L 1 KR 143/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 18 KR 180/05
Datum
24.02.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 143/08
Datum
09.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers für das Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht der Umfang der Befreiung des Klägers von Zuzahlungen nach § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) im Jahr 2004. Der Kläger ist Mitglied der Beklagten. Er lebte 2004 mit seiner Ehefrau und dem gemeinsamen Sohn J (damals Jahre) sowie zwei weiteren, von ihm nicht adoptierten Söhnen E, damals Jahre, und A, damals Jahre alt, in einem gemeinsamen Haushalt. Die Ehefrau und ihr Sohn A, der während des gesamten Jahres 2004 Schüler war und über keine Einnahmen verfügte, haben Anspruch auf Beihilfeleistungen vom Land Brandenburg und sind im Übrigen privat krankenversichert. J war in diesem Jahr über den Kläger familienversichert, während E, der sich während des gesamten Jahres 2004 in einer Lehre befand, Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung war.

Der Kläger und seine Ehefrau erzielten während des Jahres 2004 ein sozialversicherungspflichtiges Bruttoeinkommen von 37.266,96 Euro bzw. ein Bruttoeinkommen von 39.231,72 Euro. E erhielt eine Ausbildungsvergütung von 3.788,- Euro.

Der Kläger leidet an einer chronisch terminalen Niereninsuffizienz und bedarf der Dauerdialyse.

Er unternahm im Jahr 2004 insgesamt 157 Fahrten zur Dialyse mit seinem eigenen PKW, wobei er je Weg 10 km zurücklegte.

Er beantragte im Januar 2005 bei der Beklagten die "Abrechnung für die Zuzahlung im Jahr 2004". Mit Schreiben vom 18. Januar 2005 teilte diese ihm mit, dass sie einen Erstattungsbetrag von 150,20 Euro errechnet habe. Sie legte hierbei Bruttoeinnahmen des Klägers und seiner Ehefrau in Höhe von 76.498,68 Euro und dem Kläger entstandenen Zuzahlungen in Höhe von 690,80 Euro (Fahrtkosten aus Anlass der Dialyse) und 344,44 Euro (ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Medikamente sowie Praxisgebühr) zugrunde. Für den familienversicherten Sohn J berücksichtigte sie einen Freibetrag in Höhe von 3.648,- Euro, während sie die Zuzahlungen des Sohnes E aufgrund dessen eigener Mitgliedschaft bei der anderen Krankenkasse unberücksichtigt ließ.

Mit Widerspruchsschreiben vom 21. Januar 2005 wandte sich der Kläger gegen die Berechnung der Beklagten. Seine Ehefrau und deren Sohn A müssten aus der Berechnung herausgehalten werden. Sollte die Ehefrau mit einbezogen werden, so müsse auch der Sohn E berücksichtigt werden, da er wirtschaftlich wesentlich mehr von ihm abhängig sei als seine Ehefrau. Auch müsste dann für seinen Sohn A ein Freibetrag berücksichtigt werden. Dieser Freibetrag müsse 5.808,- Euro je Kind betragen. Für die Fahrtkosten seien nicht lediglich 22 Cent je Kilometer, sondern 40 Cent je Kilometer zugrunde zu legen. Im Übrigen müssten auch die Ausgaben seiner Ehefrau, insbesondere deren Zuzahlungen im Rahmen der Beihilfe, berücksichtigt werden. Außerdem habe die Beklagte übersehen, dass er im Oktober 2004 anlässlich seines Urlaubs zwei Fahrten zur Dialyse à 45 km zurückgelegt habe.

Mit Schreiben vom 26. Januar 2005 bewilligte die Beklagte im Hinblick auf die beiden Fahrten im Urlaub eine weitere Nachzahlung in Höhe von 30,80 Euro. Sie wies mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2005 den Widerspruch im Übrigen zurück. Zur Begründung führte sie unter anderem aus, dass gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Bundesreisekostengesetz (BRKG) bei der Benutzung von Kraftfahrzeugen mit einem Hubraum von mehr 660 cm³ nur 0,22 Euro je Kilometer zugrunde gelegt werden dürften. Die Ehefrau des Klägers und ihr Sohn A leisteten keine gesetzlichen Zuzahlungen. Für die Ehefrau sei deshalb ein Freibetrag in Höhe von 4.347,- Euro, und für den familienversicherten Sohn J der Kinderfreibetrag von 3.648,- Euro, wie er sich aus der Gesetzesbegründung ergebe, berücksichtigt worden.

Hiergegen hat sich die am 22. Juli 2005 beim Sozialgericht Cottbus (SG) erhobene Klage gerichtet. Der Kläger hat vorgebracht, ihm entstünden für die Fahrten zur Dialyse Kosten in Höhe von 52 Cent je Kilometer. Bei der Berechnung der Zuzahlung müssten bei Berücksichtigung der gesamten Einnahmen der Familie auch deren gesamte Ausgaben berücksichtigt werden.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 24. Februar 2006 (GA Blatt 36 ff) verurteilt, an den Kläger weitere 69,28 Euro zu zahlen. Es hat im Übrigen die Klage abgewiesen. Der Kläger könne eine Erstattung der von ihm zu viel geleisteten Zuzahlungen als allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch fordern. Dieses Rechtsinstitut ergebe sich aus dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, der den Ausgleich einer mit dem Recht nicht mehr übereinstimmenden Vermögenslage fordere (Bezugnahme auf Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht § 28 Rdnr. 21 mit weiteren Nachweisen). Ein solcher Anspruch sei hier in Höhe von 99,88 Euro gegeben. Die Beklagte sei um Zuzahlungen in Höhe von 450,08 Euro bereichert, die der Kläger zu Unrecht selbst getragen habe, obgleich er sie ab dem Zeitpunkt des Erreichens der Belastungsgrenze des § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht mehr habe tragen müssen. Unter Berücksichtigung der bereits erstatteten 381,- Euro ergebe sich der zuzusprechende Betrag.

Zutreffend habe die Beklagte zur Ermittlung der Belastungsgrenze die Bruttoeinnahmen des Klägers und seiner Ehefrau herangezogen. Sie hätte aber auch die Ausbildungsvergütung des Sohnes E berücksichtigen müssen, weil dieser im Haushalt des Klägers gelebt habe. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V seien die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt "der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten" zusammenzurechnen. Entgegen der Auffassung des Klägers habe deshalb das Einkommen seiner Ehefrau nicht deswegen unberücksichtigt bleiben können, weil sie privat versichert sei bzw. ein Beihilfeanspruch habe. Hingegen seien alle Bruttoeinnahmen sämtlicher im Haushalt lebender Angehöriger mit einzubeziehen, unabhängig davon ob diese versicherungspflichtig, familienversichert oder versicherungsfrei seien. "Angehörige" seien nach allgemeinen juristischen Sprachgebrauch der Ehegatte sowie Verwandte und Verschwägerte im Sinne der §§ 1589, 1590 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Nach § 1590 Abs. 1 Satz 1 BGB seien die Verwandten eines Ehegatten mit dem anderen Ehegatten verschwägert. Die beiden Söhne der Ehefrau des Klägers, E und A, seien daher mit dem Kläger verschwägert. Bei dieser Auslegung von § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V deckten sich der Personenkreis, dessen Bruttoeinnahmen zugrunde zu legen seien, mit dem in § 62 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung. Auch nach § 62 Abs. 1 SGB V dieser Fassung seien die Einkünfte aller Angehörigen und nicht nur der selbst Zuzahlungspflichtigen heranzuziehen gewesen (Bezugnahme auf Bundessozialgericht - BSG - SozR 3-2500 § 62 Nr. 1). Von den sich somit ergebenden Bruttoeinnahmen in Höhe von 37.266,96 Euro + 39.231,72 Euro + 3.788,- Euro = 80.286,68 Euro habe die Beklagte zutreffend gemäß § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V einen Freibetrag in Höhe von 15 % der jährlichen Bezugsgröße § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV; für das Jahr 2004: 28.089,- Euro), d. h. 4.347,- Euro, abgesetzt. Bei der durch § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V angeordneten weiteren Verminderung der jährlichen Bruttoeinnahmen habe die Beklagte jedoch zu Unrecht nur den familienversicherten Sohn J, nicht jedoch die beiden weiteren im Haushalt des Klägers lebenden Söhne seiner Ehefrau berücksichtigt. Die von der Beklagten vorgenommene Beschränkung auf familienversicherte Kinder finde im Gesetz keine Stütze. Weder der Wortlaut des Gesetzes noch die Begründung des historischen Gesetzgebers (Bezugnahme BT-Drucksache 15/1525 Seite 95) rechtfertigten die von der Beklagten vorgenommene Differenzierung. Der Sinn der Regelung gebiete vielmehr die Berücksichtigung sämtlicher im Haushalt eines Versicherten lebenden Kinder. Denn die Frage, wann die Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschritten sei, sei auf den Haushalt eines Versicherten als Wirtschaftseinheit zugeschnitten. Aus diesem Grund seien die Bruttoeinnahmen aller im Haushalt eines Versicherten lebenden Angehörigen heranzuziehen. Es wäre systematisch sinnwidrig, würden Freibeträge nur für familienversicherte Kinder eingeräumt.

Entgegen der Auffassung des Beklagten belaufe sich zudem der zu berücksichtigende Betrag pro Kind gemäß § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V nicht nur auf 3.648,- Euro, sondern auf 5.808,- Euro. Gemäß § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 Einkommenssteuergesetz (EStG) in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung werde bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer für jedes zu berücksichtigende Kind des Steuerpflichtigen ein Steuerfreibetrag von 1.824,- Euro für das sächliche Existenzminimum des Kindes (Kinderfreibetrag) sowie ein Freibetrag von 1.080, - Euro für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes vom Einkommen abgezogen. Bei Ehegatten, die nach §§ 26, 26 b EStG zusammen zur Einkommenssteuer veranlagt würden, verdoppelten sich die Beträge nach Satz 1, wenn das Kind zu beiden Ehegatten in einem Kindschaftsverhältnis stehe. Der Begriff des Kindes folge dem des Angehörigen, so dass hier die Kinder J, E und A zu berücksichtigen seien. Soweit die Beklagte der Auffassung sei, § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V verweise zur Berechnung des Kinderfreibetrages nicht auf die Voraussetzung der Sätze 1 und 2 des § 32 Abs. 6 e EStG, sondern lediglich auf den sich rechnerisch bei Anwendung beider Sätze ergebenden Betrag, überzeuge dies die Kammer nicht. Der Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG sei nämlich nicht eindeutig. Bereits § 32 Abs. 6 Satz 1 EStG enthalte zwei Beträge. Die in Satz 2 vorgesehene Möglichkeit der Verdoppelung ergebe einen dritten Betrag. Da in § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V in keiner Weise ersichtlich sei, welcher dieser drei Beträge gemeint sei, könne nur die Summe der Einzelbeträge gemeint sein, also 1.884,- Euro sowie 2 x 1.080,- Euro, zusammen 5.808,- Euro (Bezugnahme auf Gerlach in: Hauck/Noftz SGB V, § 62 Rdnr. 52). Zwar nenne die Gesetzesbegründung (Bezugnahme auf a.a.O. Seite 95) den dem doppelten Kinderfreibetrag entsprechenden Betrag von 3.648,- Euro. Dies entspreche jedoch nicht dem Gesetzeswortlaut. Für das Ergebnis der Kammer spreche schließlich die Überlegung, dass, legte man einen Absetzungsbetrag in Höhe von 3.648,- Euro pro Kind zugrunde, sich bei Alleinerziehenden die Folge ergäbe, dass der maßgebende Abzugsbetrag für den ersten Angehörigen mit 4.347,- Euro höher läge als der steuerliche Freibetrag für Kinder. Um dieses offensichtlich nicht beabsichtigte Ergebnis zu vermeiden gingen die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer gemeinsamen Verlautbarung vom 19. Januar 2004 davon aus, dass bei Alleinerziehenden entgegen des ausdrücklichen Gesetzeswortlauts für das erste Kind der höhere Freibetrag von 4.347,- Euro maßgebend sein solle. Werde für Kinder gemeinsam zur Einkommenssteuer veranlagter Eltern ein Freibetrag von 5.800,- Euro angesetzt, gäbe es diese Schwierigkeit nicht. Auf die weiteren in § 32 Abs. 6 Satz 2 EStG genannten Voraussetzungen der steuerlichen Veranlagung der Ehegatten nach §§ 26, 26 b EStG -Kindschaftsverhältnis zu beiden Ehegatten - komme es hingegen nicht an. Insoweit sei § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V eine reine Rechtsfolgenverweisung (Bezugnahme auf Gerlach a.a.O.). Entsprechendes sei auch für E und A Absetzungsbeträge in Höhe von jeweils 5.808,- Euro zugrunde zu legen. Von den Bruttoeinnahmen in Höhe von 80.286,68 Euro sei somit ein Betrag von 3 x 5.808,- Euro abzusetzen. Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne § 62 Abs. 2 Satz 1, 1. HS SGB V betrügen daher 58.515,68 Euro.

Die Beklagte habe weiter zutreffend die Belastungsgrenze bei 1 % dieses Betrages angenommen. Denn bei der die Dialyse verursachenden Grunderkrankung des Klägers handele es sich um schwerwiegende chronische Erkrankung im Sinne von § 62 Abs. 1 Satz 2, 2. HS, Satz 4 SGB V. Dies ergebe sich aus § 8 Abs. 2 in Verbindung mit Anlage der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (in der Fassung vom 22. Januar 2004). Die Belastungsgrenze für den Kläger betrage daher 585,16 Euro. Diesem Betrag gegenüberzustellen seien die dem Kläger im Jahre 2004 entstandenen Zuzahlungen in Höhe von insgesamt 344,44 Euro Arzneimittel und Praxisgebühr sowie 690,80 Euro und 30,80 Euro

Fahrtkosten, insgesamt 1.066,04 Euro.

Entgegen der Auffassung des Klägers sei die Beklagte nicht verpflichtet gewesen, einen höheren Betrag als 22 Cent pro Kilometer im Rahmen der Fahrtkosten zugrunde zu legen. Gemäß § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung seien als Fahrtkosten bei Benutzung privater Kraftfahrzeuge für jeden gefahrenen Kilometer der jeweils aufgrund des BRKG festgesetzte Höchstbetrag der Wegstreckenentschädigung anzusetzen. Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BRKG in der im Jahr 2004 geltenden Fassung sei bei der Benutzung von Kraftfahrzeugen mit einem Hubraum von mehr als 600 cm³ - wie beim PKW des Klägers - eine Wegstreckenentschädigung von 22 Cent je Kilometer vorgesehen. Diese gesetzliche Vorschrift gelte zwar unmittelbar nur für Entschädigungen, welche die Krankenkasse bei medizinisch notwendigen Fahrten mit dem eigenen Pkw zu gewähren habe. Es sei jedoch kein sachlicher Grund dafür ersichtlich, für die von Versicherten zunächst selbst zu tragenden Fahrtkosten einen höheren Kilometersatz heranzuziehen.

Die Beklagte habe schließlich auch nicht die von der Ehefrau des Klägers und ihrem Sohn A im Rahmen der Beihilfe erbrachten Eigenanteile berücksichtigen müssen. Zuzahlungen im Sinne von § 62 SGB V seien nur die in diesem Gesetz als solche bezeichneten Eigenleistungen des Versicherten. Eigenleistungen, die nicht gesetzlich Versicherte nach anderen gesetzlichen Regelungen zu erbringen hätten, fielen nicht unter den in § 62 Abs. 1 SGB V verwendeten Begriff der Zuzahlung. Die Kammer folge insoweit dem Urteil des BSG vom 19. Februar 2002 - B 1 KR 20/00 R - SozR 3-200 § 62 Nr. 1, welche zwar zum SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergangen sei, jedoch nach wie vor den Begriff der Zuzahlung aktuell auslege. Die Ausführungen des BSG zur verfassungsrechtlichen Unbedenklichkeit trotz Ungleichbehandlung sind vom SG im Urteil wörtlich übernommen worden.

Gegen dieses Urteil richten sich die zugelassenen Berufungen der Beklagten und des Klägers. Die Beklagte hat ihre Berufung mit Schriftsatz vom 7. Oktober zurückgenommen.

Der Kläger beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 18. Januar 2005 und 26. Januar 2005 beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juli 2005 sowie das Urteil des Sozialgerichts vom 24. Februar 2006 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, bei der Berechnung der Belastungsgrenze auch die von seiner Ehefrau geleisteten Zuzahlungen in Höhe von 45,- Euro zu berücksichtigten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte gemäß §§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 S.2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Abwesenheit der Beklagten verhandelt und entschieden werden. Sie ist auf diese Möglichkeit in der Ladung hingewiesen worden.

Die Berufung des Klägers musste erfolglos bleiben. Das SG hat im angegriffenen Urteil ausführlich und sorgfältig begründet, weshalb ihm nicht mehr als das Zugesprochen zusteht. Auf die Ausführungen des SG wird zur Vermeidung bloßer Wiederholungen nach § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen.

Zur verfassungsgemäßen Ungerechtigkeit, dass auch ein Beihilfe berechtigter Ehegatte de facto Zuzahlungen zu leisten hat, die bei den Regeln über die Berechnung Belastungsgrenze auch den gesetzlich versicherten Ehegatten benachteiligen, weil sie unberücksichtigt bleiben, hat das BSG im vom SG wörtlich angeführten Urteil ausführlich Stellung genommen. Der Senat schließt sich dem aus eigener Überzeugung an.

Die Verfassungsmäßigkeit der aktuellen Zuzahlungsregelung allgemein hat das BSG im Urteil vom 22. April 2008 (- B 1 KR 10/07 R -) bekräftigt.

Die Kostenentscheidung nach § 193 SGG entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2009-10-29