

L 8 Kr 249/79

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 Kr 1/78
Datum
10.01.1979
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 Kr 249/79
Datum
28.04.1982
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Wenn eine Krankenkasse alle Tatsachen kennt, die Versicherungsfreiheit begründen, aber trotzdem den Beschäftigten als Pflichtmitglied sowie später als Weiterversicherten führt und ihm aufwendige Leistungen rechtsgrundlos erbringt, dann steht ihr bei gutem Glauben des Empfängers kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, weil der Leistungsfehler in ihrem Verantwortungsbereich aufgetreten ist.
2. Handelt es sich dabei um Sachleistungen, dann ist der Erstattungsanspruch auch unbegründet, wenn der Leistungsempfänger nichts aus eigenen Mitteln aufgewendet hätte, falls die Krankenkasse nicht mit Leistungen eingetreten wäre.
- I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 10. Januar 1979 wird zurückgewiesen.

II. Die Klagen der Beklagten gegen die Beigeladene zu 1) und die Beigeladene zu 2) werden abgewiesen.

III. Die Beklagte hat dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten; im übrigen sind keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist ein Kostenerstattungsanspruch wegen rechtsgrundlos erbrachter Sachleistungen in Höhe von 39.088,70 DM umstritten.

Der im Jahre 1915 geborene Kläger litt an einer chronischen beiderseitigen Niereninsuffizienz, die bereits im Jahre 1968 zur Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung geführt hatte.

Vom 15. März bis zum 7. Mai 1971 war er halbtags in beratender Tätigkeit mit einem monatlichen Gehalt von 500,- DM abhängig beschäftigt. Für diese Zeit wurden Pflichtbeiträge zur Beklagten entrichtet. Am 25. Mai 1971 zeigte der Kläger die freiwillige Weiterversicherung an, was die Beklagte durch Schreiben vom 2. Juni 1971 unter Festsetzung der Monatsbeiträge bestätigte. Vom Herbst 1971 ab erbrachte sie Leistungen zur Krankenhilfe. Anfang 1972 wurden regelmäßige Dialysebehandlungen – zunächst als Ausbildungsdialysen im Krankenhaus, dann mit Hilfe eines Heimdialysegerätes – erforderlich.

Im vorliegenden Rechtsstreit verlangt die Beklagte vom Kläger Kostenerstattung für diese Dialysebehandlungen in voller Höhe. Sie wurden dem Kläger durch die "Arbeitsgemeinschaft für Heimdialyse" (Arge) als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Über den Landesverband der Ortskrankenkassen in Hessen war die Beklagte zur Versorgung ihrer Versicherten und deren familienhilfeberechtigten Angehörigen Mitglied und Kostenträger dieser durch die "Vereinbarung über die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zum Zwecke der organisatorischen Vorbereitung, Durchführung und finanziellen Sicherstellung der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten in Hessen durch die sog. Heimdialyse (Arbeitsgemeinschaft für Heimdialyse)" – in Kraft getreten am 1. Januar 1971 – gegründeten Arge. Die Beklagte erklärte der Arge mit Schreiben vom 2. Februar und 18. Februar 1972, daß der Kläger bei ihr versichert sei – vom 15. März 1971 bis 7. Mai 1971 als Pflichtmitglied und ab 8. Mai 1971 gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung (RVO) – und für die Dauer seiner Mitgliedschaft einen unbegrenzten Anspruch auf Krankenpflege habe.

Durch Bescheid vom 25. Juli 1972 (Widerspruchsbescheid vom 2. Oktober 1972) teilte die Beklagte dem Kläger mit, eine Betriebsprüfung (Bericht des Betriebsprüfers vom 21. Juli 1972) habe ergeben, daß das Beschäftigungsverhältnis ein mißglückter Arbeitsversuch gewesen

und die freiwillige Weiterversicherung nicht zustande gekommen sei. Weitere Versicherungsleistungen würden daher eingestellt, zu Unrecht erbrachte Leistungen müßten nach späterer Festsetzung zurückgefordert werden. Das Sozialgericht Kassel (SG) gab der Klage dagegen zum Teil statt (Urteil vom 29. Januar 1973, S-12/Kr - 31/72). Es stellte - insoweit von den Beteiligten des damaligen Rechtsstreits, die auch an dem vorliegenden Rechtsstreit beteiligt sind, unangefochten - fest, daß das Entgelt von 500,- DM ein Fünftel des Gesamteinkommens des Klägers - er bezieht neben der Rente noch ein Ruhegehalt - nicht überschritten hatte und deshalb (§ 168 Abs. 2 Buchstabe b RVO a.F.) Versicherungsfreiheit vorgelegen habe. Dementsprechend wies es die Klage insoweit ab, wie der Kläger die Feststellung seiner Mitgliedschaft begehrt hatte. Dagegen hielt das SG die Beklagte aber für verpflichtet, für die bereits eingetretenen Versicherungsfälle - insbesondere für die Nierenkrankheit - Leistungen nach § 213 RVO zu gewähren, weil sie nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge für den Kläger angenommen und sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausgestellt habe, daß Versicherungspflicht bzw. Versicherungsberechtigung nicht vorgelegen habe. Das Hessische Landessozialgericht, vor dem die Beklagte erklärt hatte, mit den Bescheiden vom 25. Juli 1972 und 2. Oktober 1972 seien keine Leistungen zurückgefordert worden, änderte das Urteil des SG ab und wies die Klage in vollem Umfange ab (Urteil vom 29. August 1974, L-8/Kr - 269/73). Die Revision des Klägers dagegen wies das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 26. Juni 1975 ([3 RK 70/74](#)) zurück. Es führte aus, die allein noch umstrittene Frage, ob aufgrund des § 213 RVO Leistungen auch für Krankheiten zu gewähren seien, die in der Dreimonatsfrist oder auch schon vorher aufgetreten seien, müsse verneint werden. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 213 RVO sei nur dann begründet, wenn die entscheidende Beitragsannahme als abgeschlossener Sachverhalt vorliege, bevor der Versicherungsfall eintrete.

Bereits mit Schreiben vom 26. Juli 1972 hatte die Beklagte der Arge mitgeteilt, daß der Kläger ihrer Ansicht nach wegen eines mißglückten Arbeitsversuchs niemals ihr Mitglied geworden sei. Sie könne deshalb die Kosten der Dialysebehandlungen nicht übernehmen. Nach dem die Arge jedoch daraufhingewiesen hatte, erst aufgrund der vorbehaltlosen Anerkennung der Leistungspflicht durch die Beklagte selbst habe sie wegen der Ausbildungs- und Heimdialysen ihrerseits Kostenzusicherungen erteilt (u.a. unter dem 8. Februar 1972 an den Kläger), überwies die Beklagte am 16. Oktober 1972 der Arge 22.403,70 DM als Kosten für Ausbildungsdialysen in der Universitätsklinik G. in der Zeit vom 1. Februar bis zum 28. März 1972 und 16.685,- DM als Kosten für Heimdialyse in der Zeit vom 13. Juli bis zum 4. August 1972.

Diese Kosten in Höhe von insgesamt 39.088,70 DM forderte die Beklagte zunächst von dem beigeladenen örtlichen Träger der Sozialhilfe als weiterem Partner und Kostenträger der Arge. Als der Sozialhilfeträger sich dem versagte, erteilte die Beklagte dem Kläger nach vorheriger schriftlicher Anhörung (Anhörungsschreiben vom 10. Juni 1976) den angefochtenen Rückforderungsbescheid vom 23. Februar 1977 über 39.088,70 DM.

Den dagegen am 11. März 1977 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 1. Dezember 1977 zurück; sie fügte hinzu, auch die Erben des Klägers könnten im Wege des Rückforderungsbescheides in Anspruch genommen werden.

Gegen diesen ihm am 5. Dezember 1977 zugestellten Bescheid hat der Kläger am 3. Januar 1978 Klage beim SG erhoben. Mit Urteil vom 10. Januar 1979 hat das SG die angefochtenen Bescheide aufgehoben. In seinen Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, der geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch stehe der Beklagten nicht zu, weil für den Kläger beim Empfang der umstrittenen Sachleistungen der Beklagten keine Veranlassung bestanden habe anzunehmen, daß er die Leistungen der Beklagten zu Unrecht erhalte. Die Beklagte dagegen hätte bei der Anmeldung des Klägers zur Pflicht- und zur Weiterversicherung erkennen können, daß der Kläger in seiner Ausgangsbeschäftigung versicherungsfrei und damit gar nicht versicherungsfähig gewesen sei. Es verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben, trotzdem von dem Kläger Kostenerstattung zu verlangen.

Gegen dieses ihr am 1. Februar 1979 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28. Februar 1979 beim SG Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Der Senat hat die Stadt K. als örtlichen Sozialhilfeträger und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) als zuständigen Rentenversicherungsträger zum Rechtsstreit beigeladen.

Die Beklagte vertritt die Meinung, der Erstattungsanspruch sei begründet. Es komme nicht darauf an, daß den Kläger kein Verschulden an der rechtsgrundlosen Gewährung der Sachleistungen treffe. Hätte sie die Motive des Klägers zur Aufnahme der Beschäftigung vom 15. März bis 7. Mai 1971 und seine übrigen Aktionen zur Erlangung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gekannt, dann hätte sie die Fehlversicherung auch rechtzeitig aufdecken können. Massenverwaltung und Arbeitsteilung brächten es zwangsläufig mit sich, daß auch bei einem Antrag auf Weiterversicherung die Vorversicherungszeiten keiner besonderen Prüfung unterzogen würden. Der Kläger habe alle Einzelheiten gekannt. Irgendein Vertrauensschutz hinsichtlich der rechtsgrundlosen Leistungen könne ihm nicht zukommen.

Der beigeladene Sozialhilfeträger sei als Mitglied der Arge durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag verpflichtet, die vertraglichen Leistungen zu erbringen. Auch der beigeladene Rentenversicherungsträger wäre durchaus in der Lage gewesen, in Wahrung der Rehabilitationschancen des Klägers mit Versicherungsleistungen einzutreten.

Die Beklagte beantragt,

1) das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 10. Januar 1979 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise

2) unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Beigeladene zu 2) zu verurteilen, einen Bescheid über die Durchführung von stationären Heilmaßnahmen vom 1. Februar bis 28. März 1972 für den Kläger zu erteilen und dabei die Rechtsauffassung des Gerichts zu beachten und insoweit ihr den ohne Rechtsgrund von ihr verauslagten Betrag von 22.403,70 DM zu ersetzen, und

3) die Beigeladene zu 1) zu verurteilen, ihr den ohne Rechtsgrund von ihr verauslagten Betrag von 39.088,70 DM, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Frestellungsbeträgen anderer Verpflichteter, zu ersetzen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Beklagte sei durch die formal richtige Anmeldung seiner Person durch den Arbeitgeber

über die Höhe des monatlichen Entgelts von 500,- DM, die wöchentliche Arbeitszeit von 20 Stunden und seine Erkrankung an Niereninsuffizienz schon im April 1971 unterrichtet gewesen. Durch seine formlose Erklärung der Weiterversicherung vom 7. Mai 1971 und das ausgefüllte Weiterversicherungsformular vom 27. Mai 1971 sei sie über sämtliche Tatsachen unterrichtet gewesen, die den Tatbestand der Versicherungsfreiheit gemäß § 168 RVO a.F. erfüllt hätten. Weiteren Einfluß auf die Leistungsgewährung der Beklagten habe er nicht genommen. Durch seine Krankheit müsse er erhebliche Einschränkungen hinnehmen. Inzwischen sei eine Nierentransplantation vorgenommen worden, in deren Folge es laufend zu Wirbelkörperbrüchen komme. Er könne sich nur noch mit Hilfsmitteln fortbewegen.

Die Beigeladene zu 1) beantragt sinngemäß,
den gegen sie gerichteten Klageantrag der Beklagten abzuweisen.

Sie meint, sie könne nicht gemäß [§ 75 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) verurteilt werden, weil sie kein Versicherungsträger oder ein Land sei. Im übrigen sei es unzulässig, daß die Beklagte eines Rechtsstreits auf dem Wege der Klage auch nur hilfsweise die Verurteilung eines Beigeladenen begehre.

Die Beigeladene zu 2) stellt keinen förmlichen Antrag.

Sie meint ebenfalls, der hilfsweise gegen sie gerichtete Klageantrag der Beklagten liege außerhalb der Grenzen des Streitgegenstandes und sei deshalb unzulässig.

Wegen der übrigen Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten des SG über die Rechtsstreite zwischen den Hauptbeteiligten, Az.: S-12/Kr – 31/72, 14/73, 15/73 und 7/74, sowie die Verwaltungsakten der Beigeladenen zu 1) und zu 2) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat ohne mündliche Verhandlung entschieden, weil alle Beteiligten sich damit schriftlich einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die statthafte Berufung ist frist- und formgerecht eingelegt und somit zulässig ([§§ 149, 151 Abs. 1 und Abs. 2 SGG](#)).

Sie ist jedoch unbegründet.

Zu Recht hat das SG der zulässigen Klage stattgegeben. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig. Der geltend gemachte Erstattungsanspruch steht der Beklagten gegen den Kläger nicht zu, weil ihr Kostenerstattungsverlangen gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstößt.

Zunächst steht aufgrund der rechtskräftigen Entscheidungen in dem Vorprozeß fest, daß der Kläger durch die abhängige Beschäftigung im Jahre 1971 mit Beitragsannahme durch die Beklagte weder ordentliches Pflichtmitglied dieser Krankenkasse noch Leistungsberechtigter nach § 213 RVO wurde. Er war gemäß § 168 Abs. 2 Buchstabe b 2. Alternative RVO in der Fassung des Artikel 1 § 1 Nr. 1 des RVÄndG vom 9. Juni 1965 ([BGBl. I S. 476](#)) versicherungsfrei, wie schon das SG in seinem Urteil vom 29. Januar 1973 (S-12/Kr – 31/72) insoweit unanfechtbar festgestellt hat. Damit fehlte ihm von vornherein auch die Versicherungsfähigkeit für eine Weiterversicherung gemäß § 313 RVO.

Alle Krankenversicherungsleistungen, die er aufgrund der irrtümlich angenommenen Versicherung unmittelbar oder mittelbar von der Beklagten erhalten hat, entbehren deshalb entsprechend dem Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 1972 des wirksamen Rechtsgrundes. Dazu gehören auch die in diesem Rechtsstreit umstrittenen Sachleistungen der Ausbildungs- und Heimdialysen in der Zeit vom 1. Februar bis zum 28. März 1972 und vom 13. Juli bis zum 4. August 1972. Auch hierbei handelt es sich um Sachleistungen der Beklagten aufgrund des irrtümlich angenommenen Versicherungsverhältnisses. Ihren Leistungswillen bestätigte die Beklagte durch ihre Zuständigkeitserklärungen gegenüber der Arge vom 2. Februar und 18. Februar 1972.

Die besondere Form der speziellen Leistungsgewährung über die Arge hatte sie in der Vereinbarung über die Gründung der Arge vom Januar 1971 organisiert. Danach erfolgten die Leistungen der Arge an den Kläger mittelbar als Leistungen der Beklagten.

Völlig getrennt davon regelte sich im Innenverhältnis zwischen der Arge und der Beklagten der Kostenerstattungsanspruch der vorausleistenden Arge gegen die Beklagte aufgrund der o.a. Vereinbarung. Dieses zwischen der Beklagten und der Arge bestandene innere Rechtsverhältnis ist nicht Gegenstand der vom Kläger erhobenen Anfechtungsklage, über die das SG entschieden hat.

Das Rechtsinstitut des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, das eine mit der Rechtslage nicht übereinstimmende Vermögenslage zum Ausgleich bringen soll, kann vom Versicherungsträger durch einen Rückforderungsbescheid, also durch Verwaltungsakt geltend gemacht werden (vgl. [BSGE 29, 6](#), 7). Für die Prüfung der Rechtmäßigkeit eines solchen Rückforderungsbescheides sind die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit ausschließlich zuständig (vgl. [BSGE 15, 14](#), 15). Allerdings ist bei einer Prüfung der Grundsatz von Treu und Glauben zu beachten. Das bedeutet, daß der Empfänger einer zu Unrecht gewährten Leistung, auch wenn er z.B. in Folge Verbrauchs des ihm zugeflossenen Betrages nicht mehr bereichert ist, diesen Betrag oder den sonstigen Vermögensvorteil zurückerstatten muß, wenn er den dem Leistenden bei der Leistung unterlaufenen Rechts- oder Tatsachenirrtum zwar nicht verursacht, jedoch erkannt und damit bewußt ausgenutzt hat oder ihn wegen seiner Offensichtlichkeit hätte erkennen müssen (vgl. [BSGE 32, 52](#), 55; Urteil vom 19. Dezember 1979, [3 RK 39/77](#), in SozR 2200 § 1301 Nr. 9).

In den ab 1. Januar 1981 in Kraft getretenen, hier aber im Hinblick auf den zugrundeliegenden Bescheid vom 25. Juli 1972 noch nicht anzuwendenden (vgl. Art. II [§ 40 SGB 10](#)) Vorschriften der §§ 50, 45 Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB 10) ist dieser Vertrauensschutz des Leistungsempfängers wie folgt normiert worden: "Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen

kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen soweit

- 1) er den (begünstigenden) Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat,
- 2) der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder
- 3) er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat ([§ 45 Abs. 2 SGB 10](#))."

Entscheidend ist im vorliegenden Falle in erster Linie, daß der Kläger beim Empfang der umstrittenen Leistungen ein schutzwürdiges Vertrauen auf ihre Rechtmäßigkeit hatte.

Hierzu stellt der Senat fest: Der Kläger litt in der Zeit seiner Halbtagsbeschäftigung vom 15. März bis zum 7. Mai 1971 an einer Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention. Aus therapeutischen Gründen war ihm empfohlen worden, im Rahmen der verbliebenen Arbeitsfähigkeit eine regelmäßige Beschäftigung auszuüben. Gesundheitlich war der Kläger in dieser Zeit auch durchaus in der Lage, eine solche Halbtagsbeschäftigung, die vorwiegend im Sitzen und in geschlossenen Räumen stattfand, ohne Nachteile zu bewältigen. Diese Feststellungen beruhen auf dem Befundbericht des Dr. T. vom 4. Januar 1973 und seinem mündlichen Gutachten vom 29. Januar 1973 vor dem SG (Rechtsstreit S-12/Kr - 31/72). Durch die Anmeldung des Arbeitgebers vom 2. April 1971 wurde die Beklagte über die Einzelheiten des Beschäftigungsverhältnisses und die Tatsache unterrichtet, daß der Kläger Rente wegen Erwerbsunfähigkeit von der Beigeladenen zu 2) beziehe und auf eigenes Risiko arbeite. Sie nahm die Krankenversicherungsbeiträge für den Kläger an und erhob keine Beanstandung. In dem von der Beklagten übersandten Anmeldeformular zur freiwilligen Weiterversicherung erklärte der Kläger dann unter dem 25. Mai 1971, er sei am 7. Mai 1971 wegen Krankheit aus dem Beschäftigungsverhältnis ausgeschieden und wolle sich freiwillig weiterversichern. Sein Einkommen aus Pension und Angestelltenversicherungsrente betrage monatlich 4.131,- DM. Daraufhin führte die Beklagte den Kläger ab 8. Mai 1971 als weiterversichertes Mitglied unter der Einschränkung des § 215 RVO und errechnete einen Monatsbeitrag von anfangs 99,75 DM (Bescheid der Beklagten vom 2. Juni 1971, Bl. 82 GA). Die für den Kläger pünktlich gezahlten Beiträge nahm sie bis zum Juli 1972 unbeanstandet an. Vom Herbst 1971 ab erbrachte sie dem Kläger auch Krankenversicherungsleistungen. Diese Feststellungen beruhen auf denen des SG in dem Urteil vom 29. Januar 1973, S-12/Kr - 31/72, die von den Beteiligten insoweit niemals angefochten wurden, sowie den unbestrittenen Angaben des Klägers.

Daraus sowie aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens folgt, daß keiner der Beteiligten die mangelnde Versicherungsfähigkeit des Klägers positiv kannte und auch niemand die irrtümliche Versicherung des Klägers vorsätzlich zum Zwecke der rechtsgrundlosen Leistungsgewährung herbeigeführt hat. Zugleich aber wird dadurch erhellt, daß die Beklagte bereits mit der Anmeldung vom 2. April 1971 über Informationen verfügte, die ernsthafte Zweifel an der Versicherungsfähigkeit des Klägers begründeten. Durch die Mitteilungen des Klägers vom 25. Mai 1971 waren sie dahingehend vervollständigt, daß die Versicherungsfreiheit nach § 168 Abs. 2 Buchstabe b 2. Alternative RVO a.F. klar zu Tage lag. Damit lastete die Verantwortung für die trotzdem weitergeführte Versicherung und die Leistungsgewährung ab Herbst 1971 allein in dem Bereich der Beklagten mit ihren geschulten Krankenkassenfachleuten. Unter den festgestellten Umständen bestanden konkrete Anhaltspunkte, die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung des Klägers zu verneinen, nicht nur an ihr zu zweifeln. Wenn auch die Beklagte keine Pflichten anderen gegenüber haben mag, innerhalb von 3 Monaten die Rechtmäßigkeit der Versicherung zu prüfen, so ist es doch ihre Obliegenheit, dies soweit wie möglich zu tun, um sich selbst vor Schaden zu bewahren, spätestens nach einem halben Jahr. Denn sie handelt als öffentlich-rechtliche Körperschaft hoheitlich und ihr Verwaltungshandeln ist vor allem dazu geeignet, Vertrauen auf seine Rechtmäßigkeit zu erzeugen. Auch unter Berücksichtigung der Probleme von Massenverwaltung und Arbeitsteilung muß man eher von einer Krankenkasse als von einem laienhaften Versicherten erwarten, Probleme der vorliegenden Art organisatorisch zu bewältigen und relativ gewöhnliche Fehler zu verhüten. Nicht der Kläger, sondern die Bediensteten der Beklagten hätten zumindest vor der erkennbar kostenträchtigen Bestätigung der Mitgliedschaft des Klägers gegenüber der Arge unter dem 2. Februar 1972 durch eine einfache Routineüberprüfung erkennen können, daß der Tatbestand des § 168 Abs. 2 RVO a.F. erfüllt war. Darauf, daß die Beklagte trotzdem weitergeleistet hatte, beruht das schutzwürdige Vertrauen des Klägers auf die Rechtmäßigkeit ihrer Leistungen. Das schließt bereits grundsätzlich den geltend gemachten Erstattungsanspruch als unbegründet aus.

Zusätzlich gelten die folgenden Erwägungen: Der geltend gemachte Erstattungsanspruch ist auch im Hinblick auf die tatsächlichen Umstände der erbrachten Sachleistungen unbegründet. Bei rechtsgrundloser Gewährung von Sachleistungen wie im vorliegenden Fall gelten zusätzlich zu den genannten allgemeinen Voraussetzungen auch Einschränkungen in der Höhe des Rückerstattungsanspruchs. Das Verlangen nach Erstattung des vollen Geldbetrages, der für die Bezahlung der Sachleistungen aufzuwenden war, entbehrt der inneren Rechtfertigung, weil der Versicherte auch verpflichtet ist, sich ärztlich behandeln zu lassen, ärztliche Maßnahmen im allgemeinen auch nicht verweigern darf und ihm eine sachliche Nachprüfung der ärztlichen Anordnungen weder zuzumuten noch überhaupt möglich ist. Die Sachleistungen sind hiernach nicht einseitig ein Ausfluß des Anspruchs des Versicherten auf Kassenleistungen, sondern beruhen zugleich auf dessen Verpflichtung zur Mitwirkung, um den im Interesse der Krankenkasse liegenden raschen und gründlichen Heilerfolg sicherzustellen (Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band II, Stand: 55. Nachtrag 1981, S. 436 o mit weiteren Nachweisen). Der Rückforderungsanspruch des Versicherungsträgers reduziert sich bei Sachleistungen deshalb auf den zu Unrecht erlangten Vermögensvorteil. Er stellt sich in dem dar, was der Leistungsempfänger im Einzelfall tatsächlich aus eigenen Mitteln aufgewendet hätte, wenn nicht der Versicherungsträger mit seiner Sachleistung eingetreten wäre (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 1964, 2 RU 147,61 in [BSGE 22, 136](#)). Dazu ist festzustellen, daß der Kläger nichts aus eigenen Mitteln aufgewendet hätte. Ihm stand gegen den N. R. ein Beihilfeanspruch in Höhe von mindestens 55 v.H. der beihilfefähigen Aufwendungen zu, außerdem ein Anspruch auf Zuschuß aus seiner privaten Krankenversicherung bis zum Höchstbetrag von 150,- DM je Dialyse, der sich im August 1972 auf 126,- DM belief, und schließlich ein Sozialhilfeanspruch gegen die Beigeladene zu 1), da sein Einkommen im Jahre 1972 nach den Ermittlungen der Beigeladenen zu 1) ausweislich ihrer Verwaltungsakten unter der Einkommensgrenze des § 79 Abs. 1 in Verbindung mit § 81 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz lag.

Die Hilfsanträge der Beklagten sind als unzulässige Klagen abzuweisen.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind ausschließlich die in dem angefochtenen Urteil des SG erfaßten Rechte und Pflichten der Hauptbeteiligten aufgrund einer rechtskräftig festgestellten rechtsgrundlosen Gewährung von Sachleistungen an den Kläger. Darüber

hinaus ist es unzulässig, aus der prozessualen Rechtsstellung als Beklagte heraus, die Beigeladene zu 1) auf Leistung an die Beklagte und die Beigeladene zu 2) außerhalb des Prozeßantrags des Klägers auf Erteilung eines Verwaltungsakts über eine Leistungsgewährung an den Kläger zu verklagen.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#), diejenige über die Nichtzulassung der Revision aus [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-11