
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	19.05.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	09.11.2000

3. Instanz

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

Die Revision des KlÄgers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2000 wird zurÄckgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Der KlÄger ist freiwilliges Mitglied der beklagten Krankenkasse. Er befand sich vom 5. bis 18. November 1997 in stationÄrer Krankenhausbehandlung. FÄr diese vierzehn Tage leistete er die in [Ä 39 Abs 4](#) FÄnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehene Zuzahlung von 17 DM tÄglich an das Krankenhaus. Im Januar 1998 forderte er die Beklagte auf, ihm die auf den Aufnahme- und den Entlassungstag entfallenden Zuzahlungen von zusammen 34 DM zurÄckzuerstatten, da er diese zu Unrecht entrichtet habe. Mit dem behaupteten Erstattungsanspruch rechnete er gegen den ihm von der Beklagten gemÄÄ Art 17 Ä 2 Zweites GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) abverlangten Sonderbeitrag "Krankenhausnotopfer" fÄr das Jahr 1997 in HÄhe von 20 DM auf. Die Beklagte trat der Aufrechnung entgegen. Mit Bescheiden vom 29. April 1998 und 22. Juni

1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. März 1999 bestätigte sie die Rechtmäßigkeit der Zuzahlung und lehnte eine Rückckerstattung 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. Angesichts dessen könne einer verbreiteten Ansicht in der Literatur nicht gefolgt werden, die in Anlehnung an die Berechnung der Krankenhauspflegesätze Aufnahme- und Entlassungstag bei der Festsetzung der Zuzahlung als einen Tag zählen wolle und sich dafür u.a. auf die Praxis der Rentenversicherungsträger bei der Anwendung des dem [§ 40 Abs 5](#) und [6 SGB V](#) nachgebildeten [§ 32 Abs 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) berufe. 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 handle sich vielmehr um eine Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten, die unabhängig von den Umständen des Einzelfalls für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts zu zahlen sei.

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung des [§ 39 Abs 4 SGB V](#). Nach dem Wortlaut der Vorschrift falle die Eigenbeteiligung nur an solchen Tagen an, an denen die Krankenhausbehandlung volle 24 Stunden andauere. Mindestens müssten Aufnahme- und Entlassungstag bei der Berechnung als ein Tag gewertet werden; denn die Zuzahlungsregelung finde ihre einzige Rechtfertigung darin, dass durch den Krankenhausaufenthalt häusliche Aufwendungen erspart würden. Da es sich um eine öffentliche Abgabe in der Form eines Beitrags handle, gelte für sie das Aufwandsdeckungsprinzip. Dagegen werde verstoßen, wenn die Zuzahlung auch für Tage erhoben werde, an denen kein oder kein dem Beitragsaufkommen entsprechender Aufwand entstehe, zum Beispiel, weil der Patient wie in seinem Fall erst eine halbe Stunde vor Mitternacht in das Krankenhaus eingeliefert werde. Eine Zusammenrechnung sei auch verfassungsrechtlich geboten, denn es dürfe zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen, wenn der Umfang der Eigenbeteiligung von den Zufälligkeiten des Aufnahme- und Entlassungszeitpunktes abhängig gemacht werde.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2000 und des Sozialgerichts Dortmund vom 19. Mai 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 29. April 1998 und vom 22. Juni 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. März 1999 zu verurteilen, ihm von den für die stationäre Behandlung vom 5. bis 18. November 1997 geleisteten Zuzahlungen 7,16 € zu erstatten,

hilfsweise,

festzustellen, dass anlässlich der stationären Behandlung vom 5. bis 18. November nur für 13 Tage Zuzahlungen zu leisten sind.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II

Die Revision des Klägers ist unbegründet.

Ein Erstattungsanspruch hinsichtlich der geleisteten Zuzahlungen besteht nicht, denn diese sind von dem Krankenhaus korrekt berechnet und eingezogen worden.

Zutreffend hat das LSG die Klage insgesamt als zulässig angesehen. Der auf Erstattung von 7,16 € (früher: 14 DM) gerichtete Hauptantrag rechtfertigt sich daraus, dass der Kläger der Auffassung ist, sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag keine Zuzahlung leisten zu müssen und deshalb $2 \times 17 = 34$ DM zu viel gezahlt zu haben. Unter Berücksichtigung der Aufrechnung gegen den Anspruch der Krankenkasse auf das Krankenhausnotopfer von 20 DM ergibt sich der streitige Erstattungsbetrag. Die Aufrechnung war ursprünglich nur vorsorglich erklärt worden, da der Kläger auch das Krankenhausnotopfer für verfassungswidrig hielt. Nachdem das Bundesverfassungsgericht die wegen des Krankenhausnotopfers erhobenen Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen hat (Kammerbeschluss vom 13. März 2001- [1 BvR 1942/99](#) und [1 BvR 1995/99](#) – [NJW 2001, 1783](#) = [DVBl 2001, 895](#)), hat er diese Position im Revisionsverfahren nicht mehr wiederholt. Soweit ersichtlich, ist der Betrag von 20 DM bisher aber von der Beklagten nicht eingezogen worden, so dass der Hauptantrag der aktuellen Interessenlage weiterhin entspricht. Der Hilfsantrag hat den Fall im Auge, dass das Gericht die Maximalposition des Klägers nicht teilt, aber zum Ergebnis kommt, Aufnahme- und Entlassungstag rechnet bei der Zuzahlung zusammen als ein Tag. Dann ergibt sich unter Berücksichtigung der Aufrechnung kein Erstattungsbetrag mehr, so dass der Kläger sein Ziel nur mit einer Feststellungsklage erreichen kann. Die gestellten Anträge sind danach sachdienlich und zulässig.

Nach [§ 39 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) zahlen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage 17 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die Zuzahlungspflicht besteht für jeden Kalendertag, an dem der Versicherte die vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt. Er tut dies, sobald und solange er stationär aufgenommen, dh physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert ist (zum Begriff der "Aufnahme" siehe Senatsurteil vom 9. Oktober 2001 – [B 1 KR 1/01 R](#) und die dort in Bezug genommene Begründung zum

Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes, [BT-Drucks 12/3608 S 82](#) zu [Â§ 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 im Krankenhaus 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.

Soweit sich die Revision für ihren anders lautenden Standpunkt auf den Zweck der Regelung beruft, kann ihr nicht gefolgt werden. Der Kläger vertritt in Übereinstimmung mit einem Teil des krankenversicherungsrechtlichen Schrifttums die Auffassung, durch die Zuzahlungspflicht sollten häusliche Ersparnisse ausgeglichen werden, die der Versicherte infolge der stationären Behandlung habe (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). Sie dürfen deshalb nicht auf angefangene Tage ausgedehnt werden, an denen solche Ersparnisse nicht oder nur in geringem Umfang auftraten. Damit wird indes der Gesetzeszweck unzutreffend wiedergegeben, wie bereits das LSG im Einzelnen dargelegt hat. Die Zuzahlungspflicht bei stationärer Krankenhausbehandlung ist durch das Haushaltsbegleitgesetz vom 20. Dezember 1982 ([BGBl I 1857](#)) eingeführt worden (seinerzeit als Â§ 184 Abs 3 Reichsversicherungsordnung). Von einem Ausgleich für ersparte Aufwendungen war im damaligen Gesetzgebungsverfahren an keiner Stelle die Rede. 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 Krankenhausbehandlung beteiligen, um so die angespannte Finanzsituation der Krankenversicherung zu entlasten und zusätzliches Geld zur Bestreitung der

Ausgaben für derartige Behandlungen 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 tatsächlichen 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 erwähnten Urteil vom 12. Oktober 1988 (SozR 2200 Â§ 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 Abschließung tatsächlicher 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.

Abgesehen davon verbietet es schon die Ausgestaltung der Zuzahlung, sie als pauschalierten Vorteilsausgleich aufzufassen. Die Eigenleistungen der Versicherten sind sowohl bei der stationären Krankenhausbehandlung als auch bei der so genannten Anschlussrehabilitation ([Â§ 40 Abs 6 SGB V](#)) auf maximal 14 Tage im Kalenderjahr begrenzt, obwohl die mit der Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus verbundenen Einsparungen nicht auf diesen Zeitraum beschränkt sind, sondern während der gesamten Dauer des stationären Aufenthalts anfallen. Auch war die Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung und Anschlussheilbehandlung auf der einen sowie bei stationären Rehabilitationskuren auf der anderen Seite bis zur Angleichung der Beträge durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) trotz identischer tatsächlicher Ersparnisse unterschiedlich hoch. Beides ließe sich mit dem von der Revision apostrophierten Charakter der Zuzahlung als einer Kompensation für ersparte Aufwendungen nicht vereinbaren (so mit Recht Schmidt, aaO, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 406).

Dient die Zuzahlung zur stationären Krankenhausbehandlung somit nach dem Willen des Gesetzes keinem anderen Zweck als der finanziellen Beteiligung des Versicherten an den Maßnahmenkosten, so kann mit dem Hinweis auf das Fehlen tatsächlicher Ersparnisse am Aufnahme- und/oder Entlassungstag eine hinter dem Wortsinn zurückbleibende Interpretation des Begriffs "je Kalendertag" in [Â§ 39 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) nicht begründet werden.

Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Zweck des [Â§ 39 Abs 4 SGB V](#) lassen des Weiteren keinen Raum für eine Beschränkung der Zuzahlungspflicht auf diejenigen Tage der Krankenhausbehandlung, die in die Berechnung des von der Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichtenden Pflegesatzes eingehen. Der anders lautende Standpunkt des Klägers, der von einem Teil des krankenversicherungsrechtlichen Schrifttums geteilt wird (Häfler 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), vermag nicht zu überzeugen. Die Regelung in Â§ 14 Abs 2 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), nach der bei der Berechnung von Abteilungs- und Basispflegesätzen der Aufnahme- und der Entlassungstag zusammen als ein Tag zählen, soll dem an diesen Tagen reduzierten Pflege- und Behandlungsaufwand Rechnung tragen, wohingegen die Zuzahlung eine pauschale Beteiligung an den Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung darstellt, die nicht an die der Krankenkasse je Behandlungstag entstehenden Kosten geknüpft, sondern je Kalendertag des Aufenthalts zu leisten ist. Das entkräftet zugleich den Einwand, mit der Erhebung eines Kostenbeitrags für angebrochene Tage werde das im öffentlichen Abgaberecht für Beiträge geltende Aufwandsdeckungsprinzip verletzt. Die Eigenbeteiligung hat, wie das Berufungsgericht zutreffend ausführte, keinen Bezug zu der die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus treffenden Zahlungspflicht, so dass es auch keinen Grund für einen "synchronen" Verlauf (Häfler, aaO) beider Zahlungspflichten gibt.

Ohnedies geht die Forderung nach einer Begrenzung der Zuzahlungspflicht auf die Zahl der pflegesatzrelevanten Behandlungstage ins Leere, wenn statt tagesgleicher Pflegesätze pauschalierende Vergütungsformen, etwa eine Abrechnung nach Fallpauschalen ([Â§ 11 Abs 1 BPfIV](#)), 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 der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage dauert und damit die Höchstgrenze der jährlich zu berücksichtigenden Kalendertage überschreitet. Da es dann keinen zuzahlungspflichtigen Entlassungstag gibt, der mit dem Aufnahmetag gekoppelt werden könnte, dennoch aber für den Aufnahmetag eine Zuzahlung geleistet werden muss, würde auch in dieser Konstellation der Versicherte stärker belastet, ohne dass dies von der Sache her zu rechtfertigen wäre.

Ohne Erfolg beruft sich der Kläger für seine abweichende Auffassung 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 [Â§ 32 SGB VI](#)). 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§ 39 Abs 4 SGB V](#) entsprechenden [Â§ 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 [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§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 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.

Die Revision erweist sich nach alledem als unbegründet.

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

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024