L 11 KR 1645/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 3262/19
Datum
30.04.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1645/20
Datum
08.11.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V handelt es sich nicht um eine laufende Geldleistung iSd § 56 Abs 1 Satz 1 SGB I. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V geht nach dem Tod des Versicherten gemäß § 1922 Abs 1 BGB auf den Rechtsnachfolger über. Die Regelung in § 59 Satz 2 SGB I findet auf Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs 2 SGB V keine Anwendung (teleologische Reduktion der Norm). (Der Senat hat die Revision zugelassen)

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird für das Klage- und das Berufungsverfahren endgültig auf jeweils 6.787,19 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von die Beklagten die Erstattung der Kosten für Behandlungen ihres verstorbenen Ehemannes.

Die Klägerin ist die Witwe des am 13.04.2019 verstorbenen W, der bis zu seinem Tod bei der Beklagten krankenversichert war (im Folgenden: der Versicherte). Zur Zeit seines Todes lebte der Versicherte mit der Klägerin in einem gemeinsamen Haushalt. Der Versicherte hatte ab dem Jahr 2004 Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen gewählt und diese Wahl nicht mehr geändert. Anlässlich einer Satzungsänderung zum 01.07.2017 wurde der Versicherte mit Schreiben der Beklagten vom 07.06.2017 um Rückmeldung gebeten, ob er an der gewählten Kostenerstattung festhalte. Dies wurde von ihm mit Unterschrift unter das entsprechende Formular der Beklagten am 17.06.2017 bestätigt. Mit Schreiben vom 12.10.2018 wurde der Versicherte durch die Beklagte zudem darüber informiert, dass die Kostenerstattung im stationären Bereich lediglich 30% der DRG-Fallpauschale abdecke. Sollte sich seine Zusatzversicherung nicht an den Kosten der DRG-Fallpauschale beteiligen, würde ein finanzielles Restrisiko iHv 70% für den Versicherten verbleiben. Das finanzielle Restrisiko könne er vermeiden, indem er die Kostenerstattung für den stationären Bereich abwähle.

Wegen akuter Beschwerden wurde der Versicherte am 05.04.2019 stationär in die SLK Kliniken, Klinikum G, H, zur Behandlung aufgenommen. Der Versicherte ist dort am 13.04.2019 verstorben.

Mit Schreiben vom 14.06.2019 legte die Klägerin Rechnungsbelege für verauslagte Behandlungskosten des Versicherten für die Zeit ab Oktober 2018 (insgesamt 19 Belege mit einem Gesamtbetrag von 23.956,04 €) vor und beantragte die Erstattung. Unter den Belegen waren auch die Rechnungen für den stationären Aufenthalt in den SLK Kliniken. Ein Teil der Rechnungen ist erst nach dem Tod des Versicherten ausgestellt worden. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf Bl 4 ff der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Mit Bescheid vom 28.06.2019 lehnte die Beklagte die beantragte Erstattung ab. Nach den gesetzlichen Bestimmungen würden Ansprüche auf Geldleistungen mit dem Tod des Versicherten erlöschen, es sei denn, es sei vor dem Tod bereits ein Verwaltungsverfahren anhängig gewesen. Da der Versicherte am 13.04.2019 verstorben sei und der Antrag auf Erstattung der Arztkosten erst am 19.06.2019 eingegangen sei, könne keine

Erstattung erfolgen.

Den hiergegen mit Schreiben vom 16.07.2019 erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, ein anhängiges Verwaltungsverfahren sei anfänglich und objektiv unmöglich, wenn wie hier eine kurze, schwere Krankheit zu einer im Interesse der Lebenserhaltung notwendigen Operation führe und diese scheitere. Ein Verwaltungsverfahren hätte der Versicherte nicht anhängig machen können. Es sei sicher nicht der Wille des Gesetzgebers, Hinterbliebene in Fällen wie dem vorliegenden mit immensen Kosten zu belasten.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18.09.2019 zurück. Versicherte, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt hätten, verschafften sich die Leistung durch Abschluss eines privatrechtlichen Vertrages mit dem Leistungserbringer. Diese Leistung bleibe zwar nach Art und Umfang mit der Sachleistung verknüpft, der eigentliche Sachleistungsanspruch gehe jedoch insoweit unter. Es entstehe ein Kostenerstattungsanspruch, der den Geldleistungen zuzurechnen sei. Für beide Abrechnungsverfahren gelte, dass die im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung in Anspruch genommenen Ärzte bzw Einrichtungen über eine Zulassung oder Ermächtigung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verfügen müssten. Liege eine derartige Zulassung bzw Ermächtigung nicht vor, handele es sich um sogenannte Nichtvertragsärzte. Diese bedeute, dass die von diesen Ärzten erbrachten und veranlassten Leistungen nicht von der Beklagten erstattet werden könnten. Selbst wenn ein Versicherter aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht dazu in der Lage gewesen sein sollte, wäre es jedoch möglich gewesen, gegebenenfalls rechtzeitig andere Personen wie Verwandte oder Bevollmächtigte zu beauftragen, die jeweilige Krankenkasse in Kenntnis zu setzen. Damit wäre zumindest ein Verwaltungsverfahren über die Angelegenheit in Gang gesetzt worden und somit anhängig. Geschehe dies nicht, bestehe das Kostenrisiko in letzter Konsequenz für die Erben, denn weder § 13 Abs 2 SGB V noch § 59 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) diene dem Erbenschutz. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand sei in diesem Fall nicht möglich. Die Beklagte habe auch nicht durch das Krankenhaus eine Meldung über die stationäre Krankenhausbehandlung erhalten, weil das Kostenerstattungsverfahren gewählt worden sei. Rechnungen, die bereits im Jahr 2018 oder Anfang 2019 ausgestellt worden seien, hätten auch schon zu einem früheren Zeitpunkt zur Erstattung eingereicht werden können.

Am 14.10.2019 hat die Klägerin beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben und vorgetragen, sie klage in ihrer Eigenschaft als Sonderrechtsnachfolgerin gemäß § 56 Abs 1 Nr 1 SGB I. Sie sei aber auch nach bürgerlichem Recht alleinige Erbin, so dass für den Fall, dass keine Sonderrechtsnachfolge gegeben sei, gemäß § 58 Abs 1 SGB I eine Vererbung eingetreten sei. Im Zuge der Beratung im Jahr 2018 sei der damals bereits 85 Jahre alte Versicherte ersichtlich nicht darüber beraten worden, dass im Falle seines Todes unter Umständen eine Erstattung von nach seinem Tod eingereichten Rechnungen wegen § 59 SGB I nicht mehr möglich sei. Eine entsprechende Beratung hierzu sei jedoch geboten gewesen, so dass der Versicherte dafür habe Sorge tragen können, dass Rechnungen umgehend zur Erstattung eingereicht werden. Der geltend gemachte Anspruch finde damit seine Stütze im sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Zudem sei § 59 Satz 2 SGB I in Fällen der Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V aus systematischen Gründen dahingehend einschränkend auszulegen, dass zu Lebzeiten des Versicherten überhaupt die Möglichkeit bestanden haben müsse, Kostenerstattung zu beantragen. Dies setze beim Versicherten entstandene Kosten voraus, indem er die Rechnungen beglichen und damit die Leistung vorfinanziert habe. In jedem Fall sei es für die Entstehung des Kostenerstattungsanspruchs erforderlich, dass ein wirksamer Zahlungsanspruch entstanden sei, was zumindest eine Rechnungstellung erfordere. Der Gesetzgeber habe bei Einführung der wahlmäßigen Kostenerstattung übersehen, dass durch § 59 SGB I im Falle einer unmittelbar vor dem Tod des Versicherten vorausgegangenen ärztlichen Behandlung immer Kosten verblieben, die nicht erstattet würden. Hierbei sei von einer planwidrigen Regelungslücke auszugehen, zumal im Fall der Erbringung von Sachleistungen durch die Leistungserbringer im Gesundheitssystem auch beim Tod des Versicherten für die zuvor erbrachten Leistungen ein entsprechendes Entgelt durch die gesetzliche Krankenversicherung geleistet werde. Die Leistung sei auch fällig gewesen. Fälligkeit im Sinne von § 41 SGB I trete ein, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die begehrte Leistung gegeben seien. Von einer Fälligkeit des Kostenerstattungsanspruchs sei auszugehen, wenn die Sachleistung erbracht worden sei, da zwar dann noch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten, aber ein Anspruch auf Freistellung entstanden sei, der ein wesensgleiches Minus darstelle.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ausgeführt, eine Sonderrechtsnachfolge sei nicht eingetreten. Die Sonderrechtsnachfolge des § 56 SGB I greife nur ein bei im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten bereits fälligen Ansprüchen auf laufende Geldleistungen. Der Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 2 SGB V sei beim Tod des Versicherten noch nicht fällig gewesen. Der Kostenerstattungsanspruch setze zwangsläufig die Fälligkeit der Vergütung der privatärztlichen Leistung voraus. Solange die Vergütung nicht fällig sei, sei auch der Kostenerstattungsanspruch nicht fällig. Gemäß § 12 Abs 1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werde die Vergütung erst fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden sei. Gemäß § 23 Abs 2 ihrer Satzung seien der Kasse zur Erstattung die Rechnungen der Leistungserbringer und die Verordnungen vorzulegen. Der Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse werde somit erst mit Vorlage der ärztlichen Rechnung fällig. Ungeachtet dessen sei der Anspruch der Klägerin gemäß § 59 Satz 2 SGB I erloschen. Bezüglich der streitgegenständlichen Kostenerstattungsansprüche sei noch kein Verwaltungsverfahren eingeleitet worden. Dies sei insbesondere nicht durch die Wahl der Kostenerstattung erfolgt. Durch die Ablehnung der nach dem Tod des Versicherten geltend gemachten Kostenerstattung könne ein Verstorbener ohnehin nicht schlechter gestellt werden als ein Versicherter, der Sachleistungen in Anspruch nehme. Die Kostenerstattung käme hier nämlich nur noch dem Erben zugute. Die Kostenerstattung würde nur noch dem Zweck dienen, die Nachlassmasse zu mehren. Der Gesetzgeber halte den Übergang von Geldleistungen auf Rechtsnachfolger aus rechtssystematischen und verwaltungspraktischen Gründen nur dann für angebracht, wenn die Ansprüche verfahrensmäßig schon gefestigt seien. Die Vorschrift des § 59 Satz 2 SGB I sei auch nicht verfassungsrechtlich bedenklich. Insbesondere bestehe kein Verstoß gegen Art 14 Grundgesetz (GG), der neben dem Eigentum auch das Erbrecht gewährleiste. Es werde das Erbrecht als Institution garantiert. Wie für das Eigentum würden dabei auch für das Erbrecht Inhalt und Schranken durch die Gesetze bestimmt, die ihrerseits den Wesensgehalt der durch Art 14 Abs 2 Satz 1 GG geschützten Privatrechtsfolge und Testierfreiheit als Rechtseinrichtung beachten müssten. Die Erbrechtsgarantie besage insbesondere nicht, dass sämtliche vom Erblasser erworbenen Ansprüche als vererblich gestaltet werden müssten. Eine Verletzung behördlicher Auskunfts-, Beratungs- und Betreuungspflichten habe die Beklagte nicht begangen. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch bestehe nicht.

Mit Urteil vom 30.04.2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch stehe die Regelung in § 59 Satz 2 SGB I entgegen. Hinsichtlich der mit Antrag vom 14.06.2019 eingereichten Rechnungsbelege sei bis zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten am 13.04.2019 kein Verwaltungsverfahren über deren Kostenerstattung anhängig gewesen; entsprechende Kostenerstattungsansprüche seien bis zu diesem Zeitpunkt auch noch nicht festgestellt. § 59 Satz 2 SGB I sei nicht einschränkend auszulegen. Ein etwaiger Erbenschutz sei weder mit der Regelung des § 13 Abs 2 SGB V noch mit der des § 59 SGB I verfolgt worden.

Insbesondere solle § 59 SGB I nicht der Vermehrung des Vermögens des Erben dienen. Auch aus dem Rechtsinstitut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs lasse sich kein Anspruch ableiten. Unabhängig von der Frage, ob ein gegenüber dem Berechtigten erfolgtes fehlerhaftes Verwaltungshandeln im Rahmen der Erbfolge oder Sonderrechtsnachfolge überhaupt auf den Erben oder Sonderrechtsnachfolger übergehe, sei kein fehlerhaftes Verwaltungshandeln der Beklagten gegeben. Es liege keine Beratungspflichtverletzung vor. Der Leistungsträger sei nicht verpflichtet, auf alle irgendwie gearteten Umstände hinzuweisen.

Hiergegen richtet sich die am 25.05.2020 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegte Berufung der Klägerin. Sie verweist auf ihre bisherigen Ausführungen und macht ergänzend geltend, dass die Regelung des § 59 SGB I in Fällen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 2 SGB V einschränkend in der Form auszulegen sei, dass § 59 SGB I, wenn überhaupt, nur dann greifen könne, wenn für den Versicherten zu Lebzeiten die tatsächliche Möglichkeit bestanden habe, ein entsprechendes Verwaltungsverfahren einzuleiten. Es könne entgegen der Auffassung des SG nicht angenommen werden, dass der Bundesgesetzgeber bei Schaffung des § 13 Abs 2 SGB V den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend habe aushöhlen wollen, als dass praktisch kein Versicherungsschutz im Falle der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung für unmittelbar bzw relativ unmittelbar vor dem Tod durchgeführte medizinische Heilbehandlungen bestehe, zumal es gerade nichts Ungewöhnliches sei, dass Menschen im Krankenhaus oder gerade bei und trotz erfolgter ärztlicher Behandlung verstürben. Der Umstand, dass die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin bzw bürgerlich-rechtliche Erbin das Verfahren führe, vermöge den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch nicht zu Fall zu bringen. § 14 SGB I werde im konkreten Fall nicht dadurch überspannt, dass man von der Beklagten, als sie den Versicherten 2017/2018 wegen der Satzungsänderung beraten habe, einen Hinweis auf § 59 SGB I und den Umstand erwartet hätte, dass im Falle des Todes etwaige Kostenerstattungsansprüche „untergehen", wenn kein diesbezügliches Verwaltungsverfahren eingeleitet sei.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21.12.2021 umfassend dargelegt, dass nach den eingereichten Rechnungen ein Betrag von 6.542,36 € erstattungsfähig wäre. Die Klägerin hat sich dem nach eigener Prüfung angeschlossen und mit Schriftsatz vom 05.01.2022 die geltend gemachte Forderung auf diesen Betrag reduziert.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Heilbronn vom 30.04.2020 und des Bescheides der Beklagten vom 28.06.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.09.2019 zu verurteilen, der Klägerin eine Kostenerstattung in Höhe von 6.542,36 € zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil und ihre bisherigen Schriftsätze.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die nach §§ 143, 144, 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist statthaft und zulässig. Streitgegenstand des vorliegenden Rechtsstreits ist ein von der Klägerin geltend gemachter Kostenerstattungsanspruch für die auf privatrechtlicher Basis erbrachte Behandlung des Versicherten, den die Beklagte mit Bescheid vom 28.06.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.09.2019 (§ 95 SGG) abgelehnt hat. Dagegen wendet sich die Klägerin statthaft mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§§ 54 Abs 1 und 4, 56 SGG). Die Klägerin ist auch klagebefugt, weil die Möglichkeit besteht, dass ihr als Rechtsnachfolgerin die geltend gemachten Ansprüche zustehen. Ob tatsächlich eine Rechtsnachfolge eingetreten ist, ist im Rahmen der Begründetheit der Klage zu klären (vgl BSG 13.07.2010, B 8 SO 11/09 R, juris Rn 11).

Die Berufung ist auch begründet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 28.06.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.09.2019 ist rechtswidrig, soweit die Beklagte die Kostenerstattung bis zu einem Betrag iHv 6.542,36 € abgelehnt hat. Soweit die Klägerin ursprünglich einen höheren Betrag geltend gemacht hat, ist der angefochtene Bescheid rechtmäßig. Die Klägerin hat daher zutreffend zuletzt (Schriftsatz vom 05.01.2022) auch nur noch einen Betrag iHv 6.542,36 € geltend gemacht und eine weitergehende Kostenerstattung nicht mehr verlangt.

Die Klägerin hat als Erbin des Versicherten einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für dessen Behandlung gemäß § 13 Abs 2 SGB V aus übergegangenem Recht. Mit dem Tode einer Person (Erbfall) geht deren Vermögen (Erbschaft) als Ganzes auf eine oder mehrere andere Personen (Erben) über (§ 1922 Abs 1 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB).

Ein Fall der Sonderrechtnachfolge nach § 56 SGB I liegt nicht vor. Nach Abs 1 Satz 1 dieser Vorschrift stehen fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen beim Tod des Berechtigten nacheinander (1.) dem Ehegatten, (1a.) dem Lebenspartner, (2.) den Kindern, (3.) den Eltern, (4.) dem Haushaltsführer zu, wenn diese mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind. Bei dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch handelt es sich nicht um eine laufende Geldleistung (aA Krauskopf/Wagner, 111. EL Mai 2021 Rn 16, SGB V § 13 Rn 16; LSG Thüringen 27.05.2014, L 6 KR 1093/12, juris). Zwar ist nach der Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, der Kostenerstattungsanspruch wegen eines Systemversagens nach § 13 Abs 3 SGB V im Rechtssinne auf "laufende" Geldleistungen jedenfalls dann gerichtet, wenn er über mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betrifft. Hierzu hat das BSG ua im Urteil vom 03.07.2012 (B 1 KR 6/11 R, BSGE 111, 137-146 Rn 11) ausgeführt:
„Der Kostenerstattungsanspruch ist im Rechtssinne auf "laufende" Geldleistungen jedenfalls dann gerichtet, wenn er - wie vorliegend - über

mehrere Zeitabschnitte selbst beschaffte Leistungen betrifft. § 56 SGB I ist in diesem Sinne bei Todesfällen in der Zeit ab dem 2.1.2002 auszulegen. Die Regelung ist einer weiten Auslegung zugänglich. Sie kann sogar als Basis einer Analogie dienen (vgl dazu BSG SozR 1500 § 75 Nr 44 S 48). Den Begriff der laufenden Geldleistungen, dem der Begriff der "einmaligen" Geldleistung gegenübersteht, definiert das Gesetz nicht. Nach den Gesetzesmaterialien (Entwurf der Bundesregierung zum SGB I, BT-Drucks 7/868 S 31 zu § 48) handelt es sich um Leistungen, die regelmäßig wiederkehrend für bestimmte Zeitabschnitte gezahlt werden; sie verlieren ihren Charakter nicht dadurch, dass sie verspätet oder als zusammenfassende Zahlung für mehrere Zeitabschnitte geleistet werden. Das kommt auch für die Kostenerstattungsansprüche nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei Systemmangel in Betracht (§ 13 Abs 3 S 1 SGB V; § 15 Abs 1 SGB IX). Sie knüpfen daran an, dass der Berechtigte regelmäßig zu einer Vorfinanzierung für mehrere Zeitabschnitte gezwungen ist (vgl BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9, RdNr 13 mwN). Dem Zweck der Sonderrechtsnachfolge in § 56 SGB I wird es in besonderem Maße gerecht, solche Kostenerstattungsansprüche als Ansprüche auf laufende Geldleistungen anzusehen. Es beschränkt in aller Regel die Lebensführung nicht nur des Leistungsberechtigten, sondern aller Familienangehörigen, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, wenn Ansprüche auf laufende Geldleistung nicht rechtzeitig erfüllt werden (vgl Entwurf der Bundesregierung, BT-Drucks 7/868 S 33 zu den §§ 56 bis 59). Das gilt in gleicher Weise regelmäßig für die Fälle, in denen die KK ihre Pflicht zur Naturalleistungsgewährung (§ 2 Abs 2 und § 13 Abs 1 SGB V) nicht erfüllt, der Versicherte sich deshalb die zu beanspruchenden Leistungen selbst beschafft, vorfinanziert und später die Kostenerstattung von der KK erstreitet. Um die dadurch entstandene Benachteiligung auszugleichen, sieht § 56 SGB I in Abweichung vom Erbrecht, aber in Übereinstimmung mit Vorschriften des bis zum Inkrafttreten des SGB I geltenden Rechts und mit der Funktion solcher Leistungen eine Sonderrechtsnachfolge vor. Der Schutzbedarf der durch die Vorschriften der Sonderrechtsnachfolge erfassten Personen hat zwischenzeitlich noch dadurch zugenommen, dass § 183 S 1 SGG (hier idF durch Art 1 Nr 61 des Sechsten SGG-Änderungsgesetzes <6. SGGÄndG> vom 17.8.2001, BGBl I 2144) seit dem 2.1.2002 allein Sonderrechtsnachfolger hinsichtlich der Gerichtskosten privilegiert, während sonstige Rechtsnachfolger nach § 183 S 2 SGG Kostenfreiheit nur in dem Rechtszug haben können, indem sie das Verfahren aufnehmen (vgl zum Ganzen BSGE 97, 112 = SozR 4-2500 § 31 Nr 5, RdNr 11 - Ilomedin).“

Dies Rechtsprechung lässt sich jedoch nicht auf den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V übertragen. Der Versicherte wird in diesem Fall nicht gezwungen, sich die ihm zustehenden Leistung selbst zu beschaffen und vorzufinanzieren, er hat diese Form der Leistungsgewährung aus freien Stücken gewählt (vgl § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V). Ein Kostenerstattungsanspruch, der seine Rechtsgrundlage in § 13 Abs 2 SGB V iVm der Satzung der Krankenkasse hat, ist daher ein Anspruch auf eine einmalige Geldleistung, die - falls eine Vererbung nicht gesetzlich ausgeschlossen ist - im Wege der gesetzlichen oder gewillkürten Erbfolge vererbt wird.

Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGBV entsteht im Fall einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus mit der Inanspruchnahme der versicherten Leistung aufgrund eines wirksamen privatrechtlichen Behandlungsvertrages. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist (§ 630a BGB). Ein Dritter - dies wäre bei der Inanspruchnahme der Behandlung als Sachleistung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) die Krankenkasse - ist im Fall des gewählten Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs 2 SGBV gerade nicht zur Zahlung verpflichtet, so dass sich der Zahlungsanspruch nur gegen den Patienten (hier: Versicherten) richtet. Mit der Zahlungsverpflichtung des Versicherten entsteht auch der Kostenerstattungsanspruch gegen seine Krankenkasse nach Maßgabe des § 13 Abs 2 SGB V und der Satzungsbestimmungen der Krankenkasse. Dieser Kostenerstattungsanspruch wird mit seinem Entstehen auch fällig (§ 41 SGB I). Die Krankenkasse kann nach § 13 Abs 2 Satz 9 SGB V nur das Verfahren der Kostenerstattung regeln, nicht aber eine vom Gesetz abweichende Fälligkeit.

Der hier noch streitige Anspruch auf Kostenerstattung ist bis zu einem Betrag iHv 6.542,36 € mit dem Tod des Versicherten nach § 1922 Abs 1 BGB auf die Klägerin übergegangen. Der Anspruch ist nicht nach § 59 SGB I erloschen. Nach § 59 Satz 1 SGB I erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen - und zwar sowohl auf laufende wie auch auf einmalige Geldleistungen – erlöschen nach § 59 Satz 2 SGB I nur dann, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt sind noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig ist (§ 59 Satz 2 SGB I). Bei einem rein wörtlichen Verständnis der Regelung wäre ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V mit dem Tod des Versicherten erloschen, da die Ansprüche im Zeitpunkt des Todes weder festgestellt waren noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig war. Ein derartiges Verständnis der Norm wäre jedoch wegen Verstoßes gegen Art 14 GG verfassungswidrig.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) gewährleistet die Erbrechtsgarantie des Art 14 Abs 1 Satz 1 GG das Erbrecht als Rechtsinstitut und als Individualrecht. Es hat die Funktion, das Privateigentum als Grundlage der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung mit dem Tode des Eigentümers nicht untergehen zu lassen, sondern seinen Fortbestand im Wege der Rechtsnachfolge zu sichern. Die Erbrechtsgarantie ergänzt insoweit die Eigentumsgarantie und bildet zusammen mit dieser die Grundlage für die im Grundgesetz vorgegebene private Vermögensordnung. Art 14 Abs 1 Satz 2 GG überlässt es dem Gesetzgeber, Inhalt und Schranken des Erbrechts zu bestimmen. Der Gesetzgeber muss bei dessen näherer Ausgestaltung den grundlegenden Gehalt der verfassungsrechtlichen Gewährleistung des Art 14 Abs 1 GG wahren, sich in Einklang mit allen anderen Verfassungsnormen halten und insbesondere den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und das Gleichheitsgebot beachten. Wenngleich die Gewährleistung von Eigentum und Erbrecht in einem Zusammenhang stehen, garantiert die Erbrechtsgarantie nicht das (unbedingte) Recht, den gegebenen Eigentumsbestand von Todes wegen ungemindert auf Dritte zu übertragen; die Möglichkeiten des Gesetzgebers zur Einschränkung des Erbrechts sind - weil sie an einen Vermögensübergang anknüpfen - weitergehend als die zur Einschränkung des Eigentums (BVerfG 19.04.2005, 1 BvR 1644/00, BVerfGE 112, 332-363, Rn 61).

Vor diesem Hintergrund ist es auch aus Sicht des Senats verfassungsrechtlich nicht geboten, die Vererblichkeit von Sozialleistungsansprüchen unbegrenzt zu gewährleisten. Bereits im Jahr 1965 hat das BVerfG entschieden, dass die Beschränkung der Vererblichkeit eines Rentenanspruchs auf den Fall, dass der Versicherte selbst diesen Anspruch zu seinen Lebzeiten geltend gemacht hat (siehe die jetzige Regelung in § 59 Satz 2 SGB I), nicht gegen das durch Art 14 GG gewährleistete Erbrecht verstößt. Durch die Beschränkung der Vererblichkeit werde - so das BVerfG - das Erbrecht weder als Rechtsinstitut noch als Individualrecht in Bezug auf die Ansprüche aus der Rentenversicherung in seinem Wesen endgültig beseitigt. Vielmehr werde es aufrechterhalten und nur von der Bedingung abhängig gemacht, dass der Versicherte selbst zu seinen Lebzeiten den Anspruch erhoben hatte (BVerfG 01.12.1965, 1 BvR 412/65, BVerfGE 19, 202-206, Rn 15). Diese Argumentation lässt sich aber nicht auf den Anspruch nach § 13 Abs 2 SGB V übertragen. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V unterscheidet sich von anderen Sozialleistungen wie zB Renten wegen Alters,

Arbeitslosengeld oder Krankengeld, die ebenfalls auf einer erheblichen Eigenleistung der Versicherten (Zahlung von Beiträgen) beruhen, dadurch, dass es sich um einen Ausgleich für Aufwendungen handelt, für die der Versicherte zusätzlich in Vorleistung treten musste. Eine Anwendung des § 59 Satz 2 SGB I auch auf den Kostenerstattungsanspruch des § 13 Abs 2 SGB V hätte zur Konsequenz, dass im Erbfall zwar die Zahlungsverpflichtungen des Erblassers aus den von ihm geschlossenen Behandlungsverträgen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Klägerin als Erbin übergehen, dagegen die Erstattungsansprüche des Erblassers und (vormaligen) Versicherten nach § 13 Abs 2 SGB V gegen seine Krankenkasse mit dem Erbfall erlöschen. Ein sachlicher Grund für eine solche Regelung ist nicht ansatzweise erkennbar. Der Senat hält daher eine teleologische Reduktion des § 59 Satz 2 SGB I für geboten.

Das Grundgesetz schreibt eine bestimmte Auslegungsmethode oder gar eine reine Wortinterpretation nicht vor. Zu den anerkannten Methoden der Gesetzesauslegung gehört auch die teleologische Reduktion. Sie ist dann vorzunehmen, wenn die auszulegende Vorschrift auf einen Teil der vom Wortlaut erfassten Fälle nicht angewandt werden soll, weil Sinn und Zweck der Norm, ihre Entstehungsgeschichte und der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen gegen eine uneingeschränkte Anwendung sprechen (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 31.10.2016, 1 BvR 871/13, Rn. 22, juris mwN). Die Voraussetzungen für die Anwendung dieser Auslegungsmethode sind hier erfüllt. Die Regelung in § 59 Satz 2 SGB I ist daher im Wege der teleologischen Reduktion so auszulegen, dass Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs 2 SGB V von dieser Norm gar nicht erfasst werden mit der Folge, dass diese Ansprüche gemäß § 1922 Abs 1 BGB auf den Rechtsnachfolger übergehen. Die gleiche Problematik bestand auch in der sozialen Pflegeversicherung. Deshalb wurde durch Art 2 Nr 4 GVWG vom 11.07.2021 (BGBl I S 2754) die Regelung in § 35 Elftes Buch Sozialgesetzbuch um einen Satz 2 („Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.“) ergänzt (vgl hierzu BT-Drs 19/30560 S 60 f). Solange eine vergleichbare Regelung im SGB V fehlt, bedarf es - auch zur Vermeidung eines gleichheitswidrigen Begünstigungsausschlusses (vgl BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 31.10.2016, 1 BvR 871/13, Rn 38, juris mwN) - für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Abs 2 SGB V der teleologischen Reduktion des § 59 Satz 2 SGB I.

Dem steht nicht entgegen, dass der 2. Senat des BSG im Urteil vom 23.06.2020 eine Verfassungswidrigkeit von § 59 Satz 2 SGB I ausdrücklich verneint und eine planwidrige Lücke für den Fall einer nicht mehr zu Lebzeiten des Versicherten erfolgten Anzeige einer Berufskrankheit abgelehnt hat. Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, zwar greife § 59 Satz 2 SGB I in das verfassungsrechtlich garantierte "Erbrecht" (Art 14 Abs 1 Satz 1 Var 2 GG) ein, das die (Gesamt-)Rechtsnachfolge in alle Vermögensgegenstände schütze, die dem Erblasser zu Lebzeiten zugeordnet gewesen seien. § 59 Satz 2 SGB I bestimme jedoch Inhalt und Schranken des Erbrechts (Art 14 Abs 1 Satz 2 GG) im Hinblick auf seine legitimen Ziele (zweckgerechte Zahlung an die primär Berechtigten, Verwaltungsentlastung) in verhältnismäßiger Weise. Der Ausschluss der Rechtsnachfolge in die Ansprüche des Versicherten betreffe nur einen sehr kleinen, abgrenzbaren Teilbereich des Rechts auf (Gesamt-)Rechtsnachfolge in alle dem Versicherten zuvor zugeordneten Vermögensgegenstände. Zudem handele es sich bei diesen der Rechtsnachfolge entzogenen Vermögensgegenständen um öffentlich-rechtliche Ansprüche, die für einen spezifischen Zweck - nämlich den Ausgleich von finanziellen Nachteilen des Versicherten aufgrund des Eintritts des Versicherungsfalls - bestimmt seien. Dieser sozial(versicherungs)rechtliche Zweck könne nach dem Tod des Versicherten nicht mehr eintreten, so dass der Übergang dieser Ansprüche lediglich das Vermögen seiner Rechtsnachfolger mehre, deren soziale Sicherung im Übrigen auch durch Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung gewährleistet werde (BSG 23.06.2020, B 2 U 5/19 R, BSGE 130, 226-237, SozR 4-2700 § 202 Nr 1, Rn 19). Der hier zu beurteilende Sachverhalt unterscheidet sich in wesentlicher Hinsicht von der Konstellation, die der 2. Senat des BSG im Blick hatte. Es geht hier gerade nicht darum, nur das Vermögen der Hinterbliebenen zu mehren, sondern den Erben einen Aufwendungsersatz für Ausgaben zu versagen, die sie (oder noch der Erblasser zu Lebzeiten) getätigt haben. Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V stellt nicht bloß einen Ausgleich von finanziellen Nachteilen des Versicherten aufgrund des Eintritts des Versicherungsfalls dar, sondern dient dazu, eine (im Sozialrecht meist nicht verlangte) Vorleistung des Versicherten auszugleichen.

Die Klägerin hat deshalb einen Kostenerstattungsanspruch iHv 6.542,36 €. Die Höhe des geltend gemachten Betrages ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21.12.2021 umfassend dargelegt, dass nach den eingereichten Rechnungen ein Betrag von 6.542,36 € erstattungsfähig ist. Die Klägerin hat sich dem nach eigener Prüfung angeschlossen und mit Schriftsatz vom 05.01.2022 die geltend gemachte Forderung auf diesen Betrag reduziert. Auch für den Senat sind keine Fehler bei der Berechnung ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 155 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Als Rechtsnachfolgerin des Versicherten gehört die Klägerin nicht zum privilegierten Personenkreis nach § 183 Satz 1 SGG, für den das Verfahren gerichtskostenfrei ist. Zwar sind nach § 197a SGG iVm § 155 Abs 1 Satz 1 VwGO, wenn ein Beteiligter teils obsiegt, teils unterliegt, die Kosten gegeneinander aufzuheben oder verhältnismäßig zu teilen. Einem Beteiligten können aber die Kosten ganz auferlegt werden, wenn der andere nur zu einem geringen Teil unterlegen ist (§ 197a SGG iVm § 155 Abs 1 Satz 3 VwGO). Davon geht der Senat hier aus. Eingeklagt hat die Klägerin ursprünglich einen Betrag in Höhe 6.787,19 € (Schriftsatz vom 04.11.2019, Bl 18/21 der SG-Akte). Nach einem ausführlichen Hinweis der Beklagten im Berufungsverfahren auf die der Klägerin bei einem Erfolg der Klage zustehenden Beträge (Schriftsatz vom 21.12.2021, Bl 201 der LSG-Akte) hat die Klägerin die Klageforderung auf 6.542,36 € ermäßigt (Schriftsatz vom 05.01.2022, Bl 209 der LSG-Akte). In Höhe des zuletzt genannten Betrages ist die Klage erfolgreich. Der Senat geht bei dieser Sachlage davon aus, dass die Klägerin nur zu einem geringen Teil unterlegen ist.

Die Revision wird zugelassen, weil die Frage, ob es sich bei dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 2 SGB V um einen Anspruch auf laufende Leistungen handelt, und die Frage, nach welchen Rechtsvorschriften sich die Vererbung dieses Anspruchs richtet, grundsätzliche Bedeutung haben.

Der Streitwert wird für das Klage- und das Berufungsverfahren endgültig auf jeweils 6.787,19 € festgesetzt. In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, auf die gemäß § 1 Abs 2 Nr 3 Gerichtskostengesetz (GKG) iVm § 197a Abs 1 Satz 1 SGG das GKG Anwendung findet, ist der Streitwert, soweit nichts anderes bestimmt ist, nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren Höhe maßgebend (§ 52 Abs 3 GKG). Der Streitwert errechnet sich hier aus der Höhe des von der Klägerin (ursprünglich) verfolgten Zahlungsanspruchs.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-12-09