

Aktenzeichen:

3 RK 63/56

I m N a m e n d e s V o l k e s

In Sachen

des Kreisausschusses -Bezirksfürsorgeverband- des
Kreises Herzogtum Lauenburg, Ratzeburg,

Klägers und Revisionsklägers,

Prozeßbevollmächtigter:

Verkündet
am 28. Februar 1961

gegen

die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis Herzogtum
Lauenburg, Ratzeburg, vertreten durch ihren Geschäfts-
führer,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts
auf die mündliche Verhandlung vom 28. Februar 1961,
an der mitgewirkt haben

Senatspräsident Prof. Dr. B o g s
als Vorsitzender,

die Bundesrichter R i c h t e r und

Dr. S c h r a f t

sowie die Bundessozialrichter Dr. L e n h a r d t und

N o t t b o h m

als ehrenamtliche Beisitzer,

für Recht erkannt:

Die Revision gegen das Urteil des Landessozialgerichts
Schleswig vom 20. August 1956 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander Kosten des Revisions-
verfahrens nicht zu erstatten.

Von Rechts wegen.



- 2 -

G r ü n d e :

Die beklagte Krankenkasse traf im Jahre 1948 eine Vereinbarung mit dem klagenden Bezirksfürsorgeverband, wonach sie gemäß § 363 a der Reichsversicherungsordnung (RVO) die Krankenpflege für einen Kreis von Fürsorgeempfängern übernahm. Ende 1949 erhielten die Fürsorgeempfänger, unter ihnen R H , Unterhaltshilfe nach dem Soforthilfegesetz. Daraufhin widerrief der Fürsorgeverband die von ihm bisher für diesen Personenkreis übernommene Verpflichtung der Krankenkasse, Ersatz der vollen Aufwendungen für die Krankenpflege sowie eines angemessenen Teiles der Verwaltungskosten zu leisten (§ 363 a Abs. 1 Satz 1 RVO). Um den Unterhaltshilfeempfängern trotzdem Krankenpflege wie bisher gewähren zu können, erklärte sich die beklagte Krankenkasse zur Versicherung der Unterhaltshilfeempfänger und ihrer Familienangehörigen gegen einen monatlichen Beitrag von 5,50 DM bereit. Von der Möglichkeit dieser von der Beklagten eingeräumten freiwilligen Versicherung machten etwa 2 100 Personen, darunter auch H , Gebrauch; er entrichtete den monatlichen Beitrag bis zum 1. Mai 1952. Nachdem die Jahresabrechnung der Beklagten für 1951 ergeben hatte, daß ihre Aufwendungen für die versicherten Unterhaltshilfeempfänger deren Beitragsaufkommen um etwa 39.000,-- DM überstieg, verlangte die beklagte Krankenkasse vom Kläger Ersatz der Mehraufwendungen und regte für die Zukunft eine Neuregelung an. Da der Kläger hierauf nicht einging, teilte die Beklagte den bei ihr versicherten Unterhaltshilfeempfängern unter dem 25. April 1952 mit, daß sie mit Wirkung vom 1. Mai 1952 an die "mit den einzelnen Unterhaltshilfeempfängern abgeschlossenen freiwilligen Versicherungsverträge" auflöse. Sie lehnte es danach auch ab, für H , der sich schon vor dem 1. Mai 1952 in Krankenhausbehandlung befand, Krankenhauspflege für die Zeit nach dem 30. April 1952 zu gewähren. Daher übernahm der Kläger die für H in der Zeit vom 1. Mai 1952 bis 31. März 1953 für Krankenhaus-

- 3 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

pflege und Krankenpflege entstandenen Kosten in Höhe von 846,61 DM und forderte von der Beklagten Ersatz für diese Aufwendungen; H starb am 4. Mai 1953. Da die beklagte Krankenkasse es ablehnte, die geforderten Kosten zu erstatten, verlangte der Kläger beim Versicherungsamt im Spruchverfahren Ersatz seiner Aufwendungen.

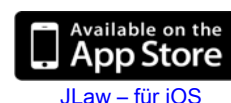
Der Spruchausschuß des Versicherungsamts Stormarn lehnte den Antrag des Klägers als unbegründet ab. Die dagegen beim Oerversicherungsamt Schleswig eingelegte Berufung ging am 1. Januar 1954 als Klage auf das Sozialgericht (SG) Lübeck über, das die Beklagte durch Urteil vom 4. April 1955 antragsgemäß zur Zahlung eines Teilbetrages von 300,-- DM - unter Zulassung der Berufung - verurteilte.

Das Landessozialgericht (LSG) Schleswig hat das Urteil des SG auf die Berufung der Beklagten unter Zulassung der Revision aufgehoben und die Klage abgewiesen: Der Ersatzanspruch des Klägers setze nach § 1531 RVO die Versicherung des Hein bei der Beklagten voraus. H habe zwar bis Ende 1949 dem nach § 363 a RVO krankenpflegeberechtigten Personenkreis angehört; damit sei aber kein Versicherungsverhältnis im üblichen Sinne begründet worden. Die Rechtsgrundlage für die Gewährung von Krankenpflege nach § 363 a RVO sei entfallen, weil der Kläger seine Gewährleistungspflicht nicht mehr aufrechterhalten habe. Die darauf von der Beklagten mit H abgeschlossene Versicherung sei gesetzwidrig und daher nichtig gewesen; die Beklagte habe - außerhalb des Kreises der ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben - keine Versicherungen auf Grund freier Vereinbarung eingehen dürfen. Solchenfalls bestehe auch kein Anspruch nach § 213 RVO; denn es habe sich nicht erst "nach Eintritt des Versicherungsfalles" herausgestellt, daß Hein

- 4 -



JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 4 -

"nicht versicherungspflichtig und versicherungsberechtigt gewesen ist" (§ 213 RVO). Auch könne § 213 RVO nicht entsprechend angewandt werden; diese Vorschrift erfordere - als Ausnahmenvorschrift - eine enge Auslegung. Daß die Beklagte von H Beiträge angenommen und die Beklagte ihm auch bis Ende April 1952 Leistungen gewährt habe, sei ohne Bedeutung.

Der Kläger legte gegen das ihm am 14. September 1956 zugestellte Urteil am 1. Oktober 1956 Revision ein mit dem Antrag, die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils zur Zahlung von 300,-- DM zu verurteilen. Die Beklagte sei hierzu nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verpflichtet; sie habe H die Versicherungsleistungen auch für die Zeit vom 1. Mai 1952 an gewähren müssen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Die frist- und formgerecht eingelegte Revision ist ungegründet.

Der Ersatzanspruch des klagenden Fürsorgeträgers gegen den beklagten Versicherungsträger hängt nach § 1531 RVO davon ab, daß er nach gesetzlicher Pflicht H als Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt hat, für die diesem selbst ein Anspruch nach der RVO zustand. Voraussetzung für den vom Kläger erhobenen Ersatzanspruch ist danach, daß H einen Leistungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse hatte. Zunächst stand H ein solcher Anspruch - auf Krankenpflege - gegen die beklagte Kasse auf Grund der gemäß § 363 a RVO zwischen Fürsorgeverband und Krankenkasse getroffenen Vereinbarung zu. Die Verpflichtung der Kasse war jedoch nach § 363 a RVO davon abhängig, daß der Kasse vom Fürsorgeträger Ersatz der

- 5 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 5 -

vollen Aufwendungen sowie eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten gewährleistet wurde. Nachdem der Bezirksfürsorgeverband seine Gewährleistungsverpflichtung für die Unterhaltshilfeempfänger rückgängig gemacht hatte und infolgedessen die Vereinbarung nach § 363 a RVO zwischen der beklagten Krankenkasse und dem Bezirksfürsorgeverband über die Gewährung von Krankenpflege beendet war, hätte H - abgesehen von der Ausnahmegvorschrift des § 213 RVO - nur als Mitglied der beklagten Krankenkasse Ansprüche gegen diese erlangen können (vgl. §§ 306, 310, 313 Absätze 1 u. 2 RVO).

H konnte aber keinesfalls - weder durch Anmeldung zur Krankenkasse noch durch seine Beitragsleistung und auch nicht durch die von der Beklagten gewährten Leistungen - Mitglied der beklagten Krankenkasse werden; denn er war weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt (§§ 165, 166, 176 RVO). Personen, die - wie H - nicht versicherungsfähig sind, also nicht dem Kreis der Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten angehören, können weder durch Verwaltungsakt noch durch Vertrag Mitglied einer Krankenkasse werden; die Begründung der Mitgliedschaft versicherungsunfähiger Personen durch Verwaltungsakt würde außerhalb der für die Krankenkasse maßgebenden gesetzlichen Ordnung liegen (vgl. Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 7. Aufl. S. 226 f.), und die Krankenkasse kann sich nach dem auch das öffentliche Recht beherrschenden Gedanken des § 134 Bürgerliches Gesetzbuch auch nicht durch Vertrag wirksam zu einem ungesetzlichen Verhalten verpflichten. Eine entgegen der gesetzlichen Ordnung erfolgte "Versicherung" vermag daher eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse nicht zu begründen, sie ist nichtig. - Die Richtigkeit dieser Auffassung folgt auch aus § 213 RVO, wonach die Krankenkassen ausnahmsweise an nicht versicherungsfähige Personen Leistungen zu erbringen haben, obgleich und weil diese "Formalversicherten" nicht

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 6 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 6 -

Mitglieder der Krankenkasse geworden sind (vgl. GE 2611 RVA in AN 1921, 170; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand Oktober 1959, § 213 Anm. 3; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 6. Aufl. Bd. II S. 314 b). H war somit nicht Mitglied der Beklagten und hat daher auf Grund eines Mitgliedschaftsverhältnisses keinen Anspruch gegen die Beklagte erlangt.

Der Ersatzanspruch des Klägers (§ 1531 RVO) kann auch nicht darauf gestützt werden, daß H etwa auf Grund der bis zum 30. April 1952 tatsächlich durchgeführten Versicherung - ohne Kassenmitgliedschaft - einen Leistungsanspruch nach § 213 RVO erworben hat. Nach dieser Vorschrift ist eine Krankenkasse verpflichtet, die satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren, wenn sie nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen Beiträge unbeanstandet angenommen hat und sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausstellt, daß der Angemeldete nicht versicherungsfähig war. Das LSG ist davon ausgegangen, daß die Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 213 RVO hier nicht gegeben seien, weil sich nicht erst nach Eintritt des Versicherungsfalles "herausgestellt" habe, daß H nicht zu den versicherungsfähigen Personen gehörte; die beklagte Krankenkasse habe eine Versicherung mit den Soforthilfeempfängern, zu denen H gehörte, abschließen wollen, obwohl und gerade weil die Voraussetzungen für eine gesetzliche Versicherung nicht vorlagen. Es erscheint jedoch zweifelhaft, ob eine solche allein dem Wortlaut folgende Auslegung des § 213 RVO zutreffend ist. Nach § 213 RVO soll das Vertrauen in eine tatsächlich durchgeführte Versicherung geschützt werden, wenn die Krankenkasse - verschuldet oder unverschuldet - die Beiträge unbeanstandet entgegengenommen hat. Verdient der gute Glaube an das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses in diesen Fällen Vertrauensschutz, so ließe sich die Meinung vertreten, es

- 7 -

**JLaw – Gesetze und Urteile**Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile[\(mobile App\)](#)[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 7 -

müsse das gleiche um so mehr gelten, wenn eine Krankenkasse gutgläubige Personen in Kenntnis ihrer mangelnden Versicherungsfähigkeit "versichert" und somit bewußt gesetzwidrig handelt. Die Beantwortung dieser Frage kann aber dahingestellt bleiben; denn der Ersatzanspruch des Klägers wäre auch dann nicht begründet, wenn Hein - in entsprechender Anwendung des § 213 RVO - gegen die Beklagte ein Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen zugestanden hätte. Da H nämlich als Unterhaltshilfempfänger hilfsbedürftig (vgl. § 35 Abs. 1 des Soforthilfegesetzes vom 8. August 1949) war und die Unterhaltshilfe nicht Krankenversorgung umfaßte, stand ihm nach der Fürsorgepflichtverordnung ein Anspruch gegen den klagenden Fürsorgeverband auch auf Krankenversorgung zu, so daß hier eine Konkurrenz von Ansprüchen gegeben wäre. Bei konkurrierender Leistungspflicht eines Fürsorgeträgers und eines Versicherungsträgers geht zwar nach dem Grundsatz der Subsidiarität, der das gesamte Fürsorgerecht beherrscht, die Leistungspflicht des Versicherungsträgers grundsätzlich derjenigen des Fürsorgeträgers vor (vgl. BSG 9, 112, 114). Eine solche Subsidiarität der Fürsorge besteht jedoch nicht in Fällen der vorliegenden Art, in denen die Krankenkasse gesetzwidrig die Leistungsgewährung gegen Beitragszahlung übernommen hatte. Wollte man auch in solchen Fällen dem Fürsorgeträger einen Ersatzanspruch nach § 1531 RVO zubilligen, so würde dies dem Grundgedanken dieser Vorschrift widersprechen, dem Fürsorgeträger nur dann einen Ersatzanspruch einzuräumen, wenn er an Stelle des in erster Linie verpflichteten Versicherungsträgers Leistungen erbracht hat; denn bei richtiger Gesetzesanwendung hätte in Fällen der vorliegenden Art allein der Fürsorgeträger die Krankenversorgung der Soforthilfempfänger sicherstellen müssen, - sei es durch eigene Leistungen, sei es auf dem Wege einer Vereinbarung nach § 363 a RVO. Er kann diese Verpflichtung nicht durch eine

- 8 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

von Anbeginn an gesetzwidrige "Formalversicherung" der Soforthilfeempfänger bei einer Krankenkasse auf diese abwälzen. Die dem Gesetz entsprechende Lastenverteilung zwischen Fürsorge und Sozialversicherung würde verschoben werden, wenn in solchen Fällen aus einer allein dem Vertrauensschutz des Versicherten dienenden Formalversicherung ein Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers hergeleitet werden könnte. Der klagende Fürsorgeverband darf die beklagte Krankenkasse nicht an einer - zudem mit seiner Zustimmung getroffenen - gesetzwidrigen Regelung "festhalten" und daraus Ersatzansprüche gegen die beklagte Krankenkasse herleiten.

Die Revision des klagenden Bezirksfürsorgeverbandes war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)