

Bundessozialgericht

Az.: 9 RV 562/65

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

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....

Verkündet am
30.Sept.1966

Kläger und Revisionskläger,

RegObSekretär
Schriftführer

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 30. September 1966 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	Dr. D e i t e r	und
Bundessozialrichter	A l t h a u s	

für Recht erkannt.

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des
Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 29. April
1965 dahin abgeändert, daß die Beklagte dem Kläger
für die am 8. Februar 1961 gelieferten orthopädi-
schen Schuhe Ersatz zu leisten hat. Im übrigen
wird die Revision des Klägers als unbegründet zu-
rückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

Der Schwerbeschädigte B. (B.) ist bei der Beklagten (AOK) freiwillig versichert. Diese gewährte B. 1951 für ein Paar orthopädische Schuhe, die wegen Nichtschädigungsfolgen erforderlich wurden, einen Zuschuß von 36,99 DM. Der Rest von 86,31 DM wurde vom Kläger (Land Baden-Württemberg) übernommen. Der Kläger beehrte am 14. Februar 1963 von der Beklagten nachträglich die Gewährung von Zuschüssen zu weiteren 7 Paaren orthopädischer Schuhe (Preis insgesamt 1.001,80 DM), die er am 7. August 1953, 13. Januar 1955, 9. Juli 1956, 15. November 1957, 19. November 1959, 21. Februar 1961 und 20. August 1962 bezahlt hatte. Die Beklagte erklärte sich lediglich bereit, einen Betrag von 106,60 DM für die 1962 gelieferten Schuhe zu erstatten. Der weitergehende Ersatzanspruch sei gemäß § 223 der Reichsversicherungsordnung (RVO) verjährt. Das Sozialgericht (SG) wies die Klage ab, das Landessozialgericht (LSG) die Berufung mit Urteil vom 29. April 1965 zurück. Das LSG ließ dahingestellt, ob der Anspruch auf den am 1. Juni 1960 in Kraft getretenen § 81b des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) oder die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gestützt werden könne, denn jedenfalls sei er nach § 223 RVO verjährt. Wenn hier die 2-jährige Verjährung für "Kassenleistungen" bestimmt sei, so beziehe sich dies auf alle Leistungen der Kasse. Dem Zweck dieser Vorschrift würde es widersprechen, wenn für Kassenleistungen an einen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger andere Verjährungsfristen gälten als für solche an Versicherte; der Leistungsträger könne nur jene Rechte geltend machen, die dem Versicherten zustanden. Sonach seien die Erstattungsansprüche für die von 1952 (richtig 1953) bis 1959 gelieferten Schuhe verjährt. Auch der Anspruch für die am 13. Dezember 1960 bewilligten, am 8. Februar 1961 gelieferten und am 21. Februar 1961 bezahlten Schuhe sei verjährt, denn es komme hier auf den Zeitpunkt der Bewilligung an, der Zeitpunkt der Lieferung der Schuhe sei rechtlich

- 3 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 3 -

unerheblich. Das LSG ließ die Revision zu.

Mit der zugelassenen Revision rügt der Kläger Verletzung des § 81 b BVG und verbindlicher Grundsätze des allgemeinen Verwaltungsrechts. Der Heilbehandlungsanspruch des B. sei nach § 10 Abs. 4 BVG insoweit ausgeschlossen, als er einen entsprechenden Anspruch gegen die AOK habe. Im öffentlichen Recht seien Leistungen, die eines rechtlichen Grundes entbehrten, zu erstatten. Dieser Grundsatz sei durch § 81 b BVG lediglich klargestellt worden, weshalb er für den gesamten hier strittigen Zeitraum gelte. Nach dem in dieser Vorschrift zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetzgebers gebe § 81 b BVG der Versorgungsverwaltung nicht nur einen vom ursprünglichen Leistungsberechtigten abgeleiteten, sondern darüber hinaus einen originären, unmittelbaren Anspruch gegen die zum Ersatz verpflichtete Stelle ähnlich dem in § 71 a BVG aF geregelten Anspruch. § 81 b beziehe sich auf die Vergangenheit. Eine Ausschlussfrist lasse sich auch nicht aus § 223 RVO ableiten, da diese Vorschrift nur das Innenverhältnis zwischen AOK und Versichertem betreffe. Der für diese Vorschrift maßgebende Gesichtspunkt, daß die Feststellung der anspruchsberechtigenden Tatsachen, die längere Zeit zurückliegen, besonders erschwert sei, könne hier keine Geltung beanspruchen. Nach der Entscheidung des Großen Senats vom 9. Juni 1961 (SozR Nr. 2 zu § 58 BVG) müsse auch hier die 30-jährige Verjährung gelten; diese Auffassung vertrete auch das nicht veröffentlichte Rundschreiben des BMA vom 14. Dezember 1963 - Az.: V/4 = 5240 - 4130/63 sowie der Kommentar von Thannheiser-Wende-Zech zu § 81 b.

Der Kläger beantragt, die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, für die von der Orthopädischen Versorgungsstelle dem Versorgungsberechtigten B. in der Zeit von August 1953 bis Ende 1961 gelieferten orthopädischen Schuhe Ersatz in Höhe von 895,20 DM zu leisten.

- 4 -



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

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

- 4 -

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen. § 81 b BVG hebe § 223 RVO nicht auf.

Die durch Zulassung statthafte Revision ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden und daher zulässig (§§ 162 Abs. 1 Nr. 1, 164, 166 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Sachlich ist sie nur zum Teil begründet.

Streitig ist nur die Frage der Verjährung der vom Land geltend gemachten Ersatzansprüche. Der Senat konnte unerörtert lassen, welche Tragweite dem § 223 RVO, der die Verjährung von Kassenleistungen der Krankenversicherung betrifft, sowie den mit dem Ersten Neuordnungsgesetz (1. NOG) vom 27. Juni 1960 (BGBl I, 453) eingeführten § 81 b BVG zukommt, der ganz allgemein bestimmt, daß die Behörden der Kriegeropferversorgung (KOV) von anderen Behörden oder Versicherungsträgern, die an ihrer Stelle zur Leistung verpflichtet gewesen wären, Erstattung ihrer Aufwendungen verlangen können. Denn er ist zu dem Ergebnis gelangt, daß sich die Beantwortung der strittigen Frage aus den §§ 19 - 21 BVG ergibt, die die Erstattung von Aufwendungen zwischen Behörden der KOV und den Krankenkassen regeln. Das BVG macht hierbei einen grundsätzlichen Unterschied, ob die Krankenkassen nur nach dem BVG zur Heilbehandlung verpflichtet sind (§ 20 BVG) oder ob sie auch nach der bei ihnen bestehenden Pflicht- oder freiwilligen Versicherung im Einzelfall Heilbehandlung zu gewähren haben (§ 19 BVG). Da im vorliegenden Fall die Beklagte unstreitig verpflichtet ist, dem B. aus der bestehenden freiwilligen Versicherung Zuschüsse zu den benötigten orthopädischen Schuhen zu gewähren, liegt ein Unterfall des § 19 BVG vor. Nach § 19 Abs. 3 BVG wird den Krankenkassen auch der Aufwand für "kleinere Heilmittel" ersetzt (vgl. hierzu § 182 Abs. 1 Nr. 1 und § 193 RVO). Hierunter können auch orthopädische Schuhe fallen (s. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, 16. Aufl., Anm. 4 e zu § 182 RVO S. 17/282; vgl. auch Mitgliederkommentar zur RVO, Bd. II, 1929, Anm. 11

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 -

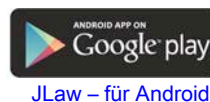
zu § 182 RVO und Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit vom 16. Juli 1951 in BVBl 1951, S. 360).

Der Anspruch beurteilt sich zunächst nach § 10 Abs. 5 BVG idF vor dem 1. NOG. Hiernach erhalten Schwerbeschädigte auch für Gesundheitsstörungen, die nicht Folge einer Schädigung sind, Heilbehandlung (Satz 1). Dies gilt nicht, wenn die Krankenbehandlung bzw. seit dem 5. Änderungsgesetz zum BVG (5. ÄndG) vom 6. Juni 1956 (BGBl I, 469) die "Behandlung" anderweitig sichergestellt ist oder sichergestellt werden kann (letzter Satz). Eine ähnliche Regelung enthält § 10 Abs. 2 und 4 idF des 1. NOG, wonach der Anspruch ausgeschlossen ist, wenn und soweit ein entsprechender Anspruch gegen einen Sozialversicherungsträger besteht, bzw. die Heil- oder Krankenbehandlung anderweitig gesetzlich sichergestellt ist. Hat die Krankenkasse nach § 10 Abs. 5 BVG Leistungen erbracht, für die die Versorgungsbehörde Ersatz zu leisten hat, so mußte sie nach § 21 Satz 1 BVG idF vom 7. August 1953 (BGBl I, 866) ihre auf § 10 Abs. 5 BVG beruhenden Ersatzansprüche spätestens 3 Wochen nach Beginn der Heilbehandlung beim Versorgungsamt (VersorgA) vorläufig anmelden. Bei späterer Anmeldung konnte Ersatz für die vor der Anmeldung liegende Zeit abgelehnt werden. Das 5. ÄndG vom 6. Juni 1956 übernahm diese Bestimmung in Abs. 1 des § 21 BVG und bestimmte in Abs. 2, daß Ersatzansprüche, die auf der Vorschrift des § 19 beruhen, in 2 Jahren verjähren; das 6. ÄndG vom 1. Juli 1957 (BGBl I, 661) änderte hieran nichts. Das 1. NOG vom 27. Juni 1960 erwähnt in § 21 Abs. 1 die Vorschrift des § 10 Abs. 5 BVG aF bzw. jetzt § 10 Abs. 2 und 4 BVG - nF - nicht mehr, sondern bestimmt nur noch, daß "Ersatzansprüche nach § 20" von den Krankenkassen spätestens 1 Monat nach Beginn der Heilbehandlung vorläufig anzumelden sind. Bei späterer Anmeldung kann wie bisher Ersatz für die frühere Zeit abgelehnt werden. Die Verjährung von Ersatzansprüchen gemäß § 19 BVG in 2 Jahren ist in § 21 Abs. 2 beibehalten. Außerdem

- 6 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

ist bestimmt, daß die Verjährung mit Ablauf des Jahres, in dem die Heilbehandlung durchgeführt ist, frühestens mit der Anerkennung des Versorgungsanspruchs beginnt. Hieraus ergibt sich, daß der Gesetzgeber zumindest seit dem 7. August 1953 davon ausgegangen ist, daß die Heilbehandlung - hierzu gehört grundsätzlich auch die Ausstattung mit orthopädischen Hilfsmitteln - auch im Falle des § 10 Abs. 5 aF bzw. Abs. 2 und 4 nF BVG von der Krankenkasse zu gewähren ist. Zwar ist in § 14 Abs. 1 und 2 BVG bestimmt, daß orthopädische Hilfsmittel von den zuständigen Verwaltungsbehörden und im übrigen Heilbehandlung und Heilanstaltspflege durch die Krankenkassen gewährt werden. In der Praxis wurde jedoch anders verfahren. So wurde mit Erlaß des Bundesministers für Arbeit vom 16. Juli 1951 (vgl. BVB1 1951 S. 360 nebst Anlage) gestattet, daß orthopädische Hilfsmittel, die von den Krankenkassen nach Gesetz oder Satzung im Rahmen der Wertgrenze als kleinere Heilmittel gestellt werden, allen Beschädigten - sogar den Zugeteilten und Ausgesteuerten - von den Krankenkassen zu liefern sind (vgl. hierzu die ähnlich formulierten Verwaltungsvorschriften Nr. 6 v. 31. August 1953 bzw. idF vor dem 1. NOG zu § 14 BVG, ferner van Nuis-Vorberg, Das Recht der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, III. Teil 1958, S. 64). Demgemäß hat die beklagte AOK 1951 für ein Paar orthopädische Schuhe des B. einen Zuschuß geleistet und die Versorgungsbehörde zur Bezahlung des Restbetrages veranlaßt. Ob im vorliegenden Fall die später gelieferten Schuhe von der AOK anstelle der Versorgungsbehörde hätten gewährt werden müssen, kann dahinstehen. Es genügt die Feststellung, daß es sich in den hier strittigen Fällen um Kosten einer Heilbehandlung im Sinne des § 10 Abs. 5 aF bzw. Abs. 2 und 4 nF BVG handelt, die, wenn sie von der AOK erbracht worden wären, von dieser gemäß § 21 BVG binnen 3 Wochen oder 1 Monat bei der Versorgungsbehörde zur Vermeidung eines Ausschlusses zum Ersatz hätten angemeldet werden müssen. Es handelt sich hier um Aufwendungen, die innerhalb einer kurzen Ausschlußfrist zur



- 7 -

Kenntnis des Erstattungspflichtigen gebracht werden müssen.

Zwar ist in § 21 idF des 1. NOG - nF - § 10 Abs. 5 aF bzw. Abs. 2 und 4 nF BVG nicht mehr genannt. Die amtliche Begründung zum Entwurf des 1. NOG (vgl. Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, BT-Drucks. 1239 S. 25) sagt zu § 20 des Entwurfs (= § 21 des Gesetzes), der bisherige Hinweis auf § 10 Abs. 5 (und § 28) sei unrichtig gewesen, denn der Ersatzanspruch als solcher beruhe allein auf § 20, der Leistungen nach den §§ 10 Abs. 5 und 28 erfasse. Dieses redaktionelle Versehen, das bei Schaffung des BVG durch die nachträgliche Formulierung des § 10 Abs. 5 und des § 28 veranlaßt worden sei, werde in dem vorliegenden Entwurf korrigiert. Diese Begründung geht insofern von irrigen Voraussetzungen aus, als es sich nicht bei jeder Heilbehandlung nach § 10 Abs. 5 aF bzw. Abs. 2 und 4 nF BVG um eine Leistung der Krankenkasse im Sinne des § 20 BVG handelt, zu der sie nur nach dem BVG verpflichtet ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn es an jeder anderweitigen Sicherstellung der Heilbehandlung fehlt, nicht aber in Fällen der vorliegenden Art, wo die Krankenkasse auch aus dem bei ihr bestehenden Versicherungsverhältnis zur Leistung eines Zuschusses verpflichtet ist. Die amtliche Begründung zum Entwurf des 1. NOG scheint übersehen zu haben, daß in § 10 Abs. 4 BVG nF ausdrücklich bestimmt ist, die Heilbehandlung für Nichtschädigungsfolgen sei ausgeschlossen, wenn "und soweit" ein entsprechender Anspruch gegen einen Sozialversicherungsträger besteht. Hieraus ergibt sich jedenfalls für die Zeit ab 1. Juni 1960 eindeutig, daß die Kosten der Heilbehandlung "soweit" zu übernehmen sind, wie sie nicht von der Krankenkasse nach Maßgabe des Versicherungsverhältnisses getragen werden. Dies galt übrigens auch schon für die Zeit vor dem Inkrafttreten des 1. NOG (vgl. van Nuis-Vorberg aaO S. 35). Insoweit handelt es sich um die Gewährung von Heilbehandlung im Sinne des § 19 BVG,

- 8 -



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

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

- 8 -

d.h. einer Heilbehandlung, zu der die Kasse nicht nur nach den Vorschriften des BVG verpflichtet ist. Durch die Neufassung des § 21 Abs. 1 BVG idF des 1. NOG sollte sonach an der bisherigen Ersatzregelung nichts geändert werden. Daraus ergibt sich, daß § 21 Abs. 1 BVG weiterhin die unmittelbare Rechtsgrundlage für Ersatzansprüche zwischen der Versorgungsverwaltung und den Krankenkassen auch in den Fällen ist, in denen die Heil- oder Krankenbehandlung teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt ist.

Für den vorliegenden Streitfall ist entscheidend, daß § 21 Abs. 2 BVG - wie schon seither - bestimmt, daß Ersatzansprüche nach § 19 BVG - um eine solche Art von Heilbehandlung handelt es sich hier - nach 2 Jahren verjähren. Die beklagte AOK würde also, wenn nicht der Kläger sondern sie die Heilbehandlung gewährt hätte, nach Ablauf von 2 Jahren wegen Verjährung des Anspruchs eine Erstattung nicht mehr begehren können. Diese durch die 5. Novelle vom 6. Juni 1956 eingefügte Vorschrift enthält den allgemeinen Gedanken, daß die Ersatzansprüche zwischen Versorgungsbehörden und Krankenkassen soweit es sich um solche nach § 19 BVG handelt, binnen 2 Jahren abzuwickeln sind und deshalb in 2 Jahren verjähren. Die durch das 1. NOG hinzugefügte Bestimmung, daß die Verjährung mit Ablauf des Jahres beginnt, in dem die Heilbehandlung durchgeführt ist, sollte in Anlehnung an § 201 BGB die dauernde Kontrolle ablaufender Verjährungsfristen vermeiden (vgl. Amtliche Begründung in BT-Drucks. 1239 aaO S. 25).

Der Senat ist der Auffassung, daß diese Vorschrift nicht nur auf die Ersatzansprüche der Krankenkassen gegen die Versorgungsverwaltung, sondern umgekehrt - analog - auch auf solche der Versorgungsverwaltung gegen die Krankenkassen angewendet werden muß. Eine derart entsprechende Anwendung ergibt sich aus dem der Vorschrift zugrunde liegenden allgemeinen Gedanken zeitlich befristeter Abwicklung. Was zum Nachteil der Krankenkasse vom Gesetz als billig angesehen wird, muß auch zum

- 9 -



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

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

Nachteil der Versorgungsverwaltung, wenn es sich um deren Erstattungsanspruch handelt, als gerecht und vom Gesetzgeber gewollt gelten. Dabei konnte unerörtert bleiben, ob schon vor dem Inkrafttreten des 1. NOG § 201 BGB, der den Beginn der Verjährung mit dem Schluß des Kalenderjahres eintreten läßt, in welchem der maßgebende Zeitpunkt eintritt, entsprechend anzuwenden war (vgl. van Nuis-Vorberg aaO S. 152 und dortige Zitate). Denn die vor Inkrafttreten des 1. NOG, d.h. in der Zeit vom 7. August 1953 bis 19. November 1959 geleisteten Zahlungen waren auf jeden Fall am Tag der Geltendmachung, das ist der 14. Februar 1963, verjährt. Auch wenn man davon ausgeht, daß vor Inkrafttreten dieser Vorschrift des 5. ÄndG vom 6. Juni 1956, d.h. vor dem 12. Juni 1956 (vgl. Art. IV Abs. 1 des 5. ÄndG) eine 30-jährige Verjährung gegolten hat, ist die Verjährung der davor entstandenen Ansprüche jedenfalls spätestens 2 Jahre nach dem Ende des Jahres, in dem die 2-jährige Verjährung eingeführt worden ist, d.h. am 31. Dezember 1958 eingetreten (vgl. hierzu auch Wilke, Kommentar zum BVG, 1. Aufl. Anm. II zu § 21 BVG). Sonach sind die bis 19. November 1959 entstandenen Erstattungsansprüche des Klägers verjährt.

Hingegen lief für die am 8. Februar 1961 an B. ausgelieferten und am 21. Februar 1961 bezahlten orthopädischen Schuhe die Verjährung erst am 31. Dezember 1963 ab. § 21 Abs. 2 BVG in der hier anzuwendenden Fassung des 1. NOG bestimmt, daß die Verjährung mit Ablauf des Jahres, in dem die Heilbehandlung "durchgeführt" ist, beginnt. "Durchgeführt" war aber die Heilbehandlung noch nicht mit der im Dezember 1960 erfolgten formularmäßigen Bewilligung der Schuhe, - das vom LSG genannte Datum vom 13. Dezember 1960 betraf übrigens den Antrag auf Lieferung der Schuhe - sondern frühestens mit der am 8. Februar 1961 erfolgten Lieferung der Schuhe.

Da sonach die 2-jährige Verjährungsfrist für die 1961 ge-



lieferten Schuhe erst am 31. Dezember 1963 ablief, war bei der Geltendmachung des Anspruchs im Februar 1963 eine Verjährung insoweit noch nicht eingetreten.

Das angefochtene Urteil war daher dahin abzuändern, daß die Beklagte dem Kläger für die am 8. Februar 1961 gelieferten orthopädischen Schuhe Ersatz zu leisten hat. Im übrigen mußte die Revision als unbegründet zurückgewiesen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 4 SGG.

