

L 5 KR 469/11 KL

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 469/11 KL
Datum
11.07.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 5.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erteilung einer Satzungsgenehmigung durch das B. ([§ 195](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V).

Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse. § 22 ihrer Satzung vom 1.1.2008 hatte (vor der hier streitigen Satzungsänderung) folgenden Wortlaut:

Wahltarif für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen

I. Die B. bietet ihren Versicherten zur Förderung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung die folgenden besonderen Versorgungsformen an:

1. eine hausarztzentrierte Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) auf der Grundlage von Verträgen mit Hausärzten, Gemeinschaften von Hausärzten, Medizinischen Versorgungszentren oder Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit diese von Gemeinschaften von Hausärzten dazu ermächtigt wurden, 2. eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach [§ 73c SGB V](#) auf der Grundlage von Verträgen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen, die eine ambulante Versorgung nach [§ 73c SGB V](#) anbieten oder Kassenärztlichen Vereinigungen, 3. integrierte Versorgungsformen nach [§ 140a SGB V](#) auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern.

Die Teilnahme an diesen Versorgungsformen ist für die Versicherten freiwillig. Sie können nach Maßgabe der jeweiligen Verträge kombiniert werden; dies gilt nicht, wenn sich gewählte Leistungsinhalte überschneiden. Die B. kann in begründeten Härtefällen weitere Ausnahmen zulassen.

II. Bei der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach Absatz I Nummer 1 verpflichtet sich der Versicherte schriftlich gegenüber der B., nur einen von ihm aus dem Kreis der Hausärzte nach [§ 73b Absatz 4 SGB V](#) gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf Überweisung dieses Hausarztes. Inhalt und Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen. Der Wechsel des gewählten Hausarztes ist nur aus einem wichtigen Grund zulässig. Ein wichtiger Grund liegt in der Regel vor bei einem Wechsel der Wohnung, wenn sich dadurch der Weg zur Praxis erheblich erschwert, bei Arbeitsaufgabe des gewählten Arztes und bei einer Störung des Vertrauensverhältnisses.

III. Bei der Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung nach Absatz I Nummer 2 verpflichtet sich der Versicherte schriftlich gegenüber der B., für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung ersterer in Anspruch zu nehmen. Inhalt und Ausgestaltung der besonderen ambulanten Versorgung sowie die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus den für die jeweilige Region

abgeschlossenen Verträgen. Ohne Überweisung soll der Versicherte andere als die vertraglich gebundenen Leistungserbringer nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes in Anspruch nehmen. Ein wichtiger Grund liegt in der Regel vor bei einem Wechsel der Wohnung, wenn sich dadurch der Weg zur Praxis erheblich erschwert, bei Arbeitsaufgabe des gewählten Arztes und bei einer Störung des Vertrauensverhältnisses.

IV. Bei der Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung (Absatz I Nummer 1) ergibt sich die Dauer der Bindung des Versicherten an den gewählten Hausarzt und an die sonstigen Verpflichtungen nach Absatz II, bei der Teilnahme an einer besonderen ambulanten Versorgung (Absatz I Nummer 2) die Dauer der Bindung des Versicherten an die Verpflichtungen nach Absatz III aus den für die jeweilige Region abgeschlossenen Verträgen; sie darf ein Jahr nicht unterschreiten. Eine Kündigung der Verpflichtungen ist nach Maßgabe der in der jeweiligen Region abgeschlossenen Verträge möglich. Die Kündigung ist der B. schriftlich zu erklären.

V. Die B. führt ein Verzeichnis über die zu den besonderen Versorgungsformen abgeschlossenen Verträge. Das Verzeichnis enthält Angaben über die Leistungsinhalte, die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten, den Beginn der Teilnahme, die teilnehmenden Leistungserbringer, den Ort der Durchführung der besonderen Versorgungsform, die Möglichkeiten der Kündigung, die Dauer der Bindung an die jeweiligen Verpflichtungen, bei der hausarztzentrierten Versorgung (Absatz I Nummer 1) auch die Dauer der Bindung an den gewählten Hausarzt und gegebenenfalls weitere Ausnahmen von dem Überweisungsgebot sowie bei der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten Versorgung (Absatz I Nummer 2) auch über die Folgen bei Pflichtverstößen. Die B. stellt den Versicherten das Verzeichnis zur Verfügung.

VI. Versicherten, die an mindestens einer besonderen Versorgungsform nach Absatz I Nummern 1 bis 3 teilnehmen, ermäßigt die B. entsprechend [§ 53 Absatz 3 SGB V](#) auf Antrag die während der Dauer der Teilnahme fällig werdenden Zuzahlungen nach [§ 28 Absatz 4 Satz 1 SGB V](#) um 100 v. H., sofern

1. im Falle der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung die jeweilige Zuzahlung auf Grund der Inanspruchnahme des gewählten Hausarztes anfällt,

2. im Falle der Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung die jeweilige Zuzahlung auf Grund der Inanspruchnahme eines vertraglich gebundenen Leistungserbringers anfällt, 3. im Falle der Teilnahme an einer integrierten Versorgungsform die jeweiligen vertraglich geregelten Voraussetzungen für die Teilnahme an der integrierten Versorgung erfüllt sind.

Die [§§ 61](#) und [62 SGB V](#) bleiben davon unberührt. Die Ermäßigung ist auf 40 EUR im Kalenderjahr begrenzt. Eine Ermäßigung entfällt, soweit eine Zuzahlung bereits nach [§ 21 Absatz 2](#) ermäßigt wird.

Am 17.12.2010 fasste der Verwaltungsrat der Klägerin einen Beschluss (u.a.) zur Änderung des [§ 22](#) der Satzung (11. Nachtrag). Der Beschluss, der eine dem Vorbild der Satzung der A. Baden-Württemberg folgende Sanktionsregelung bei Pflichtverstößen von Versicherten zum Gegenstand hat, hat (soweit hier von Belang) folgenden Wortlaut:

Art. I Nr. 5: [§ 22](#) wird wie folgt geändert:

a. Abs. I Satz 4 wird aufgehoben.

b. In Abs. II Satz 2 und Abs. III Satz 2 werden jeweils die Worte "sowie die Folgen bei Pflichtverstößen" aufgehoben.

c. Nach Abs. IV wird folgender Abs. IVa eingefügt:

"IVa. Verstößt der Versicherte vorwerfbar gegen seine Pflichten nach den Absätzen II oder III, kann die B. alternativ oder in Verbindung miteinander 1. die Ermäßigung der Zuzahlungen laut Abs. VI ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft verweigern, 2. sie für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurücknehmen, 3. vom Versicherten Ersatz der der B. entstandenen Mehrkosten verlangen oder 4. den Versicherten bei wiederholten Pflichtverstößen aus dem Wahltarif für eine bestimmte Zeit oder auf Dauer ausschließen."

Art. II (Inkrafttreten)

Nr. 3. Art. I Nr. 5 tritt am Tag nach der öffentlichen Bekanntmachung in Kraft.

Mit Schreiben vom 20.12.2010 beantragte die Klägerin beim B. die Erteilung einer Satzungs genehmigung ([§ 195 SGB V](#)) - u. a. - für die Änderung des [§ 22](#) der Satzung durch Art. I Nr. 5 des Verwaltungsratsbeschlusses vom 17.12.2010.

Mit Bescheid vom 25.1.2011 lehnte das B. die Erteilung einer Satzungs genehmigung hinsichtlich der vom Verwaltungsrat der Klägerin am 17.12.2010 unter Art. I Nr. 5b und c und insoweit unter Art. II Nr. 3 beschlossenen Änderung des [§ 22](#) der Satzung (wie in der Vorprüfung vor Beschlussfassung des Verwaltungsrats der Klägerin angekündigt) ab; für die unter Art. I Nr. 5a beschlossene Satzungsänderung wurde die Satzungs genehmigung erteilt. Zur Begründung der Ablehnungsentscheidung führte die Behörde aus, die (hier streitigen) Satzungsregelungen seien nicht genehmigungsfähig, weil aus ihnen nicht nachvollziehbar hervorgehe, welcher Pflichtverstoß zu welcher Sanktion führe. Damit werde das Gebot der Satzungs Klarheit verletzt.

Gegen den ihr am 27.1.2011 zugestellten Bescheid hat die Klägerin am 1.2.2011 Klage beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Sie trägt vor, gem. [§§ 73b Abs. 3 Satz 4](#), [73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) dürften die Krankenkassen das Nähere zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten durch Satzung regeln. Von dieser Ermächtigung sei eine Satzungsregelung gedeckt, die für Sanktionen (pflichtgemäß auszuübendes) Entschließungs- und Auswahlermessen vorsehe. Gem. [§ 111 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) oder [§ 307 Abs. 3 SGB V](#) könnten Ordnungswidrigkeiten (d.h. Pflichtverstöße) mit einer Geldbuße geahndet werden. Auch nach [§ 47 Abs. 1 OWiG](#) stehe die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltungsbehörde. Das gelte für das "Ob" und das "Wie" der Sanktion. Für Pflichtverstöße im Rahmen der besonderen Versorgungsformen des SGB V könne nichts anderes gelten. Die

Aufsichtsbehörde der A. Baden-Württemberg vertrete offenbar eine ähnliche Rechtsauffassung; sie habe die Vorschriften in §§ 17f Abs. 4, 17g Abs. 4 und § 17g/a Abs. 4 der Satzung der A. Baden-Württemberg genehmigt. Die genannten Satzungsbestimmungen sähen vor: "Verstößt der Versicherte gegen seine Pflichten, kann der Versicherte insbesondere im Wiederholungsfall aus der [besonderen Versorgungsform] ausgeschlossen werden. Ferner können bei der unzulässigen direkten Inanspruchnahme von Facharztleistungen Vergünstigungen im Zusammenhang mit der [besonderen Versorgungsform] widerrufen und für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgefordert werden; bei vorsätzlich pflichtwidrigem Verhalten kann auch der Ersatz der Mehrkosten verlangt werden, die durch die unzulässige direkte Inanspruchnahme von [Ärzten] entstanden sind. Pflichtwidrigkeit ist ausgeschlossen in Fällen der Vertretung bzw. bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Hausarztes (z.B. Urlaub). Bei der Festsetzung von Maßnahmen ist dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz besondere Beachtung beizumessen." Schließlich habe das B. selbst Regelungen des Inhalts "die Folgen bei Pflichtverstößen ergeben sich aus dem jeweiligen Vertrag" genehmigt. Dabei werde die Verhängung von Sanktionsfolgen teilweise sogar auf Stellen außerhalb der Krankenkasse verlagert.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte (B.) unter Abänderung des Bescheids vom 25.1.2011 zu verurteilen, für die von ihrem (der Klägerin) Verwaltungsrat am 17.12.2010 unter Artikel I Nr. 5b und Nr. 5c und insoweit unter Artikel II Nr. 3 beschlossenen Satzungsänderungen eine Satzungsgenehmigung gem. [§ 195 SGB V](#) zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die streitige Satzungsregelung sei von der gesetzlichen Ermächtigung zur näheren Ausgestaltung der Folgen von Pflichtverstößen der an den Versorgungsformen teilnehmenden Versicherten ([§ 73b Abs. 4 Satz 3](#) und [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)) nicht gedeckt. Die Klägerin habe ihren Gestaltungsspielraum überschritten. Bei der Regelung der Folgen von Pflichtverstößen müsse die Krankenkasse dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit, hier der Satzungsklarheit, Rechnung tragen (BSG, Urt. v. 19.9.2007, - [B 1 A 4/06 R](#) -). Der Versicherte müsse erkennen können, welche Pflichtverletzung zu welcher Folge führe. In § 22 Abs. II und III der Satzung der Klägerin seien zwar die Verpflichtungen der Versicherten benannt. § 22 Abs. IVa der Satzung lege die Folgen von Pflichtverletzungen jedoch nicht fest. Vielmehr werde die Verwaltung ermächtigt, bei Pflichtverletzungen unterschiedliche Sanktionen alternativ oder kumulativ zu verhängen. Damit werde der Verwaltung gerade diejenige Entscheidung übertragen, die nach dem Regelungsauftrag der [§§ 73b Abs. 3 Satz 4, § 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) in der Satzung zu treffen sei. Die (generelle) Auswahl der Sanktionen bei Pflichtverstößen sei dem Satzungsgeber aufgegeben. Das Ordnungswidrigkeitenrecht eröffne den zuständigen Behörden einen Ermessensspielraum für Einzelfallentscheidungen. Hier gehe es aber um die Setzung autonomen Rechts, auf dessen Grundlage sodann Einzelfallentscheidungen zu treffen seien. Auf die Rechtsauffassung anderer Genehmigungsbehörden komme es nicht an.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig. Offen bleiben kann, ob es sich bei ihr um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) oder um eine Aufsichtsklage ([§ 54 Abs. 3 SGG](#)) handelt. Auch mit der Aufsichtsklage kann die Vornahme einer begünstigenden Aufsichtsordnung, nämlich die Erteilung der beantragten Genehmigung begehrt werden, wenn die Aufsichtsbehörde diese abgelehnt hat, und der Versicherungsträger geltend macht, dass er auf Vornahme dieses Aktes einen Rechtsanspruch habe (BSG, Urt. v. 19.9.2007, - [B 1 A 4/06 R](#) -). Die erstinstanzliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts folgt aus [§ 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) (Zuständigkeit für Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung).

II. Die Klage ist nicht begründet. Das B. hat die Erteilung einer Satzungsgenehmigung für die vom Verwaltungsrat der Beklagten am 17.12.2010 unter Artikel I Nr. 5b und Nr. 5c bzw. unter Artikel II Nr. 3 beschlossenen Satzungsänderungen zu Recht versagt.

Gem. [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) bedarf die Satzung einer Krankenkasse der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt auch für Satzungsänderungen. Ist eine verfahrensmäßig ordnungsgemäß zustande gekommene Satzungsänderung mit höherrangigem Recht vereinbar, besteht nach [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) ein Anspruch auf die Genehmigung. Eine solche Genehmigung ist im Verhältnis zum Versicherungsträger ein Verwaltungsakt (BSG, Urt. v. 19.9.2007, - [B 1 A 4/06 R](#) -).

Die in Rede stehenden Satzungsänderungen verletzen höherrangiges Recht und können daher nicht genehmigt werden. Sie stehen mit den Satzungsermächtigung in [§ 73b Abs. 3 Satz 4](#) und [§ 73c Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) und dem Gebot der Normen- oder Satzungsklarheit bzw. dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgrundsatz in Verbindung mit dem Gebot, die wesentlichen Voraussetzungen von Grundrechtseingriffen durch Rechtssatz zu regeln, nicht in Einklang. Der Verwaltungsrat der Klägerin als deren Rechtssetzungsorgan ([§ 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)) hat die Folgen von Pflichtverstößen der Versicherten bei der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ([§ 73b SGB V](#)) und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ([§ 73c SGB V](#)) in der Satzung nicht ausreichend bestimmt geregelt und die Sanktionierung von Pflichtverstößen in rechtlich nicht zulässigem Maß auf die Verwaltungsorgane der Klägerin übertragen.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist in [§ 73b SGB V](#) geregelt. Danach haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten (Abs. 1). Die Anforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung sind in [§ 73b Abs. 2 SGB V](#) festgelegt. [§ 73b Abs. 3 SGB V](#) sieht vor, dass die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig ist.

Versicherte, die an dieser besonderen Versorgungsform teilnehmen, müssen sich gegenüber der Krankenkasse schriftlich verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen; die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln ([§ 73b Abs. 3 Satz 1 bis 3 SGB V](#)). Gem. [§ 73b Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) regeln die Kassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und - was hier von Belang ist - zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, in ihren Satzungen.

Die besondere ambulante ärztliche Versorgung ist in [§ 73c SGB V](#) geregelt. Danach können die Krankenkassen ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen (nach [§ 73c Abs. 4 SGB V](#)) anbieten. Der Gegenstand der Verträge ist in [§ 73c Abs. 1 Satz 2](#) festgelegt. Gem. [§ 73c Abs. 2](#) erklären die Versicherten ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an die Erklärung mindestens ein Jahr gebunden. Gem. [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) regeln die Kassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und - was hier von Belang ist - zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, in ihren Satzungen.

Mit [§ 73b Abs. 3 Satz 4](#) und [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) erteilt das Gesetz den Krankenkassen sowohl die Ermächtigung wie den Auftrag, die in der genannten Vorschrift aufgeführten Gegenstände, namentlich die Sanktionierung von Pflichtverstößen der an der hausarztzentrierten bzw. an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Versicherten, in der Satzung zu regeln. Die maßgeblichen Satzungsbestimmungen müssen dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit genügen, zumal bei der (hier in Rede stehenden) Sanktionierung von Pflichtverstößen in Grundrechte der Versicherten eingegriffen werden kann, etwa, wenn ihnen die Mehrkosten der Krankenkasse infolge des Pflichtverstoßes auferlegt werden sollen ([§ 22 Abs. IVa Nr. 3](#) der Satzung). Das Gebot der Normenklarheit folgt aus dem Zusammenwirken der für Grundrechtseingriffe geltenden Anforderungen des Bestimmtheits- und des Wesentlichkeitsgrundsatzes. Die (Satzungs-)Norm muss - ungeachtet der Konkretisierungs- oder Ermessensspielräume der Verwaltung beim Erlass von Einzelakten - so bestimmt sein, dass der einzelne Grundrechtsträger (Versicherte) auf Grund der normativen Regelung voraussehen kann, welche Eingriffe ihn erwarten (Hufen, Staatsrecht II [§ 9 Rdnr. 7](#) unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BVerfG zum Gebot der Normenklarheit, etwa [BVerfGE 21, 73, 79](#); [118, 168](#), 183; vgl. auch BSG, Urt. v. 19.9.2007, - [B 1 A 4/06 R](#) - m. w. N.).

Die vom Verwaltungsrat der Klägerin beschlossene Satzungsänderung - Einfügung des [§ 22 Abs. IVa](#) - wird den maßgeblichen einfach- und verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht gerecht.

Der Verwaltungsrat der Klägerin hat (schon) den Regelungsauftrag des [§ 73b Abs. 3 Satz 4](#) und des [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) verletzt, wenn er in der Satzung nur gleichsam abstrakt die in Betracht kommenden Folgen bzw. Sanktionen von Pflichtverstößen der Versicherten festlegt, es im Übrigen aber zur Gänze dem zuständigen Verwaltungsorgan überlässt, ob im konkreten Einzelfall überhaupt Sanktionen verhängt und ggf. welche Sanktionen alternativ oder auch kumulativ ergriffen werden sollen. Das Gesetz trägt der Krankenkasse auf, das "Nähere" zu den "Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten" zu regeln, setzt nach seinem klaren Wortlaut also voraus, dass Pflichtverstöße zur Sicherung der Zielsetzung der besonderen Versorgungsformen der [§§ 73b](#) und [73c SGB V](#) im Regelfall (Sanktions-)Folgen haben müssen, unbeschadet etwaiger Korrekturen nach Maßgabe des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes in Sonderfällen. Der Krankenkasse ist ein normativer Gestaltungsspielraum zur Ergänzung des [§ 73b Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) und des [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) nur für die Art und Weise der Sanktionierung von Pflichtverstößen der Versicherten eröffnet. Sie kann in ihrer Satzung hingegen nicht gänzlich offen lassen, ob Pflichtverstöße überhaupt sanktioniert werden. Ein voraussetzungsloses Entschließungsermessen der Verwaltungsorgane hinsichtlich der Verhängung von Sanktionen bei Pflichtverstößen ist mit der Satzungsermächtigung und dem Regelungsauftrag der [§§ 73b Abs. 3 Satz 4, 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) daher nicht vereinbar.

Der dargelegte Verstoß gegen die (einfachrechtliche) Satzungsermächtigung des [§ 73b Abs. 3 Satz 4](#) und des [§ 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) impliziert zugleich die vom B. zu Recht gerügte Verletzung des (verfassungsrechtlichen) Gebots der Normenklarheit. [§ 22 Abs. IVa](#) der Satzung führt lediglich mögliche Folgen von Pflichtverstößen der Versicherten auf. Voraussetzungen für die Verhängung und für die Auswahl der Sanktionen sind hingegen nicht festgelegt; das gilt auch für die wahlweise vorgesehene alternative oder kumulative Verhängung von Sanktionen. Der Versicherte kann auf Grund der Satzungsregelung also weder voraussehen, ob ihn Sanktionen und damit ggf. Grundrechtseingriffe bei Pflichtverstößen erwarten noch mit welchen Sanktionen er (bei welchen Pflichtverstößen) rechnen muss. Bei der Sanktionierung von Pflichtverstößen ist ein voraussetzungsloses Auswahlermessen der Verwaltungsorgane ebenso wenig zulässig wie ein voraussetzungsloses Entschließungsermessen. Dieses Regelungsdefizit der Satzung wird nicht dadurch behoben, dass das Verwaltungsermessen (was sich von selbst versteht) pflichtgemäß auszuüben und äußeren und inneren Ermessensgrenzen unterworfen ist. Auch eine ergänzende Auslegung der Satzungsbestimmung scheidet aus. Die vom B. nicht genehmigte Satzungsvorschrift stellt der Sache nach eine Blankettnorm dar, die die Sanktionierung von Pflichtverstößen der an der hausarztzentrierten oder der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Versicherten - entgegen den Anforderungen der [§§ 73b Abs. 3 Satz 4, 73c Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) und des Gebots der Normenklarheit - auf die Verwaltungsorgane überträgt, ohne deren Verwaltungshandeln ausreichend normativ zu binden.

Das B. hat die Einfügung des Abs. IVa in [§ 22](#) der Satzung der Klägerin daher zu Recht nicht genehmigt und als notwendige Folge auch die Genehmigung der hierauf unter Art. I Nr. 5b und Art. II Nr. 3 beschlossenen Satzungsänderungen versagt. Dass andere Aufsichtsbehörden vergleichbare Satzungsregelungen genehmigt haben, ist rechtlich nicht von Belang. Daran ist weder das B. noch der Senat gebunden.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#))

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 2 GKG](#).
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2012-07-19