

S 4 KR 159/02

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 4 KR 159/02
Datum
01.06.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 428/07
Datum
12.11.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 1. Juni 2007 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zu tragen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Erstattungsanspruch.

Der 1981 geborene M M (im Folgendem: Leistungsempfänger) leistete bis zum 30. September 2001 Wehrdienst. Am 18. März 2001 erlitt er einen privaten Verkehrsunfall. Wegen der Folgen dieses Unfalles wurde er vom 6. September 2001 bis zum 20. Dezember 2001 in der M-Klinik B K, neurologische und orthopädische Fachklinik für Rehabilitation, behandelt. Die Klinik stellte der Klägerin dafür einen Betrag von 42.646,23 Euro in Rechnung (einschließlich Fremdarztleistungen und Krankentransport), wovon 33.621,98 Euro auf die Behandlung ab dem 1. Oktober 2001 (nach dem Ausscheiden aus dem Wehrdienst) entfielen.

Mit Schreiben vom 23. Oktober 2001 fragte die Klägerin bei dem Beigeladenen wegen der Klärung eines Erstattungsanspruches an. Durch Schreiben vom 18. Januar 2002 antwortete der Beigeladene, dass – mit Ausnahme eines Anspruches auf Versorgungskrankengeld - keine Ansprüche bestünden, weil der Leistungsempfänger bei der Beklagten familienversichert sei.

Durch Schreiben vom 8. April 2002 und 18. Juli 2002 machte die Klägerin bei der Beklagten einen Erstattungsanspruch in Höhe von 33.621,98 Euro geltend. Während der Behandlung sei der Leistungsempfänger nicht mehr Soldat gewesen, ein Anspruch auf unentgeltliche truppen-ärztliche Versorgung habe nicht bestanden. Entsprechend dem Erlass des Bundesministeriums für Verteidigung vom 11. Dezember 1981 – S II 7 Az 42 – 75- 24 seien die Kosten der Be-handlung vorläufig übernommen worden. Da keine Wehrdienstbeschädigung vorliege, sei die Beklagte leistungs- und damit erstattungspflichtig.

Die Beklagte lehnte durch Schreiben vom 12. Juni 2002 und 12. September 2002 ab. Sie bezog sich auf das BMA und eine Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes. Der Erstattungsanspruch sei ausschließlich gegen den Beigeladenen zu richten.

Mit der am 25. Oktober 2002 bei dem Sozialgericht Frankfurt/Oder eingegangenen Klage be-gehrt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung von 33,621,98 Euro. Zur Be-gründung hat sie auf einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch sowie Entscheidungen des Sozialgerichts Frankfurt/Oder verwiesen (Hinweis auf Urteil v. 21. Dezember 2000 – S [4 KR 164/09](#) – und v. 9. Februar 2001 – S 4 KR 119/99).

Das Sozialgericht hat die Beklagte durch Urteil vom 1. Juni 2007 verurteilt, 33.621,98 Euro an die Klägerin zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass der Leistungsempfänger fami-lienversichert und die Beklagte mithin zur Leistung verpflichtet gewesen sei. Der Erlass, bei dem nicht nachvollzogen werden könne, warum er das Bestehen einer Familienversicherung nicht als Ausschlussstatbestand aufführe, könne keine gesetzlich vorrangige Leistungspflicht der Klägerin begründen. Die Klägerin habe eine Leistung erbracht, ohne dafür zuständig zu sein, demnach liege an sich ein Fall des [§ 105 SGB X](#) vor. Allerdings könne auf diese Vorschrift nicht zurückgegriffen werden, da die Klägerin kein Sozialleistungsträger im Sinne des SGB I sei. Anwendbar sei aber der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, wenn – wie vorliegend – die [§§ 102 SGB X](#) ff daran scheiterten, dass es sich nicht um einen Leistungsträger im Sinne des SGB I handele. Die Klägerin sei um den Betrag der Kosten für die Behandlung entreichert, die Beklagte entsprechend bereichert, da sie von einer Verbindlichkeit befreit worden sei. Ein Rechtsgrund für diese Vermögensverschiebung bestehe nicht. Eine Verjährung sei noch nicht eingetreten. Maßgebend sei eine Verjährungsfrist von vier Jahren, die als allgemeines Rechts-prinzip des Sozialrechts anzusehen sei. Auf die Ausschlussfrist des [§ 111 SGB X](#)

könne sich die Beklagte nicht berufen, da die Vorschrift auf die Beziehungen der Klägerin zur Beklagten nicht anwendbar sei.

Gegen das ihr am 11. Juni 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 3. Juli 2007 eingegangene Berufung der Beklagten. Ein finanzieller Ausgleich sei ausschließlich zwischen der Klägerin und dem Beigeladenen durchzuführen. Der Erlass sehe die Weitergewährung truppenärztlicher Versorgung nach Beendigung des Wehrdienstes vor, wenn der Soldat nicht Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sei und der Weitergewährung zugestimmt habe. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür bildeten das Bundesbesoldungsgesetz, das Wehrsoldgesetz und das Soldatengesetz. Es handele sich um einen dienstrechtlichen Anspruch, so dass Ansprüche gegen die Beklagte gemäß [§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) ruhen würden. Dies führe gemäß [§ 82 SVG](#) zu einer Leistungspflicht des Beigeladenen. Dieser habe aber in dem streitgegenständlichen Zeitraum keine Leistungen der Heilbehandlung erbracht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Oder vom 1. Juni 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Der Anspruch eines ehemaligen Soldaten auf Heilbehandlung entfalle, wenn und soweit ein Versicherungsträger der gesetzlichen Krankenversicherung zu entsprechenden Leistungen verpflichtet sei. Das sei vorliegend bei dem familienversicherten Leistungsempfänger der Fall gewesen.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag

Er hält seine Beiladung für nicht notwendig. Zu keiner Zeit habe gegen ihn ein Leistungsanspruch bestanden. Die Voraussetzungen des [§ 80 SVG](#) seien nicht erfüllt, weil keine Wehrdienstbeschädigung vorliege. [§ 82 SVG](#) bestimme zwar allgemein, dass ein ehemaliger Soldat, der bei Beendigung des Wehrdienstes heilbehandlungsbedürftig sei, Leistungen erhalte; dies gelte aber nicht, wenn und soweit bereits ein Versicherungsträger verpflichtet sei. Die Familienversicherung stelle einen solchen Ausschlussbestand dar. Es sei lediglich Versorgungskrankengeld gewährt worden, weil wegen der Familienversicherung kein Anspruch auf Krankengeld bestanden habe. Ein Erstattungsanspruch sei zudem jedenfalls verjährt, da die vierjährige Frist bereits am 31. Dezember 2005 abgelaufen sei.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagte verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts erweist sich als zutreffend. Im Ergebnis zu Recht hat es die Beklagte verurteilt, 33.621,98 Euro an die Klägerin zu zahlen.

Anspruchsgrundlage ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Dieses Institut des allgemeinen Verwaltungsrechts wurzelt in einem allgemeinen Rechtsprinzip, das für das Zivilrecht in den [§§ 812 ff](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches seine besondere Ausgestaltung gefunden hat. Es ist auch auf das Verhältnis zwischen zwei verschiedenen Körperschaften des öffentlichen Rechts anwendbar (BSG, Urt. v. 24. Januar 1991 - [2 RU 44/90](#)). Dagegen scheidet eine Anwendung der Vorschriften der [§§ 102ff](#) des Sozialgesetzbuchs, Zehntes Buch (SGB X) über Erstattungsansprüche hier aus, wie schon das Sozialgericht richtig gesehen hat. Diese Vorschriften gelten nämlich, wie bereits die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Dritten Kapitels des SGB X zeigt, nur zwischen Leistungsträgern. Gemäß [§ 12](#) des Sozialgesetzbuchs, Erstes Buch (SGB I) sind Leistungsträger im Sinne des Sozialgesetzbuchs nur die in den [§§ 18](#) bis [29 SGB I](#) genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden, zu denen die Klägerin nicht zählt.

Voraussetzung für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist eine Vermögensverschiebung. Durch sie muss der Anspruchsteller ohne rechtlichen Grund entreichert und der Anspruchsgegner bereichert sein (BSG, a.a.O.). Die Beklagte ist durch die Erbringung von Leistungen der Heilfürsorge an den Leistungsempfänger bereichert worden, weil sie diesem gegenüber nach den [§§ 11, 27](#) des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch (SGB V) für den Fall der Krankheit zur Erbringung geeigneter Behandlungsmaßnahmen verpflichtet war. Denn er war bei ihr familienversichert ([§ 10 SGB V](#)). Der Senat hat keine Veranlassung zu bezweifeln, dass die gewährten Heilbehandlungsmaßnahmen und ergänzenden Leistungen wegen des regelwidrigen Gesundheitszustandes des Leistungsempfängers medizinisch notwendig und angemessen waren. Auch die Beteiligten haben in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht übereinstimmend erklärt, dass die Höhe der geltend gemachten Forderung anerkannt und nicht hinsichtlich der Summe strittig gestellt werde. Demgemäß hätte die Beklagte entsprechende Leistungen zu erbringen gehabt, wenn sie dem Leistungsempfänger gegenüber zur Leistung verpflichtet gewesen wäre. Es liegt somit kein Fall einer aufgedrängten Bereicherung vor. Ein Anspruch des Leistungsempfängers gegen die Beklagte hätte inhaltlich den tatsächlich von der Klägerin gewährten Leistungen entsprochen, demnach wäre die Beklagte von einer eigenen Verpflichtung durch die Erfüllung durch einen Dritten, nämlich der Klägerin, befreit worden. Entgegen der Rechtsansicht der Beklagten ruhte ihre Leistungspflicht nicht wegen der Gewährung von Heilfürsorge durch die Klägerin und bestand entsprechend kein rechtlicher Grund dafür, dass die Klägerin an Stelle der Beklagten dauerhaft die Behandlungsleistungen erbrachte. Nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben. Der Leistungsempfänger, der zur Zeit der Leistungserbringung bereits aus dem Wehrdienst ausgeschieden war und dessen Erkrankung nicht auf eine Wehrdienstbeschädigung zurückzuführen war, hatte keinen gesetzlich begründeten Anspruch auf Heilvorsorge nach dienstrechtlichen Vorschriften. Maßstabsnorm insoweit ist [§ 82 Abs. 1](#) des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG). Nach dieser Vorschrift erhält ein ehemaliger Soldat, der Grundwehrdienst oder freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst geleistet hat, Leistungen in entsprechender Anwendung des [§ 10 Abs. 1 und 3](#) sowie der [§§ 11, 11a und 13 bis 24a](#) des Bundesversorgungsgesetzes. Indessen besteht nach [§ 82 Abs. 3 a\) SVG](#) ein solcher Anspruch nicht, wenn und soweit ein Versicherungsträger ([§ 29 Abs. 1](#) des Sozialgesetzbuchs, Viertes Buch - SGB IV -) zu entsprechenden Leistungen verpflichtet ist. Dies betrifft auch die Beklagte, die nach den [§§ 1, 4 SGB V](#) als Ersatzkasse Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) begründet einen uneingeschränkten Anspruch auf sämtliche

notwendigen und angemessenen Behandlungsleistungen. Aus dem Gesetz ergibt sich daher, dass nicht die Klägerin, sondern die Beklagte leistungsverpflichtet gewesen wäre.

Allerdings sieht der Erlass des Bundesministeriums für Verteidigung vom 11. Dezember 1981 – S II 7 Az 42 – 75- 24 die Möglichkeit vor, ärztliche Versorgung über die Beendigung des Wehrdienstes hinaus zu gewähren, wenn der Soldat nicht Pflichtmitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung ist (Nr. 2, 4 des Erlasses). Von dieser Möglichkeit hat die Klägerin in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Erlasses Gebrauch gemacht. Pflichtmitglieder sind nur versicherungspflichtige Personen, zu denen Familienversicherte ebenso wenig wie etwa freiwillig Versicherte gehören. Der Leistungsempfänger war demnach kein Pflichtmitglied der Beklagten.

Entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts hält der Senat einen Erlass auch grundsätzlich für ein taugliches Mittel, Ansprüche auf Versorgung nach dienstrechtlichen Grundsätzen über das Gesetz hinaus zu verschaffen. Da es sich um gewährende Verwaltung handelt, gilt der Vorbehalt des Gesetzes nicht uneingeschränkt. Eine gesetzliche Grundlage findet sich in § 31 des Soldatengesetz, der die Beklagte zur Fürsorge auch für die Zeit nach Beendigung des Dienstverhältnisses verpflichtet (Sundermeier, VersorgungsB 1982, S. 136). Darauf kommt es hier indessen nicht entscheidend an, weil der Erlass keine Änderung der eigentlichen Zuständigkeit zur Leistungserbringung beinhaltet, so dass sich aus [§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) auch unter Berücksichtigung des Erlasses kein Ruhen der Ansprüche gegen die Beklagte ergibt.

Der Erlass wollte nämlich nur eine vorübergehende Leistungspflicht der Klägerin begründen, welche die Möglichkeit eines Regresses bei dem eigentlich zuständigen Leistungsträger nicht ausschließen sollte. Ausdrücklich im Wortlaut des Erlasses vorgesehen ist ein Regress in Nr. 11 Abs. 3 lediglich gegenüber dem Versorgungsamt. Das betrifft die Fälle, in denen eine Wehrdienstbeschädigung vorliegt oder kein anderer Versicherungsträger zuständig ist (vgl. Sundermeier, VersorgungsB 1982, S. 109/110). Wie zu verfahren ist, wenn sich die Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung herausgestellt hat, regelt der Erlass nicht ausdrücklich. Dies kann aber nicht als beredtes Schweigen in dem Sinne verstanden werden, dass dann eben die Leistungspflicht endgültig bei der Klägerin verbleiben sollte. Dagegen spricht schon, dass der Erlass aus Fürsorgegründen einem ausgeschiedenen Soldaten einen präsenten Leistungsträger ohne Rücksicht auf den Ausgang von Zuständigkeitskonflikten zur Seite stellen will (Sundermeier, VersorgungsB 1982, S. 110, 137). Der Erlass bezweckt damit nur die vorläufige Absicherung des betroffenen Personenkreises der ausscheidenden Soldaten. Diese erfordert aber nicht, dass die Leistungszuständigkeit auf Dauer bei der Klägerin bleibt, auch nachdem die Zuständigkeitsfrage geklärt ist. Demnach steht es mit Sinn und Zweck des Erlasses im Einklang, dass (auch) gegen den Träger der Krankenversicherung ein Ersatzanspruch besteht, wenn sich dessen Zuständigkeit herausgestellt hat. Darauf deutet auch Nr. 11 Abs. 5 des Erlasses hin, wonach aufgewandte Beträge nur dann verbleiben, wenn keine Erstattungspflichtigkeit besteht. Der Erlass geht damit grundsätzlich von der Vorläufigkeit der auf seiner Grundlage erbrachten Leistungen aus. Der Rückgriff auf den eigentlich Zuständigen in Fällen, in denen zur Vermeidung von Verzögerungen mit nachteiligen Folgen vorläufig ein anderer geleistet hat, entspricht ebenso einem allgemeinen Rechtsprinzip, dass sich etwa an dem in [§ 102 SGB X](#) geregelten Erstattungsanspruch des vorläufig leistenden Leistungsträgers oder allgemeiner an dem in den [§§ 670, 680, 683 BGB](#) geregelten Anspruch des Notgeschäftsführers auf Erstattung seiner Aufwendungen zeigt. Warum der Erlassgeber von diesen Grundsätzen hätte abweichen sollen, ist nicht ersichtlich. Demnach geht der Senat davon aus, dass der Erlass keinen rechtlichen Grund dafür abgibt, die Beklagte auf Dauer von ihrer Einstandspflicht zu befreien. Er begründet nur eine vorläufige Zuständigkeit zur Leistung, ohne über die endgültige Zuordnung der Kosten zu entscheiden. Das Rechtsinstitut des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs bleibt demnach von dem Erlass unberührt.

Durch die Erbringung von Heilfürsorgeleistungen an den Leistungsempfänger ist die Klägerin in Höhe des von ihr eingeklagten Betrags entreichert worden, weil sie der von den Leistungserbringern zunächst angegangene Kostenträger war. Die Voraussetzungen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs liegen demnach sämtlich vor.

Diesem Anspruch steht bereits deswegen nicht die Einrede der Verjährung entgegen, weil die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht ausdrücklich erklärt hat, sie nicht erheben zu wollen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197 a SGG](#).

Wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache war die Revision zuzulassen. Der IKK Bundesverband vertritt ausweislich seiner von der Beklagten vorgelegten Stellungnahme zum Inhalt des Erlasses des Bundesministeriums für Verteidigung vom 11. Dezember 1981 – S II 7 Az 42 – 75- 24 hinsichtlich der Vorläufigkeit der Leistungsübernahme eine andere Auffassung als der Senat, so dass die Rechtsfrage als klärungsbedürftig erscheint, ob die Gewährung von Leistungen nach dem genannten Erlass an ehemalige Soldaten einen Erstattungsanspruch gegen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-03-03