
S 14 KR 1187/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 KR 1187/19
Datum	30.06.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 742/21
Datum	15.12.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Tenor:

Auf die Berufung der KlÄgerin wird das Urteil des Sozialgerichts KÄln vom 30.06.2021 geÄndert. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 29.04.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.07.2019 verurteilt, an die KlÄgerin 3.135,29 â¬ zu zahlen.

Die Beklagte trÄgt die notwendigen auÄergerichtlichen Kosten der KlÄgerin in beiden RechtszÄgen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Ä

Tatbestand

Streitig ist Kostenerstattung fÄr eine stationÄre Behandlung im Rahmen eines Kostenerstattungsverfahrens nach [Ä 13 Abs. 2 SGB V](#).

Die am 00.00.0000 geborene KIÄxgerin ist bei der Beklagten seit 1980 gesetzlich krankenversichert. Sie nahm nach ihren eigenen Angaben seit November 2008 am Kostenerstattungsverfahren nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) teil, soweit dies ambulante Behandlungen betraf, nach Angaben der Beklagten seit dem 01.04.2011 fÃ¼r sÃ¤mtliche, also auch stationÃ¤re, Leistungen. Vorherige stationÃ¤re Behandlungen der KIÄxgerin bis 2010 wurden im Rahmen entsprechender Sachleistungen von der Beklagten gewÃ¤hrt. Seit der Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren war es nicht mehr zu einer stationÃ¤ren Behandlung der KIÄxgerin gekommen. Soweit Kosten fÃ¼r andere, insbesondere ambulante Behandlungen von der Beklagten nicht in voller HÃ¶he erstattet wurden, erhielt die KIÄxgerin eine Erstattung des Differenzbetrages von einer privaten Zusatzversicherung.

Mit Schreiben vom 07.06.2017 und 30.06.2017 informierte die Beklagte die KIÄxgerin Ã¼ber SatzungsÃ¤nderungen zum Kostenerstattungsverfahren. Ab dem 01.07.2017 werde die Satzung hinsichtlich der ErstattungsmodalitÃ¤ten und der Erhebung eines Abschlags fÃ¼r Verwaltungskosten geÃ¤ndert. Der Erstattungsbetrag werde ab dem 01.07.2017 pauschal ermittelt und betrage 70% bei Arzneimitteln und 30% bei ambulanter Ã¤rztlicher und stationÃ¤rer Behandlung sowie bei veranlassten Ã¤rztlichen Leistungen (z.B. Heilmittel und Hilfsmittel). Durch die Pauschalierung entfalle der Verwaltungskostenabschlag von 5% und werde eine kurzfristige Erstattung garantiert. Die Beklagte wies darauf hin, dass durch die gewÃ¤hlte Kostenerstattung die elektronische Gesundheitskarte nicht fÃ¼r die entsprechenden Leistungen verwendet werden dÃ¼rfe. Sie stellte in diesem Schreiben die Frage, ob die KIÄxgerin ab dem 01.07.2017 wieder von den Vorteilen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) profitieren wolle. Die Beklagte erlÃ¤uterte hierzu, dass mit der Nutzung der eGK die KIÄxgerin kÃ¼nftig weder die Kosten Ã¤rztlicher oder kostenintensiver stationÃ¤rer Behandlungen verauslagern, noch die Rechnungen bei der Beklagten oder der privaten Versicherung einreichen oder sich dem Risiko aussetzen mÃ¼ssten, Behandlungskosten (anteilig) selbst tragen zu mÃ¼ssen. FÃ¼r den Fall der gewÃ¼nschten Nutzung der eGK genÃ¼ge es, die beigefÃ¼gte WahlerklÃ¤rung zur Beendigung der Teilnahme der KIÄxgerin am Kostenerstattungsverfahren bis zum 30.06.2017 zu Ã¼bersenden. Nach diesen Hinweisen wurde die Frage gestellt: Sie mÃ¶chten weiterhin am Kostenerstattungsverfahren teilnehmen? Aufgrund unserer SatzungsÃ¤nderungen bitten wir Sie, die beigefÃ¼gte WahlerklÃ¤rung ausgefÃ¼llt und unterschrieben bis zum 30.06.2017 an uns zurÃ¼ckzusenden .

Die KIÄxgerin fÃ¼llte unter dem Datum 17.07.2017 die ErklÃ¤rung zur weiteren Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren aus und bestÃ¤tigte diese mit ihrer Unterschrift. Die ErklÃ¤rung enthielt die MÃ¶glichkeit, sich fÃ¼r vier unterschiedliche Leistungsarten fÃ¼r die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren zu entscheiden, jeweils durch Ankreuzen der Antwort ja oder nein. Die KIÄxgerin kreuzte fÃ¼r alle Behandlungen einschlieÃlich stationÃ¤rer Versorgung die Antwort ja an.

Anfang des Jahres 2019 erkrankte die KIÄxgerin an Brustkrebs und wurde in einem Krankenhaus (GFO Kliniken H.) in der Zeit vom 26.03.2019 bis 29.03.2019 stationÃ¤r behandelt. Die Klinik Ã¼bersandte der KIÄxgerin eine DRG-Rechnung in

Höhe von 4.478,98 €. Die Klägerin zahlte diesen Betrag an das Krankenhaus und reichte die Rechnung bei der Beklagten zur Erstattung ein. Mit Bescheid vom 29.04.2019 erstattete die Beklagte der Klägerin einen Betrag von 1.303,69 €, d.h. 30% der Aufwendungen abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von 40 €. Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch ein. Ihr sei am heutigen Tage mitgeteilt worden, dass sie für stationäre Behandlungen nur noch 30% der Kosten erstattet bekomme und ihr Vertrag am 01.07.2017 entsprechend verändert worden sei. Sie habe seit 1983 eine Krankenzusatzversicherung für Ein- und Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung. Da sich bei dieser Versicherung nichts geändert habe, sei nicht nachvollziehbar, warum sie dann einer Vertragsänderung von Seiten der Beklagten zustimmen solle, bei der ihr eine Lücke von 70% der Behandlungskosten entstehe und sie den normalen gesetzlichen Krankenkassenbeitrag bezahle. Es könne sich daher nur um ein Versehen handeln.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2019 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die Klägerin habe seit dem 01.07.2017 die Kostenerstattung u.a. für stationäre Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen gewährt. Die Beklagte habe sie mit Schreiben vom 30.06.2017 über die Satzungsänderung informiert, die Wahlerklärung der Klägerin datiere vom 17.07.2017 und sei ihr mit Schreiben vom 19.07.2017 bestätigt worden. Danach habe sie die pauschalisierte Ermittlung der jeweiligen Erstattungen auch für stationäre Krankenhausbehandlung gewährt. Die für die Erstattung maßgebliche Höhe ergebe sich aus § 23 Abs. 2 der Satzung der Beklagten. Daher sei die Erstattungshöhe nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat am 06.08.2019 Klage beim Sozialgericht Köln erhoben und ihr auf Erstattung des Differenzbetrages gerichtetes Begehren weiterverfolgt. Sie habe durch ihre Erklärung ihren bestehenden Versicherungsschutz nicht ändern wollen und habe den Inhalt des Schreibens der Beklagten vom 07.06.2017 nebst dem Formular „Erklärung“ nicht nachvollziehen können und deshalb die Frage, ob sie weiterhin am Kostenerstattungsverfahren teilnehmen wolle, so verstanden, dass damit der bisherige Versicherungsschutz gemeint gewesen sei. Daher sei sie mit der Satzungsänderung nicht einverstanden gewesen und habe mit der Erklärung, im bisherigen Umfang krankenversichert bleiben zu wollen, dieser widersprochen. Das Schreiben der Beklagten vom 07.06.2017 sei irreführend und für juristische Laien kaum nachvollziehbar. Auch habe sie bei gleichbleibenden Versicherungsprämien nicht freiwillig auf 70% der Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung verzichten wollen. Gewollt gewesen sei nur ein Kostenerstattungsverfahren bezüglich ambulanter Behandlungen, da sie hinsichtlich stationärer Heilbehandlungen stets am Sachleistungsverfahren teilgenommen habe und dies habe beibehalten wollen. Die Beklagte habe stationäre Heilbehandlungen stets zu 100% übernommen, und zwar in den Jahren 2001, 2002 und zwei Mal im Jahr 2010.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 29.04.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.07.2019 zu verurteilen, an sie 3.175,29 € nebst

vier Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz hieraus seit dem 04.06.2019 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin habe eine eindeutige WahlerklÃ¤rung abgegeben, eine IrrefÃ¼hrung liege nicht vor. Auch bestehe kein Widerspruchsrecht des Versicherten. Sie â die Beklagte â habe die KlÃ¤gerin durch ihr Informationsschreiben vom 07.06.2017 Ã¼ber den Inhalt der SatzungsÃ¤nderung aufgeklÃ¤rt. Die Satzung sei auch Ã¶ffentlich auf ihrer Website einsehbar. Sie habe der KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 19.07.2017 die Art der gewÃ¤hlten Kostenerstattung bestÃ¤tigt. Diese sei zuvor auch mit einem Schreiben vom 30.06.2017 nochmals informiert worden. Sie habe ab dem 01.04.2011 Kostenerstattung fÃ¼r alle Leistungen, auch fÃ¼r stationÃ¤re Leistungen gewÃ¤hlt. Dass eine pauschale Erstattung stattfinde, sei der KlÃ¤gerin bekannt gewesen, da ambulante Leistungen vor der stationÃ¤ren Behandlung des Jahres 2019 ebenfalls in dieser HÃ¶he erstattet worden seien. Eine Beratungspflicht sei nicht verletzt worden.

Mit Urteil vom 30.06.2021 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die KlÃ¤gerin habe keinen Anspruch auf eine Ã¼ber 1.303,69 â¬ hinausgehende Erstattung der Kosten ihrer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung vom 26. bis 29.03.2019. GemÃ¤Ã [Â§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) kÃ¶nnen Versicherte anstelle von Sach- oder Dienstleistungen der Beklagten die Kostenerstattung wÃ¤hlen. Diese Wahl habe die KlÃ¤gerin getroffen, indem sie die ErklÃ¤rung Ã¼ber die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren ausgefÃ¼llt, unterschrieben und an die Beklagte gesandt habe. Die KlÃ¤gerin habe diese Wahl fÃ¼r alle aufgefÃ¼hrten Leistungen getroffen, wozu auch stationÃ¤re Behandlungen gehÃ¶rten. Diese ErklÃ¤rung sei eindeutig und wirksam. Auf die GrÃ¼nde oder Motivation, warum die KlÃ¤gerin diese ErklÃ¤rung abgegeben habe, komme es nicht an. Sie sei durch die Beklagte eindeutig Ã¼ber den Inhalt einer solchen ErklÃ¤rung und die Rechtsfolgen informiert worden. Die Beklagte habe im Informationsschreiben vom 07.06.2017 ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen, dass pauschal nur 30 vom Hundert der Kosten einer Leistung, auch bei stationÃ¤rer Behandlung, Ã¼bernommen wÃ¼rden, wenn eine solche KostenerstattungserklÃ¤rung von der Versicherten abgegeben werde. Der entsprechende Betrag sei der KlÃ¤gerin von der Beklagten bewilligt und gezahlt worden. Die Krankenkasse kÃ¶nne in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder fÃ¼r sich und fÃ¼r ihre mitversicherten FamilienangehÃ¶rigen Tarife fÃ¼r Kostenerstattung wÃ¤hlten ([Â§ 53 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Die HÃ¶he der Kostenerstattung sei gemÃ¤Ã [Â§ 53 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der Satzung der Krankenkasse zu regeln. Die Krankenkasse kÃ¶nne die HÃ¶he der Kostenerstattung variieren. GrÃ¼nde fÃ¼r eine Rechtswidrigkeit der Satzungsregelung der Beklagten seien nicht ersichtlich.

Gegen dieses ihr am 11.08.2021 zugestellte Urteil wendet sich die KlÃ¤gerin mit der am 09.09.2021 eingelegten Berufung. Wenn die Beklagte derart einschneidende SatzungsÃ¤nderungen vornehme, mÃ¼sse sie ihre Versicherungsnehmer

umfassend über die Auswirkungen dieser Änderung informieren in einer Form, dass auch juristische Laien diese leicht nachvollziehen könnten. Dieser Beratungspflicht sei die Beklagte jedenfalls mit ihrem Schreiben vom 07.06.2017 nicht hinreichend nachgekommen. Es fehle der explizite Hinweis darauf, dass Versicherte mit Unterzeichnung des Formulars auf die Erstattung von 70% der Kosten einer stationären Behandlung verzichteten, sie diese also zukünftig selbst tragen müssten. Sie habe bei Unterzeichnung der Erklärung am 17.07.2017 schlichtweg die vermeintliche Beratung der Beklagten falsch verstanden. Es sei bei ihr der Eindruck hervorgerufen worden, dass der Versicherungsvertrag weiterhin Gültigkeit habe. Auch sei unberücksichtigt geblieben, dass sie in ihrer am 17.07.2017 unterzeichneten Erklärung das von der Beklagten erbetene Kreuzchen neben der Aussage „Ich nehme weiterhin am Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 2 SGB V) folgende Leistungen teil“, nicht gesetzt habe. Sie habe aber auch nicht das Kreuzchen neben der weiteren Erklärung „Ich möchte zum 30.06.2017 meine Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren beenden“, gesetzt, so dass sie sich weder für die eine oder andere Alternative entschieden habe. Da ihre Erklärung somit unklar gewesen sei, müsse durch Auslegung ermittelt werden, was sie tatsächlich gewollt habe. Dass sie zukünftig 70% der stationären Heilbehandlungskosten selbst trage, ohne auf der anderen Seite einen Vorteil zu erlangen, etwa durch Senkung der Prämien, könne ersichtlich nicht ihrem Wunsch entsprochen haben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 30.06.2021 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 29.04.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.07.2019 zu verurteilen, ihr 3.135,29 € zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das Urteil des Sozialgerichts.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts ist begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Der angegriffene Bescheid der Beklagten vom 29.04.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2019 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 SGG). Sie hat gegen die Beklagte Anspruch auf Erstattung weiterer Kosten in Höhe von 3.135,29 €. Der

Klägerin steht ein Erstattungsbetrag in Höhe von insgesamt 4.438,98 € (4.478,90 € abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von 40,00 €) zu, von dem nach Abzug der von der Beklagten bereits gezahlten 1.303,69 € 3.135,29 € verbleiben. Diese sind von der Klägerin ausweislich ihres im Verhandlungstermin gestellten Antrages zuletzt nur noch begehrt worden.

Anspruchsgrundlage auf weitere Kostenerstattung ist [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#), hier in der bis 10.05.2019 gültigen Fassung vom 23.12.2016. Die Vorschrift hat, soweit hier von Interesse und insoweit bis heute unverändert, den folgenden Wortlaut:

§ 13 Abs. 2 SGB V (2) 1 Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. 2 Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. 3 Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. 4 Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. 5 Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. 6 Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. 7 Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach Â§ 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. 8 Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. 9 Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. 10 Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen (§ 13 Abs. 2 SGB V).

Die Klägerin hat mit ihrer Unterschrift am 17.07.2017 auf der von der Beklagten vorformulierten Erklärung rechtswirksam Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt und von der ihr seitens der Beklagten eingeräumten Möglichkeit, die Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren zum 30.06.2017 zu beenden und somit wieder Sachleistungen (über die elektronische Gesundheitskarte) in Anspruch zu nehmen, keinen Gebrauch gemacht. Anders als die Klägerin meint, ist ihre Erklärung vom 17.07.2017 aus der Sicht eines verständigen Dritten nach Maßgabe des objektiven Empfängerhorizonts (entsprechend [Â§ 133 BGB](#)) keineswegs widersprüchlich, sondern eindeutig. Auch wenn sie ihr Kreuzchen bei der Erklärung „Ich nehme weiterhin am Kostenerstattungsverfahren ([Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#)) für folgende Leistungen teil“, nicht gesetzt hat, so hat sie doch sämtliche möglichen Leistungen (ambulante ärztliche Behandlung, ambulante zahnärztliche Behandlung, veranlasste [zahn-]ärztliche Leistungen [Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel], stationäre Behandlung) mit „Ja“ angekreuzt. Da diese sich erkennbar auf die folgenden Leistungen bezogen haben, kann die Erklärung nur so verstanden werden, dass sie Kostenerstattung bezogen auf diese Leistungen gewählt hat. Auch hat sie die erst einen Absatz später aufgeführte Erklärung „Ich möchte zum 30.06.2017 meine

Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren beenden gerade nicht angekreuzt. Daher kann nach der Gesamtgestaltung dieser Erklärung von einem Widerspruch, der zu einer Auslegung dergestalt führt, dass die weitere Teilnahme der Klägerin am Kostenerstattungsverfahren nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) insbesondere im Zeitpunkt der hier maßgeblichen stationären Behandlung beendet gewesen ist, keine Rede sein. Da die Klägerin im Äbrigen weitere Kostenerstattung begehrt und einen Systemwechsel zu Sachleistungen ab dem 01.07.2017 selbst nicht geltend macht, kommt es in diesem Zusammenhang auch nicht auf das Vorliegen einer Pflichtverletzung der Beklagten hinsichtlich der Beratung und Aufklärung zur Satzungsänderung an.

Die Klägerin kann von der Beklagten gemäß [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) Erstattung in Höhe von weiteren 3.135,29 € verlangen. Soweit nach [Â§ 23 Abs. 2 Satz 7](#) der Satzung der Beklagten i.d.F. ab 01.07.2017 die Erstattung ambulanter und stationärer Leistungen regelmäßig in Höhe von 30 vom Hundert ermittelt und anschließend um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt wird, verstößt dies gegen [Â§ 13 Abs. 2](#) Sätze 8 und [9 SGB V](#) und damit gegen höherrangiges Recht (s. [Â§ 194 Abs. 2 SGB V](#)).

[Â§ 23 Abs. 2](#) Sätze 7 bis 10 in der am 20.03.2017 vom Verwaltungsrat der Beklagten beschlossenen und ab 01.07.2017 in Kraft getretenen Satzung der Beklagten (47. Nachtrag) hat den folgenden Wortlaut:

Der Erstattungsbetrag wird regelmäßig in Höhe von 30 vom Hundert, im Falle der Arzneimittelversorgung in Höhe von 70 vom Hundert der ausgewiesenen Rechnungslegung ermittelt und anschließend um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt. Dies gilt nicht für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Auf Antrag des Versicherten und für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung erfolgt eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrags. Der individuell ermittelte Erstattungsbetrag wird um einen Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von 5 vom Hundert sowie um die gesetzlichen Zuzahlungen gekürzt.

Soweit diese Regelung die Erstattung ambulanter sowie ärztlich veranlasster und (wie hier) stationärer Leistungen im Regelfall pauschal auf 30% des ermittelten Erstattungsbetrages und bei Arzneimittelversorgung auf 70% begrenzt, ist dies von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des [Â§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V](#) nicht mehr gedeckt. Soweit danach der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, kann hieraus nicht geschlossen werden, dass diese Regelung den Erstattungsanspruch dem Wortlaut nach nur nach oben, nicht jedoch nach unten begrenzt. Dies widerspricht Sinn und Zweck sowie der Systematik der Regelung und ihrer Einbettung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Gesetzgeber intendierte mit der Schaffung des [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ein echtes Wahlrecht der Versicherten zwischen dem Regelfall der Sachleistung und der Kostenerstattung, soweit sie sich im System der GKV bewegen. Dementsprechend bedeutet die Begrenzung auf die (hypothetische) Naturalleistung

in Satz 8, dass etwa gesetzliche Zuzahlungen den Erstattungsbetrag ebenso mindern (s. [BT-Drs. 17/3696 S. 65](#); Helbig, in: jurisPK-SGB V, Â§ 13 Rn. 44; Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl. 2022, Â§ 13 Rn. 12) wie ein bei einer Naturalleistung der Krankenkasse zu gewÃhrender Apotheken- und Herstellerrabatt zu berÃcksichtigen ist (BSG, Urteil vom 08.09.2009 â [BÃ 1Ã KR 1/09 R](#) â Rn. 24 ff., juris). Soweit das Gesetz darÃber hinausgehend durch ErmÃglichung von AbschlÃgen innerhalb des Leistungssystems der GKV eine 100âprozentige Kostenerstattung verhindert, ist dies mit Satz 10 (ErmÃchtigung fÃr die Krankenkasse, im Rahmen ihrer Satzung AbschlÃge von Erstattungsbetrag fÃr Verwaltungskosten in HÃhe von hÃchstens 5% in Abzug zu bringen) und Satz 11 (pauschalierte AbschlÃge im Falle der Kostenerstattung nach Â§ 129 Abs. 1 Satz 5 hinsichtlich der der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach Â§ 130a Abs. 8 sowie der Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach Â§ 129 Abs. 1 Satz 3 u. 4) ausdrÃcklich geregelt worden. Auch soweit Versicherten Ãber die Wahl der Kostenerstattung, insbesondere im ambulanten Bereich, im Ergebnis eine erhebliche wirtschaftliche Belastung auferlegt wird, hÃngt dies allein damit zusammen, dass Ãrzte diesen gegenÃber zulÃssigerweise nach der GebÃhrenordnung fÃr Ãrzte und ZahnÃrzte (GOÃ, GOZ) abrechnen, wÃhrend sich die VergÃtung fÃr die hypothetische Sachleistung wegen Satz 8 ausschlieÃlich nach dem Einheitlichen BewertungsmaÃstab (EBM, BEMA) richtet, die regelmÃÃig niedriger liegt als bei Abrechnung auf der Grundlage der GOÃ (hierzu Helbig, in: jurisPK-SGB V, Â§ 13 Rn. 44). Dies ist aber gerade systemimmanent, da die hypothetische Sachleistung vom Gesetz zum RichtmaÃ fÃr die Kostenerstattung erhoben wird. Innerhalb dieses Sachleistungssystems sind mit [Â§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V](#) jedoch in keiner Weise LeistungskÃrzungen fÃr am gewillkÃrten Erstattungsverfahren teilnehmende Versicherte intendiert. So finden sich in den diversen GesetzesbegrÃndungen zu den jeweiligen Fassungen des [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht die geringsten Hinweise auf eine Ãber die speziellen Regelungen der SÃtze 10 und 11 hinausgehende (Satzungs-)ErmÃchtigung fÃr die Krankenkassen, weitere KÃrzungen von ErstattungsansprÃchen Versicherter vorzunehmen, soweit diese sich im GKV-Leistungssystem bewegen. Wirtschaftlichen Mehrbelastungen der Krankenkassen wollte der Gesetzgeber vielmehr (lediglich) mit den Regelungen in den SÃtzen 8, 10 und 11 sowie bei vertragsÃrztlichen Leistungen mit einer Verrechnung der entstandenen Kosten auf die GesamtvergÃtung begegnen (s. [Â§ 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) und hierzu Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, Â§ 13 Rn. 13). Ansonsten trÃgt die Begrenzung der ErstattungshÃhe auf dasjenige, was die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hÃtte, dem allgemeinen Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) Rechnung. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Versicherte unabhÃngig davon, ob sie bei der Regel der Naturalleistung verblieben sind oder Kostenerstattung gewÃhlt haben, der HÃhe nach gleiche Leistungsaufwendungen durch die Krankenkasse erhalten (so ausdrÃcklich BSG, Urteil vom 08.09.2009 â [BÃ 1Ã KR 1/09 R](#) â Rn. 28, juris). Eine weitere EinschrÃnkung nach âuntenâ ist nach dieser Systematik jedoch auch vor dem Hintergrund des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht mehr gerechtfertigt.

Die (pauschale) Begrenzung der innerhalb des GKV-Systems entstandenen

Aufwendungen für ambulante und stationäre Leistungen auf 30% nach der Satzung der Beklagten verstößt auch sonst gegen die allgemeinen Grundsätze des Rechts der GKV. Denn diese Satzungsregelung wäre gleichbedeutend mit einer Art „Teilkaskoversicherung“ im SGB V. Die GKV ist aber gerade, erst recht bei versicherungspflichtigen Mitgliedern wie der Klägerin, als Vollversicherung konzipiert, soweit das Gesetz bei einzelnen Leistungen keine expliziten Einschränkungen vorsieht (etwa bei diversen Heil- und Hilfsmitteln). Dass der Gesetzgeber im Bereich der gewillkürten Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) hiervon eine Ausnahme machen wollte, ergibt sich, wie bereits ausgeführt, weder aus dem Wortlaut noch den Gesetzesbegründungen zu der Regelung. Anderenfalls würde dies einen auch vor dem Hintergrund des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht mehr zu rechtfertigenden Systembruch zum Nachteil gesetzlich Krankenversicherter bedeuten, die sich „anstelle“ (s. [Â§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) der Sach- oder Dienstleistungen für Kostenerstattung, nicht aber für einen eingeschränkten Versicherungsschutz innerhalb des GKV-Leistungssystems entschieden haben.

Ob ein geringfügigeres Abweichen des Erstattungsbetrages „nach unten“ im Vergleich zu den Aufwendungen der Krankenkasse bei Geltung des Sachleistungsprinzips mit höherem Recht vereinbar ist, ist hier nicht zu entscheiden, da weder die Erstattung von 70%, noch (erst recht) 30% der Aufwendungen, die im Fall der Klägerin aus einer Versorgung durch ein Vertragskrankenhaus und damit einer solchen des Sachleistungssystems (KHG, KHEntgG) herrühren, auch bei großzügiger Betrachtungsweise nicht als geringfügig bezeichnet werden kann. Hinzu kommt, dass die Klägerin entsprechend ihrem Status als versicherungspflichtig Beschäftigte den regulären Beitrag zur GKV entrichtet und sonstige satzungsmäßig geregelte Vorteile, die die massive Beschränkung des Erstattungsbetrages in gesetzeskonformer Weise rechtfertigen könnten, nicht ersichtlich sind. Insbesondere taugt der mit der „pauschalierenden“ Neuregelung zum 01.07.2017 verbundene Wegfall des Abzuges von Verwaltungskosten in Höhe von 5% des Erstattungsbetrages ersichtlich nicht zur Kompensation derartiger wirtschaftlicher Nachteile, gerade was die Erstattung von Aufwendungen für stationäre Leistungen anbelangt, die allgemein bekannt sehr hoch ausfallen können. Ebenso wenig stellt auch die Regelung in [Â§ 23 Abs. 2 Satz 9](#) der Satzung der Beklagten, dass „auf Antrag des Versicherten [...] eine individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages [...] erfolgt“, ein die Benachteiligung der Kostenerstattung wählenden Versicherten hinreichend kompensierendes Moment dar. Denn dies ändert nichts an der durch die Satzung gerade hervorgehobenen „Regelhaftigkeit“ der pauschalen Kürzung des Erstattungsbetrages und ist zudem von einem ausdrücklichen Antrag des Versicherten abhängig. Außerdem ist völlig unklar, nach welchen Kriterien sich diese individuelle Ermittlung des Erstattungsbetrages bemisst.

Die Regelung des [Â§ 23 Abs. 2 Satz 7](#) der Satzung überschreitet auch die Regelungskompetenz der Krankenkasse nach [Â§ 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#). Danach hat die Satzung „das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln“. Damit ermächtigt Satz 9 den Satzungsgeber nur zu Verfahrensregelungen, nicht jedoch zu vom Gesetz abweichenden inhaltlichen Gestaltungen (Helbig, in: jurisPK-SGB V,

Â§ 13 Rn. 38). Die Satzung hat mithin die Vorgaben des höheren Rechts zu achten und ihre Aufgabe besteht lediglich darin, das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln (BSG, Urteil vom 08.09.2009 â   [B 1 KR 1/09 R](#) â   Rn. 24, juris). So ist h herlichstrichterlich anerkannt, dass Krankenkassen in ihren Satzungen den Leistungskatalog der GKV weder beschränken noch ausweiten dürfen. Zwar berührt eine pauschale Kürzung des Erstattungsbetrages auf 30% bei ambulanten und stationären Versorgungsleistungen formell betrachtet nicht den Leistungskatalog der GKV, hat allerdings eine inhaltsgleiche Wirkung. Denn wenn dem Versicherten, welcher sich â   wie die Klägerin mit ihren ausschließlich aus dem DRG-System erwachsenen Aufwendungen durch die Krankenhausbehandlung â   innerhalb des Leistungssystems der GKV bewegt, ein wesentlicher Teil der Erstattung vorenthalten wird, steht dies im Ergebnis einem materiellen Eingriff in den durch das SGB V gewährleisteten Versorgungsanspruch gleich, der deshalb nicht mehr als bloße Verfahrensregelung qualifiziert werden kann.

Schließlich geht auch der Hinweis des Sozialgerichts auf [Â§ 53 Abs. 4 SGB V](#) fehl, weil diese Regelung im vorliegenden Fall bereits mangels entsprechender Wahl der Klägerin keine Anwendung findet. Diese Regelung berechtigt im  brigen die Krankenkassen lediglich dazu, in F llen der insbesondere in [Â§ 13 Abs. 2](#) und 4 SGB V geregelten Kostenerstattung abweichend von dem dort vorgegebenen Umfang der Kostenerstattung einen höheren Kostenerstattungssatz bis hin zur vollen Kostenerstattung vorzusehen. Die Rechtsnorm eröffnet Versicherten im Wege der Gestaltung kraft Satzung einen Zugang zur Kostenerstattung mit eigenen Sätzen entweder für alle Leistungsbereiche oder für einzelne Bereiche ( rztliche, zahnärztliche, stationäre Versorgung, veranlasste Leistungen; [Â§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)) des GKV-Leistungskatalogs. Solche Wahltarife können durch Kostenerstattungsverfahren nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) begründete finanzielle Belastungen Versicherter verringern oder vermeiden, nicht aber Kostenerstattungsansprüche nach [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) kürzen (BSG, Urteil vom 30.07.2019 â   [B 1 KR 34/18 R](#) â  , [BSGE 129, 10-20](#), SozR 4-2500 Â§ 53 Nr. 3, Rn. 21; vgl. auch Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, Â§ 13 Rn. 15; Dreher, in: jurisPK-SGB V, Â§ 53 Rn. 76, 78 f.).

Rechtsfolge des Verstoßes der Satzungsregelung des [Â§ 23 Abs. 2 Sätze 7 bis 10](#) gegen [Â§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ist deren Nichtigkeit, woraus wiederum die Rechtswidrigkeit der angegriffenen Bescheide der Beklagten resultiert (vgl. hierzu Schneider-Danwitz, in: jurisPK-SGB V, Â§ 194 Rn. 160 f.). Der Senat ist im Rahmen dieses Falles auch zu einer inzidenten Prüfung der maßgeblichen Satzungsregelung befugt. Von der Nichtigkeitsfolge ist die Gesamtregelung zur Höhe der Kostenerstattung in Gestalt der Änderung ab dem 01.07.2017, also die Sätze 7 bis 10 erfasst, weil auch hinsichtlich der Sätze 9 und 10 kein sinnvoller Anwendungsbereich mehr verbleiben könnte. Es handelt sich insoweit um einheitliche und somit unteilbare Regelungen, die ohne die zu beanstandenden Teile sinnlos wären (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 13.12.2011 â   [B 1 KR 3/11 R](#) â   Rn. 21, juris; Schneider-Danwitz, in: jurisPK-SGB V, Â§ 194 Rn. 160). Infolge der unwirksamen Satzungsbestimmungen hat die Klägerin nach [Â§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V](#), [Â§ 23 Abs. 2 Satz 5](#) der Satzung der Beklagten (â  Erstattet werden

die Rechnungsbeträge höchstens in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung der Sach- oder Dienstleistungen im Inland zu tragen hätte, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten (einen Anspruch auf den begehrten Erstattungsbetrag, da die dem Begehren zugrundeliegenden Krankenhausleistungen ordnungsgemäß nach DRG abgerechnet worden sind und im Rahmen eines Sachleistungsanspruchs in entsprechender Höhe dem Krankenhaus zu vergüten wären.

Der Klägerin steht nach alledem ein Erstattungsbetrag in Höhe von insgesamt 4.438,98 € (4.478,90 € abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von 40,00 €) zu, von dem nach Abzug der von der Beklagten bereits gezahlten 1.303,69 € noch 3.135,29 € verbleiben. Einem weiteren Abzug von 5% hinsichtlich der Verwaltungskosten steht die fakultative Regelung des [§ 13 Abs. 2 Satz 10 SGB V](#) entgegen. Denn es handelt es sich insoweit um eine bloße Kann-Bestimmung, die der Krankenkasse die Wahl lässt, von der entsprechenden gesetzlichen Befugnis zur Regelung eines entsprechenden Abschlags in ihrer Satzung Gebrauch zu machen. Über dieses der Beklagten und ihren Selbstverwaltungsorganen (wieder-)eröffnete Regelungsermessen kann sich der erkennende Senat nicht hinwegsetzen und an deren Stelle treten (s. auch BSG, Urteil vom 13.12.2011 – [B 1 KR 3/11 R](#) – Rn. 20, juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#). Dass die Klägerin ihr Begehren im Vergleich zum erstinstanzlichen Antrag auf den tenorierten Betrag beschränkt hat, rechtfertigt angesichts ihres weit überwiegenden Obsiegens nach dem Rechtsgedanken des [§ 92 Abs. 2 Nr. 1 ZPO](#) keine lediglich anteilige Kostenlast der Beklagten.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

**Bundessozialgericht, Postfach 41 02 20, 34114
Kassel oder Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel**

einzu legen.

Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften und juristischen Personen müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Handelt es sich dabei um eine der vorgenannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen, muss diese durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Bevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshäufe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [Â§Â§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz nicht und eine Verletzung des [Â§ 103](#) Sozialgerichtsgesetz nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch die oben genannten Vereinigungen, Gewerkschaften oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Beschwerde begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizunehmende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach [§ 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG](#) zur Verfügung steht ([§ 65d SGG](#)).

Erstellt am: 27.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024