

Bundessozialgericht

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

9 RV 472/66

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
25. Juli 1967

.....
Beklagter und Revisionskläger,

g e g e n

.....
Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 25. Juli 1967 durch

Senatspräsident

Dr. W e i ß

- Vorsitzender -,

Bundesrichter

Dr. M a i s c h

und

Bundesrichter

S c h i n d l e r ,

Bundessozialrichter

J e l l i n g h a u s und

Bundessozialrichterin

B e c k e r

für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des
Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 10. Mai
1966 wird als unbegründet zurückgewiesen.

Der Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen
Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

- - - - -

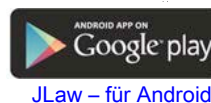
Bei dem Kläger sind als Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) Verlust des rechten Oberschenkels, Stecksplitter auf dem linken Schulterblatt und am linken Oberarm sowie Narben am linken Kniegelenk mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 80 v.H. anerkannt. Am 1. Oktober 1956 beantragte er Invalidenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Landesversicherungsanstalt (LVA) bewilligte ihm durch Bescheide vom 21. August 1958 und 14. Oktober 1958 wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit Rente auf Zeit vom 2. April 1957 bis 31. Oktober 1959. Durch Bescheid vom 27. August 1958 wurde die Ausgleichsrente unter Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung neu festgestellt. Ab 1. November 1960 wurde die Rente aus der Sozialversicherung weiter bewilligt und später wieder entzogen, nachdem der Kläger am 1. Juni 1964 in ein Arbeitsverhältnis eingetreten war. Von der Stellung des Rentenanspruches hat der Kläger dem Versorgungsamt (VersorgA) in einem am 2. Oktober 1956 dort eingegangenen Fragebogen Mitteilung gemacht. Auch das Arbeitsamt teilte im Oktober 1956 der Versorgungsbehörde mit, daß der Kläger Antrag auf Gewährung der Invalidenrente gestellt habe. Im Oktober 1957 forderte die LVA die Versorgungsakten an, da Maßnahmen der Berufsförderung in Aussicht genommen seien.

In den Jahren 1956 bis 1958 wurde dem Kläger wiederholt Heilbehandlung, zu der auch rote Bundesbehandlungsscheine - BB-Scheine - (für Zugeteilte) ausgestellt wurden, gewährt. Im Oktober 1958 wurde der für das dritte Vierteljahr 1958 auf grünen und gelben BB-Scheinen (für Nichtschädigungsfolgen und für Angehörige) angemeldete Ersatzanspruch der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) für ge-

- 3 -



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



- 3 -

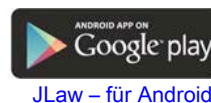
währte Heilbehandlung abgelehnt, weil der Kläger ab 1. November 1958 Invalidenrente beziehe und der Antrag auf Rente vor dem Antrag auf Ausstellung des BB-Scheines liegen dürfte.

Mit dem auf § 47 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VerwVG) gestützten Bescheid vom 8. Oktober 1963 forderte das VersorgA von dem Kläger 586,78 DM zurück. Er sei seit dem 1. Oktober 1956 auf Grund seines Antrages auf Invalidenrente gemäß § 165 Abs. 1 Ziff. 3 der Reichsversicherungsordnung (RVO) krankenversichert gewesen. Er habe in den Anträgen auf Erteilung der BB-Scheine die Frage, ob eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt bzw. beantragt wurde, stets verneint. Darauf habe die Krankenkasse rote BB-Scheine ausgestellt, bis ihr der Rentenversicherungsträger die Bewilligung der Rente mitgeteilt habe. Insoweit seien in der Zeit vom 1. Oktober 1956 bis 1958 an Kostenersatz 1.110,26 DM zu Unrecht gewährt worden. Von diesem Betrag habe die AOK Ahrweiler an Kosten für Krankenhauspflege, Arzneimittel und Zahnbehandlung sowie für Verwaltungskosten 523,48 DM zurückerstattet. Bei dem verbleibenden Betrag von 586,78 DM handele es sich um die in diesem Zeitraum entstandenen Arztkosten. Daß außer dem Pauschalbetrag diese Arztkosten entstanden seien, sei allein auf das Verschulden des Klägers zurückzuführen. Die Erstattung dieser Kosten durch die AOK sei nicht möglich, da sie nur pauschal und an Hand von Krankenscheinen durch die Kassenärztliche Vereinigung abgegolten würden. Der Widerspruch war erfolglos. Durch Urteil vom 20. November 1964 hob das Sozialgericht (SG) den Bescheid vom 8. Oktober 1963 idF des Bescheides vom 16. Juni 1964 auf und verpflichtete den Beklagten, die Rückforderung des Betrages von 586,78 DM zu unterlassen. Durch Urteil vom 10. Mai 1966 wies das Landessozialgericht (LSG) die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des SG zurück. Die Berufung sei nach den §§ 114, 148 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht ausgeschlossen. Als Rechtsgrundlage

- 4 -



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



- 4 -

für den Rückforderungsanspruch des Beklagten komme entgegen der Auffassung des SG und des Beklagten nicht § 47 Abs. 1, sondern § 47 Abs. 2 und 3 VerwVG idF vom 2. Mai 1955 in Betracht. Durch die Aushändigung der BB-Scheine an den Kläger seien die begünstigenden Verwaltungsakte, durch die Heilbehandlung und Krankenbehandlung gewährt worden sei, bindend geworden. Diese durch die AOK vollzogenen Verwaltungsakte seien im Auftrag und im Namen der Versorgungsbehörde gesetzt worden, da die Krankenkassen mit der Durchführung der Krankenbehandlung nach dem BVG (§ 14) beauftragt seien und die hier zuständige AOK auch nur die nach dem BVG zuständigen Leistungen gewähren wollte. Ob der Kläger in der gleichen Zeit auf Grund eines Rentenantrages (§§ 165, 315 a RVO) Mitglied der AOK war, müsse zunächst außer Betracht bleiben, da die nach dem BVG erlassenen Verwaltungsakte nicht nichtig gewesen seien. Die Bindungswirkung der Verwaltungsakte habe nur nach § 62 BVG oder nach den §§ 41, 42 VerwVG unter den dort normierten Voraussetzungen beseitigt werden können. Die Voraussetzungen dieser Vorschriften seien nicht erfüllt. Insbesondere fehle es an der gemäß § 41 VerwVG erforderlichen, nicht nachholbaren Zustimmung des Landesversorgungsamts (LVersorgA). Die Versorgungsbehörde habe spätestens seit der Mitteilung der Bescheide vom 21. August 1958 und 14. Oktober 1958 Kenntnis von der Bewilligung der Invalidenrente erhalten. Deshalb sei die Frist des § 43 Abs. 1 und 2 VerwVG von drei Monaten seit Kenntnis des Anfechtungsgrundes versäumt worden. Bei Erlass des angefochtenen Bescheides Ende Oktober 1963 sei auch die Frist des § 43 Abs. 2 VerwVG von fünf Jahren verstrichen gewesen. Eine Rücknahme der Verwaltungsakte nach § 42 VerwVG komme somit nicht in Betracht. Deshalb könne dahingestellt bleiben, ob ein Verschulden des Klägers, Versäumnisse und Unachtsamkeit seitens der Versorgungs-

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

- 5 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 5 -

behörde oder der AOK zu einer ungesetzlichen Leistung geführt hätten. Ebenso könne die Frage nach den Voraussetzungen der Mitgliedschaft des Klägers in der gesetzlichen Krankenversicherung, die aus den Akten nicht beantwortet werden könne, dahingestellt bleiben, ebenso auch die Frage, ob ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zwischen der Versorgungsbehörde und den beteiligten Behörden der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht komme.

Mit der zugelassenen Revision rügt der Beklagte Verletzung des § 47 Abs. 1 VerwVG und der §§ 19, 20 BVG.

Das LSG habe zu Unrecht angenommen, daß die Heil- und Krankenbehandlung durch begünstigende, durch Aushändigung der BB-Scheine bindend gewordene Verwaltungsakte, gewährt worden sei. Es habe verkannt, daß § 47 Abs. 1 VerwVG die Rechtsgrundlage für den Rückforderungsanspruch bilde. Dem Gesetz lasse sich nicht entnehmen, ob die Krankenkassen ihre Aufgaben im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Kriegsopferversorgung (KOV) als Selbstverwaltungsaufgabe wahrnehmen oder ob es sich um Auftragsangelegenheiten handele. Nach § 14 Abs. 2 BVG (idF des Ersten Neuordnungsgesetzes - 1. NOG -) - nF - werde die Heil- und Krankenbehandlung von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung nur durchgeführt. Durch die Wahl des Wortes "durchgeführt" anstelle des in früheren Fassungen gebrauchten Ausdruckes "gewährt", sei klargestellt worden, daß die Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG im Auftrag der Versorgungsverwaltung erfolge, soweit nicht die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bereits unmittelbar nach der RVO zur Leistung verpflichtet sind. Das Gesetz sehe somit eine Entscheidung der Krankenkasse darüber, ob Heilbehandlung zu gewähren sei, nicht vor. Die Ausstellung eines BB-Scheines stelle deshalb

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 -

keinen Verwaltungsakt dar, der der Versorgungsbehörde zuzurechnen sei und sie binde. Wenn die Krankenkassen die Heilbehandlung nach § 14 BVG auch selbständig durchzuführen hätten und der Versorgungsberechtigte sich wegen ihrer Durchführung an die Krankenkassen wenden müsse, so ändere dies nichts daran, daß die Krankenkassen bei der Heilbehandlung der Berechtigten, die einen Anspruch auf Grund ihres Versorgungsleidens haben, für das VersorgA tätig würden, gegen das sich der Versorgungsanspruch richte. Die zu Unrecht empfangenen Leistungen seien nach § 47 Abs. 1 VerwVG nicht an die Krankenkasse - dies hätte im VerwVG ausdrücklich erwähnt werden müssen -, sondern an die Versorgungsbehörde zu erstatten. Deshalb sei es auch unerheblich, wie die Erstattungsansprüche zwischen Krankenkasse und Versorgungsbehörde geregelt seien. Eine Rückerstattungspflicht müsse, wenn der Zweck des § 47 VerwVG nicht vereitelt werden solle, insbesondere dann Platz greifen, wenn die Heilbehandlung durch falsche Angaben bewirkt worden sei. Da der Kläger die Krankenkasse wissentlich durch unrichtige Angaben irregeführt habe, wie aus dem Hauptbeleg Nr. 361 hervorgehe, sei er der Versorgungsbehörde gegenüber ersatzpflichtig.

Der Beklagte beantragt,

die Urteile des LSG und des SG auszuheben
und die Klage gegen den Bescheid vom
8. Oktober 1963 idF des Widerspruchs-
bescheides vom 16. Juni 1964 als unbe-
gründet abzuweisen, hilfsweise, die Sache
zur erneuten Verhandlung und Entscheidung
an das Landessozialgericht zurückzuver-
weisen.

- 7 -



- 7 -

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Im Berufungsverfahren habe der Kläger die Einrede der Verjährung erhoben, über die das LSG von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu Recht nicht entschieden habe. Der 1963 erhobene Rückforderungsanspruch für die in der Zeit vom 1. Oktober 1956 bis 1958 gewährten Leistungen habe wegen unzulässiger Rechtsausübung nicht mehr geltend gemacht werden können.

Die durch Zulassung statthafte Revision ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden und deshalb zulässig (§§ 162 Abs. 1 Nr. 1, 164, 166 SGG). Sachlich ist sie nicht begründet.

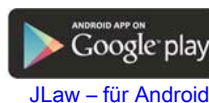
Zutreffend hat das LSG die Berufung als zulässig angesehen. Denn sie betrifft weder einen Anspruch auf Versorgung für bereits abgelaufene Zeiträume (§ 148 Nr. 2 SGG) noch eine Rückforderung von Leistungen (§ 149 SGG), sondern einen Schadensersatzanspruch des Beklagten gegen den Kläger.

Das LSG hat in der Ausstellung der (roten) BB-Scheine an den Kläger Verwaltungsakte gesehen, die für die Versorgungsbehörde bindend geworden seien. Es hat, da nach dem 1. Oktober 1956 eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne des § 62 BVG nicht eingetreten, eine Berichtigung nach § 41 VerwVG nicht erfolgt und das Recht zu erneuter Entscheidung nach § 42 VerwVG erloschen sei, den Rückforderungsanspruch nach § 47 Abs. 2, 3 VerwVG abgelehnt und die Berufung des Beklagten zurückgewiesen. Die diesem Ergebnis zugrunde liegende Rechtsauffassung ist nicht frei von Rechtsirrtum. Im Urteil vom 11. November 1966 - 10 RV 415/63 - (BSG 25, 257) hat das Bundessozialgericht (BSG)

- 8 -



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



- 8 -

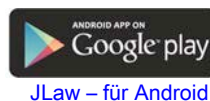
entschieden, daß in der Ausstellung und Ausgabe der Bundesbehandlungsscheine kein Verwaltungsakt liegt. Der erkennende Senat ist dieser Auffassung bereits in seinem Urteil vom 26. April 1967 - 9 RV 280/66 - beigetreten. Wie in dem Urteil vom 11. November 1966 ausgeführt ist, bedeutet die Ausgabe des BB-Scheines lediglich die Gewährung einer Leistung für die Heilbehandlung; diese selbst wird in dem BB-Schein nicht geregelt, insbesondere nicht nach Art und Umfang näher bestimmt. Mit der Erteilung des BB-Scheines wird dem Beschädigten gegenüber nur die Garantie für die Übernahme der Kosten des behandelnden Arztes und der von diesem angeordneten Heilmaßnahmen ausgesprochen. Daß die Krankenkassen lediglich faktisch Leistungen zu gewähren und daß sie auch nur in diesem Sinne den BB-Schein zu erteilen haben, wird schon durch den Wortlaut des § 14 Abs. 2 BVG verdeutlicht. Nach dieser Vorschrift in der hier anwendbaren gleichlautenden Fassung des Fünften Änderungsgesetzes vom 6. Juni 1956 (BGBl I, 469) und des Sechsten Änderungsgesetzes vom 1. Juli 1957 (BGBl I, 661) - aF - wird die Heilbehandlung durch die Krankenkassen gewährt (Satz 1 aaO) und obliegt ihre Durchführung der dort als zuständig bezeichneten Krankenkasse (Satz 2 aaO). Dazu gehört als Voraussetzung für die Heilbehandlung auch die Ausgabe eines BB-Scheines. Damit ist den Krankenkassen eine Befugnis, über den Heilbehandlungsanspruch des Beschädigten selbst zu entscheiden und diesen gegenüber dem Beschädigten in eigener Zuständigkeit zu regeln, nicht übertragen. § 14 Abs. 5 Satz 2 BVG aF stellt klar, daß die für die Durchführung der Versorgung zuständige Verwaltungsbehörde berechtigt ist, bei Beschädigten, denen die Krankenkasse nur auf Grund dieses Gesetzes Heilbehandlung gewährt, Art, Umfang und Dauer der Heilbehandlung zu bestimmen. Diese Entscheidung ist für die

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

- 9 -



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

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

- 9 -

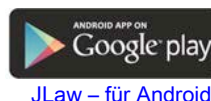
Krankenkasse bindend (Satz 3). Diese Vorschrift findet ihre Erklärung in der den Krankenkassen bei der Abwicklung von Versorgungsaufgaben eingeräumten Funktion und der in § 20 BVG aF getroffenen Regelung, daß in diesen Fällen die Versorgungsverwaltung vollen Kostenersatz zu leisten hat. Aber auch dann, wenn die Krankenkassen nicht nur nach den Vorschriften des BVG verpflichtet sind, Heilbehandlung zu gewähren (§ 19 Abs. 1 BVG aF), bestimmt die Versorgungsbehörde im Zweifelsfall den Umfang der Leistung. Über Einwendungen des Berechtigten gegen die Durchführung der Heilbehandlung hat die Versorgungsbehörde zu entscheiden und den Anspruch des Berechtigten auf die zu treffenden Heilbehandlungsmaßnahmen durch Bescheid festzustellen (vgl. van Nuis-Vorberg, Das Recht der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, III. Teil (Ausgabe 1962) S. 16 ff, insbesondere S. 18). Daß die Ausstellung und Ausgabe der BB-Scheine auch keinen Verwaltungsakt der Versorgungsbehörde darstellt, ist in dem Urteil des BSG vom 11. November 1966 eingehend begründet worden. Die Versorgungsbehörde trifft auch, soweit sie die Ersatzansprüche der Krankenkasse ablehnt oder zuerkennt, keine verbindliche Entscheidung als übergeordneter Träger hoheitlicher Aufgaben. Sie und die Krankenkassen, deren Ersatzanspruch sich unmittelbar aus dem Gesetz ergibt, handeln im Verhältnis zueinander insoweit als gleichrangige Träger öffentlicher Aufgaben (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 26. April 1967).

Das LSG konnte somit Rückforderungsansprüche des Beklagten nicht unter Berufung auf die Bindungswirkung von Verwaltungsakten, als die es die Ausstellung der BB-Scheine angesehen hat, ablehnen. Aber auch die Auffassung des Beklagten, der Kläger sei nach § 47 Abs. 1 VerwVG zur Erstattung der Arztkosten von 586,78 DM verpflichtet, hält einer Prüfung nicht stand. Ob und unter welchen Vor-

- 10 -



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



- 10 -

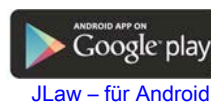
aussetzungen der Geldwert einer dem Beschädigten auf Grund eines Bescheides oder durch schlichtes Verwaltungshandeln gewährten Sachleistung, insbesondere der Heilbehandlung, nach § 47 VerwVG zurückgefordert werden kann, ist umstritten (vgl. hierzu insbesondere Grömig, KOV 1956, S. 85 ff; Wilke, ebenda, S. 137; Lange, Der VersorgB 1964, S. 107, 117 ff; Penz, Der VersorgB 1966, S. 5 ff; van Nuis-Vorberg aaO Teil III S. 184 ff). Unabhängig von der Frage, inwieweit § 47 Abs. 1 VerwVG überhaupt eine selbständige Grundlage für einen Rückerstattungsanspruch der Versorgungsverwaltung bilden kann (vgl. Urteil des erkennenden Senats in BSG 23, 47, 48 f und BSG in SozR Nr. 19 zu § 47 VerwVG), ist der Kläger im vorliegenden Falle nicht zum Ersatz der zusätzlichen Arztkosten verpflichtet, weil dieser Anspruch nicht als Rückforderung einer zu Unrecht gewährten Leistung zu begründen ist, es sich hierbei vielmehr um einen Schadensersatzanspruch handelt, der sich aus dem Recht der KOV nicht ableiten läßt.

Wie in dem angefochtenen Bescheid ausgeführt ist, sind dem Kläger in den hier streitigen Fällen rote BB-Scheine (für Zugeteilte) ausgehändigt worden. Es wurde somit angenommen, daß es sich um eine Heilbehandlung nur nach den Vorschriften des BVG (§ 20 BVG) handelte. Dadurch sind höhere Arztkosten entstanden als bei einer Heilbehandlung in Betracht kommen, die nicht nur nach den Vorschriften des BVG gewährt wird (§ 19 BVG). In allen roten Bundesbehandlungsscheinen, die in den Akten enthalten sind und von Oktober 1956 bis einschließlich September 1958 ausgestellt wurden, hat das VersorgA anerkannt, daß die Beschwerden mit den anerkannten Schädigungsfolgen im Zusammenhang stehen. Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 BVG aF hatte der Kläger wegen der anerkannten Folgen der Schädigung ohne Einschränkung Anspruch auf

- 11 -

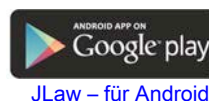


Heilbehandlung, solange der Anspruch auf Rente bestand; als Schwerbeschädigtem war ihm auch für Gesundheitsstörungen, die nicht Folgen einer Schädigung waren, Heilbehandlung zu gewähren (§ 10 Abs. 5 Satz 1 BVG aF). Nur soweit wegen der Nichtschädigungsfolgen die Behandlung anderweitig sichergestellt war oder sichergestellt werden konnte, war kein Anspruch auf Heilbehandlung nach dem BVG (§ 10 Abs. 5 letzter Satz BVG aF) gegeben. Das LSG hat es dahingestellt sein lassen, ob der Kläger mit der Anmeldung des Rentenanspruchs bei der LVA am 1. Oktober 1956 Mitglied der AOK war. Eine solche Mitgliedschaft kam auf Grund des Gesetzes über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (BGBl I, 500), insbesondere der Änderung des § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO und der Einfügung des § 315 a in die RVO in Betracht. Ob damit die Heilbehandlung anderweitig sichergestellt war (vgl. BSG 23, 293 sowie BSG in SozR Nr. 3 zu § 315 a RVO), konnte unerörtert bleiben; denn hierauf kommt es nicht an. Die Frage, ob der Kläger Heilbehandlung nach dem BVG, sei es nach § 10 Abs. 1 oder – in Einzelfällen – nach § 10 Abs. 5 Satz 1 BVG aF verlangen konnte, oder ob ihm die Leistung nach § 10 Abs. 5 BVG nicht zustand, weil er sie schon als Mitglied der AOK beanspruchen konnte, änderte grundsätzlich nichts an Art und Umfang der zu gewährenden Heilbehandlung (§ 11 Abs. 1 BVG aF und Nr. 1 bis 3 der Verwaltungsvorschriften – VerwV – zu Abs. 1 vom 3. September 1958 (Bundesanzeiger Nr. 176)). Dagegen war gemäß den §§ 19, 20 BVG für die Höhe des Ersatzanspruches und seine Berechnung maßgebend, ob die Heilbehandlung ausschließlich auf Grund der Vorschriften des BVG gewährt wurde oder nicht (vgl. § 14 Abs. 6 Satz 1 und 2 BVG und Nr. 14 der VerwV zu Abs. 6). Da der Kläger in jedem Falle Anspruch auf Heilbehandlung hatte, kann er diese Leistung nicht "zu Unrecht" im Sinne des § 47 Abs. 1 BVG empfangen haben. Die in den §§ 19, 20 BVG getroffene Regelung des Ersatz-



anspruches der Krankenkassen ist als Ausdruck des allgemeinen Rechtsgedankens zu verstehen, daß in den Fällen, in denen nur streitig ist, ob die Voraussetzungen des § 20 BVG oder des § 19 BVG erfüllt sind, die kostenmäßige Abrechnung einer in jedem Falle von der Krankenkasse zu erbringenden Leistung (Heilbehandlung) dem internen Ausgleich zwischen Versorgungsverwaltung und Krankenkasse zugewiesen und daß die Frage, ob die Leistung allein nach dem BVG zu erbringen war, nicht dem Beschädigten gegenüber, sondern nur zwischen der Versorgungsverwaltung und der Krankenkasse auszutragen ist. Somit kann die Rechtmäßigkeit der Heilbehandlung dem Beschädigten gegenüber nicht in Zweifel gezogen werden, wenn lediglich streitig ist, ob die Leistung nicht nur nach den Vorschriften des BVG zu gewähren war. Diese Folgerung ergibt sich zwanglos aus der gesetzlichen Regelung, daß in jedem Falle die Krankenkasse dem Beschädigten die Heilbehandlung ohne Rücksicht darauf zu gewähren hat, ob diese schon als Kassenleistung oder nur auf Grund der Vorschriften des BVG zu erbringen ist. Es kann hier dahingestellt bleiben, wie der Ausgleich bei nachträglicher Berichtigung eines Bescheides vorzunehmen ist; denn ein solcher Fall liegt nicht vor. Die Sachleistung selbst (Heilbehandlung), die - wie bereits ausgeführt - dem Kläger in dem gewährten Umfang unstreitig zustand, kann nicht von ihm zurückgefordert werden. Wenn dem Kläger zu Unrecht BB-Scheine als Zugestelltem ausgehändigt worden sein sollten, kann der hiernach erforderliche Ausgleich zwischen der Versorgungsverwaltung und der AOK dazu führen, daß die der AOK entstandenen Mehrkosten ganz oder überwiegend der Behörde zur Last zu legen sind, die in der Lage war, den Fehler rechtzeitig zu erkennen und deshalb auch zu besonders sorgfältiger Prüfung und Anzeige an die andere Behörde verpflichtet

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



war (z.B. die Versorgungsbehörde bei der Prüfung des angemeldeten Ersatzanspruches). Der Verantwortungsbereich der beteiligten Behörden wäre dann unter entsprechender Anwendung auch des § 254 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gegeneinander abzugrenzen und im übrigen sachlich-rechtlich von der in den §§ 19, 20 BVG getroffenen Regelung auszugehen (vgl. auch BSG 16, 152, 154 f). Dem Kläger gegenüber könnten im vorliegenden Fall die der AOK entstandenen Arzt-Mehrkosten nur dann geltend gemacht werden, wenn sich aus dem Recht der KOV ein Schadensersatzanspruch begründen ließe. Eine solche Haftung kann jedoch aus den Versorgungsvorschriften nicht entnommen werden. Es ist zwar allgemein anerkannt, daß auch das öffentliche Recht von dem Grundsatz von Treu und Glauben beherrscht wird (BSG 2, 289; 7, 156; 21, 27, 33). Das gilt für die Versorgungsverwaltung und den Beschädigten gleicherweise. Insbesondere hat dieser die Verpflichtung, bei der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken (§ 12 Abs. 1 Satz 2 VerwVG) und die erforderlichen Auskünfte zu geben (§ 16 Abs. 1 Satz 1 VerwVG). Kommt er diesen Verpflichtungen nicht nach, muß er mit einer ihm nachteiligen Entscheidung rechnen (§ 18 VerwVG). Hat der Beschädigte eine die Heilbehandlung betreffende Anordnung ohne triftigen Grund nicht befolgt und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst, kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden (§§ 23 BVG aF, 63 nF). Nach § 63 BVG aF und nF kann die Rente entzogen werden, wenn ein Rentenempfänger ohne triftigen Grund einer schriftlichen Aufforderung zum Erscheinen zu einer ärztlichen Untersuchung nicht nachkommt oder sich weigert, die zur Durchführung des Verfahrens von ihm geforderten Angaben zu machen. Unwahre Angaben des Beschädigten berechtigen die Versorgungsverwaltung nach § 42 Nr. 3 VerwVG (nur) zu neuer Entscheidung. Bei der Berichtigung nach § 41 VerwVG kommt es nicht darauf an, ob die Unrichtigkeit auf schuldhaftes Verhalten eines Beteiligten



zurückzuführen ist; § 47 Abs. 3 VerwVG läßt die Rückforderung von Leistungen nur zu, wenn die Unrichtigkeit darauf beruht, daß der Empfänger Tatsachen, die für die Entscheidung von wesentlicher Bedeutung gewesen sind, wissentlich falsch angegeben oder verschwiegen hat, oder wenn er beim Empfang der Bezüge gewußt hat, daß sie ihm nicht oder nicht in dieser Höhe zustanden, ferner, wenn der Empfänger den Verfahrensmangel kannte oder ihn vorsätzlich herbeigeführt hat. In allen diesen Fällen ist die Versorgungsverwaltung nur berechtigt, die Leistung zu versagen oder die bereits erfolgte Leistung zurückzufordern (vgl. auch BSG-Urteil vom 22. Februar 1967 - 8 RV 371/65 -). Daraus muß entnommen werden, daß die in dem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen der Versorgungsbehörde eine abschließende Regelung darstellen und das Versorgungsrecht eine Haftung des Beschädigten im Sinne einer aus dem öffentlich-rechtlichen Verhältnis ableitbaren Schadensersatzpflicht nicht kennt. Der Grund dafür muß darin gesehen werden, daß das versorgungsrechtliche Verhältnis zwischen dem Beschädigten und der Versorgungsverwaltung keine vertragsähnlichen Bindungen erzeugt, die als Grundlage für Schadensersatzansprüche der Versorgungsverwaltung in Betracht kommen könnten. Selbst nach bürgerlich-rechtlichen Vorschriften würde eine unerlaubte Handlung, durch die nur allgemein das Vermögen eines anderen beeinträchtigt wird, noch keine Schadensersatzpflicht auslösen, wenn nicht der besondere Fall des § 826 BGB vorliegt (vgl. Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 25. Aufl. § 823 Anm. 1 und 5 c). Das Versorgungsrecht beschränkt sich auf die Gewährung bestimmter Ansprüche zum Ausgleich der durch die dort vorgesehenen Tatbestände hervorgerufenen Gesundheitsstörungen oder des Todes. Sachlich-rechtlich behält der Beschädigte sogar den Anspruch ohne Rücksicht auf ein Verschulden, sofern er die Schädigung nicht absichtlich herbeigeführt



hat (§ 1 Abs. 4 BVG). Soweit das BVG und das VerwVG ein bestimmtes Verhalten des Beschädigten vorschreiben, handelt es sich zwar teilweise auch um Pflichten, deren Erfüllung nicht nur im eigenen Interesse des Beschädigten geboten ist; ihre Verletzung führt aber nur zur Verweigerung bzw. Rückforderung der Leistung.

Der Anspruch des Beklagten wäre aber auch dann ungegründet, wenn der Kläger für sein Verhalten im Sinne einer Haftung einzustehen hätte; denn dann würde die Geltendmachung der Forderung eine unzulässige Rechtsausübung des Beklagten darstellen. Der Beklagte, der nach den von der Revision nicht angegriffenen Feststellungen des LSG schon im Oktober 1956 durch den Kläger davon Kenntnis erhielt, daß dieser einen Rentenantrag bei der LVA gestellt hatte, hätte hiervon die AOK benachrichtigen und die höheren Ersatzansprüche (Arzt-Mehrkosten) ablehnen müssen, wenn er sich später auf den Standpunkt stellen wollte, daß der Kläger bereits Mitglied der Krankenkasse war. Hätte der Beklagte so gehandelt, wären in Zukunft die erhöhten Arztkosten nicht mehr entstanden. Da die Mehrkosten sich durch Heilbehandlung, die zuletzt im Jahre 1958 durchgeführt wurde, ergaben und der Anspruch auf Rückzahlung erst im Jahre 1963 geltend gemacht wurde, stellt sich die Verfolgung dieses Anspruches - nach Ablauf von mehr als vier Jahren - als eine unzulässige Rechtsausübung dar. Es gilt hier dasselbe, was in BSG 21, 27, 34 für den Rückforderungsanspruch der Versorgungsverwaltung ausgesprochen ist. Dem Einwand der unzulässigen Rechtsausübung kann auch nicht entgegengehalten werden, daß die Mehrkosten durch falsche Angaben des Klägers entstanden seien. Wenn der Beklagte entgegen seiner Amtspflicht durch Nichtbeachtung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 entscheidend dazu beigetragen hat, daß Mehrkosten entstanden, hat er dies zu vertreten. Die



rechtliche Prüfung lag im Verhältnis zum Kläger allein in seinem Verantwortungsbereich. Das Verhalten des Klägers wiegt demgegenüber ungleich geringer. Im Revisionsverfahren hat der Beklagte lediglich den Hauptbeleg Nr. 361 erwähnt, in dem der Kläger die formularmäßig gestellte Frage, ob er einen Rentenantrag gestellt habe, verneint hat. Diese Erklärung ist aber erst am 28. Juli 1958, also gegen Ende des hier in Betracht kommenden Zeitraumes (III. Vierteljahr 1958) abgegeben worden und war jedenfalls ohne Einfluß auf die vorangegangenen Heilbehandlungen. Die Frage, ob der Kläger Rente aus der Rentenversicherung beziehe, konnte er wahrheitsgemäß verneinen. Im Berufungsverfahren hat der Beklagte außerdem noch die Hauptbelege Nr. 140 und Nr. 316 angeführt. Die Erklärung des Klägers zum Hauptbeleg Nr. 140 ist ebenfalls erst lange nach der Kenntnis des Beklagten von dem Rentenantrag, nämlich am 5. Mai 1958, abgegeben worden. Auch hier ist die formularmäßige Frage, ob "in letzter Zeit" eine solche Rente (aus der Invaliden-, Angestellten- oder Knappschaftlichen Rentenversicherung) beantragt wurde, verneint worden. Die Erklärung des Klägers zum Hauptbeleg Nr. 316 vom 8. Oktober 1957 ist zwar einige Zeit vorher abgegeben worden, enthält aber keine Beantwortung der dort gestellten Frage, ob eine Rente beantragt sei. Da die früheren Formulare diese Frage noch nicht enthielten, ist der Kläger bei den späteren Erklärungen vermutlich davon ausgegangen, daß das ihm (nunmehr) vorgelegte Formular keine anderen Fragen enthalte als die früher schon wiederholt von ihm beantworteten. Im übrigen mußte der Kläger - im Gegensatz zu dem Beklagten - nicht erkennen, daß die Beantwortung der Frage über den Rentenantrag von besonderer Bedeutung für die Abwicklung des Heilverfahrens war, das ihm sachlich nicht versagt werden konnte. Nach alledem kann höchstens von einem Versehen des Klägers gesprochen werden, das



- 17 -

ninter dem fehlerhaften Verhalten des Beklagten ganz erheblich zurücktritt.

Da hiernach das LSG im Ergebnis zu Recht die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des SG zurückgewiesen hat, war auch die Revision des Beklagten als unbegründet zurückzuweisen (§ 170 Abs. 1 Satz 1 SGG).

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](#)