

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

- 3 RK 70/74 -

Urteil

Verkündet am
26. Juni 1975

in dem Rechtsstreit

Kläger und Revisionskläger,
Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte,
Prozeßbevollmächtigter:

beigeladen:

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. Juni 1975

für Recht erkannt:

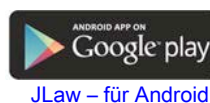
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 29. August 1974 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -



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



- 2 -

G r ü n d e :

I

Der Rechtsstreit wird um die Frage geführt, ob der Kläger, der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezieht, sich aber wegen einer privaten Krankenversicherung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner befreien ließ, durch eine kurzfristige Teilzeitbeschäftigung und anschließende freiwillige Weiterversicherung Ansprüche auf Krankenhilfe gegen die beklagte Allgemeine Ortskrankenkasse erworben hat.

Der Kläger leidet an einer beidseitigen Niereninsuffizienz, die bereits 1968 zur Erwerbsunfähigkeit führte. Im Jahre 1971 verschlechterte sich sein Zustand, so daß seit Anfang 1972 regelmäßige Dialysebehandlungen - zunächst im Krankenhaus, dann durch ein von der Arbeitsgemeinschaft für Heimdialyse bereitgestelltes Heimdialysegerät - erforderlich wurden. Für die Kosten dieser Behandlungen kommt die private Versicherung nicht auf.

Vom 15. März 1971 bis zum 7. Mai 1971 war der Kläger halbtags in beratender Tätigkeit mit einem monatlichen Gehalt von 500,-- DM beschäftigt. Für diese Zeit wurden Pflichtbeiträge 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. Ab Herbst 1971 erbrachte die Beklagte auch Leistungen zur Krankenhilfe.

Durch Bescheid vom 25. Juli 1972 (Widerspruchsbescheid vom 2. Oktober 1972) teilte die Beklagte dem Kläger mit, eine Betriebsprüfung habe ergeben, daß das Beschäftigungsverhältnis ein mißglückter Arbeitsversuch gewesen und die freiwillige Weiterversicherung nicht zustande gekommen sei. Weitere Versicherungsleistungen würden daher eingestellt, zu

- 3 -



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



- 3 -

Unrecht erbrachte Leistungen müßten nach späterer Festsetzung zurückgefordert werden.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage zum Teil stattgegeben. Es hat festgestellt, daß das Entgelt von 500,-- DM ein Fünftel des Gesamteinkommens des Klägers - er bezieht neben der Rente noch ein Ruhegehalt - nicht überschritt und deshalb (§ 168 Abs. 2 Buchst. b der Reichsversicherungsordnung -RVO-) Versicherungsfreiheit vorgelegen habe. Es hat die Klage insoweit abgewiesen, als der Kläger die Feststellung seiner Mitgliedschaft begehrt hatte. Das SG hat die Beklagte aber für verpflichtet gehalten, für die bereits eingetretenen Versicherungsfälle - insbesondere für die Nierenkrankheit - Leistungen nach § 213 RVO zu gewähren, weil sie nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen und sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausgestellt habe, daß Versicherungspflicht bzw. Versicherungsberechtigung nicht vorgelegen habe. Entgegen der Auffassung des Reichsversicherungsamts (EuM Bd. 23, 376) könnten, solange die Unrichtigkeit der Anmeldung nicht bemerkt worden sei, auch noch Beiträge in die Dreimonatsfrist eingerechnet werden, die nach dem Versicherungsfall entrichtet worden seien. Der Anfechtungsklage gegen die obengenannten Bescheide hat es daher stattgegeben (Urteil vom 29. Januar 1973).

Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten die Klage in vollem Umfange abgewiesen und ausgeführt, Leistungen dürften - von ausdrücklich bestimmten Ausnahmen abgesehen - nur erbracht werden, wenn der Versicherungsfall bei bestehendem Versicherungsverhältnis eingetreten sei. Nach § 213 RVO entstehe ein - formales - Versicherungsverhältnis erst nach Ablauf von drei Monaten ununterbrochener Beitragsannahme. Während der hier in Betracht kommenden drei Monate sei der Kläger aber schon krank gewesen. Die bereits 1968 eingetretene Erkrankung habe sich laufend verschlechtert.



- 4 -

Der Kläger hat die zugelassene Revision eingelegt und beantragt, das Urteil des LSG aufzuheben und die Berufung der Beklagten mit der Maßgabe zurückzuweisen, daß die Beklagte verurteilt wird, über den 25. Juli 1972 hinaus die setzungsmäßigen Leistungen zu erbringen. Er ist der Ansicht, beide Vorinstanzen hätten unter Verletzung verfahrensrechtlicher Vorschriften (§§ 103, 106, 112 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG-) die Klarstellung unterlassen, daß er neben der Anfechtungsklage in Wirklichkeit keine Feststellungsklage, sondern eine Leistungsklage erhoben habe. Sein Anspruch sei auch nicht nur unter dem Gesichtspunkt der formalen Versicherung nach § 213 RVO zu prüfen. - Aber auch im Hinblick auf diese Vorschrift sei sein Anspruch auf Leistungen für die Behandlung seiner Nierenerkrankung begründet. Die Auffassung des LSG, der Eintritt des Versicherungsfalles vor Ablauf der Dreimonatsfrist lasse ein Versicherungsverhältnis nicht zur Entstehung kommen, möge für vermeintlich Versicherungsberechtigte gelten, nicht aber für vermeintlich Versicherungspflichtige. Da er als Versicherungspflichtiger - möglicherweise zu Unrecht - Beiträge geleistet habe, sei es wie nach § 206 RVO unschädlich, daß die Erkrankung schon vorher vorgelegen habe. Im übrigen sei angesichts der sechszehnmönatigen Beitragsannahme, der Erbringung von Versicherungsleistungen und der Verpflichtungserklärung der Beklagten gegenüber der Arbeitsgemeinschaft für Heimdialyse nach allgemeinen Gesichtspunkten der Anspruch auf Weiterzahlung begründet. Schließlich müsse berücksichtigt werden, daß er 1968 in der falschen Annahme befreit worden sei, daß die private Versicherung auch für Kosten der Dialysebehandlung eintrete.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen. Sie ist der Ansicht, die Klage hätte schon mangels Rechtsschutzinteresses abgewiesen werden können, weil für die ausschließlich noch anhängige Anfechtungsklage kein Rechtsschutzinteresse vorgelegen habe. Über eine Leistungsklage hätten die Beteiligten vor dem LSG in einem anderen Verfahren inzwischen einen Vergleich geschlossen. Zur Sache

- 5 -



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

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

- 5 -

führt sie aus: § 213 RVO sei nach seinem Wortlaut auf Weiterversicherung nicht anzuwenden, weil für diese Versicherung keine Anmeldung - wie in § 213 RVO verlangt - , sondern nur eine Anzeige erforderlich sei. Im übrigen habe § 213 RVO nur den Charakter einer der Sozialhilfe nachrangigen Nothilfe. Wenn man § 213 RVO auch auf die freiwillige Weiterversicherung grundsätzlich anwenden wolle, so könnten weder systematische noch auf Vertrauensgrundsätze abgestellte Gesichtspunkte es rechtfertigen, für einen Versicherungsfall aufzukommen, der eingetreten sei, bevor die Vertrauensgrundlage - drei Monate Beitragsentrichtung - vorgelegen habe.

Die Beigeladene wendet sich gegen die als Hilfsantrag formulierte Auffassung der Beklagten, die Beigeladene sei als Sozialhilfeträger zur Übernahme der Kosten der Heimdialyse verpflichtet. Sie ist im übrigen der Meinung, die Beklagte sei schon aufgrund des die Weiterversicherung bestätigenden Bescheides vom 2. Juni 1971 leistungs verpflichtet.

II

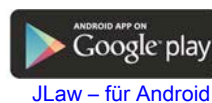
Die Revision ist nicht begründet.

Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, daß nur noch eine Anfechtungsklage anhängig ist. Diese Klage richtet sich gegen den Bescheid der Beklagten vom 25. Juli 1972 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 2. Oktober 1972, durch den u.a. die Einstellung der Versicherungsleistungen verfügt worden ist. Mit dieser Klage muß entgegen der Meinung der Beklagten nicht eine Leistungsklage verbunden sein. Auch an der reinen Anfechtungsklage besteht ein Rechtsschutzinteresse, wenn - wie hier - mit der begehrten Aufhebung der angefochtenen Bescheide der Fortsetzung der Leistung von Krankenhilfe - über deren Art und Höhe kein Streit besteht - nichts entgegensteht. Insofern unterscheidet sich

- 6 -



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



- 6 -

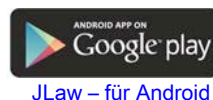
dieser Rechtsstreit wesentlich von den Fällen, in denen die Leistungspflicht besonders konkretisiert werden muß (vgl. BSG 36, 181, 183 f bezüglich Rentenfestsetzungsverfahren).

Soweit die angefochtenen Bescheide feststellen, daß vom 15. März 1971 bis zum 7. Mai 1971 keine versicherungspflichtige Beschäftigung vorlag und die anschließende freiwillige Weiterversicherung infolgedessen nicht rechtmäßig erfolgt ist, kann keine Entscheidung mehr getroffen werden. Zwar kann bezweifelt werden, ob die Bescheide insoweit bindend werden konnten, denn das SG hat im Tenor seines Urteils die Bescheide ohne Einschränkung aufgehoben. Jedenfalls ergibt aber die Klageabweisung "im übrigen", daß eine Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten verneint worden ist. Der dahingehende Feststellungsantrag (S. 5 des Urteils) ist abgewiesen worden. Insoweit ist das Urteil des SG, gegen das der Kläger keine Berufung eingelegt hat, rechtskräftig geworden.

Die allein noch umstrittene Frage, ob Leistungen aufgrund des § 213 RVO auch für Krankheiten zu gewähren sind, die in der Dreimonatsfrist oder schon vorher aufgetreten sind, ist zu verneinen. Nach § 213 RVO hat die Kasse die satzungsgemäßen Leistungen zu gewähren, wenn sie für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat und sich nach Eintritt des Versicherungsfalles herausstellt, daß die Person nicht versicherungspflichtig und nicht versicherungsberechtigt gewesen ist. Schon der Wortlaut dieser Vorschrift deutet darauf hin, daß nur eine Beitragsannahme, die als abgeschlossener Sachverhalt vorliegt, bevor der Versicherungsfall eintritt ("Hat eine Kasse ... die Beiträge angenommen ..."), eine Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 213 RVO begründet. Aber auch der Zusammenhang dieser Vorschrift mit anderen, die Leistungspflicht der Krankenkasse regelnden Vorschriften ergibt, daß § 213 RVO nur in diesem - engen - Sinn zu verstehen ist.



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



- 7 -

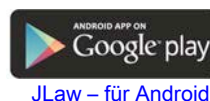
Nicht folgen kann der Senat dabei allerdings der Auffassung des LSG, die gesetzliche Krankenversicherung werde von dem Grundsatz beherrscht, der den Leistungsanspruch auslösende Versicherungsfall müsse während eines bestehenden Versicherungsverhältnisses eingetreten sein. Die Urteile des erkennenden Senats, auf die das LSG insoweit verweist, betreffen Fälle, in denen der Versicherungsfall - die Krankheit - noch während der Kassenmitgliedschaft, die übrigen Leistungsvoraussetzungen, insbesondere eine Arbeitsunfähigkeit, dagegen erst nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft eingetreten sind. Für diese Fälle hat der Senat in der Tat entschieden, daß Leistungsansprüche aus dem früheren Versicherungsverhältnis schon dann, aber auch nur dann hergeleitet werden können, wenn der Versicherungsfall noch während der Kassenmitgliedschaft eingetreten ist (vgl. BSG 25, 37, 38 mit weiteren Nachweisen). Damit ist jedoch nicht ein allgemeiner Grundsatz des Inhalts aufgestellt worden, daß nur ein während eines Versicherungsverhältnisses eingetretener Versicherungsfall Leistungsansprüche auslösen könne. Ein solcher Grundsatz wäre auch mit § 206 RVO unvereinbar: Danach entsteht für die Versicherungspflichtigen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse mit ihrer Mitgliedschaft. Das gilt auch und gerade für Krankheiten, die bei Beginn der Mitgliedschaft bereits vorliegen.

Daß für solche Krankheiten die Krankenkasse auch in den Fällen des § 213 RVO leistungspflichtig sein soll, wie der Kläger meint, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Anders als § 206 RVO, der das Bestehen einer Kassenmitgliedschaft voraussetzt und erst daran den Eintritt der Leistungspflicht der Krankenkasse knüpft, regelt § 213 RVO allein einen Leistungsanspruch, ohne für den Leistungsberechtigten zugleich eine Kassenmitgliedschaft zu begründen. Folgerichtig ist § 213 RVO nicht unter die - die Kassenmitgliedschaft betreffenden - Vorschriften der §§ 206 ff RVO aufgenommen worden, obwohl ein nach § 213 RVO Leistungsberechtigter, wenn auch irrtümlich, als Kassenmitglied angemeldet sein muß.

- 8 -



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



- 8 -

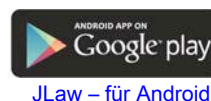
Gegen eine Erstreckung des § 213 RVO auf frühere - vor Annahme der Beiträge eingetretene - Versicherungsfälle spricht ferner § 310 Abs. 2 RVO; danach begründet eine Erkrankung, die beim Kassenbeitritt eines Versicherungsberechtigten (§§ 176 ff RVO) bereits besteht, keinen Anspruch auf Kassenleistungen. Nichts anderes kann gelten, wenn der freiwillig Beigetretene sich irrtümlich für versicherungsberechtigt gehalten hat und nach dreimonatiger Beitragsleistung auf § 213 RVO beruft: Lag die Krankheit zu diesem Zeitpunkt bereits vor, so ist die Krankenkasse nicht nach § 213 RVO leistungspflichtig. Da diese Vorschrift nach ihrem Wortlaut nicht unterscheidet, ob die von der Krankenkasse angenommenen Beiträge als Pflicht- oder als freiwillige Beiträge entrichtet worden sind, können beide Fallgruppen auch für die Frage, welche Versicherungsfälle § 213 RVO erfaßt, nicht unterschiedlich behandelt werden. Auch bei einem vermeintlich Pflichtversicherten darf mithin der Versicherungsfall nicht vor der dreimonatigen Beitragsannahme eingetreten sein.

Auch unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes ist eine erweiternde Auslegung nicht gerechtfertigt. Der vermeintlich Versicherte, der mit der Geltendmachung von Leistungen für bereits eingetretene Versicherungsfälle drei Monate abwartet, kann sich nicht darauf berufen, die Kasse habe Gelegenheit gehabt, in dieser Zeitspanne die Rechtmäßigkeit der Versicherung zu prüfen. Eine allgemeine Pflicht der Kasse, innerhalb von drei Monaten jegliche Anmeldung auch ohne Anlaß für Zweifel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen, besteht nicht. Die Dreimonatsfrist ist keine Ausschlussfrist, innerhalb der der Mangel der Versicherung geltend gemacht werden muß; die Frist ist vielmehr als Grundlage für ein schützenswertes Vertrauensverhältnis zu beurteilen. Der Entstehung dieses Vertrauensverhältnisses steht eine Krankheit entgegen, für deren Behandlung keine Leistungen in Anspruch genommen werden, so daß auch kein besonderer Anlaß für die Kasse bestand, die Anmeldung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

- 9 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 9 -

Entgegen der Meinung des Klägers wären auch die Grundsätze, die die Rücknahme begünstigender fehlerhafter Verwaltungsakte im Interesse des Vertrauensschutzes einschränken - wenn sie überhaupt neben § 213 RVO sinngemäß angewendet werden könnten - nicht geeignet, den Anspruch des Klägers auf Weitergewährung der Leistungen nach Entdeckung der Fehlerhaftigkeit des Versicherungsverhältnisses zu begründen. Denn diese Grundsätze könnten unter den Verhältnissen des vorliegenden Falles allenfalls die Auffassung stützen, daß für die Vergangenheit, d.h. für die Zeit bis zur Entdeckung der Fehlversicherung, von einem Versicherungsverhältnis ausgegangen werden müßte (vgl. zum neuen Stand der Lehre und Rechtsprechung zu den genannten Grundsätzen Wolff/Bachof, Verwaltungsrecht I, 9. Aufl. S. 461). Da der angefochtene Bescheid hierüber noch keine eindeutige Entscheidung enthält und die Beklagte vor dem LSG erklärt hat, daß über die Rückforderung keine Regelung getroffen werden sollte, ist diese Frage in dem vorliegenden Rechtsstreit nicht zu prüfen.

Im übrigen schützt § 213 RVO das Vertrauen in die Rechtmäßigkeit der Versicherung zwar anders, aber in vieler Beziehung weitergehend als dies nach den Grundsätzen des allgemeinen Verwaltungsrechts für notwendig erachtet wird: Der Schein der Versicherung wird unabhängig davon, ob sich der Versicherte darauf eingerichtet hat, zum Leistungsgrund auch für die Zukunft - Abwicklung der laufenden Versicherungsfälle - erklärt. Der vermeintlich Versicherte wird auch geschützt, wenn die Fehlversicherung in seinem Verantwortungsbereich liegt und nur kein vorsätzlich fehlerhaftes Handeln festgestellt wird. Der Versicherungsschutz knüpft schließlich nicht an ein irrtümliches positives Handeln der Verwaltung (Erlaß eines Verwaltungsaktes) an, sondern lediglich an die schweigende Beitragsannahme, die sich allerdings auf einen längeren Zeitraum - drei Monate - erstrecken muß.

- 10 -



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



- 10 -

Gegenstand des Schutzes ist aber - wie ausgeführt - nicht das Vertrauen in die an sich angestrebte Mitgliedschaft, die die Leistungspflicht auch für frühere Versicherungsfälle auslöst, sondern lediglich das Vertrauen in das Versichertsein für nach Ablauf der Dreimonatsfrist, aber vor der Entdeckung der Fehlversicherung eingetretene Versicherungsfälle.

Die Meinung des Klägers, die besonderen Umstände des vorliegenden Falles nötigten jedenfalls zu einer über § 213 RVO hinausgehenden Berücksichtigung seines Vertrauens in die Versicherung, trifft nicht zu. Insbesondere kann die irrtümliche Leistungsgewährung durch die Beklagte keinen Anspruch auf Weitergewährung begründen. Es sind auch keine Tatsachen dafür vorgetragen worden, daß der Kläger etwa in dem durch die Leistungsgewährung bestärkten Vertrauen Möglichkeiten anderweitiger Sicherung vorbeigehen ließ. Das Schreiben der Beklagten vom 2. Juni 1971, wonach die Anzeige der Weiterversicherung "bestätigt" wurde, ist - abgesehen von der Einstufung in eine bestimmte Beitragsklasse - keine das Versicherungsverhältnis als solches regelnde Maßnahme und somit kein der Bindung nach § 77 SGG fähiger Verwaltungsakt. Es besteht auch kein Grund, die Frage der zukünftigen Leistungsverpflichtung der Beklagten deshalb anders zu würdigen, weil sie sich gegenüber der Arbeitsgemeinschaft für Heimdialyse irrtümlich für zuständig erklärt hat. Die Frage, ob sich die Beklagte insoweit wirksam verpflichten konnte, gehört nicht zum Streitgegenstand dieses Verfahrens. Auch die Frage, ob etwa die beigeladene Stadt nach dem nicht zum Zuständigkeitsbereich der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit gehörenden Sozialhilferecht in Anspruch genommen werden könnte, braucht nicht geklärt zu werden.

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

- 11 -



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

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

- 11 -

Die Revision war daher als unbegründet zurückzuweisen
(§§ 170 Abs. 1 Satz 1, 193 SGG).

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)