

L 5 KR 308/21 KL

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 308/21 KL
Datum
03.04.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Klageverfahren wird endgültig auf 2,5 Millionen Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der anteiligen Heranziehung von Finanzreserven der Klägerin im Jahre 2021 zum Gesundheitsfonds und hier insbesondere über die Auswirkung einer fehlerhaften Meldung der Quartalszahlen im zweiten Quartal 2020 durch die Klägerin und einer späteren Umbuchung bestimmter Vermögenswerte aus den Finanzreserven in das Verwaltungsvermögen.

Bereits mit Bescheiden vom 23.03.2016 und vom 11.04.2016 verpflichtete das damalige Bundesversicherungsamt (jetzt: Bundesamt für Soziale Sicherung [BAS]) die Klägerin, Darlehen und Beteiligungen statt in die Finanzreserve in das Verwaltungsvermögen einzustellen. Gegen die Bescheide erhob die Klägerin jeweils Klage; gegen den Bescheid vom 23.03.2016 zum Aktenzeichen: L 11 KR 630/17 KL (bzgl. Darlehen) und gegen den Bescheid vom 11.04.2016 zum Aktenzeichen: L 11 KR 629/17 KL (bzgl. Beteiligungen).

Die Klägerin verfügte ausweislich der Übermittlung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen an das Bundesministerium für Gesundheit am 14.08.2020 zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 auf Basis der amtlichen Statistik KV 45 über eine Finanzreserve in Höhe von 538.939.129,00 EUR, in dem Betrag enthalten waren auch die von der Klägerin hierin gebuchten Darlehen und Beteiligungen. Die durchschnittliche Monatsausgabe wurde in Höhe von 640.428.173,30 EUR übermittelt.

Mit Schreiben vom 21.01.2021 hörte die Beklagte die Klägerin zur Heranziehung von Finanzreserven der Krankenkassen und zur Berechnung des Zuführungsbetrags an. Hierzu teilte die Klägerin mit Schreiben vom 09.02.2021 mit, streitig sei insbesondere, ob von der Klägerin gehaltene Beteiligungen und vergebene Darlehen der Rücklage (Schlüsselnummer 1902) zuzurechnen seien. Soweit die Beklagte die Zurechnung zum Verwaltungsvermögen für die sachgerecht halte, führe sie (die Klägerin) Gerichtsverfahren gegen die aufsichtsrechtlichen Bescheide. Diese Verfahren hätten maßgeblichen Einfluss auf die Höhe der Rücklage der Klägerin. Falls die Beträge in das Verwaltungsvermögen umzubuchen seien, reduziere das die Finanzreserve und damit auch den Zuführungsbetrag auf null Euro.

Mit dem hier streitigen Bescheid vom 26.03.2021 verpflichtete die Beklagte die Klägerin, dem Gesundheitsfonds Finanzreserven i.H.v. 186.909.555,25 EUR zuzuführen, zugleich ordnete die Beklagte die Verrechnung mit auszahlenden Zuweisungen im Zeitraum von April bis Dezember 2021 in monatlich gleichen Teilbeträgen an. Nach der Berechnungsgrundlage ergebe sich für die Klägerin ein Zuführungsbetrag in Höhe von 186.909.555,25 EUR; nach der Vergleichsberechnung ein Betrag in Höhe von 269.591.159,76 EUR. Der geringere Betrag sei zu berücksichtigen. Die Klägerin stelle auch die Berechnungsgrundlagen nicht in Abrede. Die zum zweiten Quartal 2020 auf Basis der

amtlichen Statistik KV 45 gemeldeten Werte seien nach [§ 272 Abs. 1 SGB V](#) zwingend zugrunde zu legen. Bei der Festsetzung des Zuführungsbetrags handle sie als Verwaltungsbehörde und nicht, wie bei den Bescheiden aus dem Jahre 2016, als Aufsichtsbehörde. Sie sei als Verwaltungsbehörde an die gesetzlichen Vorgaben gebunden.

Der Bescheid ist der Klägerin ausweislich der Postzustellungsurkunde am 30.03.2021 zugegangen. Sie hat mit anwaltlichem Schriftsatz vom 21.04.2021, eingegangen beim Landessozialgericht (LSG) NRW am 22.04.2021, hiergegen Klage eingelegt.

Der 11. Senat des LSG NRW hat mit seinem Urteil vom 06.04.2022 die Rechtsauffassung des BAS als Aufsichtsbehörde aus dem Bescheid vom 23.03.2016 bestätigt und die Buchung der Klägerin eines Darlehens in die Rücklage statt in das Verwaltungsvermögen als eine Rechtsverletzung im Sinne des [§ 89 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) angesehen (abgetrenntes Verfahren: [L 11 KR 33/21 KL](#)). Gegen dieses Urteil hat die Klägerin die zugelassene Revision eingelegt (Aktenzeichen [B 1 A 1/22 R](#)). Das Verfahren ist durch Erledigungserklärung der Parteien erledigt worden, nachdem die Klägerin das 8. SGB IV-Änderungsgesetz vom 20.12.2022 ([BGBl. I S. 2759](#)) zum Anlass genommen hat, die falsch eingebuchten Darlehen und Beteiligungen zu korrigieren. Den Zusatzbeitrag hat die Klägerin ab dem 01.01.2024 auf 2,2 % festgesetzt und ab dem 01.01.2025 dann auf 4,4 % angehoben.

Die Klägerin trägt vor, sie habe die Darlehen und Beteiligungen an Krankenhäusern in die Rücklage gebucht. Diese seien jedoch im Verwaltungsvermögen gemäß [§ 263 SGB V](#) zu verbuchen. Verwaltungsvermögen nehme nicht als Finanzreserve am Lastenausgleich nach [§ 272 Abs. 1 SGB V](#) teil. Ihre Vermögenswerte würden doppelt belastet; einerseits in Form der Abschöpfung und andererseits in Form der Umbuchung. Sie habe auch nicht erkennen können, dass die Beklagte ein Jahr später in ihre Finanzreserven eingreife. Die Klagen gegen die aufsichtsrechtlichen Bescheide hätten auch aufschiebende Wirkung, sodass die Verpflichtungsbescheide vom 23.03.2016 und vom 11.04.2016 nicht vollzogen werden müssten. Die Beklagte könne sich auch nicht darauf berufen, in diesen Verfahren lediglich als Aufsichtsbehörde tätig zu sein, da sie ihrerseits der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterliege. Eine Abschöpfung von Finanzreserven, die es nach Auffassung der Beklagten gar nicht gebe, sei nicht gerechtfertigt und verhindere auch die ihr auferlegte Pflicht, den Zusatzbeitrag zu stabilisieren. Der Gesetzgeber greife mit der Abschöpfung unzulässig in den Wettbewerb der Krankenkassen ein und beschneide die von der Verfassung der Klägerin übertragene Planung und Finanzierung der zu erbringenden Leistungen. Der verfassungsrechtliche Schutz der organisatorischen und finanziellen Selbstständigkeit der Krankenkassen ergebe sich aus [Art. 87 Abs. 2 GG](#). Auch die Gesetzesmotive zum 8. SGB IV-Änderungsgesetz zu [§ 83 SGB IV](#) gäben Anlass zur Korrektur. Weiter müsse zwischen Betriebsmitteln für laufende Ausgaben und solchen, die dem Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen dienten – also der Betriebsmittelreserve – differenziert werden. Nur die Betriebsmittelreserve nehme an der Berechnung des Zuführungsbetrags teil.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

den Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 26.03.2021 (Az.: 315-5510-166/2020) aufzuheben,

hilfsweise,

das Verfahren gemäß [Art. 100](#) Grundgesetz auszusetzen und dem Bundesverfassungsgericht vorzulegen,

weiter hilfsweise,

ein gesundheitsökonomisches Gutachten von K. zu den Auswirkungen der hier streitigen Heranziehung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen des Zusatzbeitrages noch im Jahr 2025 auf ältere Versicherte einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, der Begriff der Finanzreserven sei gesetzlich eindeutig definiert. Insoweit habe die Klägerin selbst unter der Schlüsselnummer 1902 für das zweite Quartal 2020 einen Betrag in Höhe von 423.139.056,18 EUR gemeldet. Diese Rechtsauffassung habe die Klägerin auch nicht aufgegeben. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich auf die gemeldeten Daten zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 abgestellt. Hiermit hätten spätere Korrekturen einzelner Krankenkassen vermieden werden sollen. Andernfalls sei das

gesetzgeberische Ziel, Mehreinnahmen in Höhe von 8 Milliarden EUR für den Gesundheitsfonds zu generieren, gefährdet gewesen. Ein Kassenwettbewerb sei den Kassen lediglich in bescheidenem Umfang eingeräumt. Das Verfahren sei verhältnismäßig und greife nur moderat in den Wettbewerb der Krankenkassen ein; der Kassenwettbewerb sei untrennbar mit dem Solidargedanken verknüpft. Ohne den Finanzausgleich hätten Zuweisungen gekürzt und daher Zusatzbeiträge vieler Krankenkassen entsprechend erhöht werden müssen. Der Gesetzgeber verfüge letztlich auch über einen weiten Gestaltungsspielraum. Weder die neu gefassten Vorschriften, noch die Gesetzesbegründung enthielten Hinweise darauf, dass durch das 8. SGB IV- Änderungsgesetz die Regelungen über den Finanzausgleich hätten geändert werden sollen. Der Klägerin sei auch die Tragweite ihrer Auskünfte aufgrund der vorliegenden Bescheide aus dem Jahr 2016 bekannt gewesen. Die Klägerin habe im Übrigen im Gegenzug in den Folgejahren Zuweisungen in erheblichem Umfang von 220 Millionen EUR erhalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige – insbesondere form- und fristgerecht eingelegte – Klage der Klägerin ist nicht begründet.

A. Die Anträge im Klageverfahren sind wirksam im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellt. Soweit die Beteiligten nicht persönlich im Gerichtssaal vertreten gewesen sind, sondern vom Behördensitz aus per Video- und Tonübertragung an der Verhandlung teilgenommen haben, war dies gemäß [§ 110a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 03.04.2025 in der mündlichen Verhandlung zulässig, nachdem die Beteiligten bereits mit der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen wurden und sich im Termin zur mündlichen Verhandlung mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

B. Streitgegenständlich ist der Bescheid der Beklagten vom 26.03.2021, mit dem die Klägerin verpflichtet wurde, Finanzreserven in Höhe von 186.909.555,25 EUR Euro den Einnahmen des Gesundheitsfonds zuzuführen.

C. Die Klage ist zulässig.

a. Das LSG NRW ist im Rahmen seiner Sonderzuständigkeit im ersten Rechtszug zuständig; [§ 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#). Nach dieser Vorschrift entscheidet das LSG NRW im ersten Rechtszug unter anderem über Streitigkeiten zwischen gesetzlichen Krankenkassen und dem BAS betreffend die Verwaltung des Gesundheitsfonds. Die vorliegende Streitigkeit betrifft die Verwaltung des Gesundheitsfonds i.S.v. [§ 271 SGB V](#).

b. Die Klage ist als Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) statthaft. Die Klägerin wehrt sich gegen die mit Bescheid vom 26.03.2021 festgesetzte Zuführung ihrer Finanzreserven in Höhe von 297.893.521,59 Euro zum Gesundheitsfonds.

c. Die Klägerin ist auch klagebefugt; [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Es ist nicht auszuschließen, dass die Klägerin in ihrem Selbstverwaltungsrecht, insbesondere in ihrer Finanzhoheit beschwert ist. Die Finanzhoheit der Krankenkassen wird durch [Art. 87 Abs. 2 GG](#) und einfachgesetzlich durch [§§ 29 Abs. 1, 87 Abs. 1 Satz 2 SGB IV](#) in Verbindung mit [§ 4 Abs. 1 SGB V](#) zumindest dem Grunde nach gewährleistet. Nach [§ 29 Abs. 1 SGB IV](#) ist die Klägerin als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auch Träger der Sozialversicherung; damit ist ihr das Recht zur Selbstverwaltung und damit das subjektive Recht gegenüber der Staatsverwaltung auf Wahrung ihrer gesetzlich eingeräumten Kompetenzen eingeräumt (BSG, Urteil vom 17.07.1985 – [1 RS 6/83](#) –, [BSGE 58, 247-254](#), SozR 1500 § 51 Nr 38, Rn. 13).

d. Eines Vorverfahrens bedurfte es nicht; [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#). Danach ist das Vorverfahren nicht erforderlich, wenn ein Versicherungsträger klagen will.

e. Auch die Klagefrist hat die Klägerin eingehalten. Gegen den der Klägerin am 30.03.2021 zugegangenen Bescheid vom 26.03.2021 hat sie mit anwaltlichem Schriftsatz vom 21.04.2021, eingegangen beim LSG NRW am 22.04.2021, Klage eingelegt und damit die Klagefrist von einem Monat eingehalten; [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

D. Die Klage ist jedoch unbegründet, denn der Bescheid der Beklagten vom 26.03.2021 erweist sich nicht als rechtswidrig und verletzt die

Klägerin mithin nicht in ihren Rechten; [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Der nach Anhörung der Klägerin formell rechtmäßig erlassene Bescheid der Beklagten erweist sich auch materiell-rechtlich als rechtmäßig. Der Bescheid verstößt hinsichtlich seines Regelungsgehalts der Zuführung von Finanzreserven der Klägerin in Höhe von 186.909.555,25 EUR zum Gesundheitsfonds weder gegen die einfachgesetzlichen Vorgaben der Ermächtigungsgrundlage (*hierzu unter 1.*), noch stellt der Bescheid einen Verstoß gegen verfassungsrechtliche Vorgaben dar (*hierzu unter 2.*). Das Verfahren war auch nicht auszusetzen (*hierzu unter 3.*). Dem Beweisantrag der Klägerin war mangels Entscheidungserheblichkeit ebenfalls nicht nachzukommen (*hierzu unter 4.*).

1. Die Beklagte hat die Klägerin mit dem Bescheid vom 26.03.2021 zutreffend zur Zuführung ihrer Finanzreserven in Höhe von 186.909.555,25 EUR zum Gesundheitsfonds verpflichtet. Ermächtigungsgrundlage ist [§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22.12.2020 ([BGBl. I S. 3299](#)) (GPVG) gültig ab dem 01.01.2021. Dabei hat die Beklagte die einfachgesetzlichen Eingriffsvoraussetzungen zutreffend angewandt (*hierzu unter a.*). Sie durfte und musste insoweit die zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Berechnung des Zuführungsbetrags zugrunde legen (*hierzu unter b.*). Diese Voraussetzungen sind auch nicht durch das 8. SGB IV-Änderungsgesetz modifiziert worden (*hierzu unter c.*). Die von der Klägerin angemahnte Differenzierung zwischen verschiedenen Arten der Betriebsmittel findet im Gesetz ebenfalls keine Grundlage (*hierzu unter d.*).

a. Die Beklagte hat die einfachgesetzlichen Eingriffsvoraussetzungen der Ermächtigungsgrundlage des [§ 272 SGB V](#) zutreffend angewandt. Demgemäß werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach [§ 271 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) im Jahr 2021 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zugeführt, indem 66,1 % der Finanzreserven nach [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in [§ 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden. Maßgebende Berechnungsgrundlage sind dabei die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit am 14.08.2020 übermittelt hat, [§ 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#).

An der Vermögenszuführung an den Gesundheitsfonds werden die Krankenkassen beteiligt, deren Finanzreserven gem. [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) mehr als zwei Fünftel einer durchschnittlichen Monatsausgabe betragen. Zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 betrug die Finanzreserve der Klägerin 538.939.129,00 EUR; die durchschnittliche Monatsausgabe 640.428.173,30 EUR. Zwei Fünftel einer durchschnittlichen Monatsausgabe entspricht daher einem Betrag von 256.171.269,32 EUR. Von den diesen Betrag übersteigenden Finanzreserven ist ein Anteil von 66,1 % abzuführen. Der Ermittlung des Zuführungsbetrags war daher der Differenzbetrag zwischen der Finanzreserve der Klägerin i.H.v. 538.939.129,00 EUR und dem Betrag in Höhe von zwei Fünftel der Monatsausgabe – also 256.171.269,32 EUR – zugrunde zu legen. Dies entsprach einem Betrag von 282.767.859,68 EUR. 66,1 % von 282.767.859,68 EUR entspricht dem von der Beklagten errechneten Zuführungsbetrag von 186.909.555,25 EUR.

Die Beklagte hat auch zutreffend die sog. Vergleichsrechnung i.S.d. [§ 271 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) durchgeführt, die zum Schutz kleinerer Krankenkassen unterjährige Hochkostenfälle absichern soll und erst im Rahmen der parlamentarischen Beratungen Gegenstand des Gesetzes wurde (vgl. [BT-Drucks. 19/24727, S. 59](#)). Die Beklagte hat den Zuführungsbetrag i.H.v. 269.591.159,76 EUR ermittelt und als den größeren Betrag daher dem Bescheid nicht zugrunde gelegt; [§ 272 Abs. 1 Satz 2](#), 2. HS. SGB V.

b. Die Beklagte durfte und musste die zum Stichtag 14.08.2020 gemeldete Finanzreserve der Klägerin in Höhe von 538.939.129,00 EUR als Rechengröße der Berechnung des Zuführungsbetrages nach [§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zugrunde legen; über diese gesetzliche Vorgabe durfte sich die Beklagte – gleichsam selbst als Gesetzgeber handelnd – nicht hinwegsetzen.

Der Gesetzgeber hat mit [§ 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) verbindliche Vorgaben zur Ermittlung der Berechnungsgrundlagen bei der Berechnung des Zuführungsbetrages im Sinne des [§ 272 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V](#) gemacht; danach sind die von den Krankenkassen selbst für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit am 14.08.2020 übermittelt hat, der Berechnung des Zuführungsbetrags nach [§ 272 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V](#) zugrunde zu legen.

Einer Gesetzesauslegung sind diese klaren Vorgaben nicht zugänglich. Diese gemeldeten Zahlen dürfen auch nach dem ausdrücklich in den Gesetzesmotiven niedergelegten Willen des Gesetzgebers nicht nachträglich verändert werden. Der Gesetzgeber hat den in [§ 272 SGB V](#) geschaffenen kassenübergreifenden Solidarausgleich zwischen den Krankenkassen damit begründet, dass die Beitragszahler einzelner Krankenkassen im Jahr 2021 in Folge der durch die COVID-19-Pandemie entstehenden finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung höhere Zusatzbeiträge entrichten müssen. Dies wollte der Gesetzgeber vermeiden, solange andere Krankenkassen über hohe Finanzreserven verfügen. Ausdrücklich hat der Gesetzgeber seinem Modell die Tatsache zugrunde gelegt, dass sich die Finanzreserven der Krankenkassen (ohne die landwirtschaftliche Krankenversicherung) Mitte 2020 auf 20,6 Milliarden Euro beliefen, was ungefähr dem Fünffachen der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve entsprochen hat ([BT-Drucks. 19/23483, S. 3](#), 21 und 36; vgl. auch Huck in: Hauck/Noftz SGB V, 3. Ergänzungslieferung 2025, [§ 271 SGB V](#), RdNr. 3). Ausgehend von diesen Finanzreserven ging der Gesetzgeber von der Zuführung weiterer Mittel in Höhe von ca. 8 Milliarden EUR an den Gesundheitsfonds aus; gleichzeitig sah der Gesetzgeber auch einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden EUR vor, sodass der Gesetzgeber von einem Gesamtvolumen an Mittelzuführung zum Gesundheitsfonds i.H.v. 13 Milliarden EUR ausging ([BT-Drucks. 19/23483, S. 5](#) und S. 36). Dieses

gesetzgeberische Ziel – worauf die Beklagte zutreffend hinweist – wird verfehlt, wenn dem Gesundheitsfonds die Mittel, die er auf Grundlage dieses kassenübergreifenden Solidarausgleichs erhalten hat, unter Umständen noch Jahre später wieder entzogen werden kann. Deshalb hat der Gesetzgeber zur Sicherstellung des gesetzgeberischen Ziels ausdrücklich auf die Mittelreserven zum Ende des zweiten Quartals des Jahres 2020 – also auf den Stichtag 30.06.2020 – abgestellt. Diese Regelung in [§ 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) hat der Gesetzgeber gerade damit begründet, dass dadurch – unter Berücksichtigung des Zwecks der Regelung – möglichst die aktuelle finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen berücksichtigt wird, ohne dass die maßgeblichen Parameter durch die einzelnen Krankenkassen vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens noch beeinflusst werden können ([BT-Drucks. 19/23483, S. 5](#) und S. 36). Nur so konnte das gesetzgeberische Ziel, insgesamt 13 Milliarden EUR als zusätzliche Mittel aus den sehr hohen Finanzreserven der Krankenkassen zuzüglich des Bundeszuschusses zugunsten des Gesundheitsfonds abzuschöpfen, erreicht werden.

Die Heranziehung der Meldedaten zum Ende des 2. Quartals 2020 dient dabei auch der Vermeidung einer eigenständigen und insoweit schwierigen materiell-rechtlichen Rechtmäßigkeitsprüfung der Finanzreserven nach den einschlägigen Vorschriften im Vierten Titel (Vermögen) des Vierten Abschnitts (Träger der Sozialversicherung) des SGB IV – hier [§§ 80 ff SGB IV](#) – und im Dritten Abschnitt (Verwendung und Verwaltung der Mittel) des Achten Kapitels (Finanzierung) des SGB V – [§§ 260 ff SGB V](#). Hätte die Beklagte – und infolgedessen auch das zur Entscheidung nach [§ 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) berufene LSG NRW – selbst umfassend prüfen müssen, wäre das gesetzgeberische Ziel einer schnellen und dauerhaften Zuführung von Mitteln zum Gesundheitsfonds zur Abfederung der Mehrbelastungen, die durch die Covid-19-Pandemie ausgelöst wurden, verfehlt worden, wenigstens aber gefährdet gewesen.

c. Eine Änderung der Eingriffsvoraussetzungen in der Ermächtigungsgrundlage des [272 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Satz 3 SGB V](#) für die Ermittlung der Finanzreserven ist auch dem 8. SGB IV-Änderungsgesetz zu [§ 83 SGB IV](#) ([BT-Drs. 20/3900, S. 80](#)) vom 20.12.2022 ([BGBl. I S. 2759](#)) nicht zu entnehmen. Infolge des 8. SGB IV-Änderungsgesetz ist das Vermögensrecht der Versicherungsträger zum 01.01.2023 modifiziert und insbesondere auch [§ 83 SGB IV](#) geändert worden. Demzufolge fallen seitdem Beteiligungen und Darlehensgewährungen unter das Verwaltungsvermögen im neuen [§ 82a SGB IV](#) und werden gemäß dem neu eingefügten [§ 83 Abs. 1a SGB IV](#) (vgl. Art. 1 Nr. 22 Buchst. c) des 8. SGB IV-Änderungsgesetz; [BGBl. I S. 2759](#); vgl. auch [BT-Drs. 20/3900, S. 15](#), 79 f) dem hierfür erweiterten Anlagekatalog zugewiesen. Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber mit dem 8. SGB IV-Änderungsgesetz vom 20.12.2022 den kassenübergreifenden Solidarausgleich, der durch [§ 272 SGB V](#) beabsichtigt und auch zeitnah vollzogen werden sollte, ändern wollte, ergeben sich weder aus den gesetzlichen Vorschriften selbst, noch aus den Gesetzesmotiven ([BT Drs. 20/3900, S. 79 f](#)). Eine Abänderung widerspricht auch den auf Schnelligkeit und Rechtssicherheit abzielenden Vorgaben in [§ 272 SGB V](#), wie das einfache Verfahren aufgrund der Heranziehung allein der Meldedaten zum 2. Quartal 2020, die schnelle Umsetzung durch die Verrechnung und die Aufhebung des Suspensiveffekts. Das gesetzgeberische Ziel der dauerhaften – und im Übrigen Anfang 2023 auch abgeschlossenen Zuführung – von weiteren Mitteln zum Gesundheitsfonds wäre unterlaufen worden. [§ 272 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22.12.2020 ([BGBl. I S. 3299](#)) (GPVG) ist zwei Jahre vor dem 8. SGB IV-Änderungsgesetz vom 20.12.2022 in Kraft getreten. Zu diesem Zeitpunkt waren die Zuführungen der Finanzreserven im vom [§ 272 SGB V](#) angeordneten Umfang abgeschlossen. Die streitigen Bescheide der Beklagten als Verwaltungsbehörde sind ausnahmslos im März 2021 ergangen. Aufgrund der Verrechnungsregelung in [§ 272 Abs. 2 SGB V](#) sind diese Finanzreserven dem Gesundheitsfonds unterdessen auch deshalb vollständig zugeführt worden, weil die Klagen gegen einen entsprechenden Ablehnungsbescheid keine aufschiebende Wirkung entfalten; [§ 272 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#). Aufgrund der Sonderzuständigkeit des LSG NRW im ersten Rechtszug nach [§ 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) hat der Senat auch über die Zeitpunkte der entsprechenden Bescheide der Beklagten einen entsprechenden Überblick.

d. Die von der Klägerin angemahte Differenzierung zwischen verschiedenen Arten der Betriebsmittel im Sinne des [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) findet in der Ermächtigungsgrundlage des [§ 272 SGB V](#) keine Grundlage. Bei der Berechnung des Zuführungsbetrags verbietet sich eine Verengung auf die Betriebsmittelreserve, also allein auf die Betriebsmittel, die zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen vorgesehen sind.

[§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) regelt ausdrücklich, dass im Jahr 2021 dem Gesundheitsfonds Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach [§ 260 Absatz 2 Satz 1](#) zugeführt werden. [§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist insoweit nach den Regeln der Gesetzesauslegung als Rechtsgrundverweis zu verstehen, der alle nach [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erfassten Betriebsmittel zum Gegenstand des kassenübergreifenden Solidarausgleichs im Jahr 2021 macht. Nach [§ 260 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gehören hierzu ausdrücklich (1) die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel, die zum Stichtag 30.06.2020 unter der Schlüsselnummer 0901 und der Schlüsselnummer 1901 gebucht waren, (2) die Rücklagen ([§ 261 SGB V](#)), die zum Stichtag 30.06.2020 unter der Schlüsselnummer 1902 gebucht waren und (3) bereitgehaltene Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile des Verwaltungsvermögens nach [§§ 82a SGB IV](#), 263 SGB V, die zum Stichtag 30.06.2020 unter der Schlüsselnummer 1904 gebucht waren. Hierbei hat die Beklagte zur Ermittlung der zu addierenden Gesamtsumme in Höhe von 538.939.129,00 EUR die von der Klägerin selbst gemeldeten Teilbeträge in Höhe 115.800.072,82 EUR (Schlüsselnummer 1901) und in Höhe von 423.139.056,18 EUR (Schlüsselnummer 1902) der Berechnung des Zuführungsbetrags zugrunde gelegt. Diese Beträge sind von der Klägerin auch nicht bestritten. Anhaltspunkte für deren Unrichtigkeit ergeben sich aus dem Akteninhalt nicht.

2. Der Bescheid stellt auch keinen Verstoß gegen die verfassungsrechtlichen Vorgaben dar. [§ 272 SGB V](#) ist mit [Art. 87 Abs. 2 GG](#) vereinbar. [Art. 87 Abs. 2 GG](#) als Kompetenznorm räumt den Krankenkassen schon keine eigenen unmittelbaren Rechte ein (*hierzu unter a.*). Soweit sich der Gesetzgeber allerdings für eine Form der sozialen Selbstverwaltung entschieden hat, hat er die wesentlichen Systemmerkmale zu berücksichtigen und diese nicht willkürlich zu beschneiden (*hierzu unter b.*). Indes verstößt die Regelung in [§ 272 SGB V](#) nicht gegen die insoweit gebotenen Kriterien und Prinzipien. Die Regelung in [§ 272 SGB V](#) verstößt überdies nicht gegen das allgemeine Willkürverbot nach [Art. 3, 20 Abs. 3 GG](#) (*hierzu unter c.*). [§ 272 SGB V](#) beschneidet auch nicht in einer das Willkürverbot überschreitenden Schwelle den

Wettbewerb unter den Krankenkassen (*hierzu unter d.*). Ebenso wenig greift die Abschöpfung von Finanzreserven im Jahre 2021 in unzulässiger Weise in den Kern der finanziellen Handlungsfähigkeit der jeweiligen Krankenkasse ein (*hierzu unter e.*).

a. Aus [Art. 87 Abs. 2 GG](#) lassen sich keine unmittelbare eigenen (Grund)Rechte der Krankenkassen herleiten. [Art. 87 Abs. 2 GG](#) ist als reine Kompetenznorm zugunsten des Bundes ausgestaltet und damit nicht vergleichbar mit [Art. 28 Abs. 2 GG](#), der die kommunale Selbstverwaltung garantiert. Die Sozialversicherungen sind aufgrund ihrer Einbeziehung in die Organisation des Staates keine Grundrechtsträger, auch nicht im Hinblick auf einen eingeschränkten Funktionsbereich (Saurer in: Kahl/Waldhof/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: 2/2025, [Art. 87 GG](#), RdNr. 131; so auch Ibler in: Düring/Herzog/Scholz, Grundgesetz-Kommentar, Werkstand: August 2024, [Art. 87 GG](#), RdNr. 190). In Ermangelung einer verfassungsrechtlichen Garantie der sozialen Selbstverwaltung ist das organisationsrechtliche Leitbild der Sozialversicherung auf einfachgesetzlicher Ebene angesiedelt (Saurer in: Kahl/Waldhof/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: 2/2025, [Art. 87 GG](#), RdNr. 143); also insb. in [§ 29 Abs. 1 SGB IV](#). Das wird letztlich auch von der Klägerin nicht bestritten.

b. Hat sich der Gesetzgeber jedoch für eine Organisationsform entschieden, so hat er die wesentlichen Systemmerkmale der gewählten Organisationsstruktur – wie Folgerichtigkeit und Systemgerechtigkeit einschließlich der Leistungsfähigkeit und des Wettbewerbs als Ausfluss dieser Grundprinzipien – zu berücksichtigen und diese nicht willkürlich zu beschneiden (zur Bindung an die Grundprinzipien einer einmal getroffenen Systemscheidung vgl.: BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 A 2/20 R](#) –, [BSGE 132, 114-136](#), SozR 4-2500 § 20a Nr 1, SozR 4-2400 § 37 Nr 1, SozR 4-1100 Art 87 Nr 2, Rn. 51). Erforderlich ist eine organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit der Träger der Sozialversicherung im Sinne einer Verwaltungs- und Ertragskompetenz (BSG, aaO, Rn. 52; unter Bezugnahme auf BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 – [2 BvF 2/01](#) –, [BVerfGE 113, 167-273](#), Rn. 94). Da sich der Gesetzgeber für ein plurales System gegliederter, dezentral auf gebauter gesetzlicher Krankenversicherung und gegen die Einheitskrankenversicherung entschieden hat, in der Wettbewerb per se ausscheidet (vgl. zu den Organisationsformen insg. auch: BVerfG, Beschluss vom 08.02.1994 – [1 BvR 1237/85](#) –, [BVerfGE 89, 365-381](#)) ist grundsätzlich ein Mindestmaß an Wettbewerb ein wesentliches Systemmerkmal der gewählten Organisationsstruktur. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung gehört weiter auch das Finanzwesen. Erforderlich i.S.d. [§ 29 Abs. 1 und Abs. 3 SGB IV](#) ist daher eine organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit der Träger der Sozialversicherung (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 A 2/20 R](#) –, [BSGE 132, 114-136](#), SozR 4-2500 § 20a Nr 1, SozR 4-2400 § 37 Nr 1, SozR 4-1100 Art 87 Nr 2, RdNr. 51 f m.w.N.; BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 – [2 BvF 2/01](#) –, [BVerfGE 113, 167-273](#), RdNr. 94; vgl. auch Hochheim in: Hauck/Noftz SGB IV, 4. Ergänzungslieferung 2024, [§ 29 SGB 4](#), RdNr. 23). Allerdings ist dem Gesetzgeber bei der konkreten Ausgestaltung der körperschaftlichen Organisationsstruktur und hinsichtlich des Verfahrens der Krankenversicherung ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt (BVerfG, Beschluss vom 12.01.1983 – [2 BvL 23/81](#) –, [BVerfGE 63, 1-44](#), RdNr. 108; BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 08.11.2016 – [1 BvR 935/14](#) –, RdNr. 16, juris; Saurer in: Kahl/Waldhof/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: 2/2025, [Art. 87 GG](#), RdNr. 140; Ibler in: Düring/Herzog/Scholz, Grundgesetz-Kommentar, Werkstand: August 2024, [Art. 87 GG](#), RdNr. 191; Burgi in: Huber/Vosskuhle, Grundgesetz, 8. Aufl. 2024, [Art. 87 GG](#), RdNr. 77). Vom körperschaftlichen Status der Sozialversicherungsträger abgesehen, macht das Grundgesetz dem Bundesgesetzgeber keine weiteren inhaltlichen Vorgaben zur organisatorischen Ausgestaltung der Sozialversicherung (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 08.11.2016 – [1 BvR 935/14](#) –, RdNr. 16 m.w.N.).

c. Die Regelung zur Auflösung der Finanzreserven i.S.d. [§ 272 Abs. 1](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) verstößt zunächst nicht gegen das allgemeine Willkürverbot; [Art. 20 Abs. 3](#) i.V.m. [Art. 3 GG](#) (so auch Becker in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 272 SGB V](#), 1. Überarbeitung (Stand: 01.02.2021), RdNr. 3, allerdings ohne weitere Begründung).

Die Klägerin ist nicht deswegen in ihrem Recht auf Gleichbehandlung nach [Art. 3 GG](#) gegenüber solchen Krankenkassen verletzt, die in den zum Ende des zweiten Quartals 2020 gemeldeten Finanzreserven keine vergebenen Darlehen und Beteiligungen ausgewiesen haben, weil – soweit vorhanden – solche im Verwaltungsvermögen nach [§ 263 SGB V](#) gebucht wurden. Es ist zwar zutreffend, dass der Gesetzgeber mit dem Abstellen auf die zum Ende des zweiten Quartals 2020 gemeldeten Daten in der konkreten Situation die Klägerin insoweit anders behandelt und entsprechend höher belastet. Indes ist dies vom weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers umfasst. Allgemein ist [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obgleich zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art oder solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können (vgl. BVerfG, Urteil vom 07.07.1992 – [1 BvL 51/86](#), [1 BvL 50/87](#), [1 BvR 873/90](#) und [1 BvR 761/91](#) – [BVerfGE 87, 1](#), 36 = [SozR 3-5761 Allg Nr 1](#), juris RdNr 125; BVerfG Beschluss vom 08.04.1998 – [1 BvL 16/90](#) – [BVerfGE 98, 1](#), 12 = [SozR 3-5755 Art 2 § 27 Nr 1](#), juris RdNr 31). Der allgemeine Gleichheitssatz untersagt dem Gesetzgeber aber nicht jede Differenzierung. Diese bedürfen jedoch stets einer Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Differenzierungsziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind. Bei zunehmenden Gestaltungs- und Bewertungsspielräumen des Gesetzgebers nimmt dabei die Typisierungstoleranz zu. Ist dem Gesetzgeber – wie hier im Anwendungsbereich des [Art. 87 Abs. 2 GG](#) – ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt (Saurer in: Kahl/Waldhof/Walter, Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Stand: 2/2025, [Art. 87 GG](#), RdNr. 140; Ibler in: Düring/Herzog/Scholz, Grundgesetz-Kommentar, Werkstand: August 2024, [Art. 87 GG](#), RdNr. 191; Burgi in: Huber/Vosskuhle, Grundgesetz, 8. Aufl. 2024, [Art. 87 GG](#), RdNr. 77) so gilt als Maßstab allein das Willkürverbot (vgl. zuletzt BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 15.04.2024 – [1 BvR 2076/23](#) –, Rn. 17, juris m.w.N.). Auch wenn das BVerfG diese Kriterien zu einem Anwendungsfall des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach [Art. 3 GG](#) in der gewährenden Staatsverwaltung aufgestellt hat, so sind diese Kriterien auf die verfassungsrechtlichen Maßgaben des Gleichheitssatzes im allgemeinen übertragbar. Dabei hat das BVerfG bereits betont, dass der einfache Gesetzgeber von Verfassung wegen nicht gehindert – also befugt – ist, Krankenkassen im Rahmen eines Lastenausgleichsverfahrens finanziell zu einer Solidargemeinschaft zu verbinden (BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 – [2 BvF 2/01](#) –, [BVerfGE 113, 167-273](#), RdNr. 147).

Ein Verstoß gegen das Willkürverbot liegt nicht vor; aufgrund seines weiten Gestaltungsspielraums war der Gesetzgeber nicht gehalten, im

Anwendungsbereich des [§ 272 SGB V](#) eine Ausnahmeregelung für den Fall vorzusehen, in dem eine Krankenkasse selbst fehlerhafte Meldungen abgegeben hat. Der dem Gesetzgeber nach [Art. 87 Abs. 2 GG](#) eingeräumte weite Gestaltungsspielraum bedingt eine hohe Typisierungstoleranz. Die bei zunehmenden Gestaltungs- und Bewertungsspielräumen des Gesetzgebers abnehmende Prüfungsstrenge bei steigender Typisierungstoleranz erlaubt es dem Gesetzgeber auch, sich von der Regelmäßigkeit eines Geschehensablaufs leiten zu lassen; damit bewegt sich der Gesetzgeber in den Grenzen zulässiger Typisierung (so bereits BSG, Urteil vom 09.09.1992 – [14b/4 REg 15/91](#) – [BSGE 71, 128](#) = [SozR 3-7833 § 1 Nr 9](#), juris RdNr 30). Der Gesetzgeber des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22.12.2020 ([BGBl. I S. 3299](#)) durfte von einem regelhaften rechtmäßigen und den gesetzlichen Vorgaben – so wie es auch dem Grunde nach bereits in [§ 83 SGB IV](#) in seiner noch bis zum 31.12.2022 gültigen Fassung vorgesehen war – entsprechenden Meldeverhalten der Krankenkassen zu den Finanzreserven ausgehen. Dies gilt für die Klägerin um so mehr, als dass sie durch die Bescheide vom 23.03.2016 und vom 11.04.2016 des (damaligen) Bundesversicherungsamts, welche dieses als Aufsichtsbehörde erlassen hatte, bereits im Jahre 2016 über die mögliche fehlerhafte Zuordnung durch die vorgenommene Buchung von vergebenen Darlehen und Beteiligungen zur Finanzreserve informiert war. Die Klägerin hat dennoch durchgehend bis ins Revisionsverfahren an ihrer Rechtsauffassung festgehalten. Dabei kommt es auch nicht darauf an, dass die Klägerin mit dem kassenübergreifenden Solidarausgleich im Jahr 2021 nicht rechnen musste. Von einer grundsätzlich rechtmäßigen Zuordnung durch die jeweils betroffene Krankenkasse von Vermögenswerten zur Finanzreserve oder zum Verwaltungsvermögen durfte der Gesetzgeber jedenfalls bei Schaffung des [§ 272 SGB V](#) ausgehen.

Soweit die Klägerin rügt, der Zweck der Senkung von Zusatzbeiträgen im Sinne des [§ 242 SGB V](#) sei nicht erreicht worden, sie habe den Zusatzbeitrag sogar erhöhen müssen, entspricht dies genau dem Ziel des Gesetzes. Mit [§ 272](#) sollte ein bundesweiter und kassenübergreifender Solidarausgleich zwischen den Krankenkassen geschaffen werden. Durch diesen Solidarausgleich sollte verhindert werden, dass Beitragszahler einzelner Krankenkassen im Jahr 2021 in Folge der durch die COVID-19-Pandemie entstehenden finanziellen Belastungen der Gesetzlichen Krankenversicherung höhere Zusatzbeiträge entrichten müssen, solange andere Krankenkassen über hohe Finanzreserven verfügen. ([BT-Drucks. 19/23483, S. 3](#), 21, 36; vgl. auch Huck in: Hauck/Noftz SGB V, 2. Ergänzungslieferung 2025, [§ 272 SGB V](#), RdNr. 3). Es liegt in der Natur eines Solidarausgleichs, dass das Ziel gerade dort nicht erreicht werden kann, wo eine gesetzliche Krankenversicherung zum Nettozahler aufgrund zu hoher Finanzreserven wird.

d. Der Gesetzgeber hat mit der Regelung in [§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch im hinreichenden Maße die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen sichergestellt. Insbesondere führen die Auswirkungen der Heranziehung der Finanzreserven der Klägerin auch unter Berücksichtigung der Erhöhung des Zusatzbeitrags ab dem 01.01.2024 auf 2,2 % und ab dem 01.01.2025 dann auf 4,4 % angesichts der hohen Typisierungsbefugnis des Gesetzgebers nicht zu einem Verstoß gegen die Grundsätze des Kassenwettbewerbs.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bedeutung eines Wettbewerbs unter den Kassen mit dem in der gewerblichen Wirtschaft nicht vergleichbar ist. Während das Interesse der privaten Wettbewerber darauf gerichtet ist, die eigene Marktposition zu Lasten der Konkurrenten auszubauen, haben die Kassen zusammenzuarbeiten, um eine zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung aller Versicherten zu den gesetzlich festgelegten Bedingungen zu gewährleisten (BSG, Urteil vom 24.01.2003 – [B 12 KR 19/01 R](#) –, [BSGE 90, 231](#)-269, [SozR 4-2500 § 266 Nr 1](#), RdNr. 109). Der „Kassenwettbewerb“ dient daher allein der Erfüllung dieser sozialstaatlichen Aufgabe eines öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungsschutzes für die Versicherten. Die Kassenwahlfreiheit eröffnet keine privatrechtlich geordneten Handlungsspielräume für die Krankenkassen (BVerfG, Beschluss vom 09.06.2004 – [2 BvR 1248/03](#) –, RdNr. 29, 31, juris).

Die Verschiebungen bei der Erhöhung des Zusatzbeitrages zulasten der Klägerin sowie der damit einhergehende Verlust an Wettbewerbsfähigkeit der Klägerin sind von der weiten Typisierungstoleranz des Gesetzgebers gedeckt. Die Grenze zur Willkür hat der Gesetzgeber jedenfalls nicht überschritten, da mit [§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) die Rangfolge zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen unangetastet geblieben ist. Der Gesetzgeber hat mit der über eine für alle gesetzlichen Krankenversicherungen geltende Abschöpfungsregelung das Verhältnis der Krankenversicherungen unter sich unangetastet gelassen und geregelt, dass ein prozentualer Anteil der das Doppelte der Mindestreserve überschreitenden Finanzreserven herangezogen wird. Dadurch wird sichergestellt, dass der an den Gesundheitsfonds zu zahlende Betrag von der jeweiligen Höhe der Finanzreserven der einzelnen Krankenkasse und damit von ihrer jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit abhängt. Gleichzeitig wird damit aber gerade das Verhältnis zwischen der Höhe der Finanzreserven und der Höhe der durchschnittlichen Monatsausgaben für die Krankenkassen mit hohem Vermögen nicht verändert und damit keiner Krankenkasse im relativen Verhältnis zueinander zugunsten oder zulasten einer anderen Krankenkasse ein Wettbewerbsvorteil verschafft oder genommen (so ausdrücklich die Gesetzesmotive, vgl.: [BT-Drucks. 19/23483, S. 36](#); Huck in: Hauck/Noftz SGB V, 2. Ergänzungslieferung 2025, [§ 272 SGB V](#), RdNr. 8).

Außerdem hat der Gesetzgeber die Regelung in [§ 272 SGB V](#) auch damit begründet, dass ein hoher Anreiz für Krankenkassen gesetzt wird, auf übermäßige Finanzreserven zugunsten von stabilen Zusatzbeitragssätzen zu verzichten ([BT-Drucks. 19/23483, S. 36](#)). Diese Zielsetzung ist kongruent zu der gesetzlichen Funktion der Finanzreserven. Mit der Mindestrücklage nach [§ 261 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) wird die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sichergestellt. Sie dient dazu, Einnahmeschwankungen während eines Haushaltsjahres durch liquide Mittel abzusichern (Huck in: Hauck/Noftz SGB V, 3. Ergänzungslieferung 2025, [§ 261 SGB V](#), Rn. 5, 8). Die Finanzreserven bedingen zwar letztlich Wettbewerbsvorteile, ihr primäres Ziel liegt hierin aber nicht. Übermäßige Finanzreserven sollen vielmehr an die Versicherten in Form stabiler oder sogar sinkender Zusatzbeiträge weitergegeben werden. Daher war der Gesetzgeber nicht nur berechtigt, sondern im Rahmen seines weiten Gestaltungsspielraums geradezu gehalten, einen (weiteren) Solidarausgleich zu schaffen; namentlich auch in Anbetracht der damaligen erheblichen Finanzreserven, die Mitte 2020 rund 20,6 Milliarden EUR betragen, was ungefähr dem Fünffachen der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve entsprochen hat ([BT-Drucks. 19/23483, S. 3](#), 21 und 36). Damit hat der Gesetzgeber zum Schutz kleinerer Krankenkassen und der dort Versicherten mit tendenziell höheren Zusatzbeiträgen eine (weitere) Lastenverteilung

vorgenommen. Gerade darin zeigt sich, dass der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen nicht dem Wettbewerb am freien Markt gleichsteht, sondern von der zugrundeliegenden sozialpolitischen Erwägung gelenkt wird. Auch mit dieser Begründung achtet der Gesetzgeber daher im hinreichenden Maße das Willkürverbot.

e. Die Abschöpfung von Finanzreserven im vom [§ 272 SGB V](#) vorgegebenen Maße im Jahre 2021 beschneidet auch nicht im unzulässigen Maße die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Krankenkasse.

Dabei betont das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung einerseits die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung für das gemeine Wohl, andererseits die diesbezüglich gegebene weitgehende sozialpolitische Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers (vgl. stellv. BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 – [2 BvF 2/01](#) –, [BVerfGE 113, 167-273](#), RdNr. 127). Durch diesen Gestaltungsspielraum ist der Gesetzgeber von Verfassung wegen nicht gehindert, Krankenkassen im Rahmen eines Lastenausgleichsverfahrens finanziell zu einer Solidargemeinschaft zu verbinden (BVerfG, aaO, RdNr. 147). Das BVerfG lehnt daher einen (finanz-)verfassungsrechtlichen Bestandsschutz für das überkommene gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich ab (BVerfG, aaO, RdNr. 96). Die partielle Einschränkung der finanziellen Selbständigkeit ist daher kein Systembruch, sondern eine zulässige Ausgestaltung der Organisation des Sozialversicherungssystems (BVerfG, aaO, RdNr. 148); aus den verfassungsrechtlichen Vorgaben lässt sich kein Bestandsschutz einzelner Krankenkassen ableiten (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 A 2/20 R](#) –, [BSGE 132, 114-136](#), SozR 4-2500 § 20a Nr 1, SozR 4-2400 § 37 Nr 1, SozR 4-1100 Art 87 Nr 2, RdNr. 51). Der Transfer von Mitteln der Sozialversicherung innerhalb des Binnensystems der Sozialversicherung ist daher grundsätzlich zulässig (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – a.a.O., RdNr. 53). Erforderlich bleibt jedoch eine organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit der Träger der Sozialversicherung im Sinne einer Verwaltungs- und Ertragskompetenz (BSG, 18.05.2021, [a.a.O.](#), RdNr. 52; unter Bezugnahme auf BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 – [2 BvF 2/01](#) –, [BVerfGE 113, 167-273](#), RdNr. 94). Der Kern der geschützten Selbstverwaltung der Krankenkassen ist dabei allenfalls dann unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten verletzt, wenn und soweit finanzielle Mittel dem Zugriff des Sozialversicherungsträgers dauerhaft entzogen werden (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [aaO](#), RdNr. 72; hier durch eine unzulässige Übertragung auf eine außerhalb des Systems stehende Bundesbehörde für deren Erfüllung zur freien Hand, bei einem Finanztransfer auf den Gesundheitsfonds verbleiben die Mittel jedoch innerhalb des Systems der Sozialversicherungsträger).

Der Gesetzgeber überschreitet mit [§ 272 Abs. 1 SGB V](#) daher nur dort die Schwelle zum Willkürverbot, wo er in Ausübung seines ihm nach [Art. 87 Abs. 2 GG](#) eingeräumten weiten Gestaltungsspielraums die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen im pluralen System der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt derart aushöhlt, dass den Leistungsträgern eine Erfüllung ihrer ihnen zugewiesenen Aufgaben mangels ausreichender Liquidität verunmöglicht, wenigstens aber unter typisierender Betrachtung gefährdet wird. Der Gesetzgeber hat hierzu hinreichende gesetzgeberische Überlegungen angestellt. Die Grenze von zwei Fünfteln ([§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) – was dem Doppelten der Mindestrücklage nach [§ 261 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) entspricht – der durchschnittlichen Monatsausgabe einer Krankenkasse, ab der Finanzreserven der Krankenkassen überhaupt erst herangezogen werden, ist insoweit angemessen; wovon der Gesetzgeber auch ausdrücklich ausging. Mit der Mindestrücklage wird die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sicherstellt (so ausdrücklich die Gesetzesmotive BT-Drs. 19-23483, S. 36; vgl. auch Huck in: Hauck/Noftz SGB V, 2. Ergänzungslieferung 2025, [§ 272 SGB V](#), RdNr. 8).

Dass die Klägerin existenzgefährdende Konsequenzen tragen muss, hat sie nicht einmal vorgetragen. Solche sind angesichts der höheren Zuweisungen in Folge des Solidarausgleichs auch nicht plausibel.

3. Das Verfahren war auch nicht [Art. 100 Abs. 1 Satz 1 Alt. 2 GG](#) auszusetzen und eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens einzuholen. Der Senat hat keine Zweifel an der Vereinbarkeit von [§ 272 SGB V](#) mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben in [Art. 87 Abs. 2 GG](#) i.V.m. [Art. 20 Abs. 1 GG](#) und [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

4. Auch sah sich der Senat nicht veranlasst, dem Beweisantrag nachzukommen und ein gesundheitsökonomisches Gutachten von K. zu den Auswirkungen der hier streitigen Heranziehung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen des Zusatzbeitrages noch im Jahr 2025 auf ältere Versicherte einzuholen. Selbst das beabsichtigte Beweisergebnis als wahr unterstellt, führt [§ 272 SGB V](#) nicht zu einem Verstoß gegen das Willkürverbot. Angesichts des dem Gesetzgeber nach [Art. 87 Abs. 2 GG](#) eingeräumten weiten Gestaltungsspielraums – auch und gerade im Hinblick auf den vom Solidargedanken geprägten Kassenwettbewerb – stellt [§ 272 SGB V](#) auch bei einer noch 2025 fortwirkenden Einflussnahme auf die Höhe des Zusatzbeitrages älterer Versicherte eine von der weiten Typisierungstoleranz des Gesetzgebers umfasste gesetzgeberische Maßnahme zur Stabilisierung und Reduzierung der Zusatzbeiträge in der Covid-19-Pandemie-Situation dar.

E. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

F. Der Senat hat die Revision Klägerin zugelassen, weil die Voraussetzungen der [§§ 160 Abs. 1, 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) vorliegen. Insbesondere ist die Frage, ob und ggf. wie eine von einer Krankenkasse selbst verursachte Fehlmeldung im Anwendungsbereich des [§ 272 SGB V](#) korrigiert werden muss, die überhaupt erst zu einem Zuführungsbetrag dem Grunde nach, jedenfalls aber zu einem höheren Zuführungsbetrag geführt hat, höchstrichterlich (noch) nicht geklärt.

G. Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1 und Abs. 4 Nr. 2 GKG](#). In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit beträgt der maximale Streitwert nach [§ 52 Abs. 4 Nr. 2 GKG](#) 2,5 Millionen Euro (vgl. zum maximalen Streitwert auch LSG NRW, Beschluss vom 15.06.2005 - [L 5 B 18/05 KR](#) -, RdNr. 11, juris).

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-06-02