

S 18 KR 708/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 18 KR 708/06
Datum
21.06.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

Hat ein Sozialhilfeträger Beiträge auf eine vermeintlich (fort)bestehende freiwillige Mitgliedschaft eines Versicherten und Sozialhilfeempfängers (zur Abwendung der Beendigung dieser Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzugs) geleistet, kann er diese Leistung auch dann nicht zurückfordern, wenn die Mitgliedschaft des Versicherten zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestand, wenn er nicht vor der Leistung eine Willenseinigung mit der Krankenkasse hinsichtlich des Zwecks dieser Leistung erzielt hatte.

Anwendbare Vorschriften [§ 61 Satz 2 SGB X](#), [§§ 812, 814 BGB](#), § 13 BSHG
Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Beiträgen.

Die Versicherte der Beklagten, K. C., war bis 15.05.2004 bei der Beklagten versichert (freiwillige Mitgliedschaft). Die Versicherung wurde wegen Nichtzahlung der Beiträge zum 15.05.2004 beendet (vgl. Bl. 4, 6 Verwaltungsakte der Beklagten).

Mit Schreiben vom 16.07.2004 (Bl. 3 Verwaltungsakte der Beklagten) erklärte sich die Klägerin gegenüber der Beklagten bereit, für Frau C., die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach den Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erhielt, die rückständigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ab dem 15.05.2005 [sic! Gemeint ist aber der 15.05.2004, Anm. d. Verf.] und die laufenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge ab dem 01.07.2004 zu übernehmen. Diese Zusage gelte, solange die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung vorlägen.

In der Kostenübernahmeerklärung teilte die Klägerin zudem mit, dass sie die Überweisung des Krankenversicherungsbeitrages für den Zeitraum vom 15.05. bis 31.07.2004 auf das Konto der Beklagten veranlasst habe.

Unter dem 21.09.2004 (Bl. 7 Verwaltungsakte der Beklagten) wandte sich die Klägerin an die Beklagte und forderte die Erstattung der vom 15.5.2004 bis 31.08.2004 erfolgten Beitragszahlung, weil die Beklagte Frau C. rückwirkend nicht freiwillig weiterversichert habe, die von der Klägerin überwiesenen Krankenversicherungsbeiträge jedoch nicht wieder zurück überwiesen habe. Es handele sich um einen Gesamtbetrag von 475,65 Euro.

Mit Schreiben vom 30.09.2004 (Bl. 12 Verwaltungsakte der Beklagten) lehnte die Beklagte die Beitragserstattung ab. Hierbei berief sie sich auf [§ 814](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die Klägerin sei als Sozialhilfeträger nicht zur Beitragszahlung verpflichtet gewesen. Die Beklagte habe sich auch nicht ungerechtfertigt bereichert, da ihr gegenüber keine Doppelzahlung der Beiträge erfolgt sei. Ein Erstattungsanspruch nach [§§ 102 ff.](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) sei grundsätzlich nur für erbrachte Leistungen möglich. Die Klägerin habe die Möglichkeit, die aus ihrer Sicht zuviel gezahlten Beiträge per Aufrechnung von der Versicherten direkt zu fordern.

Im Schreiben vom 16.11.2004 (Bl. 14 Verwaltungsakte der Beklagten) teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass sie [§ 814 BGB](#) nicht für

anwendbar halte. Im Verhältnis von Sozialleistungsträgern untereinander gälten zunächst einmal nicht in erster Linie die Regeln des BGB, sondern öffentlich-rechtliche Vorschriften, die die Leistungsbeziehungen der Träger untereinander regelten. Rechtsgrundlage der Zahlungen der Klägerin an die Beklagte sei nicht etwa eine gewollte und in Kenntnis einer Nichtschuld vorgenommene Erfüllung einer Verbindlichkeit der Klägerin, sondern Rechtsgrundlage der Leistung sei zunächst einmal die Kostenzusage gemäß [§ 34 SGB X](#) zum Zwecke der Aufrechterhaltung eines Krankenversicherungsverhältnisses gewesen. Nachdem dieser Zweck infolge Ablehnung der Beklagten nicht mehr zu erreichen gewesen sei, sei die Kostenzusicherung als Rechtsgrundlage für das Behaltendürfen der gewährten Krankenversicherungsbeiträge entfallen. Die Beklagte als Zahlungsempfängerin habe die Zweckverfehlung verursacht. Da öffentlich-rechtliche Regelungen einen unmittelbaren Rückforderungsanspruch des Beitragszahlers nicht begründen könnten, müsse auf das bürgerlich-rechtliche Bereicherungsrecht rekurriert werden. Die Anwendung des [§ 814 BGB](#) komme jedoch nicht in Betracht, wenn der mit der Leistung bezweckte Erfolg, wie vorliegend, nicht eingetreten sei. In diesem Fall gelte nämlich die Grundsatzregelung in [§ 812 Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 BGB](#) i. V. m. [§ 815 BGB](#). Danach könne der Leistende nur dann überzahlte Beiträge nicht zurückfordern, wenn der Leistende selbst den Eintritt des Erfolges wider Treu und Glauben verhindert habe. Es sei aber vorliegend davon auszugehen, dass nicht die Klägerin, sondern die Beklagte den Eintritt des Erfolges, die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes, vereitelt habe. Die Beklagte sei daher auch zur Rückerstattung der rechtsgrundlos erfolgten Beitragszahlungen nach der bereicherungsrechtlichen Grundsatzregel verpflichtet.

Die Beklagte erwiderte unter dem 06.12.2004 (Bl. 16 Verwaltungsakte der Beklagten), dass der Klägerin bekannt gewesen sei, dass die freiwillig Versicherte alleinige Beitragsschuldnerin gewesen sei. Die Zusicherung der Klägerin nach [§ 34 SGB X](#) habe sich insoweit nicht ausgewirkt, da seitens der Beklagten die Genehmigung i. S. des [§ 415 BGB](#) ausdrücklich nicht erteilt worden sei. Die freiwillige Versicherung ende kraft Gesetzes nach [§ 191 Satz 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) bei Vorliegen der Voraussetzungen. Diese Rechtsfolge sei ohne Einflussnahme der Beklagten eingetreten. Die Beklagte habe somit den Eintritt des Erfolges wider Treu und Glauben nicht verhindert. Die Beklagte lehne daher weiterhin den Rückforderungsanspruch der Klägerin ab.

Am 10.11.2006 (Bl. 1 Gerichtsakte) hat die Klägerin zum Sozialgericht Frankfurt/Main Klage erhoben.

Die Klägerin trägt ergänzend zu ihrem bisherigen Vortrag vor, die Beklagte könne sich nicht einfach auf die Beendigung des Krankenversicherungsverhältnisses kraft Gesetzes berufen, da [§ 191 Abs. 2 SGB V](#) hierzu zur Voraussetzung mache, dass die Krankenkasse den Versicherten auf die Folge des Verlustes des Versicherungsverhältnisses und auch darauf, dass das Sozialamt um Hilfe angegangen werden könne, informiere. Dies sei offensichtlich nicht geschehen. Es frage sich daher, ob das Krankenversicherungsverhältnis überhaupt wirksam beendet worden sei. Selbst wenn aber das Krankenversicherungsverhältnis beendet worden sei, verstoße es nach Auffassung der Klägerin gegen Treu und Glauben, wenn die Beklagte nicht zumindest die Krankenversicherungsbeiträge, die ihren Zweck nicht hätten erreichen können, zurückerstatte.

Die Kostenzusicherung vom 16.07.2004 stelle ausdrücklich darauf ab, dass die gemachte Zusage nur Geltung besitze, solange die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung vorlägen. Soweit ein Krankenversicherungsschutz nach dem 15.05.2004 nicht mehr bestanden habe, hätten die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge durch die Klägerin nicht mehr vorgelegen. Da die Zahlung an die Beklagte ausdrücklich nur unter dieser Voraussetzung des Weiterbestehens eines Krankenversicherungsverhältnisses erbracht worden sei und diese Voraussetzungen nicht mehr vorgelegen hätten, sei die Leistung ohne Rechtsgrund erfolgt.

Die Klägerin habe ausdrücklich nicht zum Zwecke der Schuldentilgung gegenüber der Beklagten geleistet und wäre hierzu auch gar nicht berechtigt gewesen, da die Sozialhilfe nicht der Schuldentilgung dienen könne (§ 4 Abs. 1 Satz 2 BSGH bzw. § 17 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetz Zwölftes Buch – SGB XII –). Die Beklagte könne daher nicht einfach Zahlungen der Klägerin zur Befriedigung etwaiger Forderungen gegenüber ihrer Beitragszahlerin verwenden.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 475,65 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, die Beitragsrückstände seien aufgelaufen, nachdem die Klägerin, die zu diesem Zeitpunkt die Beitragszahlungen durchgeführt habe, diese Zahlungen eingestellt habe und die Versicherte ebenfalls keine Zahlungen vorgenommen habe. Die Beklagte habe daraufhin ihre Versicherte mit Schreiben vom 19.04.2004 auf einen Beitragsrückstand von zwei Monaten (Februar und März 2004) hingewiesen. Gleichzeitig sei ihr mitgeteilt worden, dass sie bei Nichtzahlung dieses Rückstandes per gesetzlicher Regelung aus der Krankenversicherung ausgeschlossen werde. Die Versicherte sei ebenfalls aufgefordert worden, dieses Schreiben dem Sozialamt vorzulegen, sofern sie Leistungen von dort bekomme. Nachdem keine Zahlungen erfolgt seien, sei die Krankenversicherung der Betroffenen zum 15.05.2004 beendet worden. Am 15.07.2004 habe ein Sozialpädagoge eines Krankenhauses für die Versicherte einen Antrag auf freiwillige Weiterversicherung gestellt. Am 16.07.2004 habe die Klägerin eine Kostenübernahmeerklärung für die Krankenversicherungsbeiträge der Betroffenen abgegeben. Mit Schreiben vom 26.07.2004, das nachrichtlich auch an die Klägerin gesandt worden sei, sei seitens der Beklagten mitgeteilt worden, dass eine freiwillige Weiterversicherung nicht möglich sei.

Ob grundsätzlich die bereicherungsrechtlichen Vorschriften des BGB direkt Anwendung fänden oder ob nicht Anspruchsgrundlage der öffentlich-rechtliche Bereicherungsanspruch sein müsse, könne im Ergebnis dahingestellt bleiben, denn auch der öffentlich-rechtliche Bereicherungsanspruch folge den Voraussetzungen und Kriterien, die für den zivilrechtlichen Bereicherungsanspruch maßgebend seien. Die Voraussetzungen der [§§ 812 ff. BGB](#) seien allerdings nicht gegeben. Die Beklagte sei nicht ungerechtfertigt bereichert. Sie sei Gläubigerin offen stehender Beitragsforderungen gewesen, die aus dem Versicherungsverhältnis für Frau C. resultierten. Durch den Ausgleich dieser berechtigten und bestehenden Forderungen habe sie etwas erlangt, das ihr auch zugestanden habe. Soweit Sozialämter Beitragsleistungen direkt an eine Krankenkasse erbrächten, statt diese Leistung an die berechtigten Sozialhilfeempfänger zu zahlen, zahlten sie als Dritte auf eine Verbindlichkeit eines anderen. Durch die Wahl eines verkürzten Zahlungsweges würden sie nicht zum Schuldner der Forderung. Etwas anderes könne sich nur dann ergeben, wenn im Einzelfall eine Schuldübernahmeerklärung oder eine Selbstverpflichtung mit

Rechtsbindungswirkung des Sozialamtes vorläge. Davon sei im vorliegenden Fall nicht auszugehen. Die Klägerin habe eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben. Weitere Umstände, die die Annahme rechtfertigen könnten, dass sie damit eine eigenständige Verpflichtung habe übernehmen wollen, seien nicht ersichtlich. Selbst wenn man davon ausginge, dass die Klägerin dem Grunde nach Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung geltend machen könne, sei die geltend gemachte Klageforderung nicht begründet. Die Klägerin führe an, der Rechtsgrund für ihre Leistung sei eine Zusicherung nach [§ 34 SGB X](#) gewesen. [§ 34 SGB X](#) richte sich auf die Zusicherung einer Behörde, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen. Sozialämter und Krankenkassen könnten ihre Rechtsbeziehungen untereinander nicht wechselseitig durch Verwaltungsakt regeln, da sie nicht in einem Über-/Unterordnungsverhältnis stünden. Daher könne die Kostenübernahmeerklärung der Klägerin auch keine Zusicherung im Sinne von [§ 34 SGB X](#) sein. Die Klägerin sei der Auffassung, dass [§ 814 BGB](#) nicht anwendbar sei, da [§ 815 BGB](#) greife. Eine Vorrangigkeit des [§ 815 BGB](#) vor dem [§ 814 BGB](#) sei allerdings nicht gegeben. Im Gegenteil, [§ 815 BGB](#) gelte nicht für Bereicherungsansprüche wegen der Erfüllung einer Nichtschuld (Palandt-Sprau, [§ 815 BGB](#) Rn. 1). Es möge zwar sein, dass die Klägerin für die Leistungsempfängerin Beiträge habe zahlen wollen, um deren Versicherungsschutz zu erhalten. Wie sich aus dem vorliegenden Sachverhalt ergebe, sei dies aber aus rechtlichen Gründen nicht möglich gewesen.

Das Gericht hat im Rahmen der Sachverhaltsermittlungen die Verwaltungsakte der Beklagten zu dem Rechtsstreit beigezogen.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, da die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind vorher angehört worden. Der Gerichtsbescheid wirkt als Urteil ([§ 105](#) Absätze 1 und 3 Sozialgerichtsgesetz – SGG –).

Die Klage ist als Leistungsklage zulässig.

Die Klage führt jedoch in der Sache nicht zum Erfolg, weil der geltend gemachte Zahlungsanspruch nicht besteht.

Das erkennende Gericht hält die Vorschriften der [§§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) über [§ 61 Satz 2 SGB X](#) für anwendbar (vgl. Engelmann in von Wulffen, SGB X, Kommentar, 5. Auflage 2005, § 61 Rz. 4 a) und einen Rückgriff auf den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs (zu diesem vgl. grundlegend [BSGE 16, 151](#), 153 = SozR Nr 1 zu § 28 BVG; [BSGE 38, 46](#), 47 = SozR 2200 § 1409 Nr 1, jeweils mwN) aufgrund des positivrechtlichen Verweises von [§ 61 Satz 2 SGB X](#) auf das BGB für entbehrlich.

Nach [§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) ist, wer durch die Leistung eines anderen oder in sonstiger Weise auf dessen Kosten etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ihm zur Herausgabe verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht auch dann, wenn der rechtliche Grund später wegfällt oder der mit einer Leistung nach dem Inhalt des Rechtsgeschäfts bezweckte Erfolg nicht eintritt (Satz 2 der Vorschrift).

Der Begriff der "Leistung" ist im Einzelnen umstritten, jedoch kommt der vorliegende Fall mit der allgemeinen Definition der "bewussten Mehrung fremden Vermögens" aus (vgl. Lieb in Münchener Kommentar zum BGB, 4. Auflage 2004, § 812 Rz. 26; zitiert nach beck-online).

Die Klägerin hat in diesem Sinne geleistet, als sie unstreitig die Beiträge für Mai bis August 2004 an die Beklagte überwies.

Als Rechtsgrund (der später weggefallen sei) hat die Klägerin im Hinblick auf die Kostenübernahmeerklärung vom 16.07.2004 den [§ 34 SGB X](#) herangezogen. Das Gericht hält [§ 34 SGB X](#) auf die Kostenübernahmeerklärung vom 16.07.2004 mangels Berechtigung zum Erlass eines Verwaltungsaktes gegenüber der Beklagten für nicht anwendbar.

Die Kostenübernahmeerklärung könnte jedoch ihren Rechtsgrund in § 13 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) (gültig bis 31.12.2004) haben (wobei die Klägerin mit der Kostenübernahmeerklärung der Beklagten lediglich eine implizit gegenüber Frau C. erteilte Beitragsübernahme zur Kenntnis bringen würde).

§ 13 BSHG lautet:

"(1) Für Weiterversicherte im Sinne des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für Rentenantragsteller, die nach [§ 189](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Mitglied einer Krankenkasse gelten, sind die Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 erfüllen. § 76 Abs. 2 Nr. 2 und 3 gilt insoweit nicht.

(2) In sonstigen Fällen können Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, soweit sie angemessen sind; zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung sind solche Beiträge zu übernehmen, wenn laufende Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu gewähren ist. § 76 Abs. 2 Nr. 3 gilt insoweit nicht.

(3) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, sind auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung zu übernehmen."

§ 13 Abs. 1 BSHG ist schon deshalb nicht einschlägig, weil die Versicherte bereits (längere Zeit) freiwilliges Mitglied der Beklagten, mithin keine Weiterversicherte im Sinne des [§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), gewesen war.

§ 13 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz BSHG ist ebenfalls nicht einschlägig, da der Versicherten laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nicht nur für kurze Dauer gewährt wurde.

Es kann daher allenfalls § 13 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz BSHG einschlägig sein. Problematisch ist hierbei allerdings, dass zum Zeitpunkt

der Beitragsübernahme das Versicherungsverhältnis nicht mehr bestand. Vor dem Hintergrund der Ausführungen der Klägerin, dass das Sozialhilferecht nicht der Schuldentilgung dient, denen sich das erkennende Gericht anschließt, ist davon auszugehen, dass § 13 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz BSHG nur in den Fällen Anwendung findet, in denen das Versicherungsverhältnis (fort)besteht, denn eine Beitragsübernahme kann sich dann nicht lediglich auf eine reine Schuldentilgung beschränken. Im Umkehrschluss scheint die Vorschrift nicht anwendbar, wenn ein Versicherungsverhältnis nicht (fort)besteht und sich die Beitragsübernahme daher lediglich auf eine Tilgung von Schulden aus der Vergangenheit beziehen könnte. Dieses Ergebnis kann aber letztlich auch am Wortlaut der Vorschrift festgemacht werden, der inzident das Vorliegen/den Bestand einer freiwilligen Krankenversicherung voraussetzt.

Da zum Zeitpunkt der Kostenübernahmeerklärung die freiwillige Mitgliedschaft der Versicherten bereits beendet war, kann nach dem oben Ausgeführten nicht von einer Beitragsübernahme nach § 13 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz BSHG ausgegangen werden. § 13 BSHG vermag damit keinen Rechtsgrund für die Leistung der Klägerin darzustellen. Es kann aber letztlich dahinstehen, ob die Vorschrift des § 13 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz BSHG in der erfolgten Form auszulegen ist, denn falls die Vorschrift entgegen der Rechtsauffassung des Gerichts auch auf den Fall einer nicht (mehr) bestehenden freiwilligen Mitgliedschaft anzuwenden wäre, hätte die Beitragszahlung durch die Beklagte einen Rechtsgrund, der auch nicht mangels Weiterführung der Mitgliedschaft durch die Beklagte weggefallen wäre. Der geltend gemachte Bereicherungsanspruch scheidet dann ohnehin aus.

Daran, dass die freiwillige Mitgliedschaft der Versicherten wirksam zum 15.05.2004 geendet hatte, zweifelt das Gericht im Übrigen nicht. Das Schreiben vom 19.04.2004 an die Versicherte (Bl. 1 Verwaltungsakte) erfüllt die Voraussetzungen des [§ 191 Satz 2 SGB V](#). Die Mitgliedschaft endete mithin kraft Gesetzes (vgl. Peters in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Loseblattsammlung, 53. Ergänzungslieferung 2007, § 191 Rz. 16; zitiert nach beck-online).

Allerdings ist die Klägerin bei der Zahlung davon ausgegangen, dass die freiwillige Mitgliedschaft fortbesteht. Mit der Zahlung ging es ihr darum, die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft abzuwenden und die Mitgliedschaft für die Zukunft aufrechtzuerhalten.

In einem derartigen Fall kommt die Anwendung des [§ 812 Abs. 1 Satz 2](#) zweite Alternative BGB ("condictio ob rem") in Betracht. Ob hier ein Fall der condictio ob rem vorliegt, ist deshalb von entscheidender Bedeutung, weil im Falle ihrer Anwendung [§ 814 BGB](#) nicht gilt und weil [§ 815 BGB](#) eine Sonderregelung zu dieser Leistungskondition enthält (vgl. Stadler in Jauernig, Kommentar zum BGB, 11. Auflage 2004, § 812 Rz. 15 mwN).

Bedeutung und Eigenart der condictio ob rem sind äußerst umstritten. Der Schwerpunkt der condictio ob rem liegt im Bereich der Rechtsgrundlosigkeit: Die condictio ob rem umfasst in einem weitgehend unstreitigen Kernbereich diejenigen Fälle, in denen eine Leistung allein aus der Erwartung heraus erfolgt, der dazu rechtsgeschäftlich nicht verpflichtete Empfänger werde eine Gegenleistung erbringen. Hier hat die condictio ob rem die eigenständige Aufgabe, dem Leistenden die Rückforderung dann zu ermöglichen, wenn sich diese Erwartung zerschlägt, wenn also der Empfänger die erwartete Leistung schließlich doch nicht erbringt, denn dem Leistenden stehen in diesen Fällen weder durchsetzbare vertragliche Ansprüche gegen den Empfänger zu, noch greifen die sonstigen Ausformungen der Rechtsgrundlosigkeit ein (Lieb in Münchener Kommentar zum BGB, aaO, § 812 Rz. 196 mwN).

Die Anwendung der condictio ob rem scheitert vorliegend daran, dass die Erwartung der Klägerin, sie könne die Beendigung der Mitgliedschaft "aufhalten", ein einseitiges Motiv war, denn für die Anwendung der condictio ob rem ist es zumindest erforderlich, dass der Empfänger (hier die Beklagte) die Erwartung des Leistenden kennt und durch die Annahme zu verstehen gibt, dass er die Zweckbestimmung billigt. Voraussetzung für die Anwendung der condictio ob rem ist also, dass nach allgemeinen Auslegungsregeln das Zustandekommen einer Willenseinigung zwischen den Beteiligten des Inhalts festgestellt werden kann, dass der Empfänger die Leistung nur im Hinblick auf die von ihm erwartete Gegenleistung, also insbesondere nicht unentgeltlich, erhält (Lieb in Münchener Kommentar zum BGB, aaO, § 812 Rz. 201 mwN).

Zwischen der Klägerin und der Beklagten ist jedoch keine Willenseinigung im vorgenannten Sinne erzielt worden. Vielmehr hat die Klägerin gleichzeitig mit der Kostenübernahmeerklärung mit den Beitragszahlungen begonnen, ohne dieses Vorgehen überhaupt mit der Beklagten abgesprochen zu haben.

Damit scheidet die Anwendung der condictio ob rem aus (und [§ 814 BGB](#) ist anwendbar).

(Weitere) Rechtsgrundlagen für die Leistung sind nicht ersichtlich. Insbesondere scheidet eine Schuldübernahme ([§ 415 BGB](#)) mangels Genehmigung durch die Beklagte aus; für einen Schuldbeitritt oder eine Erfüllungsübernahme mangelt es nach der Aktenlage an einem Vertrag zwischen der Klägerin und der Versicherten.

Es liegt mithin ein Fall von [§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) vor. Da die Beklagte die Beitragszahlungen auf Kosten der Klägerin ohne Rechtsgrund erlangt hat, wäre sie ihr grundsätzlich auch zur Herausgabe verpflichtet.

Allerdings scheitert der Herausgabeanspruch an [§ 814 BGB](#).

Er lautet: "Das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete kann nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach."

Die Klägerin war zur Leistung nicht verpflichtet. Beitragsschuldnerin war die Versicherte ([§§ 250 Abs. 2, 252 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V](#) –). Das gilt selbst dann, wenn die Anwendbarkeit von § 13 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz BSHG bejaht wird, weil diese Vorschrift die Übernahme von Beiträgen in das Ermessen des Sozialhilfeträgers stellt und die positive Entscheidung des Sozialhilfeträgers über die Beitragsübernahme nur eine Verpflichtung des Sozialhilfeträgers gegenüber dem Sozialhilfeempfänger, nicht aber gegenüber der Krankenkasse, begründen kann.

Damit scheitert die begehrte Beitragsrückerstattung aus.

Vor dem Hintergrund des Verweises von [§ 61 Satz 2 SGB X](#) u. a. auf die bereicherungsrechtlichen Vorschriften und deren Anwendbarkeit im vorliegenden Fall hält das Gericht einen Rückgriff auf den allgemeinen Grundsatz von Treu und Glauben für nicht statthaft.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben und war abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Rechtsmittelbelehrung folgt aus [§§ 105 Abs. 2, 143, 144 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12