

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	23.06.1999

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	08.08.2000

### 3. Instanz

Datum	19.02.2002
-------	------------

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 8. August 2000 und des Sozialgerichts Magdeburg vom 23. Juni 1999 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Klägerin wurde von der AOK Magdeburg (Rechtsvorgängerin der Beklagten) eine stationäre Rehabilitationskur gewährt, die in der Zeit vom 14. Oktober bis 4. November 1997 in der Rehabilitationsklinik Bad S. durchgeführt wurde. Für die Dauer der Maßnahme leistete die Klägerin die in [Â§ 40 Abs 5](#) iVm [Â§ 310 Abs 1](#) aF Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehene Zuzahlung (22 Kalendertage Ã 20 DM = 440 DM) an die Kureinrichtung. Im Dezember 1997 machte sie gegenüber der AOK geltend, die Zuzahlung hätte nur für 21 Kalendertage erhoben werden dürfen, da bei der Berechnung Aufnahme- und Entlassungstag zusammenzurechnen seien. Mit Bescheid vom 26. März 1998 wies die AOK den "Widerspruch" der Klägerin zurück, bestätigte die Rechtmäßigkeit der

---

Zuzahlung und lehnte eine Rückckerstattung ab.

Auf die Klage hat das Sozialgericht Magdeburg den Bescheid aufgehoben und die Beklagte zur Erstattung der geforderten 20 DM verurteilt (Urteil vom 23. Juni 1999). Die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt durch Urteil vom 8. August 2000 zurückgewiesen. Es hat sich der im Krankenversicherungsrechtlichen Schrifttum vorherrschenden Auffassung angeschlossen, dass bei der Zuzahlung zur stationären Behandlung in gleicher Weise wie bei der Berechnung des Pflegesatzes Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Tag zu zählen seien. Nach dem Gesetzeswortlaut bestehe die Zuzahlungspflicht zwar grundsätzlich für jeden Kalendertag ohne Rücksicht darauf, ob an den einzelnen Tagen sämtliche Leistungen des Krankenhauses bzw. der Rehabilitationseinrichtung in Anspruch genommen werden könnten. Der Gesetzgeber sei aber ersichtlich von einem Zusammenhang zwischen Selbstbeteiligung des Versicherten und Kostentragung durch die Krankenversicherung ausgegangen, was darin zum Ausdruck komme, dass in beiden Beziehungen an den Kalendertag als Berechnungsgrundlage angeknüpft werde. Auch die Tatsache, dass die Zuzahlung von dem Träger der Rehabilitationseinrichtung eingezogen und mit dessen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse verrechnet werde, zeige, dass es sich um miteinander korrespondierende Zahlungsverpflichtungen handle, die nach einheitlichen Grundsätzen behandelt werden müssten. Danach habe die Klägerin nur für 21 Tage zuzahlen müssen. Der überzahlte Betrag sei ihr nach den Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs zu erstatten.

Mit der Revision wendet sich die Beklagte gegen diese Rechtsauffassung und rügt eine Verletzung des [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#). Die Vorschrift enthalte keine dem [Â§ 14 Abs 2 Bundespflegesatzverordnung \(BPfIV\)](#) vergleichbare Einschränkung. Vielmehr sei die Zuzahlung nach dem eindeutigen Wortlaut je Kalendertag zu erbringen. Der dem [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#) entsprechende [Â§ 39 Abs 4 SGB V](#) begrenze bei der stationären Krankenhausbehandlung die Zuzahlungspflicht auf 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Dauere der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, gebe es keinen zuzahlungspflichtigen Entlassungstag, der mit dem Aufnahmetag gekoppelt werden könne. Gleichwohl müsse für den Aufnahmetag die Zuzahlung geleistet werden, was der Argumentation des Berufungsgerichts den Boden entziehe. Diese Argumentation versage auch, wenn statt tagesgleicher Pflegesätze pauschalierende Vergütungsformen vereinbart würden und es für die Krankenhausvergütung auf die Verweildauer nicht ankomme. All das stütze die auch von der Bundesregierung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertretene Auffassung, dass die Zuzahlung für jeden Tag der stationären Rehabilitation zu leisten sei.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 8. August 2000 und des Sozialgerichts Magdeburg vom 23. Juni 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin ist im Revisionsverfahren nicht vertreten.

Die Revision der Beklagten hat Erfolg.

Der geltend gemachte Erstattungsanspruch besteht nicht, denn die Zuzahlungen für 22 Kalendertage sind von der Klägerin zu Recht geleistet worden. Dementsprechend waren die angefochtenen Urteile aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Prozessuale Hindernisse stehen einer Entscheidung über den erhobenen Anspruch nicht entgegen, wie schon das LSG zutreffend ausgeführt hat. Unschädlich ist insbesondere, dass die Beklagte auf das als "Widerspruch bzw Einspruch" bezeichnete Schreiben vom 7. Dezember 1997, mit dem die Klägerin sich gegen die Berechnung der Zuzahlungen gewandt und die Erstattung von 20 DM verlangt hatte, unmittelbar einen Widerspruchsbescheid erlassen hat, ohne zuvor durch Verwaltungsakt über das Begehren entschieden zu haben. Wird in einem solchen Fall nicht bloß der Widerspruch zurückgewiesen, sondern auch sachlich über den gestellten Antrag befunden, so ersetzt der Widerspruchsbescheid zugleich den fehlenden Ausgangsbescheid und bildet im Prozess den alleinigen Klagegegenstand (vgl Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz, 6. Aufl 1998, § 95 RdNr 3a mwN; vgl auch [BVerwGE 78, 3](#) = Buchholz 310 § 79 Nr 23).

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. Für Versicherte im Beitrittsgebiet ermäßigt sich der Betrag auf 20 DM ([§ 310 Abs 1 SGB V](#) aF). 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 [iZ 1/2 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 Â§ 98 Nr 3](#) S 4; zum umgekehrten Fall der Ausweitung einer irrtümlich zu eng gefassten Regelung: [BSGE 83, 7, 12 = SozR 3-2500 Â§ 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 Â§ 39 RdNr 137; Mrozynski in: Wannagat, Sozialgesetzbuch, Stand 2001, [Â§ 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 Â§ 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 Ausführungen 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 Â§ 372 Nr 1 S 2; BSG SozR 2200 Â§ 184 Nr 32 S 50, wo die Zuzahlung als "Versichertenkostenanteil" bzw als "Eigenbeteiligung" bezeichnet wird; vgl ferner: Noftz, aaO, Â§ 39 RdNr 137a; Zipperer in: Maassen ua, GKV-Kommentar, Stand 1998, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 37; Schmidt in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand 2000, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 404; Schneider in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, 1994, Â§ 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 Â§ 38 Abs 4). Zuvor hatte bereits das Bundessozialgericht (BSG) in dem erwÃhnten Urteil vom 12. Oktober 1988 (SozR 2200 Â§ 184 Nr 32 S 52) auf die mit einer stationÃren Behandlung verbundenen Einspareffekte hingewiesen und deswegen verfassungsrechtliche EinwÃnde gegen die HÃhe des Zuzahlungsbetrages fÃ¼r unbegrÃ¼ndet erklÃrt. Weder im einen noch im anderen Zusammenhang ist jedoch in der AbschÃpfung hÃuslicher Ersparnisse der Zweck oder auch nur ein wesentliches gesetzgeberisches Motiv fÃ¼r die Zuzahlungsregelung gesehen worden. Vielmehr ging es allein darum, die jeweilige HÃhe der Eigenbeteiligung und die Zumutbarkeit der damit verbundenen finanziellen Belastung politisch bzw verfassungsrechtlich zu rechtfertigen. UnabhÃngig davon verbietet es sich schon wegen der unterschiedlichen Ausgestaltung der Zuzahlung zur stationÃren Krankenhausbehandlung auf der einen und zur stationÃren Rehabilitationsbehandlung auf der anderen Seite, die Eigenleistungen der Versicherten als pauschalierten Vorteilsausgleich aufzufassen. Denn weder die unterschiedliche HÃhe 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) noch die zeitliche Begrenzung bei der stationÃren Krankenhausbehandlung und der Anschlussrehabilitation auf maximal 14 Tage im Kalenderjahr lieÃen sich mit einem solchen VerstÃndnis vereinbaren (so mit Recht Schmidt, aaO, [Â§ 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 MaÃnahmekosten, so kann mit dem Hinweis auf das Fehlen hÃuslicher Ersparnisse am Aufnahme- und/oder Entlassungstag eine hinter dem Wortsinn zurÃ¼ckbleibende Interpretation des Begriffs "je Kalendertag" in [Â§ 40 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) nicht begrÃ¼ndet werden.

Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Zweck des [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#) lassen des Weiteren keinen Raum fÃ¼r eine BeschrÃnkung 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 fÃ¼r 21 Tage in Rechnung gestellt worden ist, weil nach der mit dem TrÃger der Rehabilitationsklinik gemÃÃ [Â§ 111 Abs 5 SGB V](#) getroffenen VergÃtungvereinbarung An- und Abreisetag zusammen als ein Tag gewertet werden. Das LSG beruft sich fÃ¼r seine gegenteilige Rechtsansicht auf den Charakter der Zuzahlung als Selbstbeteiligung des Versicherten an den Behandlungskosten. Das bedinge, dass sie nur fÃ¼r Tage erhoben werden dÃ¼rfe, an denen der Krankenkasse tatsÃchlich Kosten entstÃnden. Dieser Standpunkt, der auch von einem Teil der krankenversicherungsrechtlichen Literatur vertreten wird (HÃfner in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 2001, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 57; Noftz, aaO, Â§ 39 RdNr 139; Schmidt, aaO, Â§ 39 RdNr 413, jeweils unter Hinweis auf die fÃ¼r die stationÃre Krankenhausbehandlung geltende Regelung in [Â§ 14 Abs 2 BPfIV](#)), vermag nicht zu Ã¼berzeugen. Die Kalkulation der KrankenhauspflegesÃtze 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 (Häfler, 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 wäre. 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/Dör, Handbuch der Rentenversicherung, Stand: 2001, Anhang 1 zu [Â§ 32 SGB VI](#)) berufen. In deren [Â§ 3 Satz 3](#) ist vorgesehen, dass Aufnahme- und Entlassungstag bei der Festsetzung der Zuzahlung zur stationären Rehabilitation auf der Grundlage des dem [Â§ 40 Abs 5 SGB V](#) entsprechenden [Â§ 32 Abs 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) als ein Tag gelten. Ob diese für die Praxis der Rentenversicherungsträger maßgebliche Regelung vom Gesetz gedeckt ist, etwa dadurch, dass [Â§ 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 [Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 39 Abs 4](#) und des [Â§ 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 muss der Revision der Beklagten stattgegeben werden.

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

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024