

L 5 KR 330/13 KL

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 330/13 KL

Datum

12.07.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Krankenkassen dürfen nicht durch Satzungsregelung den Zugang zur hausarztzentrierten Versorgung beschränken.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Versagung der Genehmigung einer Satzungsänderung.

Die Klägerin ist eine im Freistaat Bayern tätige Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V, dem Beklagten ist das entsprechende Satzungsgenehmigungsverfahren zugewiesen. Die Klägerin führt für ihre mehr als 4 Millionen Versicherten in Bayern seit Einführung der Regelungen in [§ 73b SGB V](#) nach ihrer Satzung eine hausarztzentrierte Versorgung durch sowie zusätzlich eine pädiatrieorientierte Versorgung für Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren. Der Verwaltungsrat der Klägerin beschloss in seiner Sitzung am 15.05.2012, die hierzu getroffenen Regelungen in § 19c der Satzung zu ändern und zu fassen wie folgt:

"(2) 1Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres können Versicherte nur am Vertrag zur pädiatrieorientierten Versorgung teilnehmen. 2Ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können Versicherte entweder an Vertrag zur pädiatrieorientierten Versorgung oder am Vertrag zur hausärztlichen Versorgung teilnehmen."

sowie als redaktionelle Folgeänderung das bisherige Wort in §19c Abs. 2 Satz 5 "Kinder " in der künftigen Regelung des Abs. 2 Satz 7 zu ändern in "Versicherte".

Mit Schreiben vom 24.05.2012 beantragte die Klägerin bei der Regierung von Oberbayern diese Änderung zu genehmigen. Der Kinder- und Jugendarztvertrag der Klägerin, welcher dem Ziel der medizinisch qualitativ bestmöglichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen diene, sei rechtlich als hausarztzentrierte Versorgung zu qualifizieren. Der Gesetzgeber verpflichte die Krankenkassen, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, die Doppelvorhaltung zweier Modelle dieser Art belaste aber die Beitragszahler, so dass als Bestimmung zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung ein Nebeneinander der beiden Leistungswege geregelt werden solle. Mit Bescheid vom 15.06.2012 versagte der Beklagte die begehrte Genehmigung. Die förmlich korrekte Satzungsänderung verstoße gegen höherrangiges Recht. [§ 73b Abs. 1 SGB V](#) verpflichte die Klägerin, allen Versicherten die hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die pädiatrieorientierte Versorgung sei ein ergänzendes Leistungsangebot, dass die hausarztzentrierte Versorgung nicht verdrängen dürfe. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres würden aber mit der Satzungsänderung aus der hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen. Dafür fehle es an einer gesetzlichen Grundlage. Gestattet sei der Klägerin nur, die Durchführung der Versorgung zu regeln, nicht aber der Ausschluss daraus. Die fachlichen Gesichtspunkte der Klägerin könnten die Regelungen des SGB V nicht verdrängen. Der Gesetzgeber habe nicht beabsichtigt, Kinder aus der hausarztzentrierten Versorgung herauszunehmen. Zudem nähmen auch Kinderärzte an der hausarztzentrierten Versorgung der Klägerin teil, insoweit werde eine kinderärztliche Versorgung durch die hausarztzentrierte Versorgung sichergestellt. Bis zu 14 Jahre alte Versicherte dürften nicht vor die Wahlalternative gestellt werden, sich entweder für die hausarztzentrierte oder für die pädiatrieorientierte Versorgung zu entscheiden.

Dagegen hat die Klägerin Klage erhoben mit dem Ziel, den Beklagten zur Satzungs genehmigung zu verpflichten. Ihr komme infolge Satzungsautonomie ein Rechtsanspruch auf Genehmigung der Satzungsänderung zu, weil ein Verstoß gegen höherrangiges Recht nicht bestehe. Die angebotene pädiatrieorientierte Versorgung entspreche als hausarztzentrierte Versorgung den gesetzlichen Regelungen in [§ 73b SGB IV](#) und dürfe sogar unabhängig von letzterer angeboten werden. Die Klägerin sei gesetzlich verpflichtet, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dem komme die Klägerin mit dem Angebot einer pädiatrieorientierten oder aber einer hausarztzentrierten Versorgung nach. Dem Qualitätsanspruch des Gesetzgebers laufe es zuwider, wenn Kinder und Jugendliche nicht in dem für sie speziell aufgebauten Versorgungssystem eingebunden wären, so dass als Bestimmung zur Durchführung der Versorgung die Regelung veranlasst sei. Die Satzungsänderung sei daher nicht nur von der gesetzlichen Regelung gedeckt, sondern entspreche dem Ziel des Gesetzgebers, die Versichertengruppen zielgerichtet spezifisch zu versorgen. Kinder und Jugendliche würden über die pädiatrieorientierte Versorgung durch in der erforderlichen Kernkompetenz besonders qualifizierte Ärzte versorgt. Die Beklagte hat erwidert, gesetzlich sei die Klägerin ermächtigt, die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung per Satzung zu regeln. Die strittige Änderung aber enthalte einen Ausschluss von der hausarztzentrierten Versorgung für Kinder und Jugendliche.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 15.06.2012 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, die vom Verwaltungsrat der Klägerin am 15.05.2012 beschlossene Änderung des § 19c Absatz 2 in Sätzen 1 und 2 der Satzung zu genehmigen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren die Akten der Beklagten. Darauf sowie auf die Gerichtsakten im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerechte Klage, über welche der Senat nach [§ 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) im ersten Rechtszug entscheidet, ist nach [§ 78 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) ohne Vorverfahren zulässig. Offen bleiben darf (ebenso BSG v. 18.11.2014 - [B 1 A 1/14 R](#), Rn. 8; LSG Rheinland-Pfalz v. 02.06.2016 - [L 5 KR 66/15 KL](#), Rn. 16 - zitiert jeweils nach juris), ob die Klage um als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) oder als Aufsichtsklage ([§ 54 Abs. 3 SGG](#)) zu qualifizieren ist. Auch mit der Aufsichtsklage kann die Vornahme einer begünstigenden Aufsichtsordnung begehrt werden, nämlich die Erteilung einer beantragten Satzungs genehmigung, wenn die Aufsichtsbehörde dies abgelehnt hat und der Versicherungsträger - wie hier die Klägerin - geltend macht, dass ein Rechtsanspruch auf die Vornahme dieses Akts bestehe.

1. Nach [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) bedarf die Satzung einer Krankenkasse der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt auch für Satzungsänderungen. Hierzu ist in Auswertung des Inhalts der Beklagtenakten sowie des Beteiligtenvorbringens festzustellen, dass die strittige Satzungsänderung in der Verwaltungsratssitzung verfahrensmäßig ordnungsgemäß zu Stande gekommen ist. Insbesondere waren die Förmlichkeiten der Ladung, der Beschlussvorlage 11/90 und der Beschlussfassung eingehalten, die Zuständigkeit des Verwaltungsrates der Klägerin bestand ([§ 197 Abs. 1 Nr. 1 iVm § 64 Abs. 1, 2 SGB V](#), § 31 Abs. 6 Satzung der Klägerin). Dies hat auch der Beklagte im strittigen Bescheid (zur Verwaltungsaktsqualität der Genehmigung im Verhältnis zum Versicherungsträger vgl. BSG v. 18.11.2014 - [B 1 A 1/14 R](#), Rn. 9 - zitiert nach juris) vom 15.06.2012 zutreffend festgehalten.

Die formelle Zuständigkeit des Beklagten bei Behördenzuständigkeit der Regierung von Oberbayern - Oberversicherungsamt Südbayern - ergibt sich aus [§§ 90 Abs. 2, 91 Abs. 2 SGB IV](#) iVm § 9 Abs. 1 Nr. 3 AVSG (v. 02.12.2008, BayGVBl S. 912).

2. Festzustellen ist, dass die genehmigungs beantragte Satzungsänderung in § 19c Abs. 2 der Satzung der Klägerin zum Inhalt hatte, die Sätze 1 und 2 zu fassen wie folgt:

"(2) 1Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres können Versicherte nur am Vertrag zur pädiatrieorientierten Versorgung teilnehmen. 2Ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können Versicherte entweder am Vertrag zur pädiatrieorientierten Versorgung oder am Vertrag zur hausärztlichen Versorgung teilnehmen."

sowie zudem als redaktionelle Folgeänderung die Ersetzung des bisherigen Wort in §19c Abs. 2 Satz 5 "Kinder " in der künftigen Regelung des Abs. 2 Satz 7 in "Versicherte" beinhaltet hatte.

Diese Änderungen sind nicht mit höherrangigem Recht vereinbar, so dass kein Anspruch nach [§ 195 Abs. 1 SGB V](#) besteht, dass insoweit die Satzungsänderung genehmigt wird. Gemäß [§ 194 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) darf die Satzung nämlich nur Leistungen vorsehen oder vorgesehene Leistungen beschränken, soweit dies das SGB V zulässt.

a) Vorliegend besteht für die strittige Satzungsregelung keine Ermächtigungsgrundlage. Für die Klägerin als gesetzliche Krankenkasse eröffnet [§ 73b Abs.3 Satz 4 SGB V](#) eine Regelungsbefugnis lediglich für die Durchführung der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung. Das bedeutet, dass die Versicherten ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung zunächst erklären, welche mit den in der Satzung enthaltenen Durchführungsbestimmung näher ausgestaltet wird.

Einschränkungen hingegen - wie der Zugang zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung selbst - benennt [§ 73b Abs.3 Satz 4 SGB V](#) nicht als Gegenstand, welcher im Wege einer Satzung zu regeln ist. Die hier streitbefangene Änderung des § 19c Abs. 2 der Satzung aber bezieht sich gerade auf den Zugang zur hausarztzentrierten Versorgung und überschreitet damit den Anwendungsbereich in [§ 73b Abs.3 Satz 4 SGB V](#) sowie die dort festgelegte Satzungsautonomie, welche allein die Durchführung der, nicht aber den Zugang zur hausarztzentrierten Versorgung umfassen. Mit der Formulierung, dass bis 14 Jahre alte Kinder nur am Vertrag zur pädiatrieorientierten Versorgung teilnehmen können werden diese Versicherten von der hausarztzentrierten Versorgung gänzlich ausgeschlossen. Dies ist weder

vom Wortlaut noch vom Ziel der gesetzlichen Regelung gedeckt. Dies gilt umso mehr, als nach dem Bescheidinhalt sowie den Feststellungen in der mündlichen Verhandlung eine gewisse Anzahl von Kinderärzten an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Damit wird im Tätigkeitsbereich der Klägerin die fachspezifische medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen über die hausarztzentrierte Versorgung sichergestellt. Der Ausschluss aus diesem Versorgungsweg lässt sich damit sachlich nicht rechtfertigen.

b) Regelbar wäre nach [§ 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) das Nähere zum Inhalt, das heißt auch zum Umfang der hausarztzentrierten Versorgung zu regeln, also gegebenenfalls das Alter der Versicherten. Dies gilt aber nur in diesem Rahmen, was den vorherigen Zugang aber denotwendig voraussetzt.

c) Der Auffassung, der Gesetzgeber habe einen Ausschluss der unter 15-jährigen Versicherten von der hausarztzentrierten Versorgung gewollt, ist nicht zu folgen. Der Gesetzgeber selbst ging nach der Begründung zum einschlägigen Gesetzentwurf ausdrücklich davon aus, dass jeder Versicherte an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen kann. Zum andern macht die Begründung deutlich, dass eine Teilnahme von Kindern und Jugendlichen an der hausarztzentrierten Versorgung durchaus gewünscht ist und es der Wahlfreiheit der Eltern zugewiesen ist, ob ein Kinder- oder ein Allgemeinarzt als durchführender Hausarzt gewählt werde. Gerade die Teilnahme von Kindern an der hausarztzentrierten Versorgung ist demnach der Grund, dass zum 01.01.2009 die direkte Inanspruchnahme von Kinderärzten gesetzlich ausdrücklich ermöglicht wurde ([BT-Drs. 16/10609, S. 53](#)). Daraus folgt im Umkehrschluss, dass der Gesetzgeber einen Teilnahmeausschluss von Kindern bei der hausarztzentrierten Versorgung gerade nicht im Auge hatte.

Der Gesetzgeber ist vielmehr davon ausgegangen, dass neben der hausarztzentrierten Versorgung die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes möglich sein soll ([§ 73 b Abs. 3 S. 2 SGB V](#)). Dies spricht ebenfalls gegen einen Ausschluss der unter 15-jährigen Versicherten.

Eine Altersbeschränkung, die sich auf den Zugang zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung bezieht, bedürfte nach dem Grundsatz des Gesetzesvorbehaltes ([§ 31 SGB I](#)) einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung, den gesetzlich begründeten Anspruch der Versicherten - also auch der versicherten Kinder und Jugendlichen - auf Zugang zur hausarztzentrierten Versorgung zu beschränken. Eine solche liegt jedoch nicht vor.

4. Nachvollziehbar ist die Motivation der Klägerin, Kindern und Jugendlichen bayernweit eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen ebenso wie das Bestreben, besondere medizinische Versorgungsformen nicht in doppelter Ausgestaltung und damit in doppelter Kostenlast für die Beitragszahler aufbauen zu müssen. Ein Abweichen von den bindenden gesetzlichen Regelungen des SGB V lässt sich damit aber nicht rechtfertigen.

Der Klage ist damit der Erfolg zu versagen.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#), [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

6. Gründe zur Zulassung der Revision iSd [§ 160 SGG](#) sind nicht ersichtlich, zumal der Tätigkeitsbereich der Klägerin auf den Freistaat Bayern begrenzt ist, die hausarztzentrierte Versorgung in Bayern landesspezifische Strukturen aufweist, welche mit den Gegebenheiten der anderen Bundesländer nicht vergleichbar sind und eine mit der hier strittigen vergleichbare Formulierung - soweit ersichtlich - nicht in anderen Bundesländern oder durch bundesweit tätige Krankenkassen Verwendung findet.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-11-03