

## B 1 KR 20/00 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Köln (NRW)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
26.01.2000  
2. Instanz  
-

Aktenzeichen  
-

Datum  
-

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

B 1 KR 20/00 R

Datum  
19.02.2002

Kategorie  
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 26. Januar 2000 wird zurückgewiesen. Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin begehrt die Übernahme von Zuzahlungen und Fahrkosten unter Berücksichtigung der beihilferechtlichen Selbstbeteiligung ihres Ehemannes.

Die Klägerin ist als Rentnerin bei der beklagten Ersatzkasse pflichtversichert. Im Jahr 1998 belief sich ihr Einkommen auf 35.489,52 DM brutto. Ihr Ehemann ist beihilferechtiger Beamter im Ruhestand mit Bezügen im selben Jahr von insgesamt 65.929,38 DM. Die Klägerin musste im Jahr 1998 für Eigenanteile zu Krankentransporten, Arznei-, Verband- und Heilmitteln von insgesamt 573,62 DM aufkommen; die beihilfefähigen Aufwendungen des Ehemannes wurden im selben Zeitraum nach den Regelungen über die Selbstbeteiligung im Beihilferecht um 640,69 DM gekürzt.

Der Antrag der Klägerin vom März 1999, sie von Zuzahlungen zu befreien, hatte keinen Erfolg. Die Beklagte stellte sich auf den Standpunkt, bei einem Familieneinkommen von 101.418,90 DM werde die Belastungsgrenze mit den von der Klägerin geleisteten Zuzahlungen nicht erreicht. Die Selbstbeteiligung des Ehemannes sei bei dieser Berechnung nicht zu berücksichtigen (Bescheid vom 24. März 1999, Widerspruchsbescheid vom 21. Juli 1999).

Mit Urteil vom 26. Januar 2000 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen. Es hat bestätigt, dass zwar das Einkommen des Ehemannes, nicht aber sein Selbstbehalt zu berücksichtigen sei. Als "Angehörige" iS von [§ 62 Abs 1 Satz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien auch Personen anzusehen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versichert seien (Hinweis auf [BT-Drucks 11/2237 S 188](#) zu § 69 Abs 4 sowie § 70 Abs 2 des Entwurfs des SGB V). Demgegenüber seien mit "Fahrkosten und Zuzahlungen" nur Eigenleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gemeint. Dafür sprächen neben systematischen Gründen auch Äußerungen des Gesetzgebers bei den Beratungen über das Solidaritäts-Stärkungsgesetz (Hinweis auf [BT-Drucks 14/24 S 80](#)). Die grundsätzliche Berücksichtigung des Familieneinkommens stehe auch mit dem Zweck der Vorschrift in Einklang, finanzielle Härten zu mildern. Dem entspreche die Absenkung der Belastungsgrenze bei chronisch Kranken und die dann geltende Beschränkung auf deren jeweilige Einkommens- und Zuzahlungsverhältnisse.

Die von der Klägerin befürwortete Einbeziehung der Aufwendungen ihrerseits nicht krankenversicherter Familienangehöriger in die berücksichtigungsfähige Eigenbelastung hätte erhebliche Ermittlungsschwierigkeiten zur Folge und sei verfassungsrechtlich bedenklich. Aus Gründen der Gleichbehandlung müsste sie sich auf sämtliche anderen Sicherungssysteme erstrecken, dürfte andererseits aber nur Aufwendungen einbeziehen, die den in [§ 61 Abs 1 SGB V](#) aufgeführten wirklich entsprechen. Die Krankheitskosten von Angehörigen, die keinerlei Krankenversicherungsschutz besäßen, könnten dann überhaupt nicht berücksichtigt werden, obwohl die finanzielle Belastung in dieser Fallkonstellation am größten sei. Demgegenüber stehe die Regelung mit höherrangigem Recht in Einklang, wenn man sie im Sinne der Beklagten anwende. Insbesondere sei der Gesetzgeber nicht gehindert, auch das Einkommen nicht gesetzlich krankenversicherter Angehöriger zu berücksichtigen, denn dadurch werde die zumutbare finanzielle Belastung des Versicherten besser erfasst. Ein einheitlicher Maßstab für die wirtschaftliche Belastbarkeit sowohl im Beihilfe- als auch im Krankenversicherungsrecht sei wegen der grundsätzlichen Unterschiede in diesen beiden Systemen verfassungsrechtlich nicht geboten. Wegen der grundsätzlichen Trennung der Systeme sei der

Gesetzgeber auch nicht gezwungen, den krankheitsbedingten Aufwand der nicht versicherten Angehörigen auf die Belastungsgrenze in der Krankenversicherung anzurechnen. Die darin enthaltene sozialpolitische Entscheidung sei jedenfalls nicht offensichtlich fehlerhaft und daher verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Mit der Sprungrevision rügt die Klägerin sinngemäß Verletzungen von [§ 62 SGB V](#) und [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#). Die Bestimmungen des Beihilferechts zur Selbstbeteiligung bei Arzneimittelkosten und die Ausnahmen in wirtschaftlichen Härtefällen seien mit denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zuzahlung völlig gleich. Dann dürfe die Selbstbeteiligung des beihilfeberechtigten Angehörigen aber nicht unter Berufung auf die grundsätzlichen Systemunterschiede von der Anrechnung auf die Belastungsgrenze ausgenommen werden und die Einkommen aus den unterschiedlichen Systemen gleichzeitig zusammengerechnet werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide zu verpflichten, sie ab dem 1. Januar 1999 von der Zuzahlungspflicht zu befreien und die im Jahr 1998 die Belastungsgrenze überschreitenden Zuzahlungen in Höhe von EUR 142,26 (= DM 278,24) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision ist unbegründet.

Bedenken gegen die Zulässigkeit der Klage greifen nicht durch, nachdem die Klägerin ihren Prozessantrag neu formuliert hat. Dazu war sie auch noch im Revisionsverfahren befugt, weil mit ihrem jetzigen Antrag zum Ausdruck gebracht wird, worauf ihr Begehren unter Berücksichtigung der Rechtslage von Anfang an gerichtet war.

Der Klägerin ging es bereits im Verwaltungsverfahren um einen Anspruch aus [§ 62 Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB V. Diese Vorschrift entlastet den Versicherten von Eigenanteilen (Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrkosten), wenn deren im Kalenderjahr tatsächlich gezahlte Summe eine einkommensabhängige Belastungsgrenze übersteigt. Demgegenüber ist der Versicherte nach [§ 61 SGB V](#) von der (laufenden) Pflicht zur Zahlung von Eigenanteilen (ganz) zu befreien, wenn seine Einkünfte und die der übrigen Haushaltsangehörigen einen bestimmten Betrag unterschreiten, so dass er durch die Zuzahlungen unabhängig von deren Höhe unzumutbar belastet würde. Bereits im ursprünglichen Antrag hat die Klägerin zu erkennen gegeben, dass bei ihr eine Befreiung nach [§ 61 SGB V](#) nicht in Betracht kommt; an dieser Position hat sich im Laufe des Verfahrens nichts geändert, so dass Erwägungen in dieser Richtung nicht angezeigt sind.

Die Belastungsgrenze des [§ 62 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) beträgt seit der am 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Fassung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes (1. GKV-NOG vom 23. Juni 1997, [BGBl I 1518](#)) 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt im Haushalt des Versicherten, die nach Abs 2 der Vorschrift für den ersten Angehörigen um 15 % und für jeden weiteren um 10 % der jährlichen Bezugsgröße nach [§ 18](#) des Vierten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IV) zu mindern sind (für das Jahr 1998 im Falle der Klägerin wegen ihres Ehemanns um 7.812 DM). Soweit die Eigenleistungen des Versicherten die Belastungsgrenze übersteigen, hat sie die Krankenkasse nach [§ 62 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zu "übernehmen", dh in der Regel zu erstatten; insbesondere bei regelmäßig entstehenden Fahrkosten und Zuzahlungen kann sie nach [§ 62 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) eine Kostenübernahme in kürzeren Zeitabständen vorsehen, so dass in dieser Fallgestaltung auch eine Befreiung für den Rest des Kalenderjahres in Betracht kommt. Zu Gunsten von Versicherten in Dauerbehandlung ("chronisch Kranke") galt zunächst eine niedrigere Belastungsgrenze von 1 % ab dem zweiten Jahr der Behandlung, wenn im ersten Jahr Zuzahlungen bis zur 2 %-Grenze aufgebracht werden mussten ([§ 62 Abs 1 Satz 2 Halbs 2 SGB V](#)). Mit Wirkung zum 1. Januar 1999 wurde die Vergünstigung für Versicherte in Dauerbehandlung erweitert. In der Fassung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I 3853](#)) bewirkt [§ 62 Abs 1 Satz 2 Halbs 2 SGB V](#) eine vollständige Befreiung vom Eigenanteil für die (weitere) Dauer der Behandlung, wenn der chronisch Kranke ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % der jährlichen Einnahmen zu leisten hatte.

Mit Rücksicht auf die dargestellte Rechtslage kann der im März 1999 gestellte Antrag der Klägerin, mit dem auf die im Jahre 1998 aufgewendeten Zuzahlungen und Fahrkosten hingewiesen wurde, zwei Ziele haben. Zum einen kann es um die Erstattung der im Jahre 1998 über der Belastungsgrenze geleisteten Eigenanteile gehen. Wegen der Höhe der fraglichen Aufwendungen von insgesamt 573,62 DM und der Jahreseinkünfte im Jahr 1998 sind hierfür drei Bedingungen zu erfüllen: Die Klägerin müsste in Dauerbehandlung stehen und sie müsste bereits 1997 die zweiprozentige Belastungsgrenze erreicht haben, damit im Jahre 1998 für sie die einprozentige Grenze gilt; schließlich müsste entweder neben ihren eigenen Aufwendungen der beihilferechtliche Selbstbehalt ihres Ehemanns als Belastung zählen oder es dürfte dessen Einkommen bei der Berechnung der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt werden. Daneben ist wegen der zum 1. Januar 1999 beschlossenen Gesetzesänderung ein zweites prozessuales Begehren denkbar, falls die neu eingeführte Befreiung für chronisch Kranke den auf Grund des Antrags der Klägerin zu berücksichtigenden Zeitraum ab dem 1. Januar 1999 bereits erfassen sollte. Unter der genannten Voraussetzung könnte die Klägerin die Befreiung von der Zuzahlungspflicht ab dem In-Kraft-Treten des neuen Rechts für die weitere Dauer der Behandlung beanspruchen, wenn man außerdem ihre Sicht der Berechnung der Belastungsgrenze und die von ihr behaupteten Tatsachen zu Grunde legt: Dann wäre sie nämlich eine Versicherte in Dauerbehandlung, die im Jahre 1998 die einprozentige Belastungsgrenze überschritten hätte. Daraus ergibt sich der sachdienliche Klageantrag auf Erstattung der im Jahre 1998 über dem Grenzwert liegenden Eigenanteile bzw auf Befreiung ab dem 1. Januar 1999.

Die so verstandene Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Dabei kann offen bleiben, ob die Mitteilung des SG, die Klägerin befinde sich wegen einer Herzerkrankung in Dauerbehandlung -

möglicherweise im dem im Verwaltungsverfahren vorgelegten ärztlichen Attest - den Anforderungen des [§ 62 Abs 1 Satz 2 Halbs 2 SGB V](#) genügt. Es kommt auch nicht darauf an, ob und unter welchen Voraussetzungen die Überschreitung der einprozentigen Belastungsgrenze im Jahre 1998 die Anwendung des am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen Rechts rechtfertigt. Da die geltend gemachten Ansprüche bereits daran scheitern, dass sich die Belastungsgrenze nach dem gemeinsamen Einkommen der Ehegatten bestimmt, während ihre Überschreitung nur von der Höhe der Eigenanteile abhängt, die von der gesetzlich krankenversicherten Ehefrau zu leisten waren, brauchen die weiteren Anspruchsvoraussetzungen nicht geklärt zu werden.

Nach dem Wortlaut von [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) müssen sämtliche Einkünfte der Hausgemeinschaft einerseits und deren Gesamtbelastung durch krankenversicherungsrechtliche Eigenanteile andererseits gegenübergestellt werden. Denn er bestimmt, dass bei der Ermittlung des von der Krankenkasse zu übernehmenden Anteils an Fahrkosten und Zuzahlungen sowie der Belastungsgrenze nach Satz 1 und 2 derselben Vorschrift die Fahrkosten und Zuzahlungen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und (seit 1. August 2001) des Lebenspartners und ihre Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt jeweils zusammengerechnet werden mit der Maßgabe, dass die Zuzahlungen nur für diejenigen Versicherten entfallen, der wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. Die wiederholt erwähnten "Fahrkosten und Zuzahlungen" bzw. "Zuzahlungen" können im selben Satz nicht mit unterschiedlicher Bedeutung gemeint sein. Demnach muss es sich um die Zuzahlungen und Fahrkosten handeln, die gesetzlich Krankenversicherten in Ausnahme zur grundsätzlichen Kostenfreiheit abverlangt werden. Wie sich aus der Bezugnahme auf Satz 1 ergibt, gilt die Bestimmung nur für den Eigenanteil bei Krankentransporten, Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Bei diesem Wortlaut ist es ausgeschlossen, die Abzüge von den beihilfefähigen Aufwendungen des Ehemanns der Klägerin in die Berechnung mit einzubeziehen, denn damit wäre die Grenze einer vom Wortsinn umfassten Auslegung überschritten. Beim Selbstbehalt des Ehemanns handelt es sich schon nach dem tatsächlichen Vorgang nicht um Zuzahlungen zu einer kostenfreien Sachleistung, sondern um Absetzungen vom beihilferechtlichen Anspruch auf Erstattung von Krankheitskosten. Die beiden Regelungskomplexe betreffen auch sonst rechtlich verschiedene Sachverhalte. Anders als im Krankenversicherungsrecht sehen die Beihilfavorschriften in der hier maßgeblichen Fassung vom 8. Januar 1999 (GMBl 58, im Folgenden "BhV") beispielsweise keinen Eigenanteil bei Heilmitteln vor (vgl. § 6 Abs 1 Nr 3 BhV bzw. [§ 32 Abs 2 SGB V](#)). Die Übernahme von Krankentransporten ist in beiden Bereichen ebenfalls unterschiedlich geregelt (vgl. § 6 Abs 1 Nr 9 BhV bzw. [§ 60 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Infolgedessen kann insgesamt nicht unterstellt werden, dass der Begriff der Zuzahlungen in [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) dasselbe meint wie die Abzüge nach § 6 Abs 1 Nr 2 Satz 1 und Nr 9 Satz 3 BhV; ihre Zusammenrechnung wäre vom Gesetzeswortlaut nicht gedeckt.

Hinsichtlich der zu berücksichtigenden Einkommen erlaubt [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) demgegenüber keine entsprechende Differenzierung; vielmehr sind alle Einkünfte der Hausgemeinschaft erfasst. Insbesondere dürfen die Einkünfte derjenigen Angehörigen nicht ausgenommen werden, die selbst nicht zuzahlungspflichtig sind. Eine gegenseitige Abhängigkeit von Zuzahlungspflicht und Einkommensberücksichtigung bringt das Gesetz nicht zum Ausdruck. Das Gebot der "jeweiligen" Zusammenrechnung bedeutet nicht die Anordnung, Einkünfte aus der Berechnung herauszunehmen, wenn beim Bezieher keine berücksichtigungsfähigen Zuzahlungen anfallen können. Für ein Verständnis des Begriffs der "Angehörigen" ist von "versicherten Angehörigen" geben Wortsinn und Zusammenhang ebenfalls nichts her, zumal die entsprechende Präzisierung ohne weiteres möglich gewesen wäre. Überdies könnte ohne ausdrücklichen Hinweis nicht angenommen werden, bei der Einkommensberechnung nach [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) bzw. nach [§ 61 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) seien verschiedene Personenkreise angesprochen, da dies auch mit der Verweisung in [§ 62 Abs 3 SGB V](#) nicht in Einklang zu bringen wäre.

Dieses Ergebnis ist nach Überzeugung des Senats auch verfassungsrechtlich hinzunehmen. Alleiniger verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab ist das Gebot des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art 3 Abs 1 GG](#)), Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber nicht jede Differenzierung verwehrt; da der Gleichheitssatz in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern will, unterliegt der Gesetzgeber aber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Dennoch kann er grundsätzlich frei entscheiden, auf welche Elemente der zu ordnenden Lebenssachverhalte er seine Unterscheidung stützen will. Eine Grenze ist nur dann erreicht, wenn sich für eine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt (stellvertretend: [BVerfGE 102, 68, 87 = SozR 3-2500 § 5 Nr 42 S 184 mwN](#)).

Die Klägerin wird im Verhältnis zu einer Versicherten benachteiligt, deren Ehemann bei sonst gleichen Verhältnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist: Wird eine Dauerbehandlung unterstellt, hätte die Klage dann zumindest in Bezug auf die Erstattung der im Jahre 1998 über der Belastungsgrenze liegenden Zuzahlungen Erfolg. Damit wird die gesetzliche Regelung unter zwei Aspekten in Frage gestellt: Hinsichtlich der uneingeschränkten Einkommenskumulierung bei der Ermittlung der Belastungsgrenze und hinsichtlich der Nichtberücksichtigung von krankenversicherungsfremden Eigenbelastungen.

Die haushaltsbezogene Betrachtungsweise der Einkommensverhältnisse als Maßstab für einen finanziell zumutbaren Eigenanteil ist für sich genommen unter verfassungsrechtlichen Aspekten keinesfalls zu beanstanden. Vielmehr wäre umgekehrt eine Berücksichtigung etwa nur des Einkommens des zu entlastenden Versicherten verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt. Denn für einen familienversicherten Ehegatten ohne eigenes Einkommen wäre dann die Belastungsgrenze gleich null, so dass auch bei hohem Einkommen des allein verdienenden Partners immer eine vollständige Befreiung beansprucht werden könnte, die bei Ehepaaren mit gleich hohem Einkommen, das jedoch anteilig von beiden Ehegatten erzielt wird, ohne einleuchtenden Grund ausgeschlossen wäre. Ein freiwillig versicherter einkommensloser Ehegatte eines gesetzlich nicht versicherten Alleinverdieners würde ähnlich privilegiert. Vergleichbare Unstimmigkeiten wären die Folge, wenn die Einkommenskumulierung auf krankenversicherte Haushaltsangehörige beschränkt würde. Dann bliebe der soeben erwähnte Ehegatte des nicht versicherten Alleinverdieners (etwa: über der Pflichtversicherungsgrenze) mangels anrechenbaren Einkommens von Zuzahlungen freigestellt, während für den Ehegatten, der über den (unter der Pflichtversicherungsgrenze) erwerbstätigen Partner familienversichert ist, eine Belastungsgrenze von 2 % des Partnereinkommens gelten würde; eine Dauerbehandlung wäre erst dann relevant, wenn die Zuzahlungen 1 % dieses Einkommens überschreiten. Unter den geschilderten Umständen vermag der Senat in der vom Gesetz angeordneten Einbeziehung aller Haushaltseinkünfte in die Ermittlung der Belastungsgrenze keinen Verfassungsverstoß zu erblicken. Dementsprechend kann die Klägerin auch nicht verlangen, ihre Belastungsgrenze müsse ohne die Einkünfte ihres Ehemannes ermittelt werden.

Auf dieser demnach unbedenklichen Grundlage lässt sich ein Verfassungsverstoß auch nicht damit begründen, dass bei der Ermittlung des Belastungsumfanges nur die Zuzahlungen nach dem Krankenversicherungsrecht zu berücksichtigen sind. Entsprechend dem geschilderten Ausgangspunkt der Regelung dürfen bei der verfassungsrechtlichen Bewertung nicht nur die Auswirkungen beim einzelnen Versicherten -

etwa durch einen Vergleich der Klägerin mit einem Kassenmitglied, dessen Ehegatte ebenfalls gesetzlich krankenversichert ist - in Betracht gezogen werden, denn damit würde die Beurteilung auf einen Teilaspekt verkürzt. Vielmehr ist die Situation in verschiedenen Hausgemeinschaften zu vergleichen, in denen entweder nur ein Ehegatte oder in denen beide Ehegatten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Bei diesem Vergleich ist eine verfassungswidrige Benachteiligung der Ehepaare, bei denen nur einer der Ehegatten der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, nicht festzustellen.

Der Ehemann der Klägerin ist ab 1999 für die Dauer seiner Behandlung von der beihilferechtlichen Selbstbeteiligung befreit worden. Das Ehepaar ist somit in derselben Situation wie ein Ehepaar in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei dem der eine Ehepartner bereits eine Befreiung wegen Dauerbehandlung erreicht hat und der andere frühestens im Jahr danach chronisch erkrankt. Da in dieser Situation beim bereits befreiten Ehegatten keine Eigenanteile mehr anfallen, können sie auch nicht mehr dazu beitragen, beim anderen eine Erstattung oder im Rahmen einer später zu berücksichtigenden Dauerbehandlung eine Befreiung zu erreichen. Legt man beispielsweise die Verhältnisse der Klägerin zu Grunde, müsste eine Versicherte - trotz eigener Dauerbehandlung und Mitgliedschaft des Ehemanns in einer gesetzlichen Krankenkasse - statt mit Zuzahlungen von unter 600 DM wie im Jahre 1998 mit über 900 DM belastet sein, um die Belastungsgrenze zu überschreiten und eine Entlastung beanspruchen zu können. Demgegenüber haben die Klägerin und ihr Ehemann insoweit einen Vorteil, als die festgestellten Abzüge beim Ehemann nach krankenversicherungsrechtlichen Kriterien für eine Entlastung nicht ausreichen würden. Da die Beihilfevorschriften für die Ermittlung der Belastungsgrenze nur auf das Einkommen des Beihilfeberechtigten verweisen, das überdies für den Ehegatten um 15 % (und nicht nur um 15 % der Bezugsgröße wie im Krankenversicherungsrecht) zu mindern ist, sind sie in dieser Fallgestaltung günstiger: Wäre eine Versicherte in der Lage der Klägerin wegen schon früher begonnener Dauerbehandlung und wegen einer vorübergehend hohen Eigenbelastung ganz befreit worden, würden die vorliegenden Zahlen eine Befreiung des Ehemanns nur im Beihilferecht, nicht aber im Krankenversicherungsrecht rechtfertigen. Auch wenn sich dieser hypothetische Fall frühestens im Jahr 2000 ereignen könnte, weil die Regelung vor 1999 noch nicht in Kraft war, so zeigt er doch, dass die Rechtslage je nach den Einkommensverhältnissen, der Höhe der Eigenanteile und der zeitlichen Abstände zwischen den Erkrankungen bzw. den aufzubringenden Eigenleistungen einmal die Klägerin und ihren Ehemann und ein anderes Mal ein Ehepaar begünstigt, bei dem beide Partner in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Gleichzeitig belegt das gedachte Beispiel, dass die Klägerin die Gleichbehandlung mit einem gesetzlich versicherten Ehepaar in einem atypischen Fall erreichen möchte - jedenfalls soweit es um die Befreiung von künftigen Zuzahlungen geht. Ehegatten, die bei vergleichbaren Einkommensverhältnissen wie im vorliegenden Fall in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und die jeweils mit Eigenanteilen in vergleichbarer Höhe belastet sind, können nach [§ 62 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) grundsätzlich nur dann beide von der Zuzahlungspflicht befreit werden, wenn sich beide innerhalb desselben Jahres in Dauerbehandlung begeben müssen oder wenn der früher Erkrankte mit seinem Befreiungsantrag die Erkrankung des anderen abwartet; beides ist kein Regelfall, auf den sich ein von der erörterten Vorschrift nicht begünstigter Versicherter zur Begründung eines Gleichheitsverstoßes berufen könnte. Dass es im Jahr der erstmaligen Anwendbarkeit der hier besprochenen Regelung auf den gleichzeitigen Beginn der Dauerbehandlung nicht ankommt, ist ebenfalls eine Besonderheit, die kein verfassungsrechtliches Argument gegen die Gesamtregelung hergibt. Dabei ist nochmals darauf hinzuweisen, dass der Ehemann der Klägerin nicht nach krankenversicherungsrechtlichen, aber sehr wohl nach beihilferechtlichen Vorschriften befreit werden könnte, falls die Klägerin bereits vorher befreit worden wäre. Unter diesen Umständen lässt sich bei Versicherten, deren Ehegatte einem beamtenrechtlichen Versorgungssystem angehört, eine willkürliche Benachteiligung durch [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) nicht plausibel machen. Eine verfassungswidrige Ungleichbehandlung ist nicht schon dann gegeben, wenn ein Betroffener von einer Regelung ausgenommen ist, die sich bei ihm im konkreten Fall - ausnahmsweise, weil erstmals anzuwenden - zwar günstig auswirken, die ihn jedoch in zumindest ebenso häufig auftretenden anderen Fallgestaltungen benachteiligen würde. Insofern erweist sich das System der krankenversicherungsrechtlichen Zuzahlungen und das System der beihilferechtlichen Selbstbeteiligung trotz gewisser Ähnlichkeiten als zu verschieden im Detail, um einen Verstoß gegen den Gleichheitssatz schon deshalb anzunehmen, weil eine Zusammenrechnung des bei den Angehörigen aus den verschiedenen Systemen anfallenden Eigenaufwands nicht stattfindet.

Weitere Überlegungen bestätigen dieses Ergebnis. Bei den aufgezeigten Unterschieden zwischen Beihilfe- und Krankenversicherungsrecht könnte die Einbeziehung der Aufwendungen von Angehörigen nicht ohne weiteres auf das Beihilferecht beschränkt werden. Andere Systeme, die bei der Übernahme von Gesundheitskosten Eigenanteile vorsehen, wären nach der Argumentation der Klägerin von der Berücksichtigung kaum auszuschließen. Letztendlich könnte mit demselben Recht gefordert werden, dass bei Angehörigen, die überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz besitzen, die gesamten Krankheitskosten als Belastung in die Berechnung einzustellen seien. Außerdem würde die Einbeziehung der Kostenbeteiligungen aus anderen Systemen wegen des anderen Regelungszusammenhangs keineswegs alle Unstimmigkeiten beseitigen, sondern zu neuen Unstimmigkeiten führen. Da von einer Abstimmung der verschiedenen Systeme nicht ausgegangen werden kann, wie sich beim Vergleich mit dem Beihilferecht gezeigt hat, gibt es keine durch den Gleichheitssatz begründbare Pflicht, krankenversicherungsfremde Selbstbehalte bei der Kumulierung von Zuzahlungen im Haushaltsverband nach [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) einzubeziehen.

Dem Begehren der Klägerin ist schließlich entgegenzuhalten, dass ihm auch dann kein Erfolg beschieden wäre, wenn die Unvereinbarkeit des [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) mit dem Grundgesetz festgestellt würde. Denn eine durch [Art 3 GG](#) eventuell gebotene Gleichbehandlung von Haushalten mit unterschiedlich Versicherten und solchen mit gesetzlich Versicherten könnte nach Auffassung des Senats aus verfassungsrechtlichen Gründen nur dadurch erreicht werden, dass die erörterte Regelung gestrichen wird, da sie eine verfassungsrechtlich problematische Vergünstigung enthält.

Insofern ist von Bedeutung, dass die Kumulierung von Zuzahlungen auch innerhalb des Krankenversicherungsrechts nicht etwa verfassungsrechtlich geboten, sondern im Lichte des Gleichheitssatzes problematisch ist, so dass ihre Ausdehnung verfassungsrechtlich nicht gefordert werden kann. Der Sinn der Zusammenrechnung kann nur darin liegen, die Entscheidung über die Befreiung von der effektiven Gesamtbelastung des verfügbaren Einkommens durch Krankheitskosten abhängig zu machen. Dieser Grundgedanke ist jedoch mit der tatsächlich getroffenen Regelung nicht verwirklicht. Denn die krankenversicherungsrechtlichen Ausnahmen von der kostenfreien Versorgung werden nur teilweise erfasst. Zuzahlungen zu bestimmten Hilfsmitteln nach [§ 33 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) in der Fassung des 2. GKV-NOG (23. Juni 1997, [BGBl I 1520](#)) sind ebenso wenig berücksichtigt wie Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten nach [§ 39 Abs 4](#), [§ 40 Abs 5 SGB V](#) oder Eigenanteile zum Zahnersatz nach [§ 30 Abs 2](#), [§ 62 Abs 2a SGB V](#). In Bezug auf stationäre Aufenthalte mag die Ausnahme damit erklärt werden, dass die Zuzahlung keine oder nur eine teilweise finanzielle Belastung bedeutet, weil ihr zumindest faktisch die ersparten Verpflegungskosten des Behandelten gegenüberstehen (zur fehlenden rechtlichen Qualität dieses Zusammenhangs aber

Senatsurteil vom 19. Februar 2002 - [B 1 KR 32/00 R](#), zur Veröffentlichung bestimmt). Im Übrigen belegt jedoch die nur selektive Berücksichtigung der Eigenanteile, dass die finanzielle Belastung der Familie für die Zusammenrechnung nach [§ 62 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) nicht maßgebend sein soll. Insbesondere durch Zahnersatzbehandlungen können erhebliche Eigenleistungen notwendig werden, die mehrere Angehörige derselben Familie gleichzeitig treffen können. Trotzdem wird auf derartige kumulierte Belastungen weder in der hier anzuwendenden Vorschrift noch in [§ 62 Abs 2a SGB V](#) Rücksicht genommen. Sâhe der Gesetzgeber die in [§ 62 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) festgelegten Prozentsätze als Richtschnur für die Zumutbarkeit einer finanziellen Gesamtbelastung, dürfte er nicht zulassen, dass sie in bestimmten Konstellationen - etwa durch teure Zahnersatzbehandlungen - ganz massiv überschritten werden. Deren im Verhältnis zu den sonstigen Zuzahlungen geringere Häufigkeit ist bei einer für jedes Kalenderjahr getrennten Zusammenrechnung kein Gegenargument.

Eine weitere Unstimmigkeit betrifft das Verhältnis der Kumulierung zum globalen, nach der Zahl der Angehörigen gestaffelten Abschlag vom Einkommen nach [§ 62 Abs 2 SGB V](#). Die finanzielle Belastung des Haushaltseinkommens durch die Aufwendungen für die Angehörigen des Versicherten werden dadurch an zwei Stellen, aber ohne eindeutige Trennung berücksichtigt: auf der Einkommensseite durch einen pauschalen Freibetrag und auf der Belastungsseite durch bestimmte, aber nicht alle Arten von Zuzahlungen. Schließlich ist auf Unstimmigkeiten bei Dauerbehandlungen hinzuweisen. Hier sind in erster Linie der zeitliche Abstand und die Reihenfolge des jeweiligen Behandlungsbeginns bzw der jeweiligen Zuzahlungspflicht und erst in zweiter Linie die Höhe der Zuzahlungslast dafür maßgebend, welche Zuzahlungen zu übernehmen sind und wer von der Zuzahlungspflicht zu befreien ist. Wie bereits ausgeführt wurde, können die Zuzahlungen bei Dauerbehandlungen grundsätzlich nur bei deren Beginn im selben Kalenderjahr kumuliert werden. Das kann dazu führen, dass einerseits ein Angehöriger trotz niedriger Zuzahlungen jahrelang befreit bleibt, weil seine Belastung im ersten Jahr der Dauerbehandlung mit hohen Zuzahlungen eines Hausgenossen zusammengetroffen war, oder dass andererseits relativ hohe Zuzahlungen nicht zur Befreiung führen, weil ein anderer Angehöriger bereits wegen Dauerbehandlung befreit ist, so dass für ihn nur sein Einkommen, aber keine Belastung in die Berechnung einzustellen ist.

Diese bereits innerhalb des Krankenversicherungsrechts zu beobachtende Problematik schließt die von der Klägerin befürwortete Ausdehnung auf den beihilferechtlichen Selbstbehalt aus. Zur geschilderten Ungleichbehandlung der verschiedenen Arten von krankenversicherungsrechtlichen Zuzahlungen und von Haushalten mit gleicher Einkommens- und Belastungssituation, aber unterschiedlicher Reihenfolge von Dauer- bzw Akutbehandlungen würden weitere schwer nachvollziehbare Differenzierungen zwischen Beihilferecht und Krankenversicherungsrecht treten. Dabei wären auch Benachteiligungen von Haushalten denkbar, die nur dem Beihilferecht unterfallen. Unter diesen Umständen kann die Klägerin mit Blick auf den Gleichheitssatz nicht erreichen, dass die Selbstbeteiligung ihres Ehemanns auf ihre Belastungsgrenze angerechnet wird, denn eine Gleichbehandlung mit gemeinsam gesetzlich versicherten Ehepaaren wäre verfassungskonform nur dadurch denkbar, dass bei diesen die Kumulierung von Zuzahlungen beseitigt wird. In dieser Fallgestaltung ist eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht unzulässig, weil es für die Entscheidung auf die verfassungsrechtliche Frage nicht ankommt (vgl [BVerfGE 98, 70](#), 81 f = [SozR 3-7833 § 6 Nr 19](#) S 116 zu § 6 BVerfGG). Somit scheidet ein Verfahren nach [Art 100 Abs 1 GG](#) auch unter diesem Gesichtspunkt aus.

Da das SG zutreffend entschieden hat, dass der Klägerin kein Anspruch auf Erstattung oder Befreiung zusteht, ist die Revision zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-18