

S 8 KR 43/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 43/05
Datum
15.11.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 136/07
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Dem Beklagten wird aufgegeben, es zu unterlassen, in Zukunft die Vornahme von Neuverhandlungen und neuen Vertragsabschlüssen im Bereich der integrierten Versorgung im Rahmen der allgemeinen Verbandsumlage zu berechnen und festzusetzen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Verfahrenskosten werden der Klägerin zu 9/10 und dem Beklagten zu 1/10 auferlegt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Frage der Rechtmäßigkeit der Erhebung von Beiträgen durch die Beklagte im allgemeinen Umlageverfahren (Bescheid vom 17.01.2005) bzw. der Rechtmäßigkeit/Zuständigkeit von Geschäftstätigkeiten der Beklagten.

Unter dem 17.01.2005 erteilte der Beklagte gegenüber der Klägerin einen Bescheid, mit dem ein Abschlag unter anderem für einen Beitrag zur Umlagefinanzierung des Beklagten in Höhe von 95.418,95 Euro festgesetzt wurde.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Klage, mit der sie die Herabsetzung des festgesetzten Beitrages begehrt. Der Beklagte habe Beiträge auch für Tätigkeiten erhoben, die nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen würden. Konkrete Zweifel hat sie erhoben gegen die Zuständigkeit des Beklagten für Tätigkeiten im Zusammenhang mit einem Beschwerdemanagement sowie mit Verträgen mit Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich, in der integrierten Versorgung, in der hausarztzentrierten Versorgung, mit Krankenhausapotheken, mit europäischen Leistungserbringern und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus. In erster Linie wendet sie sich gegen die erfolgte Festsetzung der Beiträge bzw. des entsprechenden Abschlags, hilfsweise macht sie ein Unterlassen der Berechnung der angesprochenen Tätigkeiten im Rahmen der allgemeinen Umlage durch den Beklagten geltend. In der mündlichen Verhandlung hat sie erklärt: Auch wenn sie in der Vergangenheit den von dem Beklagten im Bereich der integrierten Versorgung abgeschlossenen Verträgen beigetreten ist, so möchte sie sich ausdrücklich das Recht vorbehalten, in Zukunft darüber entscheiden zu können, ob sie gegebenenfalls einem solchen Vertrag zustimmen und als Nutzer ein entsprechendes Entgelt zahlen will oder nicht.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid vom 17.01.2005 aufzuheben und den Beitrag unter Herausrechnung der wahrgenommenen Krankenkassenaufgaben neu zu berechnen,

2. festzustellen, dass der Beklagte keine den Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch V zugewiesenen Aufgaben im Rahmen der Verbandsumlage berechnen und festsetzen darf, sondern in diesen Bereichen eine Nutzerfinanzierung mit der Möglichkeit der optionalen Leistungsanspruchnahme von den Krankenkassen vornehmen muss,

hilfsweise, es zu unterlassen, nach dem Sozialgesetzbuch V ausschließlich den Krankenkassen zugewiesene Aufgaben, insbesondere die Vornahme von Verhandlungen und Vertragsabschlüssen im Bereich der integrierten Versorgung, im Rahmen der Verbandsumlage zu berechnen und festzusetzen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält den angefochtenen Bescheid für rechtmäßig. Vor allem stehe der Klägerin nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein

Anspruch auf Korrektur der Beitragsfestsetzung zu. Im Einzelnen sehe er die von ihm ausgeübten und näher dargelegten Tätigkeiten als Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben oder Unterstützungshandlungen zu Gunsten der angeschlossenen Betriebskrankenkassen an.

Zur weiteren Sachdarstellung wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze der Beteiligten und die von diesem eingereichten Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zum Teil begründet, überwiegend unbegründet.

I. Die Klage ist insoweit begründet, als die Klägerin (hilfsweise) das Unterlassen der Erhebung einer allgemeinen Verbandsumlage für Tätigkeiten zur Gestaltung von Verträgen im Rahmen der integrierten Versorgung begehrt.

Dieser später formulierte Hilfsantrag stellt keine Klageänderung dar, [§ 99 Abs. 3](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Selbst als Klageänderung wäre er sachdienlich, [§ 99 Abs. 1 SGG](#).

Der Antrag ist auch begründet. Innerhalb der integrierten Versorgung wird die Möglichkeit, Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen, vom Gesetzgeber allein den Krankenkassen, dagegen nicht den Landesverbänden eingeräumt, [§ 140 a - § 140 c](#) des Fünften Buches des Sozial-gesetzbuches (SGB V). Den Landesverbänden wird vom Gesetzgeber allein die Aufgabe der Bereinigung der Anschubfinanzierung auferlegt, [§§ 140 d, 85 SGB V](#). Entgegen dem Standpunkt des Beklagten kann in den diesbezüglich von ihm betriebenen gestaltenden Vertragsverhandlungen und Vertragsabschlüssen keine bloße Unterstützungshandlung im Sinne des [§ 211 Abs. 2 SGB V](#) mehr gesehen werden. Insoweit legt insbesondere [§ 211 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) ausdrücklich fest, dass der Abschluss und die Änderung von Verträgen den Landesverbänden nur insoweit zukommt, soweit sie von der Mitgliedskasse hierzu bevollmächtigt sind. Auch unter Berücksichtigung des in der Vergangenheit seitens der Klägerin erfolgten Beitritts zu diesbezüglichen Verträgen, so zum Vertrag zur Verbesserung der Frühgeburten-Prävention "Hallo Baby", kann nicht von einer Bevollmächtigung seitens der Klägerin für entsprechende Vertragsverhandlungen und -abschlüsse für die Zukunft ausgegangen werden. Insoweit hat sie sich in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich das Recht vorbehalten, in Zukunft darüber entscheiden zu können, ob sie gegebenenfalls einem solchen Verträgen zustimmen und als Nutzer entsprechende Entgelte zahlen will oder nicht. Da [§ 211 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) die Bevollmächtigung "der" Mitgliedskasse fordert, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Beklagte durch etwaige Bevollmächtigungen anderer Mitgliedskassen zu einer allgemeinen Umlage führenden (Unterstützungs-)Tätigkeit gegenüber der Klägerin berechtigt ist. Auch aufgrund der vom Beklagten vorgelegten Entscheidung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen - LSG NRW - vom 20.01.1998 - [L 5 KR 15/97](#) - kann bezüglich dieser Tätigkeit keine derart weitgehende Unterstützungshandlung angenommen werden.

Vorliegend war auch das beantragte Unterlassen der Beitragserhebung für die Zukunft und nicht (nur - vgl. BSG, Urteil vom 25.06.2002, [B 1 KR 10/01 R](#) -) ein Antrag auf Unterlassen der Tätigkeit an sich begründet, da dem Beklagten die Tätigkeit an sich - z.B. für bevollmächtigende Mitgliedskassen - nicht untersagt werden kann. II. Im Übrigen ist die Klage unbegründet.

Sie ist sowohl bezüglich des Hauptantrages zur Abänderung des Bescheides vom 17.01.2005 unbegründet, als auch hinsichtlich der im Übrigen in Frage gestellten Rechtmäßigkeit einzelner Tätigkeiten des Beklagten.

1. Der allgemein gefasste Antrag auf Korrektur des Bescheides vom 17.01.2005 unter Herausrechnung von wahrgenommenen Krankenkassenaufgaben ist unbegründet. Insoweit verweist der Beklagte zu Recht auf das diesbezügliche Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.06.2002 - [B 1 KR 10/01 R](#) -. Auf die in diesem Urteil ausgeführte Begründung, die auch vorliegend zum Tragen kommt, wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen.

2. Soweit die Klägerin hilfsweise ein Unterlassen der Beklagten in Bezug auf ausschließlich den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben in Verbindung mit der Berechnung einer Verbandsumlage fordert, ist die Klage zum Teil unzulässig und zum Teil unbegründet.

Soweit die Klägerin in der konkret formulierten weitgehenden Pauschalität das Unterlassen von Krankenkassenaufgaben fordert, ist dieser Antrag in seiner Allgemeinheit unzulässig. Selbst ein entsprechender Urteilsausspruch wäre anschließend nicht ohne weiteres klärendes Verfahren umsetzbar, so dass es an einem entsprechenden Rechtsschutzbedürfnis fehlt.

Aber auch eine Auslegung dieses Antrags in Verbindung mit den von der Klägerin in der Klagebegründung vom 15.02.2006 konkret angesprochenen weiteren Punkten ist unbegründet. Insoweit ist eine Rechtswidrigkeit bzw. ein drohendes rechtswidriges Inzahlungstellen in Form der allgemeinen Verbandsumlage durch den Beklagten nicht gegeben:

a. Hinsichtlich des von der Klägerin angesprochenen zentralen Beschwerdemanagements beim Beklagten ist eine Überschreitung von Kompetenzen nicht ersichtlich. Vielmehr erscheint die vom Beklagten dargelegte bloße Weiterleitung von Beschwerden an die einzelnen Krankenkassen bzw. Bearbeitung von gegenüber ihm selbst angebrachten Beschwerden sachgerecht und darüber hinaus notwendig.

b. Der Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern von Hilfsmitteln fällt in den Bereich der vom Gesetz des Beklagten auferlegten Kernaufgaben, [§ 127 Abs. 1 SGB V](#).

c. Die Vertragsgestaltung im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung fällt ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Landesverbände als Vertragsbeteiligte an "Gesamtverträgen", [§ 73 b Abs. 3, § 83 SGB V](#).

d. Eine Kompetenz zum Abschluss von Verträgen mit Krankenhausapotheken steht auch den Landesverbänden der Krankenkassen zu, [§ 129 a SGB V](#). Für die von der Klägerin vorgenommene Lesart einer subsidiären Zuständigkeit der Landesverbände nach den Krankenkassen gibt der Wortlaut dieser Vorschrift keine Anhaltspunkte. Die Krankenkassen und ihre Verbände sind in [§ 129 a SGB V](#) als gleichberechtigt ohne unterschiedliche Wertung ("oder") aufgeführt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 15/1525, S. 122](#); aus der Formulierung "mit den gesetzlichen Krankenkassen" kann nicht die von der Klägerin geltend gemachte Vorrangigkeit einer

Zuständigkeit der Krankenkassen im Verhältnis zu Landesverbänden gelesen werden, da das ausschließliche Anführen von "Krankenkassen" allein deren Zuständigkeit erwähnen würde, was dem Wortlaut der Gesetzesvorschrift entgegensteht. Vielmehr ist die - auf einen anderen Aussageschwerpunkt ausgerichtete - Gesetzesbegründung dahin zu verstehen, dass "mit den gesetzlichen Krankenkassen" sowohl die Krankenkassen als auch ihre Landesverbände als Vertreter gemeint sind). Auch in der Literatur wird von einem "Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen" ausgegangen (Doris Pfeiffer, VSSR 2004, S. 149, 154 f.). Entgegen dem Standpunkt der Klägerin könnte darüber hinaus aus der Regelung des [§ 127 SGB V](#) der Umkehrschluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber im Falle einer nachrangigen Zuständigkeit von Verbänden und Krankenkassen dies mit seiner Gesetzesformulierung ausreichend deutlich macht.

e. Hinsichtlich den von der Klägerin angesprochenen Vertragsabschlüssen mit europäischen Leistungserbringern ist vom Beklagten vorgetragen worden, dass keine entsprechenden Vertragsabschlüsse getätigt wurden oder entsprechende Aktivitäten entwickelt werden. Entgegenstehende Anhaltspunkte sind auch von der Klägerin nicht dargelegt worden.

f. Zur Berechtigung von Vertragsabschlüssen im Bereich der ambulanten Behandlung sind nach dem Wortlaut des [§ 116 b SGB V](#) die Krankenkassen und ihre Landesverbände gleichermaßen befugt. Entgegenstehendes ergibt sich auch nicht aus der Gesetzesbegründung zu § 116 b ([BT-Drucks. 15/1525, S. 119](#)). Insoweit wird auf die Ausführungen zu Punkt d. verwiesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. § 154 der Verwaltungsgerichts-ordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-12-07