2004 nicht vorgesehen. Auch ist nicht ersichtlich, dass der Beklagte von dem in [§ 3 AO](#) 2004 geregelten Berechnungsmodus abweichen darf. Vielmehr sieht lediglich [§ 3 Abs. 1 Nr. 5 AO](#) 2004 vor, dass die Mitgliedskassen des Landesverbandes, dem die antragstellende BKK angehört, an der Finanzierung mit einer Quote von 125 % beteiligt werden. Demnach besteht keinerlei Rechtsgrund, dass ein Landesverband eine von [§ 3 AO](#) 2004 abweichende Umlageberechnung fordert und der Beklagte die Umlage abweichend von [§ 3 AO](#) 2004 berechnet. Somit hat der Landesverband Baden-Württemberg in seiner Erklärung vom 6.10.2004 auch eine rechtswidrige Bedingung gesetzt.

Weiterhin kann das Ausgleichsverfahren vom Beklagten nur sinnvoll durchgeführt werden, wenn zu dessen Beginn die teilnehmenden Mitgliedskassen feststehen. Das Ausgleichsverfahren darf nicht mit Unsicherheiten und Streit darüber belastet werden, ob ein Landesverband seine erforderliche Zustimmung erteilt oder diese versagt hat. Nur bei uneingeschränkten und unbedingten Zustimmungserklärungen lässt sich am Beginn der Ausgleichsverfahren verlässlich bestimmen, welche Mitgliedskassen an diesem teilnehmen. Diese erhalten die erforderliche Klarheit über ihre Beteiligung am Ausgleichsverfahren, können sich auf finanzielle Lasten einstellen und ihre Verfahrensrechte im Ausgleichsverfahren wahrnehmen. Weiterhin kann nur so die Höhe der von den beteiligten Mitgliedskassen aufzubringenden Umlage nach [§ 3 AO](#) 2004 bestimmt werden. Bei einer bedingten Zustimmungserklärung besteht demgegenüber die Gefahr, dass die gesetzte Bedingung tatsächlich nicht eingetreten ist oder erst nach Beginn der Ausgleichsverfahren eintritt und dadurch eine Veränderung des Kreises der beteiligten Mitgliedskassen bewirkt. Auch ist das Ausgleichsverfahren mit dem Risiko behaftet, dass sich nachträglich herausstellt, dass eine rechtlich unzulässige Bedingung gesetzt worden ist, was eine Änderung des Kreises der am Ausgleichsverfahren beteiligten Mitgliedskassen - gegebenenfalls nach Erlass der vorläufigen/endgültigen Umlagebescheide - zur Folge hätte.

Die dargestellten fehlenden Einflussmöglichkeiten der Mitgliedskassen bzgl. der Gewährung finanzieller Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. an notleidende Kassen, die finanziellen Auswirkungen ihrer Teilnahme am Ausgleichsverfahren und ein funktionsgerechtes Ausgleichsverfahren verlangen zu dessen Beginn Klarheit und Transparenz über die Frage, ob ein Landesverband der Hilfestellung an eine notleidende Krankenkasse zugestimmt hat. Entgegen der Auffassung des Beklagten ist weder ein rechtliches noch ein praktisches Bedürfnis für eine Konditionierung der Zustimmung i.S. des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. ersichtlich. Es spricht keinerlei Notwendigkeit dafür, dass die Landesverbände ihre Zustimmung mit Bedingungen versehen. Die gegebenenfalls erforderliche Abstimmung zwischen den Landesverbänden und dem Beklagten kann unschwer durch mündliche und schriftliche Absprachen und Verträge bewerkstelligt werden (a.A. offenbar SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007). In diesem Rahmen können die Landesverbände und der Beklagte klären, wer an welchem Hilfestellungsverfahren teilnimmt, und die gegebenenfalls notwendigen Absprachen zu avisierten finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. treffen (so auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 12.6.2006, L 4 KR 2807/05 ER-B).

d. Die unzulässige Bedingung in der Zustimmungserklärung des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg vom 15.11.2004 hat deren Nichtigkeit zur Folge (vgl. Westermann in: MüKo, 5. Aufl. 2006, [§ 158 BGB](#) Rdn. 37). Eine nachträgliche "Heilung" durch das Schreiben des Vorstandsvorsitzenden vom 10.3.2006 erfolgte nicht. Nachdem diese Erklärung vor Erlass des endgültigen Umlagebescheides vom 19.5.2006 erfolgte, kommt eine Heilung gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 5 SGB X](#) nicht in Betracht (vgl. Martin, Heilung von Verfahrensfehlern im Verwaltungsverfahren, 2004, S. 29, 82). Zudem stellt diese keine bloße Verfahrenshandlung i.S. des [§ 41 Abs. 1 Nr. 5 SGB X](#) dar, sondern eine materielle Voraussetzung für die Verpflichtung einer Mitgliedskasse zur Tragung der Umlage ([§§ 265a Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a.F., 3 Abs. 2 AO 2004). Daher ist die Erklärung des Vorstandsvorsitzenden E. vom 10.3.2006 an [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. i.V. mit [§§ 207 ff. SGB V](#) zu messen. Zunächst lag diese nicht - wie erforderlich - bei Einleitung des Ausgleichsverfahrens durch den Beklagten im Dezember 2004 vor. Zudem beruhte die Erklärung vom 10.3.2006 - im Gegensatz zu den Zustimmungserklärungen vom 27.7.2004, 7.10.2004 und 15.11.2004 - nicht auf einem Beschluss des Verwaltungsrates des Landesverbandes Baden-Württemberg. Der Verwaltungsrat war gem. [§§ 209 Abs. 4, 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V](#) wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Zustimmung zur Hilfestellung an die BKK für Heilberufe für die Abgabe der Zustimmungserklärung zuständig. Der Verwaltungsrat hat von seiner Kompetenz durch Beschlüsse vom 27.7.2004, 6.10.2004 und 15.11.2004 Gebrauch gemacht. Weder der Vorstand noch dessen Vorsitzender waren berechtigt, die bisherige bedingte Zustimmungserklärung vom 15.11.2004, die allein der Verwaltungsrat des Landesverbandes Baden-Württemberg zu verantworten hatte, inhaltlich zu ändern und die gesetzten Bedingungen aufzulösen. Der Vorstandsvorsitzende hat sich mit seinem Schreiben vom 10.3.2006 eine Kompetenz angemaßt, die wegen der Sachbefassung des Verwaltungsrates und der Bedeutung der Angelegenheit für den Vorstand und dessen Vorsitzenden gesperrt war.

Somit stellt sich der Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 im Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen zugunsten der BKK für Heilberufe als rechtswidrig dar und verletzt die Klägerin in ihren Rechten und war daher aufzuheben.

3. Der Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 im Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen an die BKK Bauknecht verletzt die Klägerin nicht in eigenen Rechten.

a. Im Gegensatz zu dem Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe nimmt die Klägerin als Mitglied des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg am Umlageverfahren zugunsten der BKK Bauknecht teil, nachdem der Landesverband am 15.11.2004 bedingungslos und uneingeschränkt der Gewährung finanzieller Hilfen an die BKK Bauknecht zugestimmt hatte. Dass der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen seine Zustimmung zur Hilfestellung an die BKK Bauknecht konditioniert hat mit der Folge, dass keine wirksame Zustimmung i.S. des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. vorliegt und deren Mitgliedskassen an dem Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK Bauknecht nicht teilnehmen (a.A. freilich SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05), ändert nichts an der Teilnahme der Klägerin an diesem Ausgleichsverfahren. Entscheidend ist die Zustimmung des Landesverbandes Baden-Württemberg, dem die Klägerin angehört. Der Umstand, dass die Berechnung der Umlage unter Berücksichtigung der vom Landesverband Nordrhein-Westfalen gesetzten Bedingung, das Anrechnungsverfahren mit der Maßgabe durchzuführen, dass die jeweiligen Finanzierungsanteile so berechnet werden, als ob sich alle BKK Landesverbände an den finanziellen Hilfen beteiligen, und entgegen der Regelung des [§ 3 AO](#) 2004 erfolgte, hat möglicherweise Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit des Umlagebescheides, beseitigt aber nicht die Teilnahme der Klägerin an dem Ausgleichsverfahren.

b. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 weist keinen Anhörungsverstoß auf.

aa. Gem. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) ist, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in Rechte eines Beteiligten eingreift, diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Insofern ist das Gericht in jedem Stand des Verfahrens verpflichtet zu prüfen, ob die anhörungspflichtige Behörde dem Anhörungsgebot entsprochen hat (vgl. BSG, Urteil vom 31.10.2002, [B 4 RA 15/01 R](#)). Der Aufhebungsanspruch wegen einer unterbliebenen Anhörung steht einem sachlich-rechtlichen Fehler gleich (vgl. nur Hufen, Fehler im Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 1991 Rdn. 499 ff.; Martin, Heilung von Verfahrensfehlern im Verwaltungsverfahren, 2004, S. 174, 247; von Wulffen in: ders., 6. Aufl. 2008, § 24 Rdn. 17) und begründet damit eine uneingeschränkte Pflicht zur Aufhebung. Die Darlegungs- und objektive Beweislast für die erfolgte Anhörung trägt der Beklagte (BSG, Urteil vom 31.10.2002, [B 4 RA 15/01 R](#)).

bb. Der Beklagte war in dem vorliegenden Ausgleichsverfahren nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) nicht verpflichtet, die Klägerin vor Erlass des Umlagebescheides vom 19.5.2006 erneut anzuhören. Denn dieser Bescheid, der die Höhe der Umlage für Finanzierung der an die BKK Bauknecht gewährten Hilfen auf 18.678,- EUR festsetzt, weist gegenüber dem Vorauszahlungsbescheid vom 11.4.2005 (Umlage 39.307,- EUR) keine Beschwerde der Klägerin auf, sondern mindert eine solche. Der durch den Vorauszahlungsbescheid bestimmte Rechtskreis der Klägerin wurde nicht zu ihrem Nachteil durch Erlass des endgültigen Umlagebescheides vom 19.5.2006 beeinträchtigt (vgl. zur Annahme eines eingriffsfähigen Rechts durch einen vorläufigen Verwaltungsakt BSG, Urteil vom 19.9.2000, [B 9 SB 1/00 R](#); Urteil vom 12.12.2001, [B 6 KA 3/01 R](#); Krasney in: Kasseler Kommentar, [§ 24 SGB X](#) Rdn. 7; von Wulffen in: ders., 6. Aufl. 2008, § 24 Rdn. 4). Mithin greift dieser nicht in den Rechtskreis der Klägerin i.S. des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) ein (vgl. Lang in: LPK-SGB X, 2004, § 24 Rdn. 5; Vogelgesang in: Hauck/Noftz, [§ 24 SGB X](#) Rdn. 5a; von Wulffen in: ders., 6. Aufl. 2008, § 24 Rdn. 17).

cc. Die Klägerin wurde sowohl vor Erlass des Vorauszahlungsbescheides als auch vor Bekanntgabe des endgültigen Umlagebescheides entsprechend den Anforderungen des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) angehört. Mit Schreiben vom 23.12.2004 und einem vergleichbaren Schreiben, das der Beklagte nach übereinstimmenden Angaben der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung vom 26.11.2009 vor Erlass des Umlagebescheides vom 19.5.2006 an die Klägerin versandt hatte, gab der Beklagte der Klägerin Gelegenheit, sich zu den entscheidungserheblichen Tatsachen zu äußern. Der Beklagte teilte der Klägerin alle entscheidungsrelevanten Tatsachen mit, nämlich allen Tatsachen, auf die er seine Entscheidung stützen wollte und auf die es nach seiner materiell-rechtlichen Ansicht objektiv ankam (vgl. Krasney in: Kasseler Kommentar, [§ 24 SGB X](#) Rdn. 11 ff.; Lang in: LPK-SGB X, § 24 Rdn. 8 ff.; Vogelgesang in: Hauck/Noftz, [§ 24 SGB X](#) Rdn. 6 ff.). Insbesondere wurden der Klägerin die Rechtsgrundlagen, der Umfang der finanziellen Hilfe an die BKK Bauknecht, die Höhe der vorläufigen bzw. endgültigen Hilfe für das Geschäftsjahr 2004, die Zustimmung der beteiligten Landesverbände und deren Konditionierung, die Beteiligung der Klägerin an dem Ausgleichsverfahren und die Datengrundlagen für die Vorauszahlungen (Beitragsätze, beitragspflichtige Einnahmen, Ausgleichsbedarfssätze, der durchschnittlich erhobene allgemeine Beitragssatz aller BKK, die Belastungsgrenze) mitgeteilt. Die von der Klägerin mit Schriftsatz ihrer seinerzeitigen Bevollmächtigten vom 14.1.2005 geforderte Offenlegung aller Tatsachen des Hilfe- und Umlageverfahrens bedurfte es nicht. Nachdem der Beklagte die Auffassung vertrat und auch jetzt noch vertritt, dass im Ausgleichsverfahren die Rechtmäßigkeit der Gewährung der finanziellen Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) a.F. an die notleidende Krankenkasse nicht zu überprüfen ist, war die von der Klägerin geforderte Offenlegung der Tatsachen des Hilfestellungsverfahrens zugunsten der BKK Heilberufe nicht erforderlich. Denn diese Tatsachen waren unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Beklagten nicht entscheidungserheblich i.S. des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#). Nach der Rechtsauffassung des Beklagten, der auch die Kammer folgt, entfaltet der gegenüber der BKK Bauknecht erlassene Bescheid vom 15.3.2006 über die Gewährung finanzieller Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. Tatbestandswirkung mit der Folge, dass die Rechtmäßigkeit der Hilfestellung nicht im Ausgleichsverfahren zu überprüfen ist. Daher war die Klägerin nicht - wie im Schriftsatz vom 14.1.2005 gefordert - über die Tatsachen hinsichtlich der Voraussetzungen des [§ 1 Abs. 1 S. 3 AO](#) 2004, des Ergebnisses der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung sowie der externen Finanzstatusprüfung zu unterrichten. Der Beklagte musste nicht eine genaue Auflistung aller für die Berechnung der Umlage erforderlichen Daten aller an der Umlage beteiligten Betriebskrankenkassen (bspw. die durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze der am Ausgleichsverfahren beteiligten BKK, Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen, Satzungsregelungen nach [§ 173 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#)) vorlegen. Einer solchen weitgehenden kassenindividuellen Anhörung bedurfte es im Ausgleichsverfahren nach [§ 265a SGB V](#) a.F. nicht (so auch SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Die von der Klägerin geforderte detaillierte Aufschlüsselung der der Umlageberechnung zugrundeliegenden Daten würde das Anhörungsverfahren überfrachten und das Ausgleichsverfahren verkomplizieren und verzögern. Dabei überträgt die Kammer die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#)) zum Umfang der Begründung nach [§ 35 SGB X](#) im kassenartübergreifenden Risikostrukturausgleich nach [§ 266 SGB V](#) a.F. auf das Ausgleichsverfahren nach [§ 265a SGB V](#) a.F. Danach bedurfte es einer kassenindividuellen Begründung wegen der Stellung der Kassen und ihrer Verbände im Risikostrukturausgleichsverfahren nicht, da in diesem Verfahren an vielen Stellen eine Anhörung der Spitzenverbände oder eine andere Form ihrer Beteiligung vorgesehen war. Zwar mag das Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der an eine notleidende Krankenkasse gewährten Hilfe nach [§ 265a SGB V](#) a.F. nicht die gleiche Komplexität aufweisen wie der bis zur Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 praktizierte Risikostrukturausgleich. Jedoch ist bei einem kasseninternen Finanzausgleich mit einer Beteiligung von ca. 200 Mitgliedskrankenkassen an der Erfassung der maßgeblichen Daten (insb. Beiträge und beitragspflichtige Einnahmen) eine gewisse Beschränkung des Anhörungs- und Begründungserfordernisses gerechtfertigt. Dabei ist auch zu beachten, dass der BKK Landesverband Baden-Württemberg an dem Hilfestellungsverfahren zugunsten der BKK Bauknecht beteiligt ([§ 1 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2, 5, 6, § 2 Abs. 2, § 4 AO](#) 2004) und die Klägerin infolge ihrer Mitgliedschaftsrechte über den Sachverhalt im Rahmen des Zulässigen und Notwendigen durch den Landesverband zu unterrichten war (§§ 2 Abs. 2 Nr. 1 und § 3 Abs. 1 Satzung des Landesverbandes Baden-Württemberg). Dies gilt auch gegenüber Kassen, die sich innerhalb ihres

Verbandes in der Minderheit befinden (BSG, a.a.O.). Die Klägerin und die anderen an dem Ausgleichsverfahren beteiligten BKK hatten nach [§ 3 Abs. 5 AO](#) 2004 i.V. mit Nr. II der Anlage zu [§ 3 Abs. 6 AO](#) 2004 die für die Berechnung erforderlichen Daten zu liefern. Nach Auffassung der Kammer ist zu berücksichtigen, dass der die Daten erhebende Beklagte als Bundesverband als auch die die Daten liefernden BKK und der Hilfestellung zustimmende Landesverband Körperschaften des öffentlichen Rechts waren, von denen eine genaue Überprüfung, wahrheitsgemäße Angaben und eine interessengerechte und neutrale Abwägung zu erwarten waren (SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05).

c. Auch ein Begründungsmangel des Umlagebescheides vom 19.5.2006, der eine gebundene Entscheidung enthält ([§§ 265a Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a.F., 3 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 AO 2004), ist nicht ersichtlich. Gem. [§ 35 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) ist ein schriftlicher Verwaltungsakt mit einer Begründung zu versehen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben ([§ 35 Abs. 1 S. 2 SGB X](#)). Dabei ist nicht erforderlich, dass sich die Begründung mit allen Einzelheiten des Sachverhalts und den Argumenten des Betroffenen auseinandersetzt (vgl. nur Waschull in: LPK-SGB X, 2004, § 35 Rdn. 3). Ob die gegebene Begründung zutreffend oder unzutreffend ist, ist rechtlich irrelevant (bspw. Krasney in: Kasseler Kommentar, [§ 35 SGB X](#) Rdn. 5; Recht in: Hauck/Noftz, [§ 35 SGB X](#) Rdn. 10; Waschull in: LPK-SGB X, 2004, § 35 Rdn. 6). Der Beklagte hat in dem angegriffenen Umlagebescheid die Rechtsgrundlagen, den Umfang und die Höhe der finanziellen Hilfen an die BKK Bauknecht, die Zustimmungserklärungen der Landesverbände Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, die Beitragssätze und die beitragspflichtigen Einnahmen der Klägerin im Jahr 2004, den Ausgleichsbedarfssatz, den Ausgleichswert, den durchschnittlich ermittelten allgemeinen Beitragssatz aller BKK, die Belastungsgrenze etc. dargelegt und damit die aus seiner Sicht wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitgeteilt, die ihn zum Erlass des Umlagebescheides bewogen haben.

d. Nach Auffassung der Kammer sind die Einwendungen der Klägerin gegen die Hilfestellung an die BKK Bauknecht im Rahmen der Prüfung der Rechtmäßigkeit des Umlagebescheides nicht zu überprüfen (vgl. dazu oben). Daher geht der Vortrag der Klägerin ins Leere, die Hilfestellung an die BKK Bauknecht sei rechtswidrig gewesen, weil die finanzielle Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. nicht an Krankenkassen zu gewähren seien, die sich unter Verstoß gegen das Kreditaufnahmeverbot durch rechtswidrige Kreditaufnahmen selbst in wirtschaftliche Schwierigkeiten gebracht hätten, und tatsächlich wegen einer fehlenden Rückzahlungsverpflichtung hinsichtlich der Kredite keine Notlage eingetreten sei. Eine Nichtigkeit der Entscheidung über die Hilfestellung gegenüber der BKK Bauknecht, die deren Tatbestandswirkung ausnahmsweise entfallen lässt, hat die Klägerin weder geltend gemacht noch ist eine solche ersichtlich. Denn nach [§ 40 Abs. 1 SGX](#) ist ein Verwaltungsakt nur nichtig, soweit er an einem besonders schwerwiegenden Fehler leidet und dies bei verständiger Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände offensichtlich ist. Im Hinblick auf den zwischen den Beteiligten kontrovers geführten Streit über die Rechtmäßigkeit der Hilfestellung und die dazu bisher vorliegende Rechtsprechung kann jedenfalls von einer Offensichtlichkeit (vgl. dazu Littmann in: Hauck/Noftz, [§ 40 SGB X](#) Rdn. 15 ff.; Roos in: von Wulffen, 6. Aufl. 2008, § 40 Rdn. 10; Sachs in: Stelkens/Bonk/Sachs, 7. Aufl. 2008, § 44 Rdn. 122 ff.; Steinwedel in: Kasseler Kommentar, [§ 40 SGB X](#) Rdn. 16; Waschull in: LPK-SGB X, § 40 Rdn. 10) des von der Klägerin behaupteten Fehlers nicht ausgegangen werden.

Unabhängig davon, war der Beklagte berechtigt, gem. [§ 265a Abs. 1 S. 1 SGB V](#) a.F. i.V. mit [§ 1 Abs. 1 AO](#) 2004 finanzielle Hilfen an Krankenkasse zu leisten, die sich aufgrund verbotener Kreditaufnahmen verschuldet haben. Der Gesetzgeber wollte mit der Regelung des [§ 265a SGB V](#) a.F. die Möglichkeit eines freiwilligen Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen einer Kassenart schaffen und billigte dabei die Verringerung und Beseitigung von Beitragssatzunterschieden, die nach Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbleiben (vgl. [BT-Drs. 12/3608, S. 117](#)). Auch der Wortlaut der maßgeblichen Fassung differenziert nicht nach den Ursachen der besonderen Notlage und der fehlenden Wettbewerbsfähigkeit. Sie ist ursachenneutral formuliert und räumt der Erhaltung und Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der Kassen ein höherer Wert zu als einem ungehinderten Wettbewerb (vgl. z.B. A. Becker in: juris-PK-SGB V, § 265a Rdn. 31; Engelhard in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, 1994, § 56 Rdn. 36f.; Hänlein in: LPK-SGB V, 2. Aufl. 2003, § 265a Rdn. 3 f.; Huck in: Hauck/Noftz, [§ 265a SGB V](#) Rdn. 8; kritisch bspw. Ramsauer, NZS 2006, 505 ff.). Eine einengende Auslegung ist weder durch Sinn und Zweck der Vorschrift noch durch die Systematik geboten. Das BSG beschreibt in seinen Urteilen vom 24.9.2008 ([B 12 KR 10/07 R](#) und [B 12 KR 11/07 R](#)) die "Zielsetzung" des [§ 265a SGB V](#) a.F. wie folgt:

"Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) eingefügte Vorschrift übernahm Regelungen des bis zu seiner Ersetzung durch [§ 265a SGB V](#) geltenden [§ 267 SGB V](#) ([§ 267 SGB V](#) aF; "Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen"). Diese Bestimmung bezweckte nicht in erster Linie die Abwicklung einer Krankenkasse, etwa durch Fusion, sondern ihre Erhaltung. Das wird insbesondere daran deutlich, dass nach [§ 267 Abs. 2 SGB V](#) aF im Zusammenhang mit Hilfen Maßnahmen festgelegt werden sollten, die geeignet waren, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern, mithin sie zu erhalten. Hieran knüpfte [§ 265a SGB V](#) an (vgl. [BT-Drs. 12/3608 S. 117](#)). Auch dieser Vorschrift lag der Gedanke einer Hilfestellung für organisatorische Maßnahmen wie eine Fusion nicht zugrunde. Wie zuvor schon [§ 267 SGB V](#) aF regelte auch [§ 265a SGB V](#), dass Hilfen mit Auflagen verbunden werden konnten, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit, also der Erhaltung einer Krankenkasse dienen. An dieser vorrangigen Zielsetzung änderte sich später - entgegen der von der Revision vertretenen Auffassung - mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG) vom 24.3.1998 ([BGBl I 526](#)) nichts. Soweit danach über [§ 265a SGB V](#) Hilfen auch zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zulässig waren, wurde dies damit begründet, dass Unterstützungen struktureller Anpassungs- und Sanierungsprozesse und damit Maßnahmen schon im Vorfeld einer besonderen Notlage ermöglicht werden sollten (vgl. [BT-Drs. 13/9377 S. 11](#)). Noch deutlicher als zuvor stand mithin die Erhaltung der "notleidenden" Krankenkasse im Vordergrund."

Die so umschriebene Funktion der Erhaltung einer in Not geratenen Krankenkasse konnte nur verwirklicht werden, wenn ursachenneutral überschuldeten Krankenkassen geholfen wird. Zudem ist die Verschuldung einer Krankenkasse dazu geeignet, deren Wettbewerbsfähigkeit zu gefährden, da der Schuldenabbau regelmäßig über Beitragssatzanhebungen zu finanzieren ist.

Eine einschränkende Auslegung des [§ 265a Abs. 1 S. 1 SGB V](#) a.F. lässt sich auch nicht mit dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen. Denn die Klägerin legt ihrer Vorstellung von Solidarität ein Wettbewerbsverständnis zugrunde, dass nicht dem System der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dazu führt das BSG in seinen Urteilen vom 24.9.2008 ([B 12 KR 10/07 R](#) und [B 12 KR 11/07 R](#)) aus:

"Wie das Bundessozialgericht ((BSG) vgl Urteil vom 24.1.2003, [B 12 KR 19/01 R](#), [BSGE 90, 231](#), 265 = [SozR 4-2500 § 266 Nr 1](#) RdNr 101, mwN) und auch das Bundesverfassungsgericht ((BVerfG) vgl Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 9.6.2004, [2 BvR 1248/03](#) ua,

[SozR 4-2500 § 266 Nr 7](#) RdNr 19 ff; Senatsbeschluss vom 18.7.2005, [2 BvF 2/01](#), [BVerfGE 113, 167](#), 199, 232 ff = [SozR 4-2500 § 266 Nr 8](#) RdNr 48, 124 ff) zu Fragen des Risiko(struktur)ausgleichs nach [§§ 266](#) ff SGB V wiederholt betont haben, befinden sich gesetzliche Krankenkassen nicht in einer etwa als "privat" zu qualifizierenden Stellung als "Wettbewerber". Zwar trifft es zu, dass der Gesetzgeber mit der Organisationsreform im GSG das Ziel verfolgt hat, innerhalb des überkommenen gegliederten Systems Wirtschaftlichkeitsverbesserungen durch "Kassenwettbewerb" zu erreichen. Jedoch wird der mit der Einführung des Rechts der freien Kassenwahl etablierte "Wettbewerb" zwischen den Krankenkassen durch seine Systembezogenheit und durch die Ausgleichsinstrumente des SGB V sozial flankiert. Ebenso wie der Risiko(struktur)ausgleich nach [§§ 266](#) ff SGB V (vgl. BSG, aaO, RdNr 101; BVerfG, Beschluss vom 9.6.2004, [aaO](#), RdNr 18) stellt auch der Finanzausgleich nach [§ 265 SGB V](#) eine Ausprägung des in [§ 1 Satz 1 SGB V](#) niedergelegten Solidargedankens dar. Er zielt auf eine solidarische Verteilung von Belastungen zwischen Kassen einer Kassenart innerhalb eines Landesverbandes. Auf diese Weise trägt er wie der bundesweite Risiko(struktur)ausgleich dazu bei, die Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen zu sichern, als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungsschutz für die Versicherten zu gewährleisten. Allein der Erfüllung dieser sozialstaatlichen Aufgabe dient der "Kassenwettbewerb" und nur in dieser Aufgabenstellung ist die Klägerin von der Regelung des [§ 265 SGB V](#) betroffen. Über privatrechtlich geordnete Handlungsspielräume, wie sie etwa privaten Versicherungsunternehmen eröffnet sind, verfügt sie damit nicht."

Demgemäß stellte [§ 265a SGB V](#) a.F. eine Ausprägung des Solidargedankens ([§ 1 S. 1 SGB V](#)) dar. Er zielte auf die Erhaltung in Not geratener Krankenkassen und sicherte deren Wettbewerbsfähigkeit. Die Finanzierung hatten die Krankenkassen aufzubringen, deren Landesverbände der Hilfgewährung zugestimmt haben. Deren "Wettbewerbsposition" wurde gegebenenfalls durch erforderliche Beitragssatzerhöhungen geschälert. Der Gesetzgeber hat die Beseitigung von Beitragssatzunterschieden in Kauf genommen. Entscheidend ist, dass die Betriebskrankenkassen in ihrem Gesamtheit gegenüber den Versicherten den gesetzlich geregelten Krankenversicherungsschutz gewährleisten und die dazu erforderliche Funktionsfähigkeit im System der Betriebskrankenkassen sichergestellt wird. Sowohl die im SGB V enthaltenen Wettbewerbsselemente als auch die Regelungen über den Finanzausgleich des 4. Abschnitts des 8. Kapitels des SGB V sind Mittel zum Zweck, die den gesetzlichen Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. [§ 265a Abs. 1 S. 1](#) und 3 SGB V a.F. ermächtigte den Beklagten im Rahmen seiner Satzungsautonomie mit Wirkung für seine Mitglieder und deren Mitgliedskassen das in [§ 265a SGB V](#) a.F. zum Ausdruck kommende Solidarprinzip zu konkretisieren und finanzielle Hilfe, die von der Solidargemeinschaft der Betriebskrankenkassen im Rahmen des [§ 265a Abs. 2 S. 3 SGB V](#) a.F. zu tragen waren, auch zur Entschuldung notleidender Krankenkassen vorzusehen (vgl. [§ 1 Abs. 1 S. 1 AO](#) 2004), um deren Erhaltung zu sichern. [§ 265a Abs. 2 S. 1 SGB V](#) a.F. überantwortete dem Beklagten die Rechtsmacht und die Verantwortung, über die Gewährung finanzieller Hilfen an eine notleidende Krankenkasse zu entscheiden und das Solidarprinzip im Einzelfall umzusetzen. Der Klägerin ist es verwehrt, ihre eigene Konkretisierung des Verhältnisses von Wettbewerb und Solidarität im Bereich der finanziellen Hilfen i.S. des [§ 265a SGB V](#) a.F. an Stelle derjenigen des - zur durch Satzungserlass und Entscheidung über die Gewährung von Hilfen im Einzelfall Konkretisierung berufenen - Beklagten zu setzen.

Auch der Einwand, die Empfängerkrankenkassen - vorliegend die BKK Bauknecht - hätten sich in keiner Notlage befunden, da sie die unter Verstoß gegen das Kreditaufnahmeverbot aufgenommen Darlehen an die jeweiligen Banken nicht zurückzahlen müssten, überzeugt die Kammer - unabhängig von der fehlenden Entscheidungsrelevanz - nicht. Die Kammer schließt sich der Rechtsprechung des OLG Düsseldorf (Urteil vom 20.9.2007, [I-6 U 122/06](#)) an, das überzeugend begründet hat, dass ein Verstoß gegen das Kreditaufnahmeverbot, welches als haushaltsrechtliche Norm ausschließlich das Innenverhältnis der Krankenkassen regelt, nicht zur Unwirksamkeit des Kreditvertrages gem. [§§ 134, 138 BGB](#) führt (so auch SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05; LG Düsseldorf, Urteil vom 2.5.2006, [9 O 618/04](#); a.A. bspw. Schnapp/Rixen, BKR 2006, 360 ff.).

Schließlich ist die Kammer davon überzeugt, dass der Beklagte der BKK Bauknecht bzw. deren Rechtsnachfolgerin City BKK die gem. Bescheiden vom 22.12.2004 und 15.3.2006 bewilligten finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. auch tatsächlich gewährt hat. Die Klägerin vermochte es nicht, ansatzweise bei der Kammer Zweifel hervorzurufen, dass die bewilligten Hilfen tatsächlich nicht ausgezahlt wurden.

e. Nach Auffassung der Kammer verstößt [§ 3 AO](#) 2004 nicht gegen einfaches Gesetzesrecht.

aa. Die Kammer ist davon überzeugt, dass der Beklagte die entscheidungsrelevante Satzungsregelung des § 17 nebst Vorschriften der AO 2004 in der maßgeblichen Fassung vom 8.12.2004 wirksam in Geltung gesetzt hat. Der Verwaltungsrat des Beklagten hat diese in seiner Sitzung vom 7./8.12.2004 beschlossen und nach Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung in der Ausgabe Januar 2005 der Zeitschrift "Die BKK" bekannt gemacht. Die Klägerin hat keinerlei tatsächliche Anhaltspunkte für konkrete Mängel des Satzungsverfahrens aufgezeigt.

bb. Ein Verstoß gegen die Beitragsautonomie der Klägerin ist nicht ersichtlich (so auch SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Gem. [§ 4 Abs. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Hierunter ist die Befugnis der Krankenkassen zu verstehen, im Rahmen der Gesetze und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung, d.h. frei von Weisungen des Staates, zu erledigen (vgl. z.B. A. Becker in: jurisPK-SGB V, § 4 Rdn. 15; Hänlein in: LPK-SGB V, 3. Aufl. 2009, § 4 Rdn. 8; Heberlein in Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, Beck'scher Online-Kommentar, § 4). Selbstverwaltung findet bei den gesetzlichen Krankenkassen allerdings nur dort statt, wo sie ausdrücklich vom Gesetz vorgesehen ist (A. Becker in: jurisPK-SGB V, § 4 Rdn. 15). Das BVerfG beschreibt in seinem Beschluss vom 9.4.1975 ([2 BvR 879/73](#); vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 9.6.2004, [2 BvR 1249/03](#), [NZS 2005, 139](#) ff.) die einer Krankenkasse zukommende Selbstverwaltung wie folgt:

"Die Hauptaufgabe der Sozialversicherungsträger besteht in dem Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe. In diesem Bereich lässt sich der Sache nach nur bedingt von Selbstverwaltung sprechen. Als "Selbstverwaltung" kann hier nur die vom Gesetz eingeräumte und im Rahmen des Gesetzes bestehende organisatorische Selbständigkeit und die Erledigung dessen verstanden werden, was die Kassen als Maßnahmen vorbeugender, heilender und rehabilitierender Fürsorge für ihre Versicherten - nach den gesetzlichen Vorschriften zwar weisungsfrei, aber nicht frei von Rechtsaufsicht - ins Werk setzen."

Zwar hatten die Krankenkassen bis zur Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 gem. [§§ 194, 220](#) 241 SGB V das Recht, die Höhe ihrer Beiträge durch Satzung festzusetzen, was in der Rechtsprechung vereinzelt als "Beitragsautonomie" bezeichnet wurde (vgl. BSG, Urteil vom 29.2.1984, [8 RK 27/82](#)), jedoch kam den Krankenkassen eine Autonomie nur im gesetzlich normierten Rahmen zu. [§ 265a SGB V](#) a.F. gestattete eine Belastung der Klägerin mit einer Umlage zur Finanzierung von Hilfen an notleidende Krankenkassen. Die zur Finanzierung im

Ausgleichsverfahren herangezogenen Krankenkassen müssen diese finanziellen Belastungen aus ihren Mitteln (Beiträge und sonstige Einnahmen) aufbringen, so dass der Regelung des [§ 265a SGB V](#) a.F. Auswirkungen auf die Einnahmen immanent sind. Diese Wirkung hat der Gesetzgeber gesehen, indem er ausdrücklich die Verringerung und Beseitigung von Beitragssatzunterschieden, die nach der Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbleiben, billigte ([BT-Drs. 12/3608, S. 117](#)). Der Gesetzgeber hat durch [§ 265a Abs. 1 S. 1](#) und [3 SGB V](#) den Beklagten ermächtigt, mit Rechtswirkung gegenüber den Krankenkassen die Finanzierung der Hilfen zu regeln, ohne ihm Einschränkungen bei der Wahl und Ausgestaltung des Ausgleichssystems aufzuerlegen. Durch eine entsprechende Umlageerhebung hervorgerufene Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes können demnach nicht einer "Beitragsautonomie" unterfallen. In diesem Bereich stand der Klägerin keine Selbstverwaltung zu.

cc. Auch den von der Klägerin gerügten Verstoß gegen einen "Wettbewerbsgrundsatz" kann die Kammer nicht erkennen (SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Einen übergreifenden Wettbewerbsgrundsatz, dem klare und eindeutige Aussage entnommen werden können, kann die Kammer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erkennen (vgl. den Aufsatz "Das Sozialrecht als Wettbewerbsordnung" von Baltzer, SGB 2007, S. 573 ff., 638 ff.). Der Gesetzgeber hat in einigen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung Wettbewerbsselemente eingeführt. Im Rahmen einer umfassenden Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 ([BGBl. I, 2266](#)) eingeleitet wurde, hat er allgemeine Wahlrechte eingeführt (vgl. [§ 173 SGB V](#)) und dadurch einen "Wettbewerb" zwischen den Krankenkassen um die Versicherten angestoßen. Weitere, wesentliche Bestandteile dieser Organisationsreform waren die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs sowie die Beseitigung der bis dahin bestehenden Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten bzw. die überkommenen berufs- und betriebsbezogenen Gliederungsprinzipien der damaligen gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel dieser Organisationsreform war es, bestehende Strukturmängel und Fehlsteuerungen innerhalb des Solidarsystems zu beseitigen, nachdem die bisherige strenge Differenzierung zwischen Primär- und Ersatzkassen nebst einem komplizierten Zuweisungs- und Wahlrecht der Versicherten zu Beitragssatzunterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassen von bis zu 7,5 Prozentpunkten vor Ort bei einem gesetzlich vorgegebenen gleichen Leistungsspektrum geführt hatte (vgl. BVerfG, Beschluss vom 18.7.2005, [2 BvF 2/01](#); Blöcher in: jurisPK-SGB V, § 173 Rdn. 14; Peters in: Kasseler Kommentar, [§ 173 SGB V](#) Rdn. 6). Dem sollte durch eine Umstrukturierung in Richtung wettbewerbsorientierter Rahmenbedingungen entgegengewirkt werden, die durch Finanz- und Risikostrukturausgleiche ([§§ 265 ff. SGB V](#)) flankiert wurden, um annähernd gleiche Wettbewerbschancen unter den Kassen zu schaffen (vgl. Blöcher in: jurisPK-SGB V, § 173 Rdn. 14; Hänlein in: LPK-SGB V, 3. Aufl. 2009, Vor §§ 173 - 176 Rdn. 3; Noftz in: Hauck/Haines, [§ 4 SGB V](#) Rdn. 25; Peters in: Kasseler Kommentar, [§ 173 SGB V](#) Rdn. 6). Der Gesetzgeber setzte Wettbewerbselemente ein, um die Krankenkassen in den Stand zu versetzen, den öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten (vgl. Baltzer, SGB 2007, 639/641). Daher wird das Verhältnis der Krankenkassen auch im "Wettbewerb" um die Versicherten u.a. durch den Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft ([§ 1 S. 1 SGB V](#)), die Pflicht der Zusammenarbeit ([§ 4 Abs. 3 SGB V](#)) und die Finanz- und Risiko(struktur)ausgleiche nach [§§ 265 ff. SGB V](#) geprägt (bspw. Baltzer, SGB 2007, 638/641 f.).

Das BVerfG führt in seinem Beschluss vom 18.7.2005 ([2 BvF 2/01](#)) zum sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung u.a. aus:

"Das Grundgesetz lässt den kassenübergreifenden Solidarausgleich zu und fordert nicht, den verfassungsrechtlich legitimierten sozialen Ausgleich jeweils an den Grenzen der einzelnen Krankenkassen enden zu lassen. Denn die Untergliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in Krankenkassen stellt eine einfach-rechtliche, primär politisch (vgl. Nipperdey/Säcker, Zur verfassungsrechtlichen Problematik von Finanzausgleich und Gemeinlast in der Sozialversicherung, 1969, S. 10, 22) und nicht rechtlich bestimmte Organisationsentscheidung des Gesetzgebers dar, der kein Verfassungsrang zukommt. Aus dem Grundgesetz folgt, was die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung angeht, weder ein Änderungsverbot noch ein bestimmtes Gestaltungsgebot (vgl. [BVerfGE 36, 383](#) (393); [39, 302](#) (315); 89, 365 (377)). Der einfache Gesetzgeber wäre daher von Verfassungs wegen nicht gehindert, alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenzufassen und in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft zu organisieren. Alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wären dann Teil einer einzigen großen "Bundeskrankenkasse", in der sich das Solidarprinzip ungehindert umfassend entfalten würde. Der einfache Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen aber auch nicht gehindert, an der Untergliederung der gesetzlichen Krankenversicherung in Krankenkassen festzuhalten, diese aber im Rahmen eines Lastenausgleichsverfahrens finanziell zu einer Solidargemeinschaft zu verbinden."

Weiter heißt es in diesem Beschluss zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nach [§ 266 SGB V](#) a.F.:

"Auch die gleichzeitige Verfolgung von Solidarität und Wettbewerb als Hauptziele des Risikostrukturausgleichs gibt zu verfassungsrechtlichen Bedenken keinen Anlass. Dieses Grundkonzept des Gesetzgebers ist frei von Widersprüchen und kann daher ohne weiteres folgerichtig umgesetzt werden. Schon die Entstehungsgeschichte des Gesundheitsstrukturgesetzes macht deutlich, dass der Gesetzgeber ein eigenständiges, sich von der gewerblichen Wirtschaft unterscheidendes Wettbewerbsmodell für die gesetzliche Krankenversicherung entworfen hat. Gedacht war an eine Wettbewerbsordnung auf der Basis des Solidarprinzips. Der Wettbewerb sollte erst dort beginnen, wo das Solidarprinzip endet. Solidaritätswidriger Risikoselektionswettbewerb, also Wettbewerb um die guten Risiken, war nicht erwünscht (vgl. [BTDrucks 12/3608, S. 68](#) f.). Der Gesetzgeber sucht die Risikoselektion, die zur Herausbildung einzelner Teilkollektive von Versicherten mit überdurchschnittlich guter Risikostruktur führen kann, dadurch zu verhindern, dass deren finanzielle Auswirkungen zwischen den Kassen auszugleichen sind. Unter den Bedingungen eines Risikostrukturausgleichs ist es für eine Krankenkasse jedenfalls finanziell nicht lohnend, aktiv an der Verbesserung ihrer Risikostruktur durch Gewinnung junger, einkommensstarker oder lediger Mitglieder zu arbeiten, weil die hieraus resultierenden Beitragssatzvorteile durch Entstehung von Ausgleichspflichten im Risikostrukturausgleich neutralisiert werden. Außerhalb des durch die Ausgleichsfaktoren der [§§ 266, 267 SGB V](#) klar abgegrenzten Bereichs war Wettbewerb vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünscht. Einzelne Kassen, denen es gelingt, ihre Verwaltungskosten zu senken oder besonders günstige Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern abzuschließen, konnten und sollten günstigere Beitragssätze festsetzen als andere Krankenkassen, die keine vergleichbaren Effizienzsteigerungen erzielt hatten."

Daraus ergibt sich, dass die Klägerin als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisatorisch verselbständigt ist, es dem Gesetzgeber aber freisteht, die Klägerin über die gesetzlich vorgesehenen Ausgleichssysteme in das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung einzubinden. Dabei wurde der "Kassenwettbewerb" um die Versicherten nicht ausschließlich durch den Risikostrukturausgleich nach [§ 266 SGB V](#) a.F. flankiert, sondern durch das gesamte System der Finanz- und Risikostrukturausgleiche nach [§ 265 ff. SGB V](#) a.F. (vgl. BSG, Urteile

vom 24.9.2008, [B 12 KR 10/07 R](#) und [B 12 KR 11/07 R](#) zu der Regelung des [§ 265 SGB V](#)). [§ 265a SGB V](#) a.F. war Bestandteil der Finanz- und Risikostrukturausgleiche und verwirklicht das Solidarprinzip innerhalb einer Kassenart auf Bundesebene zur einzelfallbezogenen Unterstützung einzelner Krankenkasse ([§ 265 SGB V](#) auf Landesebene innerhalb einer Kassenart), während [§ 266 SGB V](#) a.F. kassenartübergreifend und bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung der Krankenversicherung nach dem Solidarprinzip sicherstellen sollte (vgl. Pfohl in: Becker/Kingreen, 2008, § 265 Rdn. 3). [§ 265a SGB V](#) a.F. setzte das Solidarprinzip - wie [§ 266 SGB V](#) a.F. - kassenübergreifend auf Bundesebene um, jedoch - anders als [§ 266 SGB V](#) a.F. - aus Anlass der Finanzierung konkreter Hilfeleistungen an einzelne Krankenkassen. Auch das BVerfG hat betont, dass im System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gewährleistung der sozialstaatlichen Aufgaben eines öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungsschutzes gegenüber den Versicherten nur eine Wettbewerbsordnung auf Basis des Solidarprinzips vorstellbar ist. Für das BVerfG bestand kein Anlass, in seiner Entscheidung vom 18.7.2005 zum Risikostrukturausgleich Ausführungen zum seinerzeitigen Gesamtsystem der Finanz- und Risikostrukturausgleiche zu machen. Die Kammer überzeugt es nicht, wenn die Klägerin versucht, den Beschluss des BVerfG vom 18.7.2005 für sich dadurch fruchtbar zu machen, indem sie die Ausführungen des BVerfG im Rahmen der Prüfung des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) hinsichtlich Ungleichbehandlungen einzelner Versichertengruppen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Regelungen über den Risikostrukturausgleich auf die finanziellen Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. inhaltsgleich überträgt. Dabei verkennt sie, dass [§ 265a SGB V](#) a.F. innerhalb einer Kassenart aus Anlass einzelner Notlagen finanzielle Hilfe ermöglicht und die am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Kassen durch die ihnen auferlegte Finanzierung in das Solidarsystem einbindet. Dass die Ausgleichspflichten zu finanziellen Lasten führen und sich auf die Höhe der Beiträge auswirken können, hat der Gesetzgeber in Kauf genommen ([BT-Drs. 12/3608, S. 117](#)). Er hat ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, im Interesse des Gesamtsystems einer Kassenart Beitragssatzunterschiede zu verringern oder zu beseitigen und damit eine vorteilhafte Wettbewerbsposition einer Kasse mit einem niedrigen Beitragssatz zu schmälern. Der Gesetzgeber hat den Beklagten ermächtigt, mit Rechtswirkung gegenüber den Landesverbänden und deren Mitglieds-kassen die Finanzierung von Hilfen zu regeln, ohne ihm inhaltliche Vorgaben zu machen. Dem Beklagten stand als Satzungsgeber ein weiter Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum zu, nach welchen Kriterien er die Lasten infolge der Gewährung finanzieller Hilfen auf die am Ausgleichsverfahren beteiligten Kassen verteilt (vgl. BSG, Urteile vom 24.9.2008, [B 12 KR 10/07 R](#) und [B 12 KR 11/07 R](#) zu [§ 265 SGB V](#)). Die Wahl des asymmetrischen Finanzierungsmaßstabes mit einer beitragsatzorientierten Staffelung der Umlage nach Belastungsstufen war ihm nicht verwehrt. Für das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist es geradezu typisch, dass leistungsstärkere Krankenkassen zur solidarischen Verteilung von Lasten zwischen den Krankenkassen besonders herangezogen werden. Es erscheint der Kammer sachgerecht, weniger leistungsstarke BKK mit Beitragssätzen über dem Hebesatz i.S. des [§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AO](#) 2004 deutlich weniger durch die Umlage zu belasten als BKK mit Beitragssätzen unter diesem Hebesatz. Denn deren Position im "Kassenwettbewerb" um die Versicherten war umso mehr beeinträchtigt, desto weiter deren allgemeiner Beitragssatz über dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung lag. Eine weitere Belastung mit Ausgaben - vorliegend zur Finanzierung von Hilfen nach [§ 265a SGB V](#) a.F. - hätte deren Wettbewerbsposition weiter geschwächt und jedenfalls gefährdet. Insbesondere wenn die Umlageerhebung diese Kassen gezwungen hätte, ihren allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen, so hätte die Gefahr von Mitgliederverlust und einer Schwächung der Einnahmeseite bestanden. Durch die Heranziehung zur Umlage nach Belastungsstufen hat der Beklagte die BKK mit höheren Beitragssätzen vor Wanderungen ihrer Mitglieder zu Krankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen geschützt und das System der Betriebskrankenkassen insgesamt stabilisiert. Demgegenüber hat die Umlagepflicht bei der Klägerin zu keiner gravierenden Beeinträchtigung ihrer Position im "Kassenwettbewerb" um die Versicherten geführt. Sie hat zum 1.8.2004 ihren allgemeinen Beitragssatz von 12,4 % auf 12,8 % moderat erhöht, während der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller BKK bei 13,92 % lag. Zum 1.4.2006 betrug der Beitragssatz 12,3 %. Nach dem klägerischen Vortrag haben sich trotz der vorgenommenen Beitragssatzerhöhung die Mitgliederzahl positiv entwickelt. Während die Klägerin Anfang 2004 ca. 3.600 Mitglieder hatte, wies sie im Juli 2006 ca. 40.000 Mitglieder auf. Für die Kammer ist nicht ansatzweise ersichtlich, wann und in welchem Umfang die von dem Beklagten erhobenen Umlagen in den Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK für Heilberufe, der BKK Bauknecht und der beneVita BKK die Klägerin veranlassen haben sollen, ihren allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen oder von der Absehung des allgemeinen Beitragssatzes abzusehen, und dadurch die im Vergleich zu den BKK, die ausschließlich auf der 2. Belastungsstufe des [§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AO](#) 2004 oder wegen der Überschreitung der Belastungsgrenze des [§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 AO](#) 2004 gar nicht herangezogen wurden, benachteiligt worden sein soll.

f. Die Kammer kann keinen Verstoß von [§ 3 AO](#) 2004 gegen höherrangiges Recht feststellen.

aa. Nachdem die Klägerin als Trägerin einer Betriebskrankenkasse juristische Person des öffentlichen Rechts ist, die sich nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG nicht auf Grundrechte berufen kann (vgl. bspw. BVerfG, Beschluss vom 9.4.1975, [2 BvR 879/73](#), [BVerfGE 39, 302](#) ff.; BVerfG, Beschluss vom 9.6.2004, [2 BvR 1249/03](#), [NZS 2005, 139](#) ff.; zuletzt Beschluss vom 11.12.2008, 1 BvR 1665/09, [NVwZ-RR 2009, 361](#) f.), ist als verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab auch im Rahmen der Beziehungen innerhalb des hoheitlichen Staatsaufbaus das im Rechtsstaatsgebot enthaltene Willkürverbot heranzuziehen (vgl. bspw. BVerfG, Beschluss vom 2.5.1967, 1 BvR 578/73; BVerfG, Beschluss vom 1.7.1987, [1 BvL 21/82](#), [NVwZ 1988, 355](#) f.; BVerfG, Beschluss vom 14.4.1987, 1 BvR 775, 84; BVerfG, Beschluss vom 5.10.1993, [1 BvL 34/81](#), [NJW 1994, 1465/1466](#)). Es ist verletzt, wenn sich ein vernünftiger, aus der Natur der Sache ergebender oder sonstige sachlich einleuchtender Grund nicht finden lässt. Was hierbei sachlich vertretbar oder sachfremd ist, lässt sich nicht abstrakt und allgemein feststellen, sondern nur in Bezug auf die Eigenart des konkreten Sachverhalts, der geregelt werden soll (vgl. z.B. BVerfG, Beschluss vom 8.4.1987, [2 BvR 909/82](#); [NJW 1987, 3115/3118](#); BVerfG, Beschluss vom 26.2.1985, [2 BvR 1145/83](#)). Ein Verstoß gegen das Willkürverbot kann nur festgestellt werden, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist (BVerfG, Beschluss vom 7.10.1980, 1 BvL 50, 89/79, [NJW 1981, 271/272](#); Beschluss, Beschluss vom 5.10.1993, [1 BvL 34/81](#); [NJW 1994, 1465, 1466](#)). Hierbei hat der Beklagte als Satzungsgeber mit gesetzlich zugewiesener Regelungskompetenz gegenüber seinen Mitgliedern und dessen Mitglieds-kassen ([§ 265a Abs. 1 S. 1 SGB V](#) a.F.) einen weiten Gestaltungsspielraum. Insbesondere obliegt es ihm zu entscheiden, nach welchem System er die Materie ordnen will (vgl. BVerfG, Beschluss vom 1.7.1987, [1 BvL 21/82](#), [NVwZ 1988, 355](#) f.). Nicht gerichtlich überprüfbar sind beispielsweise Maßstäbe wie rechtspolitische Sinnhaftigkeit, Zweckmäßigkeit oder Opportunität. Willkür liegt nicht vor, wenn der Satzungsgeber unter mehreren Möglichkeiten nicht die zweckmäßigste oder vernünftigste gewählt hat.

bb. Der Finanzierungsmaßstab des [§ 3 AO](#) 2004 ist nicht nach Auffassung der Kammer nicht zu beanstanden. Die Anknüpfung an den allgemeinen Beitragssatz zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit einer Kasse stellt sich nicht als evident sachwidrig dar (SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05; a.A. wohl SG München, Urteil vom 8.10.2008, [S 3 KR 549/05](#), [NZS 2009, 448](#) f.). Nach [§ 3 Abs. 1 S. 2 AO](#) 2004 ist die Umlagepflicht für die einzelne BKK das Produkt aus ihren beitragspflichtigen Einnahmen und einem kassenindividuell ermittelten Hebesatz. BKK mit einem allgemeinen Beitragssatz der um 0,3 erhöhten Summe der für den Risikostrukturausgleich ermittelten Ausgleichsbedarfssätze gem. [§ 266 Abs. 3 SGB V](#) a.F. werden mit der Differenz zwischen ihrem allgemeinen Beitragssatz und dem um 0,3

erhöhten Ausgleichsbedarfssatz belastet ([§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AO 2004](#)). Erst wenn die so ermittelten Umlageverpflichtungen nicht ausreichen, um den Finanzierungsbedarf zu decken, ist der darüberhinausgehende Finanzierungsbedarf von allen Kassen zu tragen, wobei die Belastung der einzelnen BKK bis zu einer Belastungsgrenze linear abnimmt ([§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AO 2004](#)). Dies führt im vorliegenden Fall dazu, dass die am Ausgleichsverfahren teilnehmenden BKK, die - wie die Klägerin - einen allgemeinen Beitragssatz unter 13,07 hatten, besonders stark zur Finanzierung herangezogen werden, während die BKK mit einem allgemeinen Beitragssatz über 13,07 nicht oder in einem geringeren Umfang zur Finanzierung herangezogen werden. Damit knüpft die Höhe der Umlage an den allgemeinen Beitragssatz an. Der allgemeine Beitragssatz ist als ein Kennzeichen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der zur Finanzierung der Hilfen herangezogenen Kassen anzusehen. Gem. [§ 220 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) werden die Mittel der Krankenversicherung durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beiträge waren so zu bemessen, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken ([§ 220 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung). Eine Krankenkasse musste mithin in der Lage sein, mit einem Beitragssatz von unter 13,07 ihre Ausgaben, einschließlich einer eventuell erforderlichen Auffüllung des Betriebsmittelbestandes, und die im Haushaltsplan vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Im Vergleich zu Krankenkassen, die einen höheren Beitragssatz aufwiesen, erscheinen Krankenkassen mit einem niedrigen Beitragssatz leistungstark. Je weiter der Beitragssatz unter dem allgemeinen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung lag, desto geringer wurde ihre Wettbewerbsposition durch eine Beitragssatzerhöhung beeinträchtigt. Denn eine solche Krankenkasse konnte ihre Leistungen weiterhin zu einem vergleichsweise günstigen Beitragssatz anbieten und musste keine gravierenden Verluste an Mitgliedern befürchten. Im System der BKK lag für das Jahr 2004 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bei ca. 13,92, während der allgemeine Beitragssatz der Klägerin 12,4, 12,8 (ab 1.8.2004) und 12,3 (ab 1.4.2006) betrug. BKK mit einem überdurchschnittlichen Beitragssatz waren durch diesen in ihrer Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt. Aufgrund eines überdurchschnittlichen Beitragssatzes konnten diese im Vergleich zu Krankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen mit einem geringeren Mitgliederzuwachs rechnen. Bei Beitragssatzerhöhungen bestand die Gefahr von Mitgliederverlusten mit Einnahmeausfällen. Mithin sprach ein hoher allgemeiner Beitragssatz für eine geringe bzw. fehlende Leistungsfähigkeit, ein niedriger und weit unterdurchschnittlicher Beitragssatz für eine große Leistungsfähigkeit. Die Kammer hat somit keine Bedenken, dass der Beklagte die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes als Kriterium zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der BKK herangezogen hat. Dass es noch andere, möglicherweise bessere Kriterien gegeben hätte, ist im Rahmen der vorzunehmenden Evidenzkontrolle irrelevant.

cc. Die Kammer hält die Anknüpfung an den um 0,3 erhöhten Ausgleichsbedarfssatz aus dem bis zur Einführung des Gesundheitsfonds durchgeführten Risikostrukturausgleich als Grenze zwischen der 1. und 2. Belastungsstufe ([§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 2 AO 2004](#)) nicht für evident sachwidrig (so auch SG Dortmund, Urteil vom 20.12.2007, S 12 KR 45/05). Bei dem Ausgleichsbedarfssatz handelte es sich um eine Rechengröße im Rahmen des Risikostrukturausgleichs, der für die Jahre bis 2008 nach der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung des [§ 266 SGB V](#) durchgeführt wird, zur Bestimmung der Finanzkraft einer Krankenkasse ([§ 266 Abs. 3 S. 1 SGB V](#)). Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder ([§ 266 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) a.F.). Der Ausgleichsbedarfssatz beinhaltet der Sache nach den Beitragssatz, der erhoben werden müsste, wenn die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller Krankenkassen aus den beitragspflichtigen Leistungsausgaben aller Krankenkassen finanziert werden müssten. Nachdem der Gesetzgeber im Rahmen des Risikostrukturausgleichs an den Ausgleichsbedarfssatz zur Bestimmung der Finanzkraft angeknüpft hat, ist für die Kammer kein Grund ersichtlich, dass der Beklagte als Satzungsgeber auf diesen klar definierten Wert nicht zurückgreifen durfte. Vielmehr liegt es nahe, Krankenkassen, deren allgemeiner Beitragssatz unter dem Ausgleichsbedarfssatz liegt, als besonders leistungsfähig zu qualifizieren. Auch die Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes um 0,3 lässt sich auf einen Sachgrund stützen. Denn der Ausgleichsbedarfssatz erfasst lediglich die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, nicht jedoch Verwaltungskosten und sonstige Ausgaben i.S. des [§ 266 Abs. 4 SGB V](#) a.F. Somit lag für den Beklagten ein Sachgrund für die vorgenommene Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatz vor. Ob eine geringere oder höhere Erhöhung oder ein Unterlassen der Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes zweckmäßiger oder vernünftiger gewesen wäre, spielt für die rechtliche Beurteilung keine Rolle. Die von der Klägerin befürchteten Unsicherheiten für die Haushaltsplanung bei Anknüpfung an den Ausgleichsbedarfssatz sind für die Kammer nicht erkennbar. Zur Ermittlung der Höhe der Vorauszahlung hatte der Beklagte gem. [§ 3 Abs. 6 AO 2004](#) i.V.m. III.3. der Anlage 3 zur AO 2004 die zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung im April 2005 zuletzt vom Bundesversicherungsamt für die Durchführung des monatlichen Ausgleichs geschätzten Ausgleichsbedarfssätze für das Ausgleichsjahr 2004 zugrunde zu legen. Somit konnte eine Berechnung der Vorauszahlung ohne zeitliche Verzögerung erfolgen. Bei Endabrechnung im Mai 2006 hatte der Beklagte gem. [§ 3 Abs. 6 AO 2004](#) i.V.m. IV.3. der Anlage 3 zur AO 2004 die vom Bundesversicherungsamt bekannten gegebenen Ausgleichsbedarfssätze für das Ausgleichsjahr 2004 zu berücksichtigen, die am 7.11.2005 festgesetzt wurden (vgl. Informationen auf www.bundesversicherungsamt.de). Damit ist offenkundig, dass die Endabrechnung nicht wegen einer Anknüpfung an den Ausgleichsbedarfssatz im Mai 2006 erfolgte, sondern weil die Höhe der endgültigen Hilfe an die Bauknecht BKK durch den Beklagten im März 2006 festgesetzt wurde. Bei Vergleich der Höhe der vom Beklagten ermittelten vorläufigen und endgültigen Umlage ist ersichtlich, dass eine gravierende Abweichung der Umlagehöhe nicht eingetreten ist. Die von der Klägerin befürchteten Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs der Umlage sind für die Kammer nicht nachvollziehbar.

dd. Schließlich stellt sich der asymmetrische Umlagemaßstab des [§ 3 Abs. 1 AO 2004](#) nicht als evident sachwidrig dar. Vielmehr oblag es dem verbandspolitischen Gestaltungsermessen des Beklagten, mit Rechtswirkung gegenüber seinen Mitgliedern und den Mitgliedskassen die Finanzierung der finanziellen Hilfen und damit den Umlagemaßstab zu bestimmen. Dass der Beklagte dabei an die Leistungsfähigkeit der am Ausgleichsverfahren beteiligten Kassen angeknüpft hat, ist - wie bereits dargestellt - nicht evident sachwidrig. Der Beklagte durfte auch, die BKK entsprechend ihrer unterschiedlichen Leistungsfähigkeit gestuft zur Finanzierung der Hilfen heranziehen. Dass er einerseits die als besonders leistungsfähig einzustufenden Kassen mit einem weit unterdurchschnittlichen Beitragssatz (13,07 gegenüber 13,92) besonders stark herangezogen hat, andererseits die Kassen mit einem allgemeinen Beitragssatz in der Nähe des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes aller BKK auf der 2. Finanzierungstufe linear abnehmend bis zur Belastungsgrenze i.S. des [§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 AO 2004](#) geringer belastet hat, stellt sich nicht als evident sachwidrig dar. Vielmehr ist ein Sachgrund darin zu erkennen, dass den als besonders leistungsfähig zu qualifizierenden Kassen ein überdurchschnittlicher Finanzierungsbeitrag zumutbar ist. Dass der Beklagte dabei auch, wie die Klägerin vorträgt, eine Angleichung oder "Nivellierung" der Beiträge angestrebt hat, hat der Gesetzgeber des [§ 265a SGB V](#) a.F. in Kauf genommen. Er billigte ausdrücklich die Verringerung und Beseitigung von Beitragssatzunterschieden, die nach der Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbleiben ([BT-Drs. 12/3608, S. 117](#)).

f. Die Höhe der gegenüber der Klägerin erhobenen Umlage ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keine konkreten Einwendungen gegen die Höhe der Umlage erhoben. Der Beklagte hat diese nach den Vorgaben des [§ 3 AO 2004](#) i.V. mit der Anlage zu [§ 3 Abs. 6](#) berechnet und festgesetzt. Der Umstand, dass er von den maßgeblichen Satzungsbestimmung im Hinblick auf die Konditionierung des bedingt

zustimmenden BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen dahingehend abgewichen ist, dass er den Finanzierungsanteil der Mitgliedskassen des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen so berechnet hat, als ob sich alle BKK Landesverbände an den finanziellen Hilfen zugunsten der BKK Bauknecht beteiligt hätten, wirkt sich nicht zum Nachteil der Klägerin aus. Hätte der Beklagte zutreffend die bedingte Zustimmungserklärung dieses Landesverbandes nicht als Zustimmung i.S. des [§ 265a Abs. 2 S. 2 SGB V](#) a.F. akzeptiert, so hätten dessen Mitgliedskassen gar nicht am Ausgleichsverfahren teilgenommen. Damit hätte die Klägerin als Mitglied des einzig am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Landesverbandes Baden-Württemberg einen höheren Finanzierungsanteil aufbringen müssen. Die Umlage wäre höher als die im streitgegenständlichen Bescheid festgesetzte Umlage ausgefallen, so dass eine Beeinträchtigung der Rechtsposition der Klägerin nicht ersichtlich ist.

g. Den übrigen Einwendungen der Klägerin brauchte das Gericht nicht nachzugehen, da diese nicht entscheidungsrelevant waren. Insbesondere die Rüge der Verletzung ihres Anhörungsrechts durch das Vorenthalten von Verwaltungsunterlagen durch den Beklagten begründet nicht die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Umlagebescheides. Die Kammer hat sich auf Basis der von den Beteiligten vorgelegten Unterlagen und den daraus hervorgehenden Tatsachen von der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Umlagebescheides überzeugt. Die Kammer war nicht verpflichtet, alle von der Klägerin gewünschten Umlagen bei dem Beklagten anzufordern und beizuziehen. Das Gericht hat der Klägerin Einsicht in die vom Beklagten übersandten Verwaltungsakten gewährt ([§ 120 Abs. 1 SGG](#)). Für das Gericht bestand weder ein Anlass noch die Möglichkeit, die Vorlage der von der Klägerin gewünschten Unterlagen gegenüber dem Beklagten gegebenenfalls zwangsweise durchzusetzen. Zunächst waren insbesondere die Unterlagen über das Hilfefewährungsverfahren gegenüber der BKK Bauknecht - wie oben dargelegt - nicht entscheidungsrelevant. Auch wurden zu Lasten der Klägerin nur diejenigen Tatsachen zugrundegelegt, von deren Vorliegen sich die Kammer überzeugt hat.

4. Der Bescheid des Beklagten vom 19.5.2006 im Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Hilfen zugunsten beneVita BKK verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. An diesem Ausgleichsverfahren nimmt sie - wie am Ausgleichsverfahren zugunsten der BKK Bauknecht - als Mitglied des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg qua dessen Zustimmung teil. Auch liegt kein Anhörungs- und Begründungsmangel vor. Zwar enthält der Bescheid vom 19.5.2006, der die Umlage auf endgültig 23.077,- EUR festsetzt, gegenüber dem Vorauszahlungsbescheid vom 11.4.2005 eine selbständige Beschwer (Umlagehöhe 22.326,- EUR), jedoch hat der Beklagte der Klägerin vor Erlass des endgültigen Umlagebescheides entsprechend den Anforderungen des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) Gelegenheit gegeben, sich zu den entscheidungserheblichen Tatsachen zu äußern. Der Beklagte hat aufgrund des [§ 265a SGB V](#) a.F. in Verbindung mit § 17 seiner Satzung und [§ 3 AO](#) 2004 die Klägerin zutreffend zu einer Umlage zur Finanzierung der der beneVita BKK bzw. dessen Rechtsnachfolgerin City BKK gewährten finanziellen Hilfen herangezogen. Weder die in [§ 3 AO](#) 2004 niedergelegte Ausgleichsordnung noch die konkrete Heranziehung der Klägerin zur Finanzierung der Hilfen zugunsten der beneVita BKK stellt sich als rechtswidrig dar und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

5. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 197a SGG, 155 Abs. 1 VwGO](#) und berücksichtigt das Verhältnis des jeweiligen teilweisen Obsiegens und Unterliegens der Beteiligten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§§ 197a SGG, 52 Abs. 1 GKG](#). Das Gericht hat die vom Beklagtem festgesetzte Umlagehöhe als Streitwert zugrundegelegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-02-03