

## B 1 KR 2/01 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Münster (NRW)  
Aktenzeichen  
S 11 KR 81/98  
Datum  
26.10.1999  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 12/00  
Datum  
09.11.2000  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 2/01 R  
Datum  
19.02.2002  
Kategorie  
Urteil

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2000 wird zurückgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Dem Kläger wurde von der beklagten Krankenkasse eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme gewährt, die vom 11. Mai bis 1. Juni 1998 in einem Kursanatorium in Bad F. durchgeführt wurde. Für die 22 Tage seines Aufenthalts entrichtete der Kläger die in [§ 40 Abs 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgeschriebenen Zuzahlung von 25 DM je Kalendertag, zusammen also 550 DM, an die Kureinrichtung. In der Folge machte er gegenüber der Beklagten geltend, die Zuzahlung hätte nur für 21 Kalendertage erhoben werden dürfen, da bei der Berechnung Aufnahme- und Entlassungstag zusammenzurechnen seien. Mit Bescheid vom 17. August 1998 und Widerspruchsbescheid vom 30. Oktober 1998 lehnte die Beklagte eine "Befreiung" von der Zuzahlung für den 22. Tag der Rehabilitationsmaßnahme ab.

Die dagegen gerichtete Klage hatte in den Vorinstanzen keinen Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat sich für seine Auffassung, dass die Zuzahlung für jeden Tag der vollstationären Behandlung einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten sei, auf den Gesetzeswortlaut berufen, der keine einschränkende Auslegung zulasse. Zwar werde bei den zu Lasten der Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen die dem [§ 40 Abs 5 SGB V](#) entsprechende Vorschrift des [§ 32 Abs 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) von den Rentenversicherungsträgern so gehandhabt, dass Aufnahme- und Entlassungstag bei der Festsetzung der Zuzahlung als ein Tag gezählt würden. Dieser Auslegung könne jedoch nicht gefolgt werden. Weder die Entstehungsgeschichte noch die Ausgestaltung der Zuzahlungsregelung stützten das von den Befürwortern einer Zusammenrechnung angeführte Argument, durch die Zuzahlung sollten häusliche Ersparnisse während der stationären Behandlung ausgeglichen werden. Es handele sich vielmehr um eine Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten, die unabhängig von den Umständen des Einzelfalls für jeden Tag der Rehabilitationskur zu zahlen sei.

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung des [§ 40 Abs 5 SGB V](#). Nach dem Gesetzeswortlaut bestehe eine Zuzahlungspflicht nur für solche Kalendertage, an denen der Versicherte eine Leistung nach [§ 40 Abs 2 SGB V](#) in Anspruch nehme. Das sei in seinem Fall nur an 21 Kalendertagen der Fall gewesen, wie sich daran zeige, dass die Beklagte nur für 21 Tage den Pflegesatz an das Kursanatorium habe entrichten müssen. Werte man die Zuzahlung mit dem LSG als Kostenbeteiligung, so könne sie zwangsläufig nur für Tage erhoben werden, an denen tatsächlich Kosten angefallen seien.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2000 und des Sozialgerichts Münster vom 26. Oktober 1999 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 17. August 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 1998 zu verurteilen, ihm Zuzahlungen in Höhe von 12,78 &#65533; zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Zuzahlung sei ihrer Rechtsnatur nach eine pauschalierte Form der Selbstbeteiligung und gerade keine Gegenleistung für irgendwelche an einem bestimmten Kalendertag erbrachte Leistungen. Der Leistungsbegriff in [§ 40 Abs 5 SGB V](#) meine im übrigen nicht einzelne Leistungen der Rehabilitationseinrichtung, sondern beziehe sich auf die Rehabilitationsmaßnahme als Ganzes, deren Inanspruchnahme die Zuzahlungspflicht auslöse.

II

Die Revision ist unbegründet.

Zutreffend hat das LSG einen Erstattungsanspruch des Klägers verneint. Die Zuzahlungen für 22 Kalendertage sind von ihm zu Recht geleistet worden. Dementsprechend konnte seine Klage keinen Erfolg haben.

Nach [§ 40 Abs 5 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 1998 geltenden und deshalb hier noch maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 1. November 1996 ([BGBl I 1631](#)) zahlen Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 (stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung) in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung, die diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die Zuzahlungspflicht besteht für jeden Kalendertag, an dem der Versicherte die stationäre Behandlung in Anspruch nimmt. Er tut dies, sobald und solange er in die Einrichtung aufgenommen, dh physisch und organisatorisch in deren spezifisches Versorgungssystem eingegliedert ist (zum Begriff der "Aufnahme" siehe Senatsurteil vom 9. Oktober 2001 &#65533; [B 1 KR 1/01 R](#) und die dort in Bezug genommene Begründung zum Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes, [BT-Drucks 12/3608 S 82](#) zu [§ 39 SGB V](#)). Da der Gesetzestext keine Einschränkung enthält, zählt jeder Tag, an dem diese Voraussetzungen, sei es auch nur kurzzeitig, erfüllt sind, also auch der Aufnahme- und der Entlassungstag. Die Verwendung des Begriffs "Kalendertag" unterstreicht die Bedeutung einer rein an den Kalenderdaten orientierten Berechnungsweise.

Eine einschränkende Auslegung, nach der nur Tage zählen sollen, an denen der Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung volle 24 Stunden andauert, oder nach der Aufnahme- und Entlassungstag zusammenzurechnen sind, scheidet bei dieser Sachlage aus; angesichts des unzweideutigen Wortlauts der Regelung besteht dafür keine Grundlage. Eine über den Bereich bloßer Auslegung hinausgehende Einengung des durch den Wortsinn festgelegten Anwendungsbereichs der Vorschrift im Sinne einer teleologischen Reduktion käme nur in Betracht, wenn sich auf Grund anderer Erkenntnisquellen wie der Entstehungsgeschichte und der späteren Gesetzesentwicklung oder dem Zweck und der Systematik der Zuzahlungsregelung zweifelsfrei eine vom unmissverständlichen Wortsinn abweichende Regelungsabsicht des Gesetzgebers ergäbe und damit feststünde, dass die Formulierung im Gesetzestext versehentlich zu weit gefasst worden ist (vgl BSG [SozR 3-2500 § 98 Nr 3 S 4](#); zum umgekehrten Fall der Ausweitung einer irrtümlich zu eng gefassten Regelung: [BSGE 83, 7, 12 = SozR 3-2500 § 48 Nr 8 S 42](#)). Das ist jedoch nicht der Fall.

Zugunsten einer Begrenzung der Zuzahlungspflicht auf volle Kalendertage wird angeführt, die Zuzahlung solle häusliche Ersparnisse beim Versicherten ausgleichen. Sie dürfe deshalb nicht auf angefangene Tage ausgedehnt werden, an denen Verpflegungskosten durch die stationäre Behandlung nicht oder nur in geringem Umfang eingespart würden. Dem kann nicht gefolgt werden. Das Ziel, Einsparungen bei den Lebenshaltungskosten zu kompensieren, wird zwar verschiedentlich als Grund für die Zuzahlungsregelung genannt (vgl etwa Noftz in: [Hauck/Noftz, SGB V, Stand 2002, K § 39 RdNr 137](#); [Mrozynski in: Wannagat, Sozialgesetzbuch, Stand 2001, § 39 SGB V RdNr 48](#)). Tatsächlich hat dieser Gesichtspunkt, der für eine Ausklammerung des Aufnahme- und/oder des Entlassungstages aus der Zuzahlungspflicht sprechen könnte, bei deren Einführung jedoch keine erkennbare Rolle gespielt. Die Zuzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist parallel zur Zuzahlung bei stationärer Krankenhausbehandlung durch das Haushaltsbegleitgesetz vom 20. Dezember 1982 ([BGBl I 1857](#)) eingeführt worden (seinerzeit als § 184a Abs 2 Reichsversicherungsordnung). Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde die Maßnahme als Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze bezeichnet ([BT-Drucks 9/2074 S 99](#)). Anlässlich der Überführung des Krankenversicherungsrechts in das SGB V durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)) hat der Gesetzgeber nochmals bekräftigt, aus finanziellen Gründen könne auf die Zuzahlung nicht verzichtet werden ([BT-Drucks 11/2237 S 178](#)). Die Äußerungen zeigen, dass für die Erhebung der Zuzahlung fiskalische Gründe ausschlaggebend waren. Der Versicherte sollte sich mit einem Eigenanteil an den Kosten der Rehabilitationsbehandlung beteiligen, um so die angespannte Finanzsituation der Krankenversicherung zu entlasten und zusätzliches Geld zur Bestreitung der Ausgaben für derartige Maßnahmen bereitzustellen (in diesem Sinne bereits BSG [SozR 2200 § 372 Nr 1 S 2](#); BSG [SozR 2200 § 184 Nr 32 S 50](#), wo die Zuzahlung als "Versichertenkostenanteil" bzw als "Eigenbeteiligung" bezeichnet wird; vgl ferner: [Noftz, aaO, § 39 RdNr 137a](#); [Zipperer in: Maaßen ua, GKV-Kommentar, Stand 1998, § 39 SGB V RdNr 37](#); [Schmidt in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand 2000, § 39 SGB V RdNr 404](#); [Schneider in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, 1994, § 22 RdNr 397](#)).

Allerdings hat der Gesichtspunkt der häuslichen Ersparnis in den nachfolgenden Gesetzesberatungen eine Rolle gespielt. So ist die durch das GRG auf Vorschlag des Bundesrates (vgl [BR-Drucks 561/92 S 24](#)) bewirkte Anhebung der Zuzahlung zur stationären Krankenhausbehandlung von ursprünglich 5 DM auf dann 10 DM in den Ausschussberatungen damit gerechtfertigt worden, dass der erhöhte Betrag die mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Einsparungen bei den Lebenshaltungskosten ausgleiche ([BT-Drucks 11/3480 S 55](#) zu § 38 Abs 4). Zuvor hatte bereits das Bundessozialgericht (BSG) in dem erwähnten Urteil vom 12. Oktober 1988 ([SozR 2200 § 184 Nr 32 S 52](#)) auf die mit einer stationären Behandlung verbundenen Einspareffekte hingewiesen und deswegen verfassungsrechtliche Einwände gegen die Höhe des Zuzahlungsbetrages für unbegründet erklärt. Weder im einen noch im anderen Zusammenhang ist jedoch in der Abschöpfung häuslicher Ersparnisse der Zweck oder auch nur ein wesentliches gesetzgeberisches Motiv für die Zuzahlungsregelung gesehen worden. Vielmehr ging es allein darum, die jeweilige Höhe der Eigenbeteiligung und die Zumutbarkeit der damit verbundenen finanziellen Belastung politisch bzw verfassungsrechtlich zu rechtfertigen. Unabhängig davon verbietet es sich schon wegen der unterschiedlichen Ausgestaltung der Zuzahlung zur stationären Krankenhausbehandlung auf der einen und zur stationären Rehabilitationsbehandlung auf der anderen Seite, die Eigenleistungen der Versicherten als pauschalierten Vorteilsausgleich aufzufassen. Denn sowohl die unterschiedliche Höhe der Selbstbeteiligung (die der Gesetzgeber allerdings durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#), mit Wirkung ab 1. Januar 2000 beseitigt hat) als auch die zeitliche Begrenzung bei der stationären Krankenhausbehandlung und der Anschlussrehabilitation auf maximal 14 Tage im Kalenderjahr ließen sich mit einem solchen Verständnis nicht vereinbaren (so mit Recht [Schmidt, aaO, § 39 SGB V RdNr 406](#)).

Dient die Zuzahlung zu Rehabilitationskuren somit nach dem Willen des Gesetzes keinem anderen Zweck als der finanziellen Beteiligung

des Versicherten an den Maßnahmekosten, so kann mit dem Hinweis auf das Fehlen häuslicher Ersparnisse am Aufnahme- und/oder Entlassungstag eine hinter dem Wortsinn zurückbleibende Interpretation des Begriffs "je Kalendertag" in [§ 40 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) nicht begründet werden.

Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Zweck des [§ 40 Abs 5 SGB V](#) lassen des Weiteren keinen Raum für eine Beschränkung der Zuzahlungspflicht auf diejenigen Tage der Rehabilitationsbehandlung, die in die Berechnung der von der Krankenkasse an die Kureinrichtung zu zahlenden Pflegepauschale eingehen. Es ist deshalb unerheblich, dass der Beklagten die Pflegepauschale im konkreten Fall nur für 21 Tage in Rechnung gestellt worden ist, weil nach der mit dem Träger der Rehabilitationsklinik gemäß [§ 111 Abs 5 SGB V](#) getroffenen Vergütungsvereinbarung An- und Abreisetag zusammen als ein Tag gewertet werden. Der Kläger beruft sich für seine gegenteilige Rechtsansicht auf den Charakter der Zuzahlung als Selbstbeteiligung des Versicherten an den Behandlungskosten. Das bedinge, dass sie nur für Tage erhoben werden dürfe, an denen der Krankenkasse tatsächlich Kosten entstünden. Dieser Standpunkt, der auch von einem Teil der krankenversicherungsrechtlichen Literatur vertreten wird (Höfler in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 2001, [§ 39 SGB V](#) RdNr 57; Noftz, aaO, [§ 39](#) RdNr 139; Schmidt, aaO, [§ 39](#) RdNr 413, jeweils unter Hinweis auf die für die stationäre Krankenhausbehandlung geltende Regelung in [§ 14 Abs 2 BPfIV](#)), vermag nicht zu überzeugen. Die Kalkulation der Krankenhauspflegesätze und der Pflegepauschalen von Rehabilitationskliniken orientiert sich an dem pro Kalendertag durchschnittlich anfallenden Pflege- und Behandlungsaufwand und berücksichtigt, dass dieser Aufwand am Aufnahme- und Entlassungstag jeweils reduziert ist. Dagegen handelt es sich bei der Zuzahlung um eine pauschale Beteiligung an den Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung, die nicht an die der Krankenkasse je Behandlungstag entstehenden Kosten geknüpft, sondern schematisch je Kalendertag des Aufenthalts zu leisten ist. Da die Eigenbeteiligung keinen direkten oder indirekten Bezug zu dem jeweiligen Kostenaufwand der Krankenkasse hat, gibt es auch keinen Grund für einen "synchronen" Verlauf (Höfler, aaO) der beiden Zahlungspflichten.

Ohnehin geht die Forderung nach einer Begrenzung der Zuzahlungspflicht auf die Zahl der vergütungsrelevanten Behandlungstage ins Leere, wenn statt einer tageweisen Vergütung in der Form eines Pflegesatzes andere pauschalierende Vergütungsformen, wie zB eine Fallpauschale oder ein Festbetrag, vereinbart werden oder vorgeschrieben sind. In einem solchen Fall hätte der Versicherte trotz gleich langen Aufenthalts die Zuzahlung auch für den Entlassungstag zu leisten, ohne dass für die unterschiedliche Behandlung ein sachlicher Grund erkennbar ist. Schließlich ist unklar, was zu gelten hätte, wenn ein Krankenhausaufenthalt oder eine Anschlussrehabilitation länger als 14 Tage dauern und damit die Höchstgrenze der jährlich zu berücksichtigenden Kalendertage überschreiten. Da es dann keinen zuzahlungspflichtigen Entlassungstag gibt, der mit dem Aufnahmetag gekoppelt werden könnte, dennoch aber für den Aufnahmetag die Zuzahlung geleistet werden muss, würde auch in dieser Konstellation der Versicherte stärker belastet, ohne dass dies von der Sache her zu rechtfertigen wäre.

Die Gegenmeinung kann sich nicht mit Erfolg auf die Richtlinien der Rentenversicherungsträger über die Befreiung von der Zuzahlung bei medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation (in der seit 1. Januar 1997 gültigen Fassung, abgedruckt bei Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, Stand: 2001, Anhang 1 zu [§ 32 SGB VI](#)) berufen. In deren [§ 3 Satz 3](#) ist vorgesehen, dass Aufnahme- und Entlassungstag bei der Festsetzung der Zuzahlung zur stationären Rehabilitation auf der Grundlage des dem [§ 40 Abs 5 SGB V](#) entsprechenden [§ 32 Abs 1 SGB VI](#) als ein Tag gelten. Ob diese für die Praxis der Rentenversicherungsträger maßgebliche Regelung vom Gesetz gedeckt ist, etwa dadurch, dass [§ 32 Abs 4 SGB VI](#) dem Träger der Rentenversicherung das Recht gibt, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten unzumutbar belastet, bedarf keiner Entscheidung. Denn [§ 32 Abs 4 SGB VI](#) hat im Krankenversicherungsrecht keine Entsprechung, da dort die Voraussetzungen für eine Befreiung von Zuzahlungen im Gesetz selbst abschließend geregelt sind ([§§ 61, 62 SGB V](#)). Die in den Richtlinien festgelegten Grundsätze lassen sich deshalb auf dieses Rechtsgebiet nicht übertragen.

Abgesehen von alledem stünde der Annahme eines legislatorischen Versehens bei der Formulierung des [§ 39 Abs 4](#) und des [§ 40 Abs 5 SGB V](#) der Umstand entgegen, dass der Gesetzgeber trotz Kenntnis des Problems und der langjährigen Verwaltungspraxis der Krankenkassen keinen Anlass gesehen hat, die Regelungen in dem von der Revision gewünschten Sinne zu ergänzen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten schon kurze Zeit nach Einführung der Zuzahlung bei stationären Behandlungen in einem Besprechungsergebnis vom 3. Februar 1983 die Auffassung vertreten, dass die Zuzahlung sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu leisten sei (DOK 1983, 610). Unter der Geltung des SGB V haben sie daran ausdrücklich festgehalten (Besprechungsergebnis vom 28. März 1996; DOK 1996, 441). Nachdem der Gesetzgeber darauf bei keiner der zahlreichen Novellierungen der einschlägigen Bestimmungen reagiert hat, kann kein ernsthafter Zweifel bestehen, dass der Gesetzeswortlaut das tatsächlich Gewollte korrekt wiedergibt.

Nach alledem musste die Revision des Klägers zurückgewiesen werden.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-08-20