

B 1 KR 39/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
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
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 39/22 R
Datum
25.06.2024
Kategorie
Urteil

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 8. November 2022 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 6542,36 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für medizinische Behandlungen des verstorbenen Ehemanns der Klägerin.

2

Die Klägerin ist Witwe und Erbin des bis zu seinem Tod bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten W. (im Folgenden: Versicherter). Sie lebte mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt. Der Versicherte hatte gegenüber der Beklagten anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gewählt. Die Beklagte informierte ihn darüber, dass die Kostenerstattung im stationären Bereich lediglich 30 % der Fallpauschale abdecke. Am 13.4.2019 verstarb der Versicherte während einer stationären Behandlung in den S. Kliniken H. Im Juni 2019 legte die Klägerin bei der Beklagten Rechnungsbelege für verauslagte Behandlungskosten ua für den stationären Aufenthalt in den S. Kliniken des Versicherten iHv insgesamt 23 956,04 Euro für die Zeit ab Rechnungsdatum 18.12.2018 vor und begehrte deren Erstattung.

3

Mit dem Begehren auf Kostenerstattung hatte die Klägerin bei der Beklagten und vor dem SG keinen Erfolg (Bescheid vom 28.6.2019; Widerspruchsbescheid vom 18.9.2019; Urteil vom 30.4.2020). Auf die Berufung hat das LSG das Urteil des SG sowie die Bescheide der Beklagten geändert und die Beklagte verurteilt, der Klägerin die Behandlungskosten ihres verstorbenen Ehemanns in Höhe der nunmehr noch begehrten 6542,36 Euro zu zahlen. Der Anspruch auf Kostenerstattung sei mit dem Tod des Versicherten nach [§ 1922 Abs 1 BGB](#) auf die Klägerin übergegangen und nicht nach [§ 59 SGB I](#) erloschen. Zwar seien die Ansprüche im Zeitpunkt des Todes weder festgestellt noch sei ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig gewesen, ein derartiges Verständnis der Norm sei jedoch verfassungswidrig. Es gebe keinen sachlichen Grund dafür, dass im Erbfall zwar die Zahlungsverpflichtungen des Versicherten aus den von ihm geschlossenen Behandlungsverträgen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Klägerin übergingen, seine Erstattungsansprüche gegen die Beklagte nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) aber erloschen seien. [§ 59 Satz 2 SGB I](#) sei im Wege der teleologischen Reduktion so auszulegen, dass Kostenerstattungsansprüche nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) von dieser Norm nicht erfasst seien (Urteil vom 8.11.2022).

4

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von [§ 59 Satz 2 SGB I](#). Die vom LSG vorgenommene teleologische Reduktion sei unzulässig. 2021 habe der Gesetzgeber [§ 35 SGB XI](#) entsprechend ergänzt und eine ausdrückliche Ausnahme vom Untergang von Ansprüchen mit dem Tod des Berechtigten geschaffen. Im Übrigen sei die Regelung des [§ 59 SGB I](#) aber unangetastet geblieben. Eine planwidrige Regelungslücke liege nicht vor. Der Versicherte habe sich bewusst gegen das Sachleistungssystem entschieden. Es sei seine Entscheidung gewesen, Rechnungen nur einmal im Jahr gesammelt einzureichen. Dies habe das Risiko zur Folge gehabt, dass im Fall seines Todes seine Erben diese Ansprüche verlieren. Da die Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs 2 SGB V](#) nur von wenigen Versicherten gewählt werde, sei diese Regelung auch verhältnismäßig.

5

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 8. November 2022 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 30. April 2020 zurückzuweisen.

6

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet und daher zurückzuweisen ([§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die Beklagte zur Zahlung von 6542,36 Euro an die Klägerin verurteilt und die Bescheide der Beklagten sowie das klageabweisende Urteil des SG aufgehoben. Der Klägerin stehen Kostenerstattungsansprüche in dieser Höhe gegen die Beklagte zu.

9

Ursprünglicher Gegenstand des Rechtsstreits ist eine von der Klägerin im Verwaltungsverfahren nicht näher konkretisierte Erstattungsforderung zu Rechnungsbelegen über eine Gesamtsumme von 23 956,04 Euro. Die zunächst auf Erstattung in gesetzlicher Höhe gerichtete Klage hat die Klägerin sodann auf 6787,19 Euro beziffert. Die Klägerin hat im Berufungsverfahren entsprechend einer Korrekturberechnung der Beklagten die Forderung auf 6542,36 Euro reduziert. Es handelt sich dabei um die Gesamtsumme von sechzehn Kostenerstattungsansprüchen für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel, die unter Berücksichtigung gesetzlicher und satzungsrechtlicher Regelungen von der Beklagten sachlich-rechnerisch ermittelt wurde. Diese Erstattungsansprüche hat die Klägerin zuletzt beim LSG geltend gemacht.

10

Die von der Klägerin als Rechtsnachfolgerin des Versicherten erhobene kombinierte Anfechtungs und Leistungsklage ([§ 54 Abs 1 Satz 1](#) iVm [Abs 4 SGG](#)) ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat nach [§ 1922 Abs 1 BGB](#) iVm [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung von 6542,36 Euro.

11

Als Rechtsnachfolgerin kann die Klägerin grundsätzlich nur Ansprüche geltend machen, die dem Versicherten zu Lebzeiten zustanden. Der Versicherte hat medizinische Leistungen in Anspruch genommen, aus denen er im Fall seines Überlebens Erstattung iHv 6542,36 Euro hätte verlangen können (hierzu 1.). Ein Kostenerstattungsanspruch war daraus allerdings zu seinen Lebzeiten nur insoweit erwachsen, als er Vergütungsforderungen von zugelassenen Leistungserbringern für Leistungen im Rahmen des Leistungskatalogs aufgrund einer wirksamen Zahlungsverpflichtung bereits beglichen hatte (hierzu 2.). Für den Kostenerstattungsanspruch eines Rechtsnachfolgers des Versicherten gegen die KK genügt es, dass der verstorbene Versicherte insoweit eine Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft auf Kostenerstattung erlangt hat, die nach seinem Tod zum Vollrecht erstarken kann (hierzu 3.). Sowohl die Kostenerstattungsansprüche als auch die Anwartschaften auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gehen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach [§ 1922 Abs 1 BGB](#) auf den Rechtsnachfolger über. Die [§§ 56, 58, 59 SGB I](#) finden insoweit keine Anwendung (hierzu 4.). Danach stehen der Klägerin als Alleinerbin die geltend gemachten Kostenerstattungsansprüche iHv insgesamt 6542,36 Euro zu (hierzu 5.).

12

1. Der gewillkürte Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch des Versicherten gegen seine KK.

13

Er setzt voraus, dass der Versicherte eine entsprechende Willenserklärung zur Wahl der Kostenerstattung iS des [§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) abgegeben hat, sich eine von den KKn allgemein in Natur als Sach oder Dienstleistung zu erbringende Leistung im konkreten Behandlungsfall unter Beachtung der materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen bei dem im Regelfall zugelassenen Leistungserbringer (vgl. [§ 13 Abs 2 Satz 5](#) und [6 SGB V](#)) selbst beschaffte und diesem gegenüber einer wirksamen und fälligen Vergütungsverpflichtung ausgesetzt war, die erfüllt wurde (vgl. BSG vom 18.5.2004 [B 1 KR 21/02 R BSGE 93, 1](#) = [SozR 42500 § 31 Nr 1](#), RdNr 13; BSG vom 8.9.2009 [B 1 KR 1/09 R BSGE 104, 160](#) = [SozR 42500 § 13 Nr 22](#), RdNr 12; stRspr zu [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#): vgl. zB BSG vom 19.10.2023 [B 1 KR 16/22 R](#) juris RdNr 11 mwN; BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 20/10 R BSGE 109, 218](#) = [SozR 42500 § 31 Nr 20](#), RdNr 8 mwN; BSG vom 7.11.2006 [B 1 KR 24/06 R BSGE 97, 190](#) = [SozR 42500 § 27 Nr 12](#), RdNr 11 mwN).

14

Diese Voraussetzungen mit Ausnahme der Fälligkeit und Rechnungsbegleichung liegen nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen und für den Senat insoweit bindenden Feststellungen des LSG bei den sechzehn Kostenerstattungsansprüchen vor. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Der Versicherte erklärte seine Wahl der Kostenerstattung 2004 wirksam gegenüber der Beklagten und bestätigte sie 2017 erneut. Er nahm ua durch die stationäre Krankenhausbehandlung vor seinem Tod Leistungen in Anspruch, die ihrer Art nach Sach und Dienstleistungen sind und die materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Die Beklagte hat den sich aus den vorgelegten Rechnungen ergebenden Erstattungsbetrag selbst errechnet und es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich darunter auch nicht erstattungsfähige Rechnungen aufgrund einer Inanspruchnahme von Leistungen durch im Inland nicht zugelassene Leistungserbringer abgesehen von der in Spanien während eines Urlaubs erfolgten Auslandsbehandlung (vgl. dazu [§ 13 Abs 2](#) iVm [Abs 4 SGB V](#)) oder solche außerhalb des Leistungskatalogs befunden haben könnten. Auch gibt es keine Hinweise darauf, dass die Vergütungsforderungen der in Anspruch genommenen Leistungserbringer nicht fällig oder unwirksam gewesen sein könnten (siehe hierzu

unten 3. a), RdNr 20 f).

15

Die eingereichten Rechnungen summierten sich auf insgesamt 23 956,04 Euro. Dass sich daraus eine anteilige Erstattung iHv 6542,36 Euro errechnet, ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Das LSG ist nach dem Gesamtzusammenhang seiner von den Beteiligten nicht angegriffenen Feststellungen davon ausgegangen, dass die einzelnen Kostenerstattungsansprüche begründenden tatsächlichen Umstände erfüllt sind. Denn das LSG hat unter Bezugnahme auf die Prüfung der sachlich-rechnerischen Erstattungsfähigkeit durch die Beklagte ausgeführt, dass keine Fehler bei der Berechnung ersichtlich seien. Der Senat muss aufgrund der Begrenzung der Klageforderung im Berufungsverfahren nicht darüber entscheiden, ob der Klägerin ein höherer als der beim LSG zuletzt geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch zustehen könnte (vgl zur Frage der Zulässigkeit pauschaler Begrenzungen des Erstattungsbetrages in Satzungsregelungen der KK: LSG Nordrhein-Westfalen vom 15.12.2022 [L 16 KR 742/21](#) juris RdNr 28; Schifferdecker in BeckOGK, SGB V [§ 13](#) RdNr 45, Stand 15.5.2024; Helbig in jurisPK-SGB V, § 13 RdNr 44.1, Stand: 19.3.2024).

16

2. Die Satzung der Beklagten fordert, dass der Vergütungsanspruch beglichen sein muss, damit der Versicherte den Kostenerstattungsanspruch geltend machen kann. Diese Voraussetzung hat der Versicherte zu seinen Lebzeiten nicht für alle in Anspruch genommenen Leistungen erfüllt. Erst seine Ehefrau hat als Erbin die noch offenen Rechnungen, insbesondere die Rechnung der S. Kliniken bezahlt (dazu 3. bis 5.).

17

[§ 13 Abs 2 SGB V](#) sieht vor, dass Versicherte sich für das Kostenerstattungsverfahren entscheiden können. Das Nähere des Verfahrens hat die KK in ihrer Satzung zu regeln ([§ 13 Abs 2 Satz 9 SGB V](#)). Die insoweit maßgebliche, sich auf das Bundesgebiet erstreckende Satzung der Beklagten idF vom 15.12.2018 setzt für die Fälligkeit des Kostenerstattungsanspruchs voraus, dass die Rechnung beglichen wurde. Dies folgt daraus, dass die Versicherten die Bezahlung der Rechnung auf Verlangen nachzuweisen haben (§ 23 Abs 2 Satz 4 der Satzung). Können sie dies nicht, kann die Beklagte die Kostenerstattung zunächst ablehnen.

18

Dies befindet sich auch im Einklang mit [§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Zu [§ 13 Abs 3 SGB V](#) hat der Senat bereits entschieden, dass die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs erst erfüllt sind, wenn tatsächlich Kosten entstanden sind, dh dass auch tatsächlich Zahlungen geleistet sein müssen. Andernfalls kommt allenfalls ein Freistellungs-, aber kein Kostenerstattungsanspruch in Betracht (vgl BSG vom 18.7.2006 [B 1 KR 24/05 R](#) BSGE 97, 6 = [SozR 42500 § 13 Nr 9](#), RdNr 22). Da allerdings die bewusste Wahl der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) grundsätzlich einen Anspruch auf Freistellung von den Behandlungskosten ausschließt, ist regelmäßig eine Begleichung der Rechnung erforderlich, soweit die Satzung der KK keine abweichende Regelung vorsieht. Ob Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen ungeachtet eventuell entgegenstehender Satzungsregelungen der KKn kraft Gesetzes anstelle der Kostenerstattung in diesem engeren Sinn auch einen Anspruch auf Kostenübernahme ohne vorausgegangene Rechnungsbegleichung oder weitergehend auf eine direkte Zahlungsabwicklung zwischen KK und Leistungserbringer oder gar auf Vorschussleistungen haben können, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung. All dies könnte insbesondere bei einer drohenden finanziellen Überforderung der Versicherten in Betracht kommen, die die Inanspruchnahme von Leistungen faktisch verhindert. Hierfür oder für andere Ausnahmegründe ist vorliegend weder etwas ersichtlich noch dargetan.

19

3. Der Tod des Versicherten vor Begleichung der Rechnung schließt einen Kostenerstattungsanspruch seiner Rechtsnachfolger gegen die KK nicht aus. Dies folgt jedoch nicht daraus, dass der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) bereits im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung entsteht. Abweichend von seiner bisherigen Rechtsprechung hält der Senat hieran nicht fest (dazu a). Die Anwartschaft auf Kostenerstattung bleibt jedoch erhalten und kann beim Rechtsnachfolger zum Vollrecht werden, wenn das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherten endet. Die Anwartschaft erstarkt zu einem Kostenerstattungsanspruch und dieser wird fällig ([§§ 40, 41 SGB I](#)), sobald die hierfür noch fehlenden Voraussetzungen hier die Begleichung einer wirksamen und fälligen Vergütungsforderung vorliegen. Die Vergütungspflicht gegenüber dem Leistungserbringer muss nicht bereits zu Lebzeiten des Versicherten fällig und erfüllt gewesen sein, um bei seinem Rechtsnachfolger den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 1922 BGB](#) iVm [§ 13 Abs 2 SGB V](#) entstehen zu lassen. Vielmehr gebieten Verfassungsrecht sowie Regelungssystem und Regelungszweck des [§ 13 Abs 2 SGB V](#), dass für die grundsätzliche Leistungspflicht der KK allein der Versichertenstatus zum Zeitpunkt der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistung entscheidend ist. Das erfordert der allgemeine Gleichheitssatz (hierzu b) und es entspricht auch Regelungssystem und Zweck des freiwilligen Kostenerstattungsverfahrens (hierzu c). Versicherte, die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gewählt haben, erwerben mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung regelmäßig gegenüber der KK bereits eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft, wenn die sonstigen Voraussetzungen eines entsprechenden Sachleistungsanspruchs erfüllt sind (hierzu d).

20

a) Die Kostenerstattungsansprüche nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) werden genauso wie solche nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) mit ihrer Entstehung fällig ([§§ 40, 41 SGB I](#); vgl BSG vom 3.7.2012 [B 1 KR 6/11 R](#) BSGE 111, 137 = [SozR 42500 § 13 Nr 25](#), RdNr 10) und sie entstehen grundsätzlich soweit die Satzung nichts Abweichendes regelt oder sonstige Ausnahmen in Betracht kommen erst nach Begleichung einer wirksamen und fälligen Vergütungsforderung des Leistungserbringers.

21

Die Entscheidung des Senats vom 28.5.2019 ([B 1 A 1/18 R](#) BSGE 128, 142 = [SozR 42500 § 11 Nr 5](#), RdNr 16, 18) hinsichtlich des Zeitpunktes der vollständigen Entstehung des Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) ist zu korrigieren. Insoweit hält der Senat nicht an der aus dem Gleichbehandlungsgebot abgeleiteten Schlussfolgerung fest, der Kostenerstattungsanspruch entstehe bereits im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung (so aber BSG vom 28.5.2019 [B 1 A 1/18 R](#) BSGE 128, 142 = [SozR 42500 § 11 Nr 5](#), RdNr 16). Nach ständiger Senatsrechtsprechung zu [§ 13 Abs 3 SGB V](#) entsteht ein Kostenerstattungsanspruch erst, wenn Versicherten Kosten im Rechtssinne entstanden sind (vgl BSG vom 18.8.2022 [B 1 KR 29/21 R](#) juris RdNr 30 mwN). Dies setzt voraus, dass sie einer wirksamen und fälligen Vergütungsforderung des Leistungserbringers ausgesetzt sind. Bei ärztlichen Leistungen im Anwendungsbereich der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist hierfür eine den formalen Anforderungen des § 12 Abs 2 bis 4 GOÄ genügende Rechnung erforderlich (stRspr, vgl zuletzt BSG vom 29.8.2023 [B 1 KR 13/22 R](#) [SozR 42500 § 27a Nr 22](#) RdNr 19; ferner BSG vom 26.2.2019 [B 1 KR 33/17 R](#) juris

RdNr 45 mwN; BSG vom 2.9.2014 [B 1 KR 11/13 R BSGE 117, 10](#) = SozR 42500 § 13 Nr 32, RdNr 27; BSG vom 23.7.1998 [B 1 KR 3/97 R SozR 3-2500 § 13 Nr 17](#) S 78 f = juris RdNr 12). Im Bereich stationärer Krankenhausbehandlung ist eine wirksame Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Krankenhaus nur unter Einhaltung des zwingenden Preisrechts nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) begründet (vgl BSG vom 18.8.2022 [B 1 KR 29/21 R](#) juris RdNr 31; BSG vom 8.9.2015 [B 1 KR 14/14 R](#) juris RdNr 21 f). Dazu gehört für die in § 1 Abs 1 KHEntgG genannten DRG-Krankenhäuser sowie die in § 1 Abs 2 Satz 1 KHEntgG aufgeführten Krankenhäuser insbesondere eine den Anforderungen des § 8 Abs 9 KHEntgG entsprechende Rechnung (vgl BSG vom 18.8.2022 [B 1 KR 29/21 R](#) juris RdNr 35). Die Vorschriften dienen dem Schutz selbstzahlender Patienten, die ohne eine entsprechende Rechnung keine Möglichkeit haben, die geforderte Vergütung nachzuvollziehen. Für den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) muss zudem die KK nachvollziehen können, in welcher Höhe sie Kosten bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte ([§ 13 Abs 2 Satz 8 SGB V](#)), sodass auch hierfür eine den formalen Anforderungen des § 8 Abs 9 Satz 1 KHEntgG entsprechende Rechnung erforderlich ist.

22

b) Der Senat hält aber daran fest, dass das Ende des Versichertenstatus auch durch Tod dem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegensteht.

23

Der Senat hat in seiner bisherigen Rechtsprechung ausgeführt, dass bei der gewählten Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) die Leistungspflicht der KK für eine konkrete Behandlungsmaßnahme für alle Versicherten allein vom Versichertenstatus im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Nur so ist der gebotene Gleichlauf mit den alternativ gegebenen Naturalleistungsansprüchen zu erreichen. Andernfalls käme es zu einer willkürlichen, nicht mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) zu vereinbarenden Ungleichbehandlung zwischen Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben und denen, die dem Sachleistungsgrundsatz unterliegen (BSG vom 28.5.2019 [B 1 A 1/18 R](#) BSGE 128, 142 = SozR 42500 § 11 Nr 5, RdNr 16, 18). Denn die den Versicherten durch Gesetz eingeräumte Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, darf nicht dadurch ausgehöhlt werden, dass diese Versicherten immer dann keine Leistungen zu Lasten der KK in Anspruch nehmen können, wenn die Begleichung einer wirksamen Rechnung und deren Vorlage bei der Beklagten nicht mehr während der Zeit der Mitgliedschaft realisierbar ist.

24

An diesen Erwägungen hält der Senat nicht nur für den in seinem Urteil vom 28.5.2019 ([B 1 A 1/18 R](#) BSGE 128, 142 = SozR 42500 § 11 Nr 5, RdNr 16, 18) entschiedenen Fall des KK-Wechsels fest, sondern auch für den Fall der Rechtsnachfolge von Todes wegen. Es bleibt dabei, dass für die grundsätzliche Leistungspflicht der KK allein der Zeitpunkt der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistung entscheidend ist. Der allgemeine Gleichheitssatz verbietet die willkürliche Ungleichbehandlung, die sich ergeben würde, wenn die vom Umfang der Versicherung umfassten Leistungen bei gewählter Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) am Lebensende grundsätzlich nicht mehr zu Lasten der KK in Anspruch genommen werden könnten. Die Zufälligkeit des Todes Eintritts vor Stellung der Rechnung und deren Begleichung ist bei gleicher Beitragslast kein sachlicher Grund für einen davon abhängigen unterschiedlichen Umfang des Anspruchs kostenerstattungs- und sachleistungsberechtigter Versicherter. Maßgeblich ist allein, dass zu Lebzeiten des Versicherten ein der Sachleistung entsprechender Beschaffungsvorgang erfolgt ist.

25

c) Dies ergibt sich zudem auch aus dem Regelungssystem und dem Zweck des freiwilligen Kostenerstattungsverfahrens.

26

Versicherte, die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gewählt haben, erlangen eine Rechtsposition, aufgrund derer sie sich medizinische Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern entsprechend dem Leistungskatalog selbst beschaffen können. Sie müssen dazu grundsätzlich ebenso wie die Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip nicht zuvor eine Entscheidung der KK einholen. Die KK kann diesem Kostenerstattungsanspruch den Beschaffungsweg nicht anspruchshindernd entgegenhalten (vgl BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 21/19 R](#) SozR 42500 § 13 Nr 54 juris RdNr 31).

27

Das Vollrecht entsteht zwar erst mit der Erfüllung zusätzlicher Anspruchsvoraussetzungen (wirksame Rechnungsstellung und Zahlung). Sie entfallen aber beim Naturalleistungsanspruch. Als Surrogat für die ansonsten zu gewährende Sach oder Dienstleistung bildet der Kostenerstattungsanspruch mit diesem eine funktionale Einheit. Beiden liegt dieselbe Sozialleistung iS von [§ 11 SGB I](#) zugrunde. Der wesentliche Unterschied besteht im Vorgang der Leistungsbeschaffung, nicht aber in dem sich insbesondere aus [§ 27 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Leistungszweck, der in der Krankheitserkennung, ihrer Heilung, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder der Linderung der Krankheitsbeschwerden liegt. Mit der gesetzeskonformen Leistungsbeschaffung ist dieser Zweck erfüllt. Auch danach gibt es keinen sachlichen Grund, eine Kostenerstattung nur deshalb zu versagen, weil die Rechnungsstellung und/oder Rechnungsbegleichung erst nach dem Tod des Versicherten erfolgt.

28

d) Mit der die Sachleistung ersetzenden Selbstbeschaffung ist der von der KK unabhängige Rechtsboden für den Kostenerstattungsanspruch gelegt, wenn die sonstigen Voraussetzungen eines entsprechenden Sachleistungsanspruchs erfüllt sind. Mit der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung setzen sich die Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer unmittelbar einer Vergütungsforderung aus. Sie erwerben damit im Hinblick auf den Kostenerstattungsanspruch gegenüber der KK bereits eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft.

29

Voraussetzung eines Anwartschaftsrechts als eines dem Vollrecht wesensähnlichen und selbstständig verkehrsfähigen Rechts ist grundsätzlich, dass von dem mehraktigen Entstehungstatbestand eines Rechts schon so viele Erfordernisse erfüllt sind, dass von einer gesicherten Rechtsposition des Erwerbers gesprochen werden kann, die der andere an der Entstehung des Rechts Beteiligte nicht mehr durch einseitige Erklärung zu zerstören vermag (vgl BGH vom 24.3.1994 [X ZR 108/91](#) BGHZ 125, 334, 338 juris RdNr 20). Eine solche gesicherte Rechtsposition erwerben Versicherte bereits durch die Inanspruchnahme der Leistung. Mit Abschluss des Behandlungsvertrags und Erbringung der Leistung setzen sie sich gegenüber den Leistungserbringern einer zivilrechtlichen Kostenschuld aus ([§ 630a BGB](#)), die neben dem Anspruch auf die naturalleistungsgleiche Leistung die zweite wesentliche Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs ist. Die Begleichung dieser Kostenschuld kann die KK nicht verhindern.

30

Das wird auch an einem Vergleich mit [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) deutlich. Soweit dessen Voraussetzungen der Beschaffung einer nicht rechtzeitig erbrachten unaufschiebbaren Leistung (Alt 1) oder einer zu Unrecht abgelehnten Leistung (Alt 2) vorliegen, entsteht bereits ein Anspruch auf Freistellung von darauf beruhenden Kosten, noch bevor tatsächlich Kosten beim Versicherten entstanden sind. Diesen nicht ausdrücklich im Gesetz genannten Anspruch hat die Rechtsprechung aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#) entwickelt, weil den Versicherten bereits mit Inanspruchnahme der medizinischen Leistung eine Rechtsposition zukommt, sofern der Beschaffungsweg eingehalten wurde (vgl BSG vom 11.9.2012 [B 1 KR 3/12 R BSGE 111, 289](#) = SozR 42500 § 27 Nr 23 RdNr 7, 36 ff; BSG vom 2.9.2014 [B 1 KR 11/13 R BSGE 117, 10](#) = SozR 42500 § 13 Nr 32, RdNr 16).

31

4. Kostenerstattungsansprüche nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gehen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge ([§ 1922 BGB](#)) über (für die Zeit vor Inkrafttreten des SGB I im Ergebnis ebenso BSG vom 11.8.1966 [3 RK 88/63 BSGE 25, 146](#) = SozR Nr 16 zu § 184 RVO juris RdNr 19). Die [§§ 56, 58, 59 SGB I](#) stehen einem Übergang der vom Versicherten zu Lebzeiten erworbenen fälligen Kostenerstattungsansprüche und Anwartschaften auf Kostenerstattung auf den Rechtsnachfolger nicht entgegen, da diese Regelungen keine Anwendung finden.

32

a) Die zivilrechtliche Gesamtrechtsnachfolge ([§ 1922 Abs 1 BGB](#)) wird grundsätzlich durch die sozialrechtlichen Sondervorschriften der [§§ 56 ff SGB I](#) überlagert. Nach [§§ 56](#) und [58 SGB I](#) gehen nur fällige Ansprüche auf Sonderrechtsnachfolger oder Erben über. Zudem erlöschen Ansprüche auf Geldleistungen nach [§ 59 Satz 2 SGB I](#) mit dem Tod des Berechtigten, wenn sie im Zeitpunkt des Todes noch nicht festgestellt und noch kein Verwaltungsverfahren über sie anhängig war.

33

b) Diese Sondervorschriften finden auf die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) jedoch keine Anwendung. Sofern dem Berechtigten zu Lebzeiten bereits mindestens eine gefestigte Rechtsposition im Sinne einer Anwartschaft auf Kostenerstattung zustand, geht sie im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach [§ 1922 Abs 1 BGB](#) auf die Erben über.

34

aa) Dies folgt aus den genannten Gründen, den Kostenerstattungsanspruch des Rechtsnachfolgers in Gestalt der zum Vollrecht erstarkenden Anwartschaft letztlich davon abhängig zu machen, dass der verstorbene Versicherte eine dem Sachleistungsanspruch entsprechende Selbstbeschaffung vorgenommen hat. Dem stünden jedoch die Sonderregelungen der Rechtsnachfolge im SGB I entgegen. Ihnen gegenüber vorrangig ist [§ 37 Satz 1 SGB I](#) (vgl auch BSG vom 8.3.2016 [B 1 KR 19/15 R BSGE 121, 32](#) = SozR 43250 § 17 Nr 4, RdNr 19). Er schließt deren Anwendung mit Blick auf die genannten krankensicherungsrechtlichen Strukturprinzipien des Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) aus.

35

bb) Nach [§ 37 Satz 1 SGB I](#) gelten die Vorschriften des SGB I (nur), soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Die Vorschrift räumt den sich aus dem SGB V ergebenden Besonderheiten Vorrang gegenüber den Regelungen des SGB I ein. Die verdrängende Wirkung iS des [§ 37 Satz 1 SGB I](#) kommt einer Vorschrift im Rahmen der besonderen Teile des Sozialgesetzbuchs auch ohne ausdrückliche Anordnung zu, wenn sich aus ihrem Sinn und Zweck bei Berücksichtigung der zugrundeliegenden Interessenbewertung ergibt, dass sie die von ihr erfassten Sachverhalte eigenständig und abweichend von den allgemeinen Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs regeln will (vgl BSG vom 24.8.1994 [6 RKA 20/93 SozR 31300 § 45 Nr 22](#) juris RdNr 11; BSG vom 25.9.2000 [B 1 KR 2/00 R SozR 37860 § 11 Nr 1](#) juris RdNr 28; BSG vom 28.10.2014 [B 14 AS 65/13 R BSGE 117, 186](#) = SozR 44200 § 7 Nr 39, RdNr 20; siehe auch die Gesetzesbegründung in [BTDrucks 7/868 S 29](#); Baier in Krauskopf, SGB I [§ 37](#) RdNr 6, Stand Februar 2024; Krahmer in Krahmer/Trenk-Hinterberger, LPKSGB I, [§ 37](#) RdNr 8, Stand 4. Aufl 2020). Zudem erfasst der Vorbehalt des [§ 37 Satz 1 SGB I](#) auch Abweichungen, die sich nicht aus ausdrücklichen Vorschriften, sondern aus den geltenden Strukturprinzipien eines Sozialleistungsbereichs ergeben (vgl BVerwG vom 10.5.1979 [5 C 79/77 BVerwGE 58, 68](#) juris RdNr 7; BVerwG vom 15.12.1983 [5 C 65/82 BVerwGE 68, 285](#) juris RdNr 10; Just in Hauck/Noftz, SGB I, [§ 37](#) SGB I RdNr 9, Stand November 2021). So liegt der Fall hier.

36

cc) Hinzu kommt: Im Gegensatz zu den anderen Sozialleistungen dient eine Kostenerstattung dem Ausgleich von Kosten, die der Versicherte, seine Angehörigen oder Hinterbliebenen bereits aus eigenem Vermögen aufgebracht haben. Sie sind insoweit in Vorleistung gegangen. Diese Vorleistungspflicht stellt eine relevante Abweichung von der üblichen Struktur und den üblichen Prinzipien der Entstehung von Sozialleistungsansprüchen dar und unterfällt damit dem Vorbehalt des [§ 37 Satz 1 SGB I](#). Die Vorleistungspflicht entsteht bereits mit der Inanspruchnahme einer vom Leistungsumfang umfassten Leistung, was zum Erwerb der gefestigten Rechtsposition führt. Daher käme ein Ausschluss der Rechtsnachfolge zudem einem nachträglichen Eingriff in diese bereits erworbene Rechtsposition gleich. Dafür bilden die [§§ 56 ff SGB I](#) keine hinreichende Grundlage. Versicherte müssen die ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bis zu ihrem Tod uneingeschränkt zu Lasten der KK in Anspruch nehmen können. Sie gehen im Fall der gewählten Kostenerstattung mit der Inanspruchnahme gegenüber dem Leistungserbringer eine eigene Verbindlichkeit ein und müssen darauf vertrauen können, dass die ihnen oder ihren Erben hierdurch entstehenden Kosten nachträglich erstattet werden. Die Anwendung der [§§ 56 ff SGB I](#) wäre mit dem allgemeinen Gleichheitssatz nicht vereinbar.

37

dd) Dieser Gedanke liegt auch der Regelung des [§ 35 Satz 3 SGB XI](#) zugrunde. Darin ist angeordnet, dass abweichend von [§ 59 SGB I](#) Ansprüche auf Kostenerstattung nach dem SGB XI nicht mit dem Ende der Mitgliedschaft durch Tod erlöschen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden. Der Gesetzgeber hat mit der Einfügung dieser Regelung ausdrücklich bezweckt, dass eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche ermöglicht werden soll (vgl BT-Drucks 19/30560 S 61). Es liegen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass dem Gesetzgeber bei dieser Änderung des SGB XI auch die für das SGB V bestehende Ausnahmeregelung des [§ 13 Abs 2 SGB V](#) präsent gewesen ist und er diese vergleichbare Konstellation bewusst nicht geregelt hat. Sachliche Gründe für eine Privilegierung der Rechtsnachfolger im Bereich des SGB XI gegenüber den Rechtsnachfolgern im SGB V sind nicht ersichtlich.

38

ee) In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass sich eine vergleichbare Problematik in den Fällen des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#)

[SGB V](#) nicht stellt. Denn anders als im Fall der gewählten Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) erwerben Versicherte, die sich aufgrund einer nicht rechtzeitig erbrachten unaufschiebbaren Leistung (Alt 1) oder aufgrund einer zu Unrecht abgelehnten Leistung (Alt 2) diese selbst beschafft haben, bereits mit dem rechtmäßigen Beschaffungsvorgang einen Anspruch auf Freistellung von darauf beruhenden Kosten (vgl BSG vom 11.9.2012 [B 1 KR 3/12 R BSGE 111, 289](#) = SozR 42500 § 27 Nr 23, RdNr 7, 36 ff; BSG vom 2.9.2014 [B 1 KR 11/13 R BSGE 117, 10](#) = SozR 42500 § 13 Nr 32, RdNr 16). Ein solcher Freistellungsanspruch erlischt nicht mit dem Tod des Versicherten nach [§ 59 Satz 1 SGB I](#). Hierzu hat vielmehr der 3. Senat in einer Entscheidung vom 6.6.2002 ([B 3 KR 5/02 R](#) juris RdNr 15) bereits ausgeführt: "Der Ausschluss der Sach und Dienstleistungen von der Vererbung beruht im Wesentlichen darauf, dass es sich um höchstpersönliche Leistungen handelt; das ist bei einem Freistellungsanspruch nicht der Fall. Er ist vielmehr eine Vorstufe zum Erstattungsanspruch, der entsteht, wenn die Forderung vom Versicherten selbst beglichen wird. Der Erstattungsanspruch ist wiederum ein Geldleistungsanspruch."

39

5. Der Klägerin steht danach der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch zu. Sowohl die Kostenerstattungsansprüche als auch die erworbenen Rechtspositionen im Sinne von Anwartschaften auf Kostenerstattung sind auf die Klägerin als Alleinerbin übergegangen.

40

Die Klägerin begehrt im Wesentlichen eine anteilige Kostenerstattung für Forderungen von Leistungserbringern, die der Versicherte vor seinem Tod nicht mehr begleichen konnte und die erst nach seinem Tod fällig geworden sind. Letzteres trifft insbesondere auf den größten von der Klägerin geltend gemachten Kostenpunkt zu, die stationäre Behandlung des Versicherten, in deren Verlauf er im Krankenhaus verstarb. Die die Fälligkeit begründende Rechnungslegung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses erfolgte erst nach seinem Tod (19 530,64 Euro, 23.5.2019). Der Versicherte hatte jedoch, soweit eine Rechnungsbegleichung zu seinen Lebzeiten noch nicht erfolgt war oder mangels Rechnungslegung noch nicht erfolgen konnte und die Vergütungsforderung insoweit noch nicht einmal fällig war, für die Erstattung der verbliebenen Vergütungsforderungen nach den vorgenannten Grundsätzen zumindest gefestigte Rechtspositionen im Sinne von Anwartschaften erworben. Dies genügt als Grundlage für die späteren Kostenerstattungsansprüche der Klägerin. Damit waren die wesentlichen Erfordernisse bzw Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten bereits erfüllt. Es lag dann allein in der Hand der Klägerin, die noch ausstehende Zahlung zu bewirken und die Anwartschaft damit zu einem Vollrecht erstarken zu lassen. Die Beklagte hatte keinen Einfluss mehr auf das Entstehen des Vollrechts und konnte es nicht verhindern.

41

Wie sich aus dem unangefochtenen Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG ergibt, sind alle Rechnungen beglichen worden. Damit ist ein Kostenerstattungsanspruch in der zwischen den Beteiligten unstreitigen Höhe hinsichtlich aller streitgegenständlichen Behandlungen und Arzneimittelleistungen entstanden und fällig geworden.

42

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 3 Satz 1](#) sowie [§ 47 Abs 1 Satz 1 GKG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-10-29