

Bundessozialgericht
Az.: 9 RV 866/67

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

U r t e i l

Verkündet am
11. Juni 1970

Reg.Hauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

-Prozeßbevollmächtigter: -

g e g e n

.....

Beklagter und Revisionsbeklagter,

Beigeladene:

Der 9. Senat des Bundessozialgerichts hat auf
die mündliche Verhandlung vom 11. Juni 1970
durch

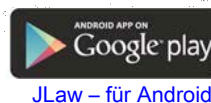
Bundesrichter	Dr. M a i s c h
	- Vorsitzender -,
Bundesrichter	S c h i n d l e r und
Bundesrichter	Dr. R e n n e r ,
Bundessozialrichter	S c h ö f f i s c h und
Bundessozialrichterin	K u n d e n r e i c h

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil
des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 27.
November 1967 aufgehoben.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

Der Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 894,84 DM zu zahlen.

Wegen der weitergehenden Forderung der Klägerin wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Beklagte mit dem der Klägerin gegenüber im Jahre 1962 außergerichtlich erhobenen Anspruch auf Rückerstattung von Beträgen, die als Ersatz entstandener Heilbehandlungskosten für das dritte und vierte Quartal 1950 der Klägerin gewährt worden waren, gegen einen Ersatzanspruch der Klägerin für die von ihr verauslagten Heilbehandlungskosten für das dritte Quartal 1962 aufrechnen kann.

Die Klägerin hatte im dritten und vierten Quartal 1950 (1. Oktober 1950 bis 31. März 1951) 14 ihrer Kassenmitglieder der Heilbehandlung und Barleistungen gewährt und ihre Aufwendungen nach den Vorschriften der Sozialversicherungsdirektive (SVD) Nr. 27 gemäß den Kostennachweisen III/50 vom 26. Februar 1951 und IV/50 vom 23./25. Juni 1951 aufgestellt. Diese Aufwendungen wurden am 20. Juni 1951 und 13. August 1951 von dem Beklagten abgerechnet. In einer Prüfungsmitteilung an das Landesversorgungsamt (LVersorgA) Niedersachsen vom 3. August 1956 beanstandete der Bundesrechnungshof, daß durch Nichtbeachtung des Rundschreibens des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (BMA) vom 2. August 1951 der Klägerin von dem Beklagten Aufwendungen ersetzt worden seien, deren Erstattung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) nicht vorgesehen sei. Ferner seien zum Teil vor der Antragstellung oder vor der Anerkennung entstandene

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

- 3 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

Kosten ersetzt worden, und zwar auf Grund einer vom Vertrauensarzt der Krankenkasse über das Vorliegen von Schädigungsfolgen getroffenen vorläufigen Feststellung. Auch liege die Annahme nahe, daß in einer erheblichen Zahl von Fällen Kostenersatz gewährt worden sei, in denen es überhaupt nicht zur Anerkennung von Schädigungsfolgen gekommen sei. Unter Hinweis auf eine Verfügung des LVersorgA Niedersachsen vom 3. Mai 1962 und auf einen Erlaß des Niedersächsischen Sozialministers vom 17. Januar 1962 setzte das Versorgungsamt (VersorgA) Oldenburg die Klägerin mit Rundschreiben vom 1. Oktober 1962 davon in Kenntnis, daß die Krankenkassen zur Rückzahlung verpflichtet seien, soweit ihnen Leistungen gewährt worden seien, deren Erstattung der BMA in seinen Rundschreiben vom 20. April und 2. August 1951 nicht zugelassen habe. Für das dritte und vierte Quartal 1950 seien u.a. wiedereinzuziehen:

- a) Erstattungen für Heilbehandlungskosten, die vor Beantragung von Versorgungsleistungen entstanden sind,
- b) Erstattungen für Heilbehandlungskosten, die durch die Behandlung versorgungsfremder Leiden entstanden sind,
- c) Erstattungen in Fällen, in denen Versorgung nicht beantragt worden ist oder in denen Schädigungsfolgen nicht anerkannt worden sind.

Gleichzeitig wies das VersorgA darauf hin, daß die erforderlichen Ermittlungen und Vorprüfungen inzwischen abgeschlossen worden seien und das Ergebnis dieser Prüfungen den Krankenkassen demnächst mitgeteilt werde, sofern sich Beanstandungen ergeben hätten.

Mit Schreiben vom 11. Dezember 1962 teilte das VersorgA Oldenburg der Klägerin mit, in den Abrechnungen für das dritte Quartal des Rechnungsjahres 1950 seien die Hauptbelege (HB) Nrn. 102, 117, 122, 123, 124 und 128 zu beanstanden; der Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht gewährter Heilbehand-

- 4 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

lungskosten betrage hierfür insgesamt 344,06 DM einschließlich der anteiligen Verwaltungskosten. Für das vierte Quartal 1950 seien die HB.-Nrn. 142, 145, 149, 151, 155, 159, 161 und 170 zu beanstanden, woraus sich ein Rückerstattungsanspruch in Höhe von 2.473,21 DM einschließlich der anteiligen Verwaltungskosten ergebe. Mit Schreiben vom 16. Januar 1963 wurde hinsichtlich dieses Gesamterstattungsanspruchs von 2.817,27 DM gegen Ersatzansprüche der Klägerin aus dem Kostennachweis III/62 aufgerechnet.

Am 18./20. Dezember 1963 hat die Klägerin Klage auf Zahlung des einbehaltenen Betrages von 2.817,27 DM erhoben und geltend gemacht, daß die zur Aufrechnung gestellte Forderung des Beklagten verjährt sei. Dem Antrag der Klägerin hat das Sozialgericht (SG) Oldenburg durch Urteil vom 12. Oktober 1965 entsprochen und ausgeführt, auf den Erstattungsanspruch des Beklagten sei die Vorschrift des § 21 Abs. 2 BVG idF des 5. Änderungsgesetzes vom 6. Juni 1956 (BGBl I 463) über die Verjährung der Ersatzansprüche nach § 19 BVG entsprechend anzuwenden. Hiernach sei der Erstattungsanspruch des Beklagten in zwei Jahren verjährt gewesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Bundesrepublik Deutschland beigeladen, die Hauptbelege über die im Streit befindlichen Abrechnungsfälle sowie die Originalkostennachweise III/50, IV/50 und III/62 beigezogen und auf die Berufung des Beklagten mit Urteil vom 27. November 1967 das Urteil des SG Oldenburg vom 12. Oktober 1965 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Das LSG hat die Auffassung vertreten, der an sich zulässigen Aufrechnung des Beklagten mit dem Grunde und der Höhe nach unbestrittenen Anspruch auf Rückerstattung gezahlter Heilbehandlungskosten für das dritte und vierte Quartal 1950 stehe die Einrede der Verjährung nicht entgegen, da der zur Aufrechnung gestellte Anspruch des Beklag-



ten der dreißigjährigen Verjährungsfrist unterliege. Das LSG hat sich insoweit im Ergebnis und in der Begründung dem Urteil des erkennenden Senats vom 26. April 1967 - 9 RV 280/66 - (BSG in SozR Nr. 2 zu § 21 BVG) im wesentlichen angeschlossen. Dieser erst 1962 geltend gemachte Anspruch sei auch nicht verwirkt. Zwar hätte die Versorgungsverwaltung bereits bei der Abrechnung der Kostennachweise III/50 und IV/50 oder aber doch kurz danach unschwer erkennen können, daß Leistungen zu Unrecht gewährt worden seien und durch Heranziehung der betreffenden Versorgungsakten feststellen können, daß überhaupt noch kein Antrag auf Versorgung gestellt worden bzw. vor Antragstellung bereits Leistungen durch die Krankenkasse erbracht worden seien und daß in einer Anzahl von Fällen das behandelte Leiden überhaupt nicht als Versorgungsleiden anerkannt worden sei. Diese Überprüfung sei nach den Rundschreiben des BMA vom 20. April 1951 und vom 2. August 1951 geboten gewesen. Demgegenüber habe die Klägerin aber aus der langen Untätigkeit der Versorgungsverwaltung nicht den Schluß herleiten können, diese werde von ihrem Recht der Rückforderung von zu Unrecht erbrachten Leistungen keinen Gebrauch mehr machen. Auch ihr seien die vorgenannten Rundschreiben bekannt gewesen. Sie habe daher jederzeit damit rechnen müssen, daß die Versorgungsverwaltung insoweit Rückerstattungsansprüche geltend machen würde, und sie habe auch nach der am 23. Oktober 1959 zwischen dem Niedersächsischen Sozialminister und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Niedersachsen erfolgten Besprechung, in der das LVersorgA angewiesen worden sei, den Krankenkassen die bereits erstatteten Ersatzleistungen zu belassen, noch nicht endgültig darauf vertrauen können, daß nunmehr seitens der Versorgungsverwaltung keine Rückerstattungsansprüche mehr erhoben würden. Denn der Niedersächsische Sozialminister habe in dieser Besprechung auf Grund der Tatsache, daß die Länder die Kriegsopferversorgung mit Mitteln des Bundes ausführten, darauf hingewiesen, er werde über das Ergebnis dieser Verhandlung dem BMA berichten. Schließlich habe die Klä-



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 6 -

gerin auch nichts dafür vorgetragen, daß sie sich im Vertrauen darauf, ein solcher Rückerstattungsanspruch werde nicht mehr angemeldet, in ihren Vorkehrungen und Maßnahmen entsprechend eingerichtet habe, d.h. ihr hierdurch ein unbilliger zusätzlicher Nachteil zugefügt würde, wenn die Versorgungsverwaltung nachträglich ihre Forderung geltend mache.

Mit der zugelassenen Revision rügt die Klägerin Verletzung des § 21 der SVD-Nr. 27 i.V.m. Nr. 45 der Sozialversicherungsanordnung (SVA) Nr. 11, der §§ 19, 21 und 84 ff BVG aF, der Art. 120 Abs. 1, 14 und 2 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG), eine mangelnde Sachaufklärung nach § 103 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) sowie einen Verstoß gegen anerkannte Rechtsgrundsätze, die sich aus Treu und Glauben ergeben. Das LSG habe es unterlassen, die für die Abrechnungszeit unter III/50 und IV/50 geltend gemachten Heilbehandlungskosten im einzelnen aufzugliedern und dann entsprechend rechtlich zu würdigen. Bei zutreffender Würdigung der Sach- und Rechtslage hätte das LSG die Berufung als unbegründet zurückweisen müssen. Der Aufrechnung des Beklagten mit einer Gegenforderung stehe entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 26. April 1967 - 9 RV 280/66 - die Einrede der Verjährung entgegen, da auf den Erstattungsanspruch des Beklagten die kurze Verjährungsfrist des § 21 Abs. 2 BVG idF des Zweiten Neuordnungsgesetzes (2. NOG) anzuwenden sei. Im übrigen sei der Beklagte an die durch die Erlasse des BMA vom 22. Dezember 1950 und 20. April 1951 geschaffene Übergangsregelung gebunden und die Klägerin habe sich auf die Gültigkeit und Wirksamkeit dieser Regelung verlassen dürfen. Wenn der Beklagte nunmehr dennoch einen Rückerstattungsanspruch geltend mache, so setze er sich dadurch in Widerspruch zu seinem früheren Verhalten und habe seinen Anspruch verwirkt. Es seien hier die in dem Urteil des BSG vom 17. Oktober 1967 - 9 RV 146/66 -

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

- 7 -



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

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

- 7 -

(BSG in SozR Nr. 4 zu § 19 BVG) aufgezeigten Grundsätze anzuwenden. Auch erfülle die Regelung der §§ 84 ff BVG bei wörtlicher Auslegung den Tatbestand der entschädigungslosen Enteignung; die rückwirkende Beseitigung der Ersatzansprüche verstoße gegen Art. 2 Abs. 1 GG sowie gegen das Prinzip der Rechtsstaatlichkeit; es widerspreche den Rechtsgrundsätzen des staatlichen Auftragsrechts, wenn der im Rahmen der Auftragsverwaltung den Krankenkassen erteilte Auftrag nachträglich wieder entzogen werde.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des LSG Niedersachsen vom
27. November 1967 aufzuheben und die
Berufung gegen das Urteil des SG Olden-
burg vom 12. Oktober 1965 zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt,

die Revision als unbegründet zurückzuweisen.

Er hat insbesondere ausgeführt, das LSG habe nach der von ihm vertretenen Rechtsauffassung nicht zu prüfen brauchen, ob die Klägerin rechtlich begründete Ersatzansprüche erhoben habe, zumal die Forderung des Beklagten auch nach Grund und Höhe nicht bestritten gewesen sei.

Die Beigeladene stellte keine Anträge.

II

Die durch Zulassung statthafte Revision ist frist- und formgerecht eingelegt und begründet worden und daher zulässig (§§ 162 Abs. 1 Nr. 1, 164, 166 SGG). Sie ist auch zum Teil begründet und führte im übrigen - für den Rest des



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

- 8 -

- 8 -

Anspruchs - zur Zurückverweisung der Sache an das LSG.

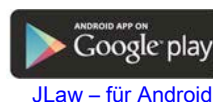
Die Rüge der Revision, das LSG habe seine Verpflichtung zur Aufklärung des Sachverhalts verletzt (§ 103 SGG), ist nicht begründet. Dem LSG haben die 14 Hauptbelege sowie die Kostennachweise III/50 und IV/50, die Grundlage für den Rückerstattungsanspruch des Beklagten bilden, vorgelegen. Sie sind, wie in dem Urteil hervorgehoben wird, mit zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden. Dem LSG war auch das Schreiben des VersorgA Oldenburg an die Klägerin und an die Krankenkassen vom 1. Oktober 1962 bekannt, aus dem sich der wesentliche Inhalt des Erlasses des BMA vom 20. April 1951 (BVBl 1951, S. 218, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1951) und des Rundschreibens vom 2. August 1951 ergab. Diese in dem Urteil des LSG wiederholt ausdrücklich erwähnten Erlasse sind somit nicht unberücksichtigt geblieben. Aus dem in den Gerichtsakten befindlichen Schreiben des VersorgA Oldenburg vom 11. Dezember 1962 ergab sich ferner, auf welche Erwägungen der Anspruch des Beklagten auf Rückerstattung der bereits an die Klägerin gezahlten Heilbehandlungskosten gestützt wurde und um welche Beträge es sich im einzelnen handelte. Schließlich waren von dem Beklagten in der mündlichen Verhandlung vom 27. November 1967 das Schreiben des Bundesrechnungshofes vom 3. August 1956, das Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt (LVA) Hannover vom 27. Dezember 1948 sowie die Niedersächsischen Erlasse vom 7. Februar 1948 und 20. April 1949 und ein Schreiben der LVA Hannover vom 1. Juli 1949 überreicht worden. Bereits in dem Urteil des SG ist auf den Gegenstand der im Niedersächsischen Sozialministerium stattgefundenen Besprechung mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen Niedersachsen vom 23. Oktober 1959 und deren Ergebnis hingewiesen worden; auch das LSG hat im Zusammenhang mit seinen Ausführungen darüber, daß der Anspruch des Beklagten nicht verwirkt sei, auf diese Besprechung Bezug genommen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung 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

und die Revision hat die von dem LSG über den Inhalt und das Ergebnis dieser Besprechung getroffenen Feststellungen nicht angegriffen. Aus den Ausführungen des angegriffenen Urteils (S. 16) ergibt sich, daß dem LSG bewußt gewesen ist, es habe sich im vorliegenden Falle wohl um voneinander sehr verschiedene Fälle des Kostenersatzes gehandelt, darunter um Fälle, in denen auch streitig gewesen sei, ob von der Klägerin Rückerstattung des ihr gewährten Kostenersatzes verlangt werden könne. War somit dem LSG der wesentliche tatsächliche Sachverhalt bekannt, der Anlaß zu dem Rechtsstreit gegeben hatte, so hat das LSG doch geglaubt, ihn nicht im einzelnen rechtlich würdigen zu müssen, weil die Klägerin sich bereits in der Klageschrift auf die Ausführungen in der bei dem SG Oldenburg eingereichten Klage gegen die ACK in Westerstede (S 1 V 568/63), und zwar auf die dortige Klageschrift vom 12. Dezember 1963 bezogen hat. In dieser Klageschrift war auf das Schreiben des VersorgA vom 1. Oktober 1962 sowie die Erlasse des BMA hingewiesen und ausgeführt worden, die Forderungen des VersorgA würden dem Grunde nach anerkannt; Einwendungen gegen ihre Höhe wurden nicht vorgebracht, es wurde lediglich die Einrede der Verjährung erhoben. Unter diesen Umständen kann kein Verstoß des LSG gegen die Verpflichtung zur Aufklärung des Sachverhalts festgestellt werden. Wenn wie hier die Beteiligten durch Prozeßbevollmächtigte vertreten sind, die das Gericht als hinreichend sach- und rechtskundig ansehen darf, dann ist es nicht genötigt, von Amts wegen den Sachverhalt weiter aufzuklären, sofern die Beteiligten ohne Einschränkung auf Grund des ihnen bekannten Sachverhalts den Anspruch für begründet halten und deshalb das Gericht glaubt, nur noch über die Einrede der Verjährung entscheiden zu müssen. Die Verpflichtung des Gerichts zur Aufklärung des Sachverhalts von Amts wegen hat dort ihre Grenze, wo auf Grund der Rechtsauffassung des Gerichts weitere Ermittlungen nicht angezeigt sind, weil sie voraussichtlich zu keinen für die Entscheidung erheblichen Ergebnissen führen



können. Die Revision hat auch nicht dargelegt, in welcher Richtung das LSG sich um eine weitere Aufklärung des Sachverhalts hätte bemühen sollen. Sie rügt zwar, das LSG hätte es unterlassen, die Heilbehandlungskosten im einzelnen aufzugliedern. Die Aufgliederung der Rechnungsposten, die als dem LSG bekannt vorausgesetzt werden müssen, hätte aber in tatsächlicher Hinsicht keine neuen Erkenntnisse gebracht. Allerdings hätten aus diesem Sachverhalt rechtliche Folgerungen gezogen werden können, die möglicherweise den Erstattungsanspruch des Beklagten zum Teil als unbegründet erscheinen lassen konnten. Da die Klägerin die Verurteilung des Beklagten zur Zahlung der vollen Heilbehandlungskosten von 2.817,27 DM beantragt hatte, der Anspruch des Beklagten somit nicht uneingeschränkt anerkannt worden war, hätte das LSG auf Grund seiner Verpflichtung zur Schlüssigkeitsprüfung den rechtlichen Bedenken nachgehen müssen, die sich auf Grund der Kostennachweise ergaben. Es hätte sich somit nicht auf die Prüfung beschränken dürfen, ob die Forderung des Beklagten verjährt oder verwirkt war. Dabei handelt es sich aber um einen rechtlichen Subsumtionsfehler, nicht um einen Verstoß gegen die Sachaufklärungspflicht. Ein Verfahrensmangel ist sonach nicht festzustellen.

Nach § 21 der SVD Nr. 27 vom 2. Mai 1947 (ArbBl für die Britische Zone 1947, S. 155) idF des Art. 11 des Gesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Änderung der SVD Nr. 27 und der hierzu ergangenen Durchführungsvorschriften betr. Leistungen an Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene vom 12. Juli 1949 (GVBl 1949, S. 229) i.V.m. Ziff. 45 der SVA Nr. 11 waren den Krankenkassen die tatsächlichen, auf Grund der Direktive zu gewährenden Aufwendungen sowie ein Verwaltungskostenanteil zu erstatten. Nach Ziff. 10 und 38 Nr. 3 der SVA Nr. 11 gehörte zu den Aufwendungen auch das Kranken-, Haus- und Taschengeld und nach Ziff. 38 Nr. 2



die Krankenhauspflege; nach Ziff. 45 Nr. 2 a) i.V.m. Ziff. 39 a) war als Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung ein Pauschbetrag von 1,25 DM pro Tag zu gewähren für jeden mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfall von Personen, die unter Ziff. 39 a) SVA Nr. 11 (Versicherte und Ausgesteuerte) fielen. Voraussetzung für einen solchen Ersatzanspruch der Krankenkassen war jedoch, daß es sich um Aufwendungen auf Grund der Direktive, d.h. um solche für Kriegsbeschädigte und die Hinterbliebenen von tödlich Verletzten, handelte; eine Ausnahme galt nur für den in Nr. 25 SVA Nr. 11 geregelten Fall, daß der Rentenversicherungsträger auf Grund des von der Krankenkasse an ihn weitergeleiteten Antrages des Antragstellers auf Feststellung der Leistungen eine befristete Krankenbehandlung genehmigt hatte. Im übrigen wurden die Leistungen nur auf Antrag gewährt (§ 14 der SVD Nr. 27 und Art. 20 des Gesetzes vom 12. Juli 1949 sowie Nr. 24 SVA Nr. 11). Ein neuer Antrag war entbehrlich, wenn bereits eine Entscheidung über Leistungen auf Grund der bisherigen versorgungsrechtlichen Vorschriften vorlag (§ 14 SVD Nr. 27 unter II i.V.m. Nr. 24 SVA Nr. 11). Nr. 25 SVA Nr. 11 bestimmte im übrigen, daß die Krankenkasse, falls eine Entscheidung auf Grund der in Nr. 24 bezeichneten Vorschriften noch nicht ergangen war, die erforderlichen Leistungen gewähren kann, wenn die Prüfung ergebe, daß eine Gesundheitsschädigung im Sinne des § 4 der Direktive anzunehmen sei. Anschließend war in Nr. 25 SVA Nr. 11 aber bestimmt, daß die Krankenkasse in diesem Fall von dem Antragsteller einen Antrag auf endgültige Feststellung der Leistungen einzuholen und ihn mit den erforderlichen Unterlagen an den Träger der Rentenversicherung weiterzuleiten habe. Aus den Nrn. 24, 25 SVA Nr. 11 i.V.m. § 14 I, II SVD Nr. 27 idF des Gesetzes vom 2. Mai 1947 ergibt sich somit, daß grundsätzlich die Gewährung von Heilbehandlung von einem bei der Versorgungsbehörde gestellten Antrag des Beschädigten abhängig war und daß Leistungen frühestens von diesem Zeitpunkt ab zu gewähren waren, sofern das



- 12 -

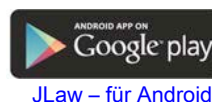
Leiden nicht vorher schon als Schädigungsfolge anerkannt worden war. Die SVD Nr. 27 und die SVA Nr. 11 knüpfen damit an die Regelung der §§ 4 Abs. 1, 55 Abs. 4 des Reichsversorgungsgesetzes idF der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1927 (RGBl I S. 515) an, wonach, abgesehen von der als Ermessensleistung vorgesehenen Gewährung von Heilbehandlung vor Anerkennung des Rentenanspruchs nach § 4 Abs. 3 dieses Gesetzes, die Heilbehandlung grundsätzlich frühestens mit dem Tage der Anmeldung begann. Nach diesem Grundsatz und unter Beachtung des sich aus Nr. 25 SVA Nr. 11 ergebenden Regelung wurde auch im zeitlichen Geltungsbereich der SVD Nr. 27 und der SVA Nr. 11 verfahren, wie sich aus dem Schreiben des Niedersächsischen Ministers für Arbeit, Aufbau und Gesundheit vom 7. Februar 1948 - Az. 150806 - 1 - ergibt. Nr. 45 Abs. 4 SVA Nr. 11 trifft zwar nur Bestimmungen über das Verfahren, das die Krankenkassen bei der Abrechnung ihrer Ersatzansprüche zu beachten haben, ohne hierbei die sachlich-rechtlichen Voraussetzungen des Anspruchs auf Heilbehandlung zu erörtern. Daß die Geltendmachung der Ersatzansprüche jedoch von dem Bestehen des sachlich-rechtlichen Anspruchs auf Heilbehandlung abhängig ist, ergibt sich aus § 21 Buchst. a) SVD Nr. 27, wonach (nur) alle Ausgaben zu ersetzen sind, wie sich aus den Vorschriften dieser Direktive ergeben. Die Voraussetzung einer kriegsbedingten Schädigung mußte auch nach den Bestimmungen des BVG vom 20. Dezember 1950 erfüllt sein, das darüber hinaus in § 19 Abs. 1 (ausdrücklich) festlegte, daß den Krankenkassen für bei ihnen Versicherte ein Aufwendungsersatz erst nach (bindender) Anerkennung der Schädigungsfolgen und dann frühestens vom Tage der Anmeldung des Versorgungsanspruchs (Antragstellung) ab gewährt werden könne (vgl. auch BMA, Rundschreiben vom 9. Februar 1956 - V b 5, 7041/55 - in BVBl 1956, S. 61 Nr. 29; Wilke, BVG, 3. Aufl., 1968, S. 174). Diese Vorschrift trat nach § 84

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

- 13 -



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

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

Abs. 1 BVG (BGBl 1950, 791, 804) rückwirkend ab 1. Oktober 1950 in Kraft und mit dem gleichen Zeitpunkt wurde nach § 84 Abs. 2 Nr. 1 c) BVG die SVD Nr. 27 außer Kraft gesetzt (s. das Urteil des erkennenden Senats vom 17. Oktober 1967 - 9 RV 146/66 - SozR Nr. 4 zu § 19 BVG). § 19 Abs. 3 BVG enthält gegenüber der in der SVD Nr. 27 und der SVA Nr. 11 getroffenen Regelung insbesondere insofern eine Abweichung, als nunmehr kein Verwaltungskostenanteil, auch kein Hausgeld als Kassengeldleistung neben den Kosten der stationären Heilbehandlung und die aufgewendeten Krankenhauskosten nur noch zu drei Viertel zu ersetzen waren. Da das BVG erst am 21. Dezember 1950 verkündet wurde und rückwirkend zum 1. Oktober 1950 in Kraft getreten ist, ergab sich die Notwendigkeit einer Übergangsregelung.

Hier setzen die Erlasse und Rundschreiben des BMA vom 22. Dezember 1950 - I c 1790/3123/50 - (BVBl 1951, 44 im BABl 1951 Nr. 1), vom 20. April 1951 - I c 1767/1453/51 - (BVBl 1951, Nr. 46 = BABl 1951 S. 218 f) und vom 2. August 1951 - I c 1767/1928/51 - (nicht veröffentlicht) ein. Im erstgenannten Erlaß war bestimmt worden, daß eine Heilbehandlung, die am Tage der Verkündung des BVG (oder im Zeitpunkt der Zustellung des Umanerkennungsbescheides) eingeleitet war, hinsichtlich der Geldleistungen nach den bisherigen Vorschriften zu Ende zu führen sei; der Kostenersatz an die Krankenkassen richte sich nach den bisherigen Vorschriften, solange die Behandlung nach diesen Vorschriften durchgeführt werde. Im zweiten Erlaß wurde der erste Erlaß dahingehend abgeändert, daß für die Zeit vom 1. Oktober 1950 bis 31. März 1951 einheitlich nach den bisherigen Vorschriften, vom 1. April 1951 aber allgemein nach den Bestimmungen des BVG (§ 19 Abs. 3) abgerechnet werde. Schließlich stellte der BMA in seinem Rundschreiben vom 2. August 1951 "abschließend klar", daß, soweit Kosten für die Behandlung von versicherten Beschädigten im Zeitpunkt des Eingangs des Schreibens



vom 20. April 1951 für das dritte Viertel des Rechnungsjahres 1950 - d.h. vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1950 - nach den bisherigen Vorschriften abgerechnet waren, es dabei verbleiben könne. Ausgenommen seien die Fälle des § 19 Abs. 4 BVG (Gesundheitsschäden aus einer vor dem 1. September 1939 beendeten Dienstleistung), für die ein Kostenersatz vom Inkrafttreten des Gesetzes ab nicht mehr in Betracht komme, und die Erstattung von Sterbegeld für die nach dem 30. September 1950 eingetretenen Todesfälle. Für das vierte Viertel des Rechnungsjahres 1950 - d.h. vom 1. Januar bis 31. März 1951 - wurden als nicht erstattungsfähig u.a. angesehen Kassengeldleistungen für die Zeit einer stationären Behandlung, Kosten der ambulanten, nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Behandlung und der Aufwand für die unter § 19 Abs. 4 BVG fallenden Versicherten.

Die auf Grund des Schreibens des Bundesrechnungshofes vom 3. August 1956 im Schreiben des VersorgA Oldenburg vom 11. Dezember 1962 beanstandeten 14 Abrechnungsfälle beruhen auf sehr unterschiedlichen Sachverhalten. Werden diese als richtig unterstellt, so ist in der HB-Nr. 102 aus der Kostenabrechnung III/50 weder ein Bescheid nach früheren versorgungsrechtlichen Vorschriften noch nach dem BVG erteilt worden. In den HB-Nrn. 117 und 123 aus III/50 und Nrn. 149, 159, 161 und 170 aus IV/50 ging der Antrag des Beschädigten auf Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge nach dem BVG erst nach Aufnahme der Heilbehandlung beim VersorgA ein. In der HB-Nr. 122 aus III/50 wurde das Behandlungsleiden nicht als Schädigungsfolge im Sinne des BVG anerkannt, in der HB-Nr. 155 aus IV/50 beruht die Schädigung auf einem vor dem 1. September 1939 eingetretenen Ereignis und in den HB-Nrn. 124 und 128 aus III/50 sowie Nrn. 142, 145 und 151 aus IV/50 war der Klägerin Hausgeld neben den Kosten der stationären Heilbehandlung ersetzt worden.



- 15 -

Maßgeblich für den Ersatzanspruch der Klägerin im dritten Viertel des Rechnungsjahres 1950, d.h. im Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1950, war der Erlaß des BMA vom 20. April 1951, der eine einheitliche Abrechnung nach den bisherigen Vorschriften der SVD-Nr. 27 und der SVA-Nr. 11 vorsah und seine Klarstellung durch das Rundschreiben vom 2. August 1951. Es handelte sich hierbei, wie in dem bereits genannten Urteil vom 17. Oktober 1967 - 9 RV 146/66 - für diesen Zeitraum entschieden worden ist, um eine Übergangsregelung, die das Bundesarbeitsministerium als die für die praktische, d.h. verwaltungsmäßig reibungslose Durchführung des BVG verantwortliche oberste Bundesbehörde im Rahmen der ihr insoweit zustehenden Organisationsbefugnisse treffen konnte und die die Versorgungsbehörden und die Krankenkassen auch als maßgeblichen Abrechnungsmodus für die Übergangszeit ansehen durften; an diese Übergangsregelung ist die Versorgungsbehörde den Krankenkassen gegenüber gebunden. Sie würde sich mit ihrem eigenen Verhalten in Widerspruch setzen und damit gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßen, wenn sie nach Abschluß der Heilbehandlung die Rückforderung auf Erwägungen stützen würde, die mit diesen Erlassen nicht vereinbar sind.

Das Gleiche hat nach Auffassung des erkennenden Senats auch für den Abrechnungszeitraum des vierten Viertels des Rechnungsjahres 1950 (1. Januar bis 31. März 1951) zu gelten. Zwar hebt der BMA in seinem Rundschreiben vom 2. August 1951 auf eine im Zeitpunkt des Eingangs des Rundschreibens vom 20. April 1951 bereits erfolgte Abrechnung für das dritte Viertel des Rechnungsjahres 1950 nach den bisherigen Vorschriften ab, bei der es verbleiben könne. Dieses Rundschreiben ist aber erst nach der Aufstellung des Kostennachweises IV/50 durch die Klägerin am 23./25. Juni 1951 und erst kurz vor der Abrechnung durch das VersorgA am 13. August 1951 ^{im}erlassen und nicht einmal BVBl veröffentlicht worden; es



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

- 16 -

- 16 -

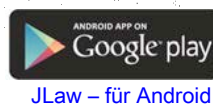
schränkt darüber hinaus im Gegensatz zu dem Erlaß vom 20. April 1951 den Umfang der Ersatzansprüche der Klägerin in entscheidendem Maße ein. Während der Erlaß vom 20. April 1951 noch eine - uneingeschränkte - Abrechnung für die Zeit vom 1. Oktober 1950 bis 31. März 1951 einheitlich nach den bisherigen Vorschriften vorsah, sind nach dem Rundschreiben vom 2. August 1951 unter anderem Kassengeldleistungen für die Zeit einer stationären Behandlung, gleichgültig, ob sie von der Krankenkasse oder von der bisher zuständigen Versorgungsbehörde durchgeführt wurde, und der Aufwand für die unter § 19 Abs. 4 BVG fallenden Versicherten den Krankenkassen nicht mehr zu ersetzen. Insoweit ist das Rundschreiben vom 2. August 1951 nicht mehr nur als eine abschließende Klarstellung des Erlasses vom 20. April 1951 anzusehen, wie der BMA es formuliert, sondern als eine Neuregelung des Umfangs der Ersatzansprüche der Krankenkassen im fraglichen Zeitraum überhaupt. Daß sich die in Ziff. 2 und 3 des Erlasses vom 20. April 1951 enthaltene Neuregelung ab 1. April 1951 mit ihren Bezugnahmen auf das BVG nicht schon auf diesen Abrechnungszeitraum vom 1. Januar 1951 bis 31. März 1951 bezieht, ergibt sich aus dem Wortlaut des Erlasses selbst, insbesondere auch aus Ziff. 1, und aus der Einführung des Rundschreibens des BMA vom 2. August 1951, wonach lediglich die Feststellungen in Nr. 1 des Schreibens vom 20. April 1951 der Klarstellung bedurften. Aus den gleichen Gründen wie für das dritte Viertel war auch für das vierte Viertel des Rechnungsjahres 1950 eine Übergangslösung zulässig und für die nach dem Inkrafttreten des BVG eingeleiteten oder fortgeführten Behandlungsfälle dringend geboten. Der Senat sieht als maßgeblich insoweit aber nicht das Rundschreiben des BMA vom 2. August 1951, sondern den Erlaß vom 20. April 1951 an. An ihn ist das VersorgA für die volle Übergangszeit vom 1. Oktober 1950 bis zum 31. März

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

- 17 -



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

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

- 17 -

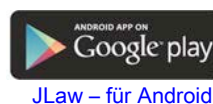
1951 gebunden und ihn durften die Krankenkassen als maßgeblichen Abrechnungsmodus für die gesamte Übergangszeit ansehen. Es würde nicht nur dem allgemeinen Rechtsgedanken von Treu und Glauben, sondern auch dem auftragsähnlichen Verhältnis zwischen den Versorgungsbehörden und den Krankenkassen widersprechen (vgl. das Urteil des erkennenden Senats vom 17. Oktober 1967), wenn die Versorgungsbehörde nach Beendigung der Heilbehandlung pp. und nach der Kostenaufstellung durch die Krankenkasse rückwirkend die Ersatzansprüche entgegen einer früheren Regelung unter Berufung auf einen neuen allgemeinen Erlaß des BMA kürzen könnte. Im Hinblick auf das schutzwürdige Vertrauen der Krankenkassen, die eingeleiteten Heilmaßnahmen bis zum 31. März 1951 nach den früheren Vorschriften durchführen und abrechnen zu können, ist hier nicht auf den Zeitpunkt der Abrechnung durch die Versorgungsbehörden abzustellen, jedenfalls dann nicht, wenn sich etwaige Kürzungen der Ersatzansprüche allein aus der Anwendung der neuen, rückwirkenden Regelung ergeben. Da die vom BMA im Erlaß vom 20. April 1951 getroffene Übergangsregelung zulässig und geboten gewesen ist, bestand auch kein überwiegendes öffentliches Interesse an einer nachträglichen Beseitigung dieses Zustandes. Ein solches Interesse kann umso weniger angenommen werden, als es sich hier um eine kurzfristete Übergangsregelung handelte, die zeitlich nun schon fast 20 Jahre zurückliegt (s. das Urteil des erkennenden Senats vom 17. Oktober 1967).

Nach den 14 Hauptbelegen, die dem LSG vorgelegen haben, ist dem erkennenden Senat eine Entscheidung in der Sache selbst ohne weitere Sachaufklärung nur in den Abrechnungsfällen HB-Nrn 124 und 128 aus dem Abrechnungszeitraum III/50 und HB-Nrn. 142, 145 und 151 aus IV/50 möglich, in denen der Klägerin ursprünglich neben den Kosten der stationären Heilbehandlung auch die Aufwendungen an Hausgeld und der entspre-

- 18 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

chende Verwaltungskostenanteil von dem Beklagten ersetzt worden waren. Für diese Abrechnungsfälle bestand nach der Übergangsregelung im Erlaß des BMA vom 20. April 1951 i.V.m. den obengenannten Vorschriften der SVA Nr. 11 auch nach Inkrafttreten des § 19 BVG noch ein Ersatzanspruch der Klägerin, der sich ziffernmäßig einschließlich eines im Abrechnungszeitraum III/50 um 30 v.H. erhöhten Satzes von 6,37 v.H. (in IV/50 um 30 v.H. erhöhter Satz von 6,53 v.H.) der Gesamtsumme für Verwaltungskosten auf 149,57 DM (70,76 + 5,86 + 67,24 + 5,71 DM) beläuft. Das gleiche gilt für den Abrechnungsfall HB-Nr. 155 aus IV/50, in dem die Schädigung bereits vor dem 1. September 1939 eingetreten war. Auch in diesem Fall hatte die Klägerin noch nach der Übergangsregelung des Erlasses vom 20. April 1951 i.V.m. der SVD-Nr. 27 und der SVA-Nr. 11 im Unterschied zur Neuregelung des § 19 Abs. 4 BVG einen Ersatzanspruch, der sich einschließlich des entsprechenden Verwaltungskostenanteils auf 745,27 DM (686,95 + 58,32 DM) beläuft. Sonach ergibt sich eine Summe von 894,84 DM, die die Klägerin jedenfalls vom Beklagten fordern kann.

In den übrigen Abrechnungsfällen der HB-Nrn. 102, 117, 122, 123, 149, 159, 161 und 170 reichen die bisherigen Feststellungen für eine abschließende sachlich-rechtliche Entscheidung des Senats jedoch nicht aus. Insoweit war das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen (§ 170 Abs. 2 Satz 2 SGG). Zwar liegen auch dem erkennenden Senat, wie schon dem LSG, die Hauptbelege vor, doch finden sich in ihnen Angaben, die nicht nur mit der Aufstellung des VersorgA Oldenburg vom 11. Dezember 1962 nicht in Einklang zu bringen, sondern auch in sich z.T. widersprüchlich, unvollständig oder unklar sind. Insoweit bedarf der Sachverhalt durch das Berufungsgericht insbesondere durch Beiziehung der jeweiligen Versorgungsakten

- 19 -

noch der weiteren Aufklärung. So ist dem Hauptbeleg Nr. 102 nicht zu entnehmen, zu welchem Ergebnis der Heilfürsorgeantrag vom 7. November 1949 und das Feststellungsverfahren vom 29. November 1949 führten. Beim Beleg Nr. 159 fehlt die Antwort auf das Schreiben vom 16. Juni 1950. Zweifel, ob das Behandlungsleiden nicht doch anerkannt war, ergeben sich auch für die Feststellungsverfahren in den HB-Nrn. 117, 170 und 149, wobei im letztgenannten Fall außerdem nicht zu erkennen ist, ob und ggf. welche versorgungsrechtlichen Folgerungen aus der ärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. L. vom 13. Januar 1951 gezogen wurden. Im Abrechnungsfall Nr. 122 wurde nach der Aufstellung des VersorgA Oldenburg vom 11. Dezember 1962 ein Ersatzanspruch der Klägerin u.a. mit der Begründung verneint, das Behandlungsleiden "Gleichgewichtsstörungen, stat. Beschwerden" sei nicht als Schädigungsfolge i.S. des BVG anerkannt, obwohl nach einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 21. Dezember 1950 ein ursächlicher Zusammenhang der behandelten "statischen Beschwerden" mit dem Versorgungsleiden angenommen und nach dem Befund der vertrauensärztlichen Dienststelle der Landesversicherungsanstalt vom 15. Januar 1951 ein Hinweis auf den 1945 erlittenen Schußbruch der Fußwurzel links mit heftigen Narbenbeschwerden und beginnenden statischen Beschwerden mit zuckenden Schmerzen im Unterschenkel und Einschränkung der Beweglichkeit im Fußgelenk gegeben war. In dem HB-Fall Nr. 123 wurde mit Schreiben der LVA Oldenburg vom 5. Januar 1951 gemäß Ziff. 25 SVA Nr. 11 eine befristete Heilbehandlung bis zur endgültigen Klärung sogar ausdrücklich genehmigt. Auch zu der HB-Nr. 170 war mit Schreiben der LVA vom 23. August 1949 bereits eine befristete Heilbehandlung genehmigt worden. Im Fall der HB-Nr. 161 genehmigte die LVA mit Schreiben vom 11. April 1951 die stationäre Behandlung für die Zeit vom 17. bis 27. Januar 1951 zur operativen Entfernung von Granatsplitter, weil ein ursächlicher

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

- 20 -

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

Zusammenhang mit dem Wehrdienst bestehe. Dem Beleg ist insbesondere aber nicht zu entnehmen, weshalb die ab dem 27. Januar 1951 entstandenen Aufwendungen der Klägerin von dem Beklagten nicht übernommen worden sind.

Wenn insoweit die erneute Verhandlung ergibt, daß die Ansprüche des Beklagten berechtigt sind, steht ihnen auch nicht, wie das LSG zutreffend festgestellt hat, die Einrede der Verjährung entgegen. Wie der erkennende Senat bereits in seinen vorerwähnten Urteilen vom 26. April 1967 und 17. Oktober 1967 entschieden hat, unterlagen Ansprüche der Versorgungsverwaltung gegen Krankenkassen auf Erstattung zu Unrecht nach § 19 BVG befriedigter Ersatzansprüche bis zum Inkrafttreten des 2. NOG vom 21. Februar 1964 (BGBl I S. 85) am 1. Januar 1964 der Verjährungsfrist von 30 Jahren. Der Senat hält an dieser Auffassung fest, auch wenn nach den Ausführungen von Wagner in "Die Betriebskrankenkasse" 1967 Spalten 334 bis 335 (s. a. Wagner aaO, Spalten 141 bis 143) unter Bezugnahme auf das Urteil des erkennenden Senats vom 30. September 1966 - 9 RV 562/65 - (in SozR Nr. 1 zu § 21 BVG) für Ansprüche der Versorgungsverwaltung gegen die Krankenkassen auf Rückerstattung von Ersatzleistungen, die vor dem Inkrafttreten des 2. NOG entstanden sind, die kurze Verjährungsfrist des § 21 Abs. 2 BVG idF des 2. NOG gelten soll. Eine analoge Anwendung dieser Vorschrift auf Ersatz- (nicht Rückerstattungs-) Ansprüche der Versorgungsverwaltung gegen die Krankenkasse ergab sich aber, wie das LSG zutreffend ausgeführt hat und wie vom erkennenden Senat in seiner Entscheidung vom 26. April 1967 noch einmal klargestellt wurde, nur aus dem der Vorschrift zugrunde liegenden Gedanken einer einheitlichen, zeitlich befristeten Abwicklung von Ausgleichs-ansprüchen, d.h. von Ersatzansprüchen der Versorgungsverwaltung gegen die Krankenkassen für eine unmittelbar von



ihr erbrachte Leistung, die an sich die Krankenkasse hätte gewähren müssen. Für eine Übertragung dieses Gedankens oder für das Schließen einer Gesetzeslücke durch die Rechtsprechung hinsichtlich der Verjährungsfrist eines Anspruchs der Versorgungsverwaltung auf Rückerstattung zu Unrecht gewährter Ersatzleistungen ist jedoch kein Raum, weil nach der Entstehungsgeschichte des § 21 BVG, insbesondere auf Grund der erst mit dem Inkrafttreten des 2. NOG am 1. Januar 1964 bestimmten Ausdehnung der Verjährungsfrist von 2 Jahren auch auf die Erstattungsansprüche der Versorgungsverwaltung ein Abgehen von der regelmäßigen Verjährungsfrist von 30 Jahren für die vor dem 1. Januar 1964 entstandenen Ansprüche der Versorgungsverwaltung nicht zu rechtfertigen ist, wie der erkennende Senat in der Entscheidung vom 26. April 1967 eingehend dargelegt hat.

Es bestand wegen fehlender Divergenz entgegen der Auffassung der Beigeladenen auch keine Veranlassung, zu der Frage der Verjährungsfrist von Erstattungsansprüchen etwa zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung auf den Gebieten der Kriegsopferversorgung, der Sozialversicherung (vgl. BSG 24, 260) und des Kindergeldrechts (vgl. BSG 20, 262) eine Entscheidung des Großen Senats des BSG nach § 43 SGG herbeizuführen. Im Bereich des Versorgungsrechts, das eine dem § 29 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) entsprechende Vorschrift über die Verjährung von Erstattungsansprüchen der Versorgungsverwaltung nicht enthielt und darum auch rechtlich anders beurteilt werden muß, ist kein Raum für die Ausfüllung einer Lücke durch die Rechtsprechung unter Heranziehung der zur Frage der Verjährung im Bereich der Sozialversicherung bestehenden Grundsätze oder für eine analoge Anwendung des § 21 BVG aF auf die Erstattungsansprüche der Versorgungsverwaltung (vgl. das Urteil des erkennenden Senats vom 26. April 1967 - 9 RV 280/66 - aaO).



- 22 -

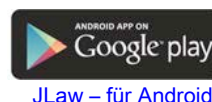
Auf Grund des Sachverhalts, über den das LSG zu entscheiden hatte, hat es nach Auffassung des Senats zutreffend auch eine Verwirkung der Ansprüche des Beklagten verneint. Im Anschluß an die Urteile des erkennenden Senats vom 26. April 1967 - 9 RV 280/66 - und vom 27. Januar 1970 - 9 RV 44/68 - ist festzuhalten, daß es in zahlreichen Fällen im Ergebnis nicht darauf ankommen wird, ob die außergewöhnlich lange und deshalb für die Verwaltungsarbeit ungeeignete Verjährungsfrist von 30 Jahren abgelaufen ist, weil die Geltendmachung des Erstattungsanspruches unter bestimmten Umständen eine Treu und Glauben widersprechende unzulässige Rechtsausübung darstellt. Der Verwirlungsgedanke ist auch zwischen gleichrangigen Trägern öffentlicher Aufgaben, wie hier zwischen der Krankenkasse und der Versorgungsverwaltung, anzuwenden. Dabei unterscheidet sich die Verwirkung vom pflichtwidrigen Handeln des Berechtigten vom Ausschluß von Rechten durch bloßen Zeitablauf wegen Verjährung oder Versäumung der Ausschlußfristen dadurch, daß es sich bei ihr stets um Fälle des Rechtsmißbrauchs handelt, die auf Tatbestand und Rechtsfolge einer illoyalen Verspätung der Rechtsausübung beruhen. Das bedeutet, daß der bloße Zeitablauf den Rechtsverlust durch Verwirkung allein nicht herbeiführen kann, daß vielmehr weitere Umstände hinzutreten müssen, welche die späte Geltendmachung des Rechts mit der Wahrung von Treu und Glauben nicht als vereinbar und dem Rechtspartner gegenüber wegen des illoyalen Verhaltens des Berechtigten nicht mehr als zumutbar erscheinen lassen. Neben der Untätigkeit des Berechtigten ist zur Annahme einer Verwirkung daher weiterhin erforderlich, daß die andere Seite aus dieser Untätigkeit geschlossen haben muß, der Berechtigte werde von seinem Recht keinen Gebrauch mehr machen und daß sie sich im Vertrauen hierauf in ihren Vorkehrungen und Maßnahmen entsprechend eingerichtet hat, d.h. ihr ein unbilliger zu-

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

- 23 -



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

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

- 23 -

sätzliche Nachteil zugefügt würde, wenn der Berechtigte nachträglich auf sein Recht zurückgreifen dürfte (s. hierzu das Urteil des erkennenden Senats vom 27. Januar 1970 - 9 RV 44/68 -).

Bei Anwendung dieser Grundsätze auf den vom LSG entschiedenen Sachverhalt erweist sich der zur Aufrechnung gestellte Erstattungsanspruch des Beklagten als nicht verwirkt. Dem LSG ist zwar darin zuzustimmen, daß es eines ungewöhnlich langen Zeitraumes bedurfte, bis die Versorgungsverwaltung ihren Erstattungsanspruch geltend machte. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, daß die fraglichen Überzahlungen dem LVersorgA Niedersachsen erst durch das Schreiben des Bundesrechnungshofes vom 3. August 1956 aufgezeigt worden sind und daß sich die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs bis Ende 1962 aus Gründen hingezogen hat, die auch der Klägerin bekannt waren. Kenntnis davon, daß auf eine Rückerstattung der für das dritte und vierte Viertel des Rechnungsjahres 1950 zu Unrecht befriedigten Ersatzansprüche generell nicht verzichtet werden könne, erhielt sie durch den Abdruck einer Verfügung des Niedersächsischen Sozialministers vom 6. Juni 1957 - I 414 015 -, der auch den Verbänden der Krankenkassen übersandt wurde. Diese Kenntnis ihrer Dachorganisation muß sich die Klägerin zurechnen lassen. Desgleichen konnte die Klägerin nach den von der Revision nicht angegriffenen Feststellungen des LSG über das Ergebnis einer Besprechung zwischen dem Niedersächsischen Sozialminister und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Niedersachsen vom 23. Oktober 1959, wonach das Landesversorgungsamt angewiesen wurde, den Krankenkassen die bereits erstatteten Ersatzleistungen zu belassen, nicht endgültig darauf vertrauen, daß die Versorgungsverwaltung keine Rückerstattungsansprüche mehr erheben werde, weil der Sozialminister angesichts der Tatsache, daß die Länder die

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

- 24 -



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

- 24 -

Kriegsopferversorgung mit Mitteln des Bundes ausführen, darauf hingewiesen hatte, daß er dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung über das Ergebnis dieser Verhandlung berichten müsse. Diese im Anschluß an die Besprechung vom 23. Oktober 1959 geführten Verhandlungen verliefen für die Krankenkassen negativ, so daß es bei der ursprünglichen Rückforderung der überzahlten Ersatzleistungen verblieb (s. das Schreiben des Niedersächsischen Sozialministers an das Landesversorgungsamt Niedersachsen vom 17. Januar 1962 - II Az 414o15 -), die dann ziffernmäßig auch der Klägerin gegenüber im Dezember 1962 geltend gemacht wurde. Das lange Untätigsein der Versorgungsverwaltung ab 1956 beruhte somit auf Gründen, die dieses Verhalten rechtfertigen und die auch der Klägerin bekannt sein mußten. Sie konnte nach Auffassung des erkennenden Senats aus diesem Gesamtverhalten der Versorgungsverwaltung nicht den Schluß herleiten, daß diese von ihrem Recht der Rückforderung der überzahlten Ersatzansprüche endgültig keinen Gebrauch mehr machen werde. Die Revision hat schließlich auch nichts dafür vorgetragen, daß sich die Klägerin im Vertrauen darauf, ein solcher Rückerstattungsanspruch werde nicht mehr angemeldet, in ihren Vorkehrungen und Maßnahmen entsprechend eingerichtet hat, d.h. daß ihr ein unbilliger zusätzlicher Nachteil dadurch zugefügt worden sei, daß die Verwaltung nachträglich doch noch ihre Forderung geltend machte.

Es war somit dem erkennenden Senat lediglich in den Abrechnungsfällen der HB-Nrn. 124, 128, 142, 145, 151 und 155 eine abschließende sachlich-rechtliche Entscheidung möglich. Insoweit besteht ein Ersatzanspruch der Klägerin in Höhe von 894,84 DM, weshalb das Urteil des LSG, das die Klage abgewiesen hat, keinen Bestand haben konnte. Hinsichtlich der Abrechnungsfälle der HB-Nrn. 102, 117,

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

- 25 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 25 -

122, 123, 149, 159, 161 und 170 reichen die tatsächlichen Feststellungen des LSG zu einer sachlichen Entscheidung nicht aus. Der Rechtsstreit war daher insoweit an das LSG zu neuer Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlußurteil vorbehalten.



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)