

L 16 KR 48/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 11 KR 281/05
Datum
25.01.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 48/08
Datum
04.09.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der nach [§ 62 SGB V](#) erforderlichen Berechnung der Jahres-Belastungsgrenze werden Zuzahlungen nur für das Kalenderjahr berücksichtigt, in welchem sie aus dem Vermögen des Versicherten abgeflossen sind; maßgeblich ist der Zahlungszeitpunkt, nicht aber der Zeitpunkt, zu dem die zugrunde liegende Leistung (etwa ein Krankenhausaufenthalt im Vorjahr) gewährt worden ist. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25. Januar 2008 geändert und die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 19.04.2005 und 09.06.2005, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2005, verurteilt, dem Kläger für das Jahr 2004 weitere Zuzahlungen in Höhe von 130,- Euro (für den Rettungstransport vom 02.09.2003 und für den Krankenhausaufenthalt vom 03. bis 16.09.2003) zu erstatten. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt eine weitere Erstattung von 130,- EUR für Zuzahlungen zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2004. Streitig ist insbesondere die zeitliche Zuordnung der von ihm getätigten Zuzahlungen, die auf Leistungen der GKV aus dem Jahr 2003 beruhen, aber erst 2004 von ihm gezahlt worden sind.

Der im August 1941 geborene Kläger ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Im Jahr 2004 bezog er neben einer Rente von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) von monatlich 1.251,43 EUR brutto eine Firmenrente von monatlich 528,10 EUR brutto. Seine im selben Haushalt lebende Ehefrau verfügte über keine eigenen Einkünfte.

Am 02.09.2003 erlitt er gegen Abend einen Herzinfarkt und wurde vom Rettungsdienst des Kreises L notfallmäßig von seiner Wohnung in die städtischen Krankenanstalt L1 gebracht (Rechnung Kreis L vom 27.10.2003 über 913,00 EUR, Eingang bei der Beklagten am 30.10.2003). Stationär wurde er vom 03. bis 16.09.2003 behandelt und nach eigener Einlassung aufgrund einer sich anschließenden Rehabilitationsbehandlung "ganz überhastet" entlassen, ohne dass von ihm zuvor eine Zuzahlung gefordert sei.

Erst die Beklagte forderte mit Schreiben vom 29.01.2004 von ihm für diese stationäre Behandlung aus dem Jahr 2003 eine Zuzahlung von zusammen 117,- EUR (9,- EUR pro Kalendertag). Diesen Betrag überwies der Kläger am 04.02.2004 (Wertstellung bei der Beklagten spätestens am 13.02.2004). Erst mit Schreiben vom 30.03.2004 forderte die Beklagte von ihm eine weitere Zuzahlung in Höhe von 13,- EUR für die "Krankenfahrt" vom 02.09.2003, die der Kläger am 15.04.2004 (Wertstellung bei der Beklagten am 19.04.2004) überwies.

Seinen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie stationärer Behandlung im Jahre 2004 wies die Beklagte mit Bescheiden vom 17.08.2004 und 11.10.2004 mit der Begründung zurück, die Belastungsgrenze von "z. Zt. 251,11 EUR" sei noch nicht ausgeschöpft.

Am 11.11.2004 legte der Kläger der Beklagten eine Bescheinigung seines behandelnden Arztes, Arzt für Allgemeinmedizin Dr. T, vom 08.11.2004 über eine Dauerbehandlung wegen derselben Krankheit seit dem 22.06.1993 vor, worauf die Beklagte mit Bescheid vom 06.04.2005 die Belastungsgrenze für das Jahr 2004 rückwirkend neu auf 170,07 EUR festsetzte. Mit Kassenakt vom 19.04.2005 erstattete sie dem Kläger zusammen 161,73 EUR für in 2004 geleisteter Zuzahlungen und lehnte mit Bescheid vom 09.06.2005 eine höhere Erstattung bezüglich der erst 2004 gezahlten Zuzahlungen für die bereits in 2003 erhaltenen Leistungen ab, da die Zuzahlungen jeweils dem Kalenderjahr zuzuordnen seien, in dem die Leistung in Anspruch genommen worden sei. Der hiergegen vom Kläger am 17.06.2005 eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 14.12.2005).

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger am 22.12.2005 vor dem Sozialgericht (SG) Duisburg Klage erhoben. Zur Begründung hat er ausgeführt, maßgebend zur Anrechnung der Zuzahlungen sei der Zeitpunkt, zu dem diese tatsächlich erfolgt seien; jedenfalls aber, um Missbrauch zu verhindern, der Zeitpunkt, zu dem sie erstmals gefordert worden seien, hier mithin das Jahr 2004. Dies folge aus dem Normzweck des [§ 62](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dem dort geregelten Härteausgleich liege das Solidaritätsprinzip vor allem in seiner Abgrenzung zur Eigenverantwortung des Versicherten zugrunde. Danach müsse ein Versicherter nur Zuzahlungen bis zur Höhe seiner jährlichen Belastungsgrenze erbringen; auch insoweit sei allein auf den Zeitpunkt der Zahlung abzustellen.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 17.08.2004, "12".10.2004 und 09.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14."11".2005 zu verurteilen, an ihn den Betrag von 130,- EUR zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich zur Begründung auf den Inhalt des ihrer Auffassung nach zutreffenden Widerspruchsbescheides vom 14.12.2005 bezogen. Ergänzend hat sie darauf hingewiesen, dass Zuzahlungen grundsätzlich an die die Leistung abgebende Stelle zu entrichten seien. Mit Ausführung der Leistung der GKV werde von ihr dem Dienstleister die Vergütung geschuldet. Auch Zuzahlungen des Versicherten seien somit zum Zeitpunkt der Abgabe der Leistung fällig und damit dem Jahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen worden sei (Abgabedatum). Sei der Leistungserbringer, etwa aus Notfallgründen, nicht in der Lage, die Zuzahlungsforderung direkt einzuziehen und reiche diese an die Krankenkasse zur Einziehung weiter, habe dies nicht zur Folge, dass der Zeitpunkt der Aufforderung zur Entrichtung der gesetzlich bestimmten Zuzahlung oder der Zeitpunkt der tatsächlichen Zahlung der Zuzahlung bei der Ermittlung der Belastungsgrenze anders zu berücksichtigen sei.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 25.01.2008 hat das SG die Klage abgewiesen und unter Zulassung der Berufung ausgeführt: Zuzahlungen für GKV-Leistungen aus dem Jahr 2003 dürften trotz Zahlung in 2004 nicht für den Belastungsausgleich für das Jahr 2004 herangezogen werden. Diese seien nur dem Jahr 2003 zuzurechnen, in dem der Kläger nicht von der Zuzahlungspflicht befreit gewesen sei. Einer gesonderten Geltendmachung der Zuzahlungsforderung bedürfe es nach den gesetzlichen Vorgaben nicht. Damit seien Zuzahlungen unmittelbar mit dem Empfang der Leistung fällig und entsprechend leistungsbezogen im Rahmen des [§ 62 SGB V](#) zu berücksichtigen. Daraus erwachse dem Kläger grundsätzlich auch kein Nachteil, denn er sei auch 2004 noch in der Lage gewesen, einen Erstattungsantrag für 2003 zu stellen. Diese Regelung sei zwar im hier zur Entscheidung stehenden Fall für ihn im Ergebnis nachteilig; die klare Zuordnung, anknüpfend an die Abgabe an die Leistung, verhindere jedoch einen möglichen Missbrauch.

Gegen das ihm am 05.03.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28.03.2008 vor dem erkennenden Senat Berufung eingelegt und sich ergänzend auf die Gesetzessystematik berufen: Bei Rettungsfahrten ordne [§ 60 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) ausdrücklich an, dass nur die Krankenkasse und nicht der Leistungserbringer die Zuzahlung einziehe. Die Einziehung erfolge im eigenen Namen der Krankenkasse, falls erforderlich werde sie durch Verwaltungsakt betrieben. Maßgebend könne damit nur die Aufforderung zur Zahlung sein. Bei ihm sei eine Zuzahlung zum stationären Aufenthalt auch erst im Jahre 2004 erstmals gefordert worden; von einer taktischen Hinauszögerung seiner Zahlung über das Kalenderjahr hinaus könne keine Rede sein. Zudem ordne [§ 61 Satz 4 SGB V](#) ausdrücklich an, dass geleistete Zuzahlungen gegenüber dem Versicherten zu quittieren seien; diese Quittierungspflicht würde vollständig an Bedeutung verlieren, wenn man bezüglich der möglichen Befreiung allein auf die Fälligkeit der Zuzahlung abstelle.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat die Beklagte auf Vorschlag des Senats die Bescheide vom 17.08.2004 und 11.10.2004 formell aufgehoben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25.01.2008 zu ändern und die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 19.04. und 09.06.2005, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2005 zu verurteilen, ihm für das Jahr 2004 weitere Zuzahlungen in Höhe von 130,- EUR für den Rettungstransport vom 02.09.2003 und für den Krankenhausaufenthalt vom 03. bis 16.09.2003 zu erstatten; hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen;
hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil als zutreffend.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat die Beklagte auf Anfrage des Senats ihre Verwaltungsvorgänge bezüglich der Berechnung der Belastungsgrenze des Klägers für das Jahr 2004 und der Abrechnung des Erstattungsverfahrens reproduziert und vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig; insbesondere infolge der Zulassung durch das SG statthaft, [§ 144 Abs 1 Satz 1, Abs 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

In der Sache ist sie auch im vollen Umfang begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Dem Kläger steht gegen die Beklagte für das Jahr 2004 ein Anspruch auf Erstattung von weiteren 130,- EUR für getätigte Zuzahlungen zu Leistungen der GKV zu. Dabei ist unerheblich, dass der Kläger die Leistungen bereits im Jahr 2003 erhalten hat. Für die zeitliche Zuordnung seiner hierfür gezahlten Zuzahlungen ist allein der Zeitpunkt maßgebend, an dem die Aufwendungen tatsächlich geleistet wurden, denn erst zu diesem Zeitpunkt haben sie den Kläger finanziell belastet.

Zutreffend hat das SG allerdings die Klage nicht, wie vom Kläger ursprünglich beantragt, als reine Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs 1 Satz 1 SGG](#) (zur Auslegung von Prozessanträgen: Keller, in Meyer/Ladewig/Keller/Leitherer, 9. Auflage, Vor § 60 Randnummer (Rn) 11a), sondern als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 4 SGG](#)) ausgelegt (wie hier: Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 22.04.2008 - [B 1 KR 5/07 R](#) - Urteilssammlung für die gesetzliche Krankenversicherung (USK) 2008-9; Urteil vom 19.09.2007 - [B 1 KR 7/07 R](#) - Sozialrecht (SozR) 4-2500 § 62 Nr 3; vom 26.06.2007 - [B 1 KR 41/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 62 Nr 2](#); jeweils mit weiteren Nachweisen (mWN)).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Erstattungsanspruchs ist [§ 62 SGB V](#) in Verbindung mit (iVm) dem allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (BSG, aaO). Nach [§ 62 SGB V](#) (in seiner hier anwendbaren, ab 1.1.2004 gültig gewesenen Neufassung des Art 1 Nr 40 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, Bundesgesetzblatt (BGBl) I 2190, geändert mit Wirkung vom 6.8.2004 durch Art 4 Nr 1 des Kommunalen Optionsgesetzes vom 30.7.2004, [BGBl I 2014](#)) haben Versicherte während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zu ihrer Belastungsgrenze zu leisten. Diese beträgt für - wie den Kläger - chronisch Kranke mit schwerwiegender Krankheit 1 vH der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzüglich eines Freibetrages für im selben Haushalt lebende Angehörige ([§ 62 Abs 1](#) und 2 SGB V). Dabei geht der Gesetzgeber im Grundsatz davon aus, dass Versicherte eine Zuzahlung über diese Belastungsgrenze durch eine rechtzeitig von der Krankenkasse ausgestellte Befreiungsbescheinigung vermeiden (Abs 3 dieser Vorschrift). Haben Versicherte - wie hier - Zuzahlungen bereits über die maßgebliche Belastungsgrenze hinaus geleistet, etwa weil die Krankenkasse die Grenze nicht rechtzeitig oder in einer zu großen Höhe bescheinigt hat, sind Zuzahlungen über die Belastungsgrenze hinaus zu erstatten.

So liegt der Fall hier: Die Beklagte hat die Belastungsgrenze des Klägers nach Vorlage der Bescheinigung von Dr. T vom 08.11.2004 mit bestandskräftigen Bescheid vom 06.04.2005 zutreffend rückwirkend neu berechnet. Ausgehend von Bruttoeinnahmen von zusammen 21.354,36 EUR und einem Freibetrag für seine im selben Haushalt lebende Ehefrau von 4.347,00 EUR ([§ 62 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)) lag die Belastungsgrenze des Klägers im Jahr 2004 bei 170,07 EUR. Dem standen 2004 Zuzahlungen für Leistungen der GKV ausweislich der vom Senat beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Erstattungsverfahrens von zusammen 461,80 EUR gegenüber, von denen die Beklagte durch Kassenakt vom 19.04.2005 nur 161,73 EUR (331,80 EUR anerkannte Zuzahlungen abzüglich der Belastungsgrenze von 170,07 EUR) erstattete.

Zu Unrecht hat die Beklagte dabei die erst im Jahr 2004 gezahlten Zuzahlungen für GKV-Leistungen aus dem Jahr 2003 über 130,- EUR für den Krankenhausaufenthalt vom 03. bis 16.09.2003 (Zuzahlungspflicht nach [§ 39 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung (idF) von Art 1 Nr 5 des Gesetzes zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz) vom 23.10.2001 ([BGBl I 2702](#)) in Höhe von 9,- EUR pro Tag) und für die Fahrt im Rettungswagen am 02.09.2003 (Zuzahlungspflicht nach [§ 60 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) idF von Art 1 Nr 8 Achtes Euro-Einführungsgesetz in Höhe von einmalig von 13,- EUR) nicht berücksichtigt.

Was sowohl die Beklagte als auch das SG übersehen haben, stellt bereits der Wortlaut des [§ 62 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) ("während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten") auf die tatsächliche Zahlung ab (wie hier: Landessozialgericht (LSG) Schleswig-Holstein, Urteil vom 09.09.2003 - [L 1 KR 81/03](#) - juris.de). Daraus folgt, dass Zuzahlungen in dem Kalenderjahr zu berücksichtigen sind, in dem sie geleistet werden (ganz herrschende Meinung (hM), vgl. Gerlach, in Hauck/Haines, SGB V, Loseblatt, Stand 2008, § 62 Rn 11b; Baier, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung (SozKV), Loseblatt, Stand März 2008, § 62 Rn 5; Albers, in juris Praxiskommentar (PK)-SGB V, § 62 Rn 53). Aus der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drucksache ([BT-Drs 15/1525, S 96](#))) ergibt sich nichts Gegenteiliges.

Ebenso wenig lassen Sinn und Zweck der Vorschrift des [§ 62 SGB V](#) eine andere Auslegung zu. Zur Frage, auf welches Jahr bei den "jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt" für die Ermittlung der Belastungsgrenze abzustellen ist, hat das BSG (Urteil vom 10.05.2007 - [B 10 KR 1/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 62 Nr 1](#); vom 22.04.2008, aaO) bereits entschieden, dass es die Einnahmen des jeweiligen Kalenderjahres sind. Nur dadurch werde das Ziel des Gesetzes erreicht, Versicherte durch Zuzahlungen finanziell nicht zu überfordern. Welche Belastungen nach dem Maßstab des Gesetzes noch erträglich seien, richte sich nach dem aktuellen Einkommen, aus dem die Zahlungen zu bestreiten seien. Ein zurückliegendes Einkommen stehe regelmäßig nicht mehr zur Verfügung. Dem schließt sich der Senat für die Frage der zeitlichen Zuordnung der Zuzahlungen voll inhaltlich an. Es kommt in Bezug auf die Belastung nämlich nicht darauf an, zu welchem Zeitpunkt die Zuzahlung fiktiv hätte erbracht werden können. Maßgebend ist vor dem dargestellten Gesetzeszweck ausschließlich, zu welchem Zeitpunkt durch die Hergabe der Geldmittel die Belastung tatsächlich eingetreten ist. Hier sind die allein streitigen Zuzahlungen über 130,- EUR ausnahmslos im Jahr 2004 erfolgt, so dass allein bei der Frage der Erstattung auf den Zeitpunkt des Abflusses der Geldmittel abzustellen ist. Ob diese Auslegung auch für den Fall einer ersichtlich missbräuchlichen Zahlungsverzögerung durch den Versicherten aufrecht zu erhalten ist, brauchte der Senat nicht zu entscheiden. Für ein bewusstes Herauszögern der Zahlungen bietet der hier allein zur Entscheidung stehende Sachverhalt keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil spricht eher alles dafür, den alleinigen Grund für die zeitliche Verzögerung der Zuzahlungsleistungen des Klägers im bestenfalls schleppenden Verwaltungsablauf der Beklagten zu sehen.

Soweit sich die gegenteilige Rechtsauffassung der Beklagten offenbar auf die Verwaltungsvereinbarung zur Vorschrift über die Erstattung bzw Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß [§ 62 Abs 1](#), 2 und 3 SGB V (Verwaltungsvereinbarung zu [§ 62 SGB V](#)) vom 28.07.2004 (fortgeführt durch entsprechende Verwaltungsvereinbarungen vom 01.06.2005, abgedruckt bei Hauck/Haines, SGB V, Anhang IV zu [§ 62 SGB V](#), bzw vom 22/23.01.2008 abgedruckt unter www.vdak.de/versicherte/Leistungen/62_verwaltungsvereinbarung/62_sgb_v-verwaltungsvereinbarung, bezieht, ist ihr nicht zu folgen. Dort werden unter Abschnitt 4.3 die Zuzahlungen ohne jegliche Begründung dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Leistung der GKV in Anspruch genommen wurde, also auf den Zeitpunkt des Abgabedatums bezogen. Eine überzeugende Erklärung gibt es dafür nicht (wie hier: Gerlach, in Hauck/Haines, aaO, § 62 Rn 11b).

Die Kostenentscheidung beruht auf den [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

Der Senat hat wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache die Revision an das BSG zugelassen, [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-12-09