

S 31 R 3260/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
31
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 31 R 3260/08
Datum
10.01.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich mit seiner Klage gegen die Verpflichtung zur Zuzahlung zu einer ihm von der Beklagten gewährten stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Der am 1954 geborene Kläger arbeitete seit 2001 als Angestellter in einem Callcenter, wobei er im Jahr 2006 innerbetrieblich auf einen Arbeitsplatz mit ausschließlicher Bürotätigkeit ohne direkte Kundenbetreuung wechselte. Im Jahr 2005 erkrankte der Kläger an einem mit einer HIV-Erkrankung assoziierten Lymphdrüsenkrebs (Morbus Hodgkin).

Mit Schreiben vom 4. Januar 2007 teilte die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) als Krankenkasse des Klägers diesem mit, dass sie sich unter bestimmten Voraussetzungen an den Aufwendungen der Versicherten zu gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Rahmen der Krankenversicherung beteilige. Hierzu übersandte sie ihm einen Antrag, um die persönliche Belastungsgrenze beziehungsweise die dem Kläger zumutbare Eigenbeteiligung festzustellen. Unter "Hinweise zum Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen" teilte die KKH im Abschnitt "Zuzahlungen" unter anderem mit:

"Zur Prüfung einer unzumutbaren finanziellen Belastung können ausschließlich Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen der Krankenversicherung berücksichtigt werden. Hierzu zählen, [] - gesetzliche Zuzahlungen zu stationären sowie ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen [] - gesetzliche Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung.

Zu den nicht anrechnungsfähigen Zahlungen gehören z. B. folgende Aufwendungen, [] - Zuzahlungen zu anderen Trägern (z. B. an die Rentenversicherung, zur PKV) []"

Am 16. Januar 2007 erteilte die KKH dem Kläger eine für den Zeitraum für das Kalenderjahr 2007 gültige "KKH-Plus-Card" über die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen.

Am 8. Februar 2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten onkologische Rehabilitationsleistungen. Mit Bescheid vom 28. Februar 2007 bewilligte ihm die Beklagte daraufhin eine dreiwöchige stationäre Leistung zur onkologischen Rehabilitation in der Strandklinik B, die er dort ausweislich des in der Verwaltungsakte der Beklagten befindlichen Entlassungsberichts vom 16. August 2007 im Zeitraum vom 24. Juli bis 14. August 2007 absolvierte. In dem Bescheid vom 28. Februar 2007 wies die Beklagte im Hinblick auf erforderliche Zuzahlungen zu der bewilligten Rehabilitationsmaßnahme auf das Folgende hin:

"Die Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung ist mit einer Zuzahlung verbunden. Dauer und Höhe der Zuzahlung richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht. Für jeden Kalendertag der stationären Leistung sind von Ihnen 10,00 EUR zu zahlen. Die Zuzahlung ist längstens für 42 Tage zu erbringen. Frühere Zuzahlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Krankenhausbehandlungen innerhalb desselben Kalenderjahres werden angerechnet. Von der Zuzahlung können Sie ganz oder teilweise befreit werden. Näheres entnehmen Sie bitte dem Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung (G2601). Diesen erhalten Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse, beim Versicherungsamt oder einer Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung."

Mit Bescheid vom 5. September 2007 forderte die Beklagte sodann vom Kläger für die durchgeführte stationäre Leistung zur medizinischen

Rehabilitation eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro pro Tag für 21 Tage, insgesamt 210,00 Euro. Zur Begründung führte sie aus, dass gemäß [§ 32](#) des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI) der Versicherte oder Rentner, der eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehme, für jeden Kalendertag dieser Leistung eine Zuzahlung zu erbringen habe. Die Zuzahlung sei für längstens 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Bei der Feststellung der Anzahl der zuzahlungspflichtigen Tage würden alle Tage der Zuzahlung anlässlich einer Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse oder einer Rehabilitationsleistung einer Krankenkasse oder eines Rentenversicherungsträgers innerhalb eines Kalenderjahres berücksichtigt. Nachweise über bereits geleistete Zuzahlungen innerhalb dieses Kalenderjahres lägen der Beklagten nicht vor.

Gegen diesen Bescheid legte der Kläger mit Schreiben vom 10. September 2007 Widerspruch ein und wandte sich gegen die von der Beklagten geltend gemachte Verpflichtung zur Zuzahlung zu der ihm gewährten Rehabilitationsmaßnahme. Diesbezüglich machte er geltend, dass er auf Grund der ihm von seiner Krankenkasse mit der KKH-Plus-Card erteilten Zuzahlungsbefreiung von weiteren gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr 2007 befreit sei.

Mit Schreiben vom 19. September 2007 teilte die Beklagte dem Kläger daraufhin mit, dass sie seine Anfrage auf Zuzahlungsbefreiung geprüft habe, die Befreiung der Zuzahlung der Krankenkasse jedoch keinen Bezug zur Zuzahlung auf die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme habe. Diese sei gemäß [§ 32 SGB VI](#) für 42 Kalendertage im Jahr zu leisten.

Am 30. Oktober 2007 stellte der Kläger bei der Beklagten einen förmlichen "Antrag auf Befreiung nach [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) von der Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB VI](#)". Das von ihm eingereichte Antragsformular (G2601) enthielt eine Bescheinigung seines Arbeitgebers vom 27. September 2007, dass dem Kläger für den Zeitraum vom 1. bis 31. Januar 2007 ein Nettoarbeitsentgelt in Höhe von 1.097,08 Euro ausgezahlt worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Mai 2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 5. September 2007 zurück und führte zur Begründung aus, dass der Kläger nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet sei, während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation für den Zeitraum vom 24. Juli bis 14. August 2007 einen Zuzahlungsbetrag in Höhe von 210,00 Euro für 21 Kalendertage à 10,00 Euro zu leisten. Dies folge aus [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#). Die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht seien nicht erfüllt. Insbesondere liege bei ihm keine unzumutbare Belastung durch die Zuzahlungsverpflichtung gemäß [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) vor. Eine solche bestehe für Rehabilitanden, deren monatliches Nettoarbeitsentgelt 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18](#) des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) in Höhe von 980,00 Euro für das Jahr 2007 nicht übersteige. Das monatliche Nettoarbeitsentgelt des Klägers habe im diesbezüglich maßgebenden Zeitraum des Monats vor Antragstellung, hier im Januar 2007, 1.097,08 Euro betragen, so dass der maßgebliche Grenzwert überschritten sei. Die vom Kläger angeführte Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse gelte nur für Krankenkassenzuzahlungen.

Mit seiner hiergegen am 30. Mai 2008 zum Sozialgericht Berlin erhobenen Klage wendet sich der Kläger weiterhin gegen die Verpflichtung zur Zuzahlung zu der ihm von der Beklagten gewährten Rehabilitationsmaßnahme. Zur Begründung macht er im Wesentlichen geltend, dass er für das Jahr 2007 bereits eine Zuzahlung an die Krankenkasse in Höhe von 190,08 Euro als Vorauszahlung entsprechend seiner in [§ 62](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) vorgesehenen Belastungsgrenze in Höhe von 1 % seiner jährlichen Bruttoeinnahmen erbracht habe. Daraufhin sei er von der Krankenkasse für weitere Zuzahlungen für das Jahr 2007 befreit worden. Die zumutbare Belastungsgrenze für Zuzahlungen nach [§ 62 SGB V](#) müsse einheitlich für das gesamte Sozialgesetzbuch gelten, so dass er nach Erbringung der Vorauszahlung entsprechend dieser Grenze an die Krankenkasse auch keine weiteren Zuzahlungen an die Rentenversicherung nach [§ 32 SGB VI](#) zu leisten habe. Nach dem Willen des Gesetzgebers könne die Zumutbarkeitsgrenze für Zuzahlungen nicht in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches abweichend definiert sein. Zudem bestimme die Vorschrift des [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#), dass innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlungen anzurechnen seien. Eine Differenzierung danach, wofür diese Zuzahlungen geleistet wurden, werde nach dieser gesetzlichen Regelung nicht vorgenommen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Bescheid der Beklagten vom 5. September 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Mai 2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig und verweist im Wesentlichen auf deren Inhalt. Ergänzend führt sie aus, dass die Befreiungsvoraussetzungen der gesetzlichen Krankenversicherung keinen rechtlichen Tatbestand für die Befreiung auch von der Zuzahlungspflicht gemäß [§ 32 Abs. 1 SGB VI](#) bei Inanspruchnahme einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation über den Rentenversicherungsträger bilden würden.

Auf entsprechende Anfrage des Gerichts vom 19. Mai 2009 hat die KKH-A mit Schreiben vom 28. Mai 2009 mitgeteilt, dass der Kläger für das Kalenderjahr 2007 die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen nach [§ 62 SGB V](#) beantragt und eine Vorauszahlung in Höhe seiner persönlichen Belastungsgrenze geleistet habe. Daraufhin sei ihm eine Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen nach dem SGB V ausgesprochen worden. Gesetzliche Zuzahlungen auf Grund anderer Rechtsgrundlagen als nach [§ 61 SGB V](#) (zum Beispiel nach dem SGB VI) seien hierbei jedoch keine anrechenbaren Zuzahlungen. Diese würden bei der Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze nicht berücksichtigt werden. Soweit der Kläger keine Befreiung von der Zuzahlungspflicht gehabt hätte, wären im Jahr 2007 von ihm aber auch keine Zuzahlungen für stationäre Krankenhausaufenthalte an die Krankenkasse zu leisten gewesen, weil er sich im Zeitraum vom 21. Juni bis 2. Juli 2007 lediglich in teilstationärer Behandlung befunden habe. Für diese wäre auch ohne vorliegende Befreiung keine gesetzliche Zuzahlung zu leisten gewesen.

Mit Beschluss vom 31. Oktober 2012 hat das Gericht den Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe mangels hinreichender Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rechtsverfolgung abgelehnt und den Kläger zugleich mit Schreiben vom selben Tag zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid gemäß [§ 105](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) angehört.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der vom Gericht beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten zum Aktenzeichen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage kann gemäß [§ 105 SGG](#) durch Gerichtsbescheid entschieden werden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind vorher vom Gericht zu der beabsichtigten Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört worden.

Die Klage des Klägers ist als Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 5. September 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Mai 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Aufhebung dieses Bescheides gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#). Denn insoweit hat die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid von dem Kläger zu Recht die Zahlung von 210,00 Euro als Zuzahlung zu der ihm gewährten stationären Rehabilitationsmaßnahme für den Zeitraum vom 24. Juli bis 14. August 2007 gefordert.

Die Beklagte hat gegen den Kläger einen Anspruch auf Zahlung von 210,00 Euro als Zuzahlung gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#).

Gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) zahlen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach [§ 40 Abs. 5 SGB V](#) ergebenden Betrag. Gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) ist die Zuzahlung für längstens 14 Tage und in Höhe des sich nach [§ 40 Abs. 6 SGB V](#) ergebenden Betrages zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation). Hierbei ist gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#) eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen.

Da es sich bei der dem Kläger von der Beklagten gewährten Rehabilitationsmaßnahme nicht um eine Anschlussrehabilitation im Sinne des [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) gehandelt hat, bestimmt sich die Zuzahlungspflicht des Klägers vorliegend nicht nach dieser speziellen Vorschrift für Anschlussrehabilitationen, sondern nach der allgemeinen Vorschrift des [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#), wonach für jeden Kalendertag der Rehabilitationsleistung der sich aus [§ 40 Abs. 5 SGB V](#) ergebende Betrag zu zahlen ist. Gemäß [§ 40 Abs. 5 SGB V](#) zahlen Versicherte je Kalendertag den sich nach [§ 61 S. 2 SGB V](#) ergebenden Betrag. Gemäß [§ 61 S. 2 SGB V](#) werden als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen je Kalendertag 10 Euro erhoben.

Demgemäß hat der zum Zeitpunkt der Rehabilitation 53 Jahre alte Kläger für jeden Kalendertag der ihm im Zeitraum vom 24. Juli bis 14. August 2007 bewilligten stationären Leistung zur onkologischen Rehabilitation gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro zu leisten.

Da gemäß [§ 32 Abs. 2 SGB VI](#) die Vorschrift des [§ 32 Abs. 1 SGB VI](#) auch für Versicherte gilt, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und sonstige stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, kann hier auch dahingestellt bleiben, ob die dem Kläger gewährte stationäre Leistung zur onkologischen Rehabilitation von der Beklagten gemäß [§ 15 SGB VI](#) als Leistung zur medizinischen Rehabilitation (dann folgt die Zuzahlungsverpflichtung aus [§ 32 Abs. 1 SGB VI](#)) oder als sonstige Leistung zur Teilhabe in Form einer Nach- und Festigungskur wegen Geschwulsterkrankungen gemäß [§ 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI](#) (dann folgt die Zuzahlungsverpflichtung aus [§ 32 Abs. 2 SGB VI](#)) erbracht wurde. Da der Kläger während der Rehabilitationsmaßnahme auch kein Übergangsgeld bezogen hat, ist die Verpflichtung zur Zuzahlung auch nicht gemäß [§ 32 Abs. 3 SGB VI](#) ausgeschlossen.

Der Kläger ist von der Verpflichtung zur Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) auch nicht befreit, weder nach den Vorschriften des SGB VI noch auf Grund der Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse gemäß [§ 62 SGB V](#).

Gemäß [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) bestimmt der Träger der Rentenversicherung, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 oder 2 SGB VI](#) abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Dem Träger der Rentenversicherung wurde damit ein Ermessensspielraum eingeräumt, zu bestimmen, in welchen Fällen ein unzumutbare Belastung vorliegt (vgl. Kater, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, Stand: 74. Ergänzungslieferung 2012, [§ 32 SGB VI](#) Rdnr. 14). Auf der Grundlage dieser Vorschrift hat der Rentenversicherungsträger die "Richtlinien für die Befreiung von der Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe" vom 1. Juli 1997 erlassen (im Folgenden "Zuzahlungsrichtlinien" - veröffentlicht unter (<http://www.deutsche-rentenversicherung-regional.de>)). Bei diesen Richtlinien handelt es sich insoweit um eine ermessensleitende und norminterpretierende Verwaltungsvorschrift, mit denen zugleich der unbestimmte Rechtsbegriff der "unzumutbaren Belastung" in [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) konkretisiert wird. Sie dienen dem Zweck, eine gleichmäßige Verwaltungspraxis und Ermessensausübung im Rahmen des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) sicherzustellen (vgl. Hessisches Landessozialgericht (LSG), Urteil vom 26. Oktober 2012, Az. [L 5 R 142/12](#), Rdnr. 30; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27. Mai 2009, Az. [L 2 R 261/08](#), Rdnr. 19; LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. November 1999, Az. [L 4 RA 36/99](#), Rdnr. 23 - jeweils zitiert nach juris).

Die Zuzahlungsrichtlinien differenzieren zwischen einer Befreiung von Amts wegen (§ 1) und einer Befreiung auf Antrag des Versicherten (§ 2). Die Voraussetzungen für eine Befreiung von Amts wegen nach § 1 der Zuzahlungsrichtlinien sind bei dem Kläger nicht erfüllt. Denn insoweit sind von Zuzahlungen nur Versicherte oder Rentner befreit, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Übergangsgeld beziehen oder aus deren Versicherung Leistungen für Kinder erbracht werden. Aber auch die Voraussetzungen für eine Befreiung auf Antrag gemäß § 2 der Zuzahlungsrichtlinien sind bei dem Kläger nicht erfüllt.

Gemäß § 2 Abs. 1 der Zuzahlungsrichtlinien werden auf Antrag Versicherte von der Zuzahlungspflicht vollständig befreit, deren monatliches Netto-Erwerbseinkommen oder deren Erwerbssatzeinkommen 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) nicht übersteigt oder die Hilfe zum Lebensunterhalt beziehungsweise Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) oder Leistungen zur Grundsicherung nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) beziehen. Diese Voraussetzungen sind bei dem Kläger nicht erfüllt. Zum einen stand der Kläger zum Zeitpunkt der

Rehabilitationsmaßnahme in einem Beschäftigungsverhältnis und bezog keine Sozialleistungen nach dem SGB XII oder SGB II. Zum anderen erhielt der Kläger im Januar 2007 – dem gemäß § 4 S. 2 der Zuzahlungsrichtlinien für die wirtschaftlichen Verhältnisse maßgebenden Monat vor der Antragstellung auf die Rehabilitationsleistung – ausweislich der Bescheinigung seines Arbeitgebers im Antragsformular auf die Befreiung von der Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) ein Nettoarbeitsentgelt in Höhe von 1.097,08 Euro. Damit überstieg sein Nettoerwerbseinkommen 40 % der monatlichen Bezugsgröße. Denn gemäß [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) ist Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Die Bezugsgröße ab 1. Januar 2007 betrug 29.400 Euro jährlich beziehungsweise 2.450 Euro monatlich (vgl. § 2 Abs. 1 des Gesetzes über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2007 – Sozialversicherungs-Rechengrößengesetz 2007, erlassen als Art. 12 des Gesetzes zur Änderung des Betriebsrentengesetzes und anderer Gesetze vom 2. Dezember 2006, [BGBl. I 2006, S. 2742](#)). Der gemäß § 2 Abs. 1 der Zuzahlungsrichtlinien maßgebliche Wert in Höhe von 40 % der monatlichen Bezugsgröße betrug damit 980,00 Euro. Diesen Wert überstieg das Netto-Erwerbseinkommen des Klägers.

Gemäß § 2 Abs. 2 der Zuzahlungsrichtlinien kommt eine teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht in Betracht für Versicherte, die entsprechend der Regelung des [§ 46 Abs. 1 Nr. 1](#) des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) ein Kind im Sinne des [§ 32 Abs. 1](#) und 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes (EStG) haben (lit. a), pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, sie pflegt und deswegen eine Erwerbstätigkeit nicht ausübt (lit. b) oder deren Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat (lit. c). Auch diese Voraussetzungen sind beim Kläger nicht erfüllt. Insoweit hat der Kläger im Rahmen seiner Antragstellung auf Befreiung von der Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) angegeben, keine Kinder zu haben, die für seinen Antrag berücksichtigt werden könnten.

Als ermessensleitende Verwaltungsvorschriften binden die Zuzahlungsrichtlinien die Verwaltung bei der Ausübung ihres Verwaltungsermessens nur dann, wenn sie sich ihrerseits im Rahmen der Ermächtigung halten und namentlich dem Zweck der Ermächtigung entsprechen, also mit den vom Gesetz verfolgten Zielen übereinstimmen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27. Mai 2009, Az. [L 2 R 261/08](#), Rdnr. 19). Ausgehend von der Zweckbestimmung der gesetzlichen Ermächtigung in [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) ist die in den Zuzahlungsrichtlinien aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung vorgenommene Pauschalierung und Typisierung der für eine unzumutbare Belastung sprechenden Gründe nicht zu beanstanden, weil hierdurch die Fallgestaltungen zutreffend erfasst werden, die regelmäßig die wirtschaftliche Situation der Versicherten negativ beeinflussen (vgl. hierzu ausführlich Hessisches LSG, Urteil vom 26. Oktober 2012, Az. [L 5 R 142/12](#), Rdnr. 49). Insbesondere ist nicht zu beanstanden, dass die für den Kläger einzig in Betracht kommende Befreiungsregelung des § 2 Abs. 1 der Zuzahlungsrichtlinien, die auf ein Netto-Erwerbseinkommen in Höhe von 40 % der monatlichen Bezugsgröße abstellt, an den sozialversicherungsrechtlichen Begriff des Erwerbseinkommens anknüpft und insoweit auf den Nettobetrag abstellt (Hessisches LSG, a.a.O., Rdnr. 51). Auch für das hiesige Gericht ist nicht ersichtlich, dass die getroffene Regelung dem Sinn und Zweck der Ermächtigung des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) – der Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs der "unzumutbaren Belastung" – nicht genügen würde (anders für den hier nicht einschlägigen Fall, dass Unterhaltsverpflichtungen bestehen, die das Netto-Erwerbseinkommen, das dem Versicherten tatsächlich zur Verfügung steht, weiter schmälern, weil derartige Verpflichtungen in § 2 der Zuzahlungsrichtlinien keine ausreichende Berücksichtigung finden: LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27. Mai 2009, Az. [L 2 R 261/08](#), Rdnr. 24 ff.).

Zwar ist nicht ausgeschlossen, dass weitere Umstände im Einzelfall die wirtschaftliche Lage des Versicherten derart beeinflussen, dass sich die gesetzliche Zuzahlungspflicht als unzumutbare Belastung darstellt. Dem wird dadurch Rechnung getragen, dass die Beklagte das ihr durch [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) eingeräumte Ermessen durch die erlassenen Zuzahlungsrichtlinien nur für typische Regelfälle gebunden hat. Die Zuzahlungsrichtlinien entbinden den Rentenversicherungsträger hingegen nicht von einer unter Berücksichtigung des Individualisierungsgebotes des [§ 33 Abs. 1 SGB I](#) zu treffenden Ermessensentscheidung im Einzelfall, wenn in der Person des Versicherten Umstände vorliegen oder von ihm vorgetragen werden, die von dem durch die Verwaltungsvorschrift typisierend erfassten Regelfall abweichen. Der Rentenversicherungsträger ist daher in besonders gelagerten Fallkonstellationen über das durch die Zuzahlungsrichtlinien gebundene Ermessen hinaus zu einer weiteren individuellen Ermessensausübung auf der Grundlage von [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) verpflichtet. Die entsprechende Entscheidung ist in dem durch [§ 39](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I) vorgegebenen Rahmen gemäß [§ 54 Abs. 2 S. 2 SGG](#) nur eingeschränkt überprüfbar, während die Frage, ob eine besonders gelagerte Fallkonstellation mit der daraus resultierenden Pflicht zu weiteren Ermessenserwägungen gegeben ist, der vollen gerichtlichen Kontrolle unterliegt (so Hessisches LSG, Urteil vom 26. Oktober 2012, Az. [L 5 R 142/12](#), Rdnr. 52 f.). Zwar hat sich die Beklagte in der angefochtenen Entscheidung vorliegend allein an den Vorgaben der Zuzahlungsrichtlinien orientiert und darüber hinaus keine weitere Ermessensentscheidung getroffen. Dieses war hier aber auch nicht geboten, so dass die von der Beklagten im angefochtenen Bescheid getroffene Entscheidung nicht als ermessensfehlerhaft anzusehen ist. Denn insoweit hat der Kläger keine besonderen wirtschaftlichen oder familiären Umstände angegeben, die von den Zuzahlungsrichtlinien nicht erfasst wären und daher einen besonders gelagerten Fall begründen könnten, bei dem sich die pflichtgemäße Ermessensausübung nicht in der Anwendung der ermessensleitenden Zuzahlungsrichtlinien erschöpfen kann, sondern darüber hinausgehend eine weitere Ermessensentscheidung erfordern würde. Insbesondere kann ein solcher Umstand nicht in der von der Krankenkasse dem Kläger gegenüber ausgesprochenen Zahlungsbefreiung nach [§ 62 SGB V](#) gesehen werden, weil diese nach einer allein für das Krankenversicherungsrecht geltenden Belastungsgrenze für Zuzahlungen für Krankenversicherungsleistungen ausgesprochen wurde, die dort vorgesehene Belastungsgrenze aber nach dem Willen des Gesetzgebers gerade nicht auch für Zuzahlungen nach dem SGB VI gelten soll (siehe hierzu unten).

Der Kläger ist auch verpflichtet, den von der Beklagten geforderten Betrag in Höhe von 210,00 Euro als Zuzahlung zu der von ihm absolvierten Rehabilitationsmaßnahme zu leisten. Insoweit hat die Beklagte zu Recht für 21 Kalendertage eine Zuzahlung in Höhe von jeweils 10 Euro erhoben. Zwar dauerte die Rehabilitationsmaßnahme vom 24. Juli bis 14. August 2007 und damit insgesamt 22 Kalendertage. Allerdings gelten gemäß § 3 S. 3 der Zuzahlungsrichtlinien der Aufnahmetag und der Entlassungstag bei der Festsetzung der Zuzahlung als 1 Tag. Gemäß § 3 S. 1 der Zuzahlungsrichtlinien muss die Zuzahlung höchstens für 42 Tage geleistet werden, so dass die von der Beklagten geltend gemachte Zuzahlung für 21 Tage auch nicht die hierfür vorgesehene Höchstgrenze überschreitet.

Auf die von der Beklagten geltend gemachte Zuzahlung sind auch keine von dem Kläger an seine Krankenkasse im Jahr 2007 geleisteten Zuzahlungen mit der Folge anzurechnen, dass die von der Beklagten geforderte Zuzahlung damit bereits (teilweise) abgegolten wäre.

Gemäß [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#) ist bei der Zuzahlung ("hierbei") eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen

Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen. Diese Vorschrift bezieht sich jedoch sowohl ihrem Wortlaut als auch ihrer systematischen Stellung nach allein auf die vorangehende Regelung des [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) betreffend die Zuzahlung zu einer Maßnahme der Anschlussrehabilitation für längstens 14 Tage (so Kommentar zum Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, hrsg. vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger (KomGRV), Loseblatt, Stand: 76. Ergänzungslieferung 2012, [§ 32 SGB VI](#) Ziff. 3.3 und 6.2). In systematischer Hinsicht spricht hierfür der Umkehrschluss aus den Anrechnungsvorschriften der [§§ 39 Abs. 4 S. 2, 40 Abs. 6 S. 2 SGB V](#) betreffend die Anrechnung von an den Rentenversicherungsträger geleisteten Zuzahlungen bei der Zuzahlung zu Aufenthalten nach dem Krankenversicherungsrecht. Denn diese Vorschriften sehen ausdrücklich nur eine Anrechnung von Zuzahlungen zu Anschlussrehabilitationen nach [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) im Rahmen der Zuzahlungsverpflichtung zu stationären Aufenthalten nach dem SGB V vor. Es ist nicht ersichtlich, dass im SGB VI eine über eine Gegenseitigkeit der Anrechnung bei Anschlussrehabilitationen hinausgehende Anrechnung von Zuzahlungen nach dem SGB V auch auf Zuzahlungen für sonstige Rehabilitationen nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) gesetzgeberisch gewollt wäre, zumal diese Vorschrift eine Höchstdauer für Zuzahlungen im Gegensatz zu der des [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) gerade nicht festlegt. Diese wird erst in § 3 S. 1 der Zuzahlungsrichtlinien mit 42 Tagen bestimmt. Demnach ist die Anrechnungsvorschrift des [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#) nicht auch auf die allgemeine Regelung zur Zuzahlung zu sonstigen Rehabilitationsleistungen nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) anwendbar.

Allerdings sind gemäß § 3 S. 2 der Zuzahlungsrichtlinien in Bezug auf die nach § 3 S. 1 der Zuzahlungsrichtlinien zu leistende Zuzahlung für höchstens 42 Tage alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen, was im Ergebnis zu einer ähnlichen Anrechnung führt wie die in [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#) für Anschlussrehabilitationen vorgesehene. Demgemäß sind von Versicherten nach [§ 39 Abs. 4 SGB V](#) für vollstationäre Krankenhausbehandlungen sowie nach [§ 40 Abs. 5](#) und 6 SGB V für ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen geleistete Zuzahlungen in Höhe des Betrages nach [§ 61 S. 2 SGB V](#) auf die für höchstens 42 Tage zu leistende Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) anzurechnen. Der Kläger hat jedoch auf solche Leistungen seiner Krankenkasse im Jahr 2007 keine Zuzahlungen leisten müssen. Denn ausweislich der Auskunft der KKH-A vom 28. Mai 2009 befand er sich vom 21. Juni 2006 bis 2. Juli 2007 lediglich in teilstationärer Behandlung, für die eine Zuzahlung gemäß [§ 39 Abs. 4 SGB V](#) gerade nicht vorgesehen ist.

Entgegen der Auffassung des Klägers sind auch nicht sämtliche im Rahmen der Krankenversicherung geleistete Zuzahlungen auf die nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) zu leistende Zuzahlung anzurechnen, sondern nur solche kalendertäglich zu leistenden Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen und ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen nach den [§§ 39 Abs. 4, 40 Abs. 5](#) und 6 SGB V. Soweit der Kläger vorträgt, diese Beschränkung ergebe sich nicht aus der Anrechnungsvorschrift des [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#), ist nochmals darauf hinzuweisen, dass diese Vorschrift auf die vorliegend die Zuzahlungspflicht auslösende Rehabilitationsmaßnahme keine Anwendung findet, weil diese nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) erbracht wurde und nicht als Anschlussrehabilitation nach [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#), worauf sich die genannte Anrechnungsvorschrift allein bezieht (siehe oben). Nur ergänzend sei angemerkt, dass sich aber auch die Vorschrift des [§ 32 Abs. 1 S. 3 SGB VI](#) nach Wortlaut und systematischer Stellung allein auf eine Anrechnung der an die Krankenversicherung geleisteten Zuzahlungen in Bezug auf die Dauer der Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI](#) "für längstens 14 Tage" bezieht, woraus folgt, dass nur tageweise geleistete Zuzahlungen Anrechnung finden können, was naturgemäß lediglich Zuzahlungen nach den [§§ 39 Abs. 4, 40 Abs. 5](#) und 6 SGB VI betreffen kann. Demgegenüber ergibt sich die Anrechnung von an den Krankenversicherungsträger geleisteten Zuzahlungen auf Zuzahlungen für Rehabilitationsleistungen nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) allein aus den gemäß [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) erlassenen Zuzahlungsrichtlinien im Rahmen der Konkretisierung der "unzumutbaren Belastung". Hiernach bestimmt § 3 S. 2 der Zuzahlungsrichtlinien ausdrücklich, dass auf die nach S. 1 zu leistende Zuzahlung für höchstens 42 Tage "alle Tage der Zuzahlung an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkassen innerhalb eines Kalenderjahres zu berücksichtigen und gegenseitig anzurechnen" sind. Hiermit ist ausdrücklich klargestellt, dass nur Tage der Zuzahlung anzurechnen sind, nicht jedoch die Zuzahlung selbst oder gar sonstige im Rahmen des Krankenversicherungsrechts geleistete Zuzahlungen, die nicht tageweise bestimmt werden. Eine nach Tagen bestimmte Zuzahlung entsprechend der in [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) vorgesehenen ergibt sich im Krankenversicherungsrecht für stationäre Aufenthalte nach den gemäß [§§ 39 Abs. 4, 40 Abs. 5](#) und 6 SGB V. Sonstige Zuzahlungen nach dem SGB V sind nicht auf die Zuzahlung nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) anrechenbar.

Der Kläger kann auch nicht geltend machen, dass er im Jahr 2007 von gesetzlichen Zuzahlungen durch seine Krankenkasse befreit worden sei und dass diese Befreiung auch für Zuzahlungen zu Leistungen des Rentenversicherungsträgers zu gelten habe. Denn insoweit gilt die von seiner Krankenkasse gewährte Befreiung nach [§ 62 Abs. 3 SGB V](#) allein für Zuzahlungen zu Leistungen nach dem SGB V, nicht aber für solche von anderen Trägern auf Grund einer Rechtsgrundlage außerhalb des SGB V zu erhebenden Zuzahlungen.

Gemäß [§ 62 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Gemäß [§ 62 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) beträgt die Belastungsgrenze zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Nach den Angaben der KKH-A hatte der Kläger für das Kalenderjahr 2007 eine Vorauszahlung in Höhe seiner persönlichen Belastungsgrenze geleistet, woraufhin eine Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen nach dem SGB V ausgesprochen worden sei. Nach Angaben des Klägers sei er mit 1 % des Jahresbruttos von seiner Krankenkasse veranlagt worden und habe 190,08 Euro als Vorauszahlung erbracht. Die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen hat die KKH-A dem Kläger mit Erteilung der "KKH-Plus-Card" vom 16. Januar 2007 auch gemäß [§ 62 Abs. 3 SGB V](#) bescheinigt.

Wie jedoch die Krankenkasse in ihrem Schreiben vom 28. Mai 2009 zutreffend ausgeführt hat, bezieht sich die nach [§ 62 SGB V](#) gewährte Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungsverpflichtungen allein auf solche nach dem SGB V, das heißt nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Nicht hiervon umfasst sind Zuzahlungsverpflichtungen nach dem Recht anderer Träger der Sozialversicherung wie etwa der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem SGB VI. Hierauf hatte die Krankenkasse den Kläger auch bereits im Schreiben vom 4. Januar 2007 hingewiesen. Insoweit hatte sie ausgeführt, dass zur Prüfung einer unzumutbaren finanziellen Belastung ausschließlich Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen der Krankenversicherung berücksichtigt werden können, wozu unter anderem auch gesetzliche Zuzahlungen zu stationären sowie ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zählen würden. Ausdrücklich nicht zu den anrechnungsfähigen Zuzahlungen gehörten jedoch Aufwendungen in Form von "Zuzahlungen zu anderen Trägern (z. B. an die Rentenversicherung, zur PKV)".

Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Regelung des [§ 62 SGB V](#) auch nicht mit der Folge auf die Zuzahlungsverpflichtung nach [§ 32 SGB VI](#) anwendbar, dass jegliche im Rahmen der Krankenversicherung geleisteten Zuzahlungen und die nach [§ 62 SGB V](#) eingetretene Befreiung auch für die Zuzahlungsverpflichtung nach [§ 32 SGB VI](#) gelten würden. Denn weder ist durch den Gesetzgeber eine ausdrückliche Geltung der Belastungsgrenze des SGB V auch für den Bereich des [§ 32 SGB VI](#) angeordnet worden noch besteht für eine entsprechende Anwendung der Vorschrift des [§ 62 SGB V](#) die hierfür erforderliche Regelungslücke im SGB VI, welche bei gleicher Interessenlage Voraussetzung für eine entsprechende Anwendung wäre.

Vielmehr hat der Gesetzgeber in [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) in einer von der Belastungsgrenze nach [§ 62 SGB V](#) im Krankenversicherungsrecht verschiedenen Regelung für die Zuzahlung nach [§ 32 SGB VI](#) eigenständig bestimmt, wann von einer Zuzahlung abgesehen werden kann. Nach der gesetzlichen Vorgabe des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) bestimmt der Rentenversicherungsträger, unter welchen Voraussetzungen von einer Zuzahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belasten würde. Die Entscheidung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht wegen einer unzumutbaren Belastung liegt demnach im Ermessen des Rentenversicherungsträgers. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#), wonach von der Zuzahlung abgesehen werden "kann". Dieses Ermessen ist vom Rentenversicherungsträger pflichtgemäß, das heißt entsprechend dem Zweck der Ermächtigung und unter Einhaltung der gesetzlichen Grenzen des Ermessens auszuüben (vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 26. Oktober 2012, Az. [L 5 R 142/12](#), Rdnr. 28). Auf Grund der Ermächtigung des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) hat der Rentenversicherungsträger die ermessensleitenden und norminterpretierenden Zuzahlungsrichtlinien als Verwaltungsvorschrift erlassen. Demgemäß sieht der Gesetzgeber in [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) ausdrücklich eine andere Regelung vor als bei Zuzahlungen nach dem SGB V, deren Zumutbarkeit in der Vorschrift über die Belastungsgrenze nach [§ 62 SGB V](#) geregelt ist und dem Krankenversicherungsträger kein entsprechendes Ermessen in Bezug auf die Bestimmung der Zumutbarkeit der Zuzahlung einräumt.

Dass der Gesetzgeber insoweit zwei verschiedene Zumutbarkeitsregelungen für Zuzahlungen – je nach dem, ob es sich um solche nach dem SGB V oder um solche nach [§ 32 SGB VI](#) handelt – ergibt sich auch aus der gesetzgeberischen Historie: Die Regelung des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) in der noch heute geltenden Fassung wurde mit der Einführung des SGB VI zum 1. Januar 1992 mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992 – RRG 1992) vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I 1989 Nr. 60, S. 2261) geschaffen. In dem Gesetzentwurf zum RRG war diese Vorschrift jedoch ursprünglich nicht enthalten. Vielmehr hieß es in der Entwurfsfassung in einem [§ 32 Abs. 1 S. 4 SGB VI](#): "In Härtefällen ist § 61 des Fünften Buches sinngemäß anzuwenden" ([BT-Drucks. 11/4124, S. 21](#)). Die Vorschrift des [§ 61 SGB V](#) in der ab 1. Januar 1989 geltenden Fassung regelte seinerzeit die Voraussetzungen, unter denen Krankenversicherte von Zuzahlungen nach dem SGB V zu befreien waren. In der Begründung zu [§ 32 SGB VI](#) in der seinerzeitigen Entwurfsfassung hieß es sodann auch ([BT-Drucks. 11/4124, S. 161](#)):

"Die Regelung entspricht weitgehend dem geltenden Recht unter Berücksichtigung der sich für die gesetzliche Krankenversicherung durch das Gesundheits-Reformgesetz ergebenden Änderungen. Insbesondere sind die Möglichkeiten, unter denen Versicherte oder Rentner von der Zuzahlung befreit werden können, nunmehr für beide Leistungsbereiche in [§ 61 SGB V](#) einheitlich geregelt."

Im Gesetzgebungsverfahren wurde jedoch diese beabsichtigte einheitliche Regelung beider Bereiche fallen gelassen und die entsprechende Vorschrift gestrichen. Vielmehr wurden die Absätze 2a und 2b eingefügt, die sodann als [§ 32 Abs. 3](#) und 4 SGB VI in der Fassung des RRG 1992 verabschiedet wurden. Diese Änderung wurde in dem Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung wie folgt begründet: "Durch [] die Streichung der Regelung, wonach die Härtefallregelung der Krankenversicherung in der Rentenversicherung entsprechend anzuwenden ist, soll der bisherige Rechtszustand beibehalten werden (vgl. auch Abs. 2a und 2b)". Zu den eingefügten Absätzen 2a und 2b heißt es: "Durch die eingefügten Vorschriften wird hinsichtlich der Befreiung von der Zuzahlung der bisherige Rechtszustand beibehalten" ([BT-Drucks. 11/5530, S. 42](#)). Die bis dahin geltenden Zuzahlungsregelungen zu stationären Heilbehandlungen durch den Rentenversicherungsträger richteten sich nach den bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Vorschriften des § 1243 der Reichsversicherungsordnung (RVO), § 20 des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) und § 42 des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG), deren jeweiliger Absatz 5 gleichlautend regelte: "Der Träger der Rentenversicherung bestimmt, unter welchen Voraussetzungen von der Zahlung nach Abs. 1 abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder den Rentner unzumutbar belasten würde". Diese Vorschrift war zusammen mit der Zuzahlungsregelung durch das Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983 – HbeglG 1983) vom 20. Dezember 1982 ([BGBl. 1982 I, S. 1857](#)) eingeführt worden. In der damaligen Gesetzesbegründung hieß dazu ([BT-Drucks. 9/2140, S. 101](#)):

"Absatz 5 sieht vor, daß der Rentenversicherungsträger weitere Ausnahmen vorsehen soll, wenn die Zuzahlung zu Härten führen würde. Solche Ausnahmen liegen z. B. dann vor, wenn die Zuzahlung dem Versicherten wegen seines Einkommens nicht oder nur für einen bestimmten Zeitraum zuzumuten ist, was vor allem auch bei Betreuten, die Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes erhalten oder Rente beziehen, in Betracht kommen kann, oder im selben Kalenderjahr eine erneute Heilbehandlung infolge derselben Krankheit oder Behinderung oder einer im Zusammenhang mit dieser Krankheit oder Behinderung auftretenden weiteren Krankheit oder Behinderung erforderlich ist".

Demgemäß hat der Gesetzgeber bei Schaffung der Vorschrift des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) bewusst darauf verzichtet, die für den Bereich des SGB VI vorgesehene Härtefallregelung bei unzumutbarer Belastung derjenigen im Krankenversicherungsrecht anzugleichen, sondern hat es ausdrücklich dem Rentenversicherungsträger vorbehalten, den unbestimmten Rechtsbegriff der "unzumutbaren Belastung" im Sinne des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) selbst zu konkretisieren, was er durch die entsprechenden Zuzahlungsrichtlinien getan hat. Auch wenn die Befreiungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 1 der Zuzahlungsrichtlinien durch das Abstellen auf ein Nettoerwerbseinkommen in Höhe von 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach [§ 18 SGB IV](#) der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Härtefallregelung zur "unzumutbaren Belastung" für Zuzahlungen nach dem Krankenversicherungsrecht des [§ 61 Abs. 2 SGB V](#) alter Fassung (a. F.) entsprach, war der Rentenversicherungsträger nach Auffassung des Gerichts jedoch nicht etwa gehalten gewesen, die geänderte Regelung zur Begrenzung der Zuzahlungspflicht nach dem Krankenversicherungsrecht mit der zum 1. Januar 2004 gemäß [§ 62 SGB V](#) eingeführten Belastungsgrenze nunmehr auch in die Zuzahlungsrichtlinien für die Konkretisierung des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) zu übernehmen. Es ist nicht ersichtlich, dass sich der Rentenversicherungsträger nach Änderung der Härtefallregelungen im SGB V durch Festhalten an der bisherigen, dem [§ 61 Abs. 2 SGB V](#) a. F. entsprechenden, Regelung des § 2 Abs. 1 der Zuzahlungsrichtlinien nicht mehr im Rahmen des Sinns und Zwecks der Ermächtigung des [§ 32 Abs. 4 SGB VI](#) und damit im Rahmen des ihm insoweit eingeräumten Ermessens halten würde. Der Umstand, dass die Zumutbarkeitsregelungen zur Zuzahlung zu Leistungen nach dem SGB V und SGB VI verschieden ausgestaltet sind, ist auch durchaus

sachgerecht: Denn insoweit betreffen die Zuzahlungsverpflichtungen nach dem SGB V verschiedene Leistungen – neben solchen zu stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten auch beispielsweise solche zu Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege, die sich für den Krankenversicherten – insbesondere bei chronischer Krankheit – in erheblicher Weise summieren können. Demgegenüber erbringt der Rentenversicherungsträger als einzige zuzahlungspflichtige Leistung solche der medizinischen Rehabilitation, die in der Regel ein singuläres zuzahlungspflichtiges Ereignis in dem betreffenden Kalenderjahr darstellen, so dass hierbei durchaus höhere Voraussetzungen an die Befreiung von der Zuzahlungspflicht gestellt werden können als für laufend erforderliche Zuzahlungen nach SGB V. Dass auf die Zuzahlung nach [§ 32 SGB VI](#) allein Zuzahlungen für stationäre Krankenhausaufenthalte oder Rehabilitationsmaßnahmen nach dem Krankenversicherungsrecht Anrechnung finden, nicht aber alle sonstigen nach dem SGB V geleisteten Zuzahlungen und insoweit die Zuzahlung nach dem SGB VI unter Umständen auch dann noch zu leisten ist, wenn – wie bei dem Kläger – die Belastungsgrenze nach dem SGB V bereits erreicht ist, ist vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden.

Demgemäß ist es für die Zuzahlungsverpflichtung nach [§ 32 Abs. 1 S. 1 SGB VI](#) vorliegend auch unerheblich, dass dem Kläger bereits vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme durch den Krankenversicherungsträger eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen wegen einer Vorauszahlung für Zuzahlungen in Höhe seiner Belastungsgrenze erteilt worden war. Die von dem Kläger an die Krankenkasse geleistete Zuzahlung in Höhe der Belastungsgrenze hat sich insoweit auch nicht auf etwaige Zuzahlungen zu stationären Krankenhausaufenthalten oder Rehabilitationsmaßnahmen nach dem SGB V – die allein auf die Zuzahlung nach [§ 32 SGB VI](#) anrechenbar wären – ausgewirkt, weil solche zuzahlungspflichtigen Leistungen durch die Krankenkasse im Jahr 2007 an den Kläger überhaupt nicht erbracht wurden. Hätte der Kläger im Jahr 2007 hingegen nach dem SGB V grundsätzlich zuzahlungspflichtige Klinikaufenthalte absolviert, wären die hierfür (fiktiv) zuzahlungspflichtigen Tage nach dem SGB V auch im Wege der Anrechnung nach § 3 S. 2 der Zuzahlungsrichtlinien von der nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung höchstens zu leistenden Zuzahlung für 42 Tage der Rehabilitationsleistung in Abzug zu bringen gewesen.

Die Klage war von daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 105 Abs. 1 S. 3](#) in Verbindung mit [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Die Berufung war nicht zuzulassen, da der Wert des Beschwerdegegenstandes des Verfahrens in Höhe von 210 Euro den gemäß [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) geltenden Wert von 750 Euro für die Zulassung der Berufung nicht erreicht. Ein Grund zur Berufungszulassung im Sinne von [§ 144 Abs. 2 SGG](#) war für das Gericht nicht ersichtlich. Insbesondere war eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) für das Gericht nicht erkennbar.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-03-12