

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/78 vom 23. Oktober 1996

Sg Versicherungsgericht, 1996-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_78

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/78 du 23 octobre 1996

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/78 del 23 ottobre 1996

Regeste

Art. 25 ATSG. Rückerstattung. Rückerstattungspflichtige Person. Betreffend einen Teil der geltend gemachten Rückforderungen sind die Voraussetzungen für eine Rückerstattung mangels persönlicher Rückerstattungspflicht nicht erfüllt oder ist die Anspruchsverwirkung eingetreten. Für die restlichen Forderungen wird die Angelegenheit zur Herstellung der Spruchreife an die Verwaltung zurückzuweisen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2015, UV 2013/78).Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneiderund Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp GeertsenEntscheid vom 8. Juni 2015in SachenA.____,Beschwerdeführerin,gegenSchweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,Beschwerdegegnerin,betreffendRückforderungSachverhalt:

Erwägungen

E. 1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1). Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bildet allein die von der Beschwerdegegnerin gegenüber der Beschwerdeführerin geltend gemachte Rückforderung (UV-act. 577). Nicht Gegenstand des Einspracheentscheids und damit nicht Anfechtungsgegenstand bilden die Ansprüche des Versicherten. Soweit die Beschwerdeführerin Anträge betreffend die Leistungsansprüche des Versicherten stellt, ist deshalb auf die Beschwerde - worauf die Beschwerdegegnerin zutreffend hinweist (act. G 6, Rz 5.1) - nicht einzutreten.

E. 2

Zu prüfen ist damit allein die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin geltend gemachten Rückforderung für zu Unrecht erbrachte Leistungen vom 23. Mai und 9. September 2009 sowie im Zeitraum vom 11. Mai 2011 bis 29. Januar 2013 (siehe die Zusammenstellung vom 6. Februar 2012 in UV-act. II). 2.1 Mit dem Rentenbeginn (Art. 19 Abs. 1 Satz 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) fällt die Heilbehandlung grundsätzlich dahin. Nach der Festsetzung der Rente werden

jedoch dem Bezüger die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10 bis 13 UVG) unter anderem dann gewährt, wenn er erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann. Solche Leistungen gelten im Sinn von Art. 21 Abs. 1 lit. d UVG - anders als die gewöhnlichen Heilbehandlungsleistungen im Unfallversicherungsrecht - rechtsprechungsgemäss als Dauerleistungen mit der Folge, dass auf deren Zusprache nur zurückgekommen werden kann, wenn ein Rückkommenstitel besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2014, 8C_457/2014, E. 2.2; siehe zu den in Frage kommenden Rückkommenstitel nachfolgende E. 2.2).

2.2 Gemäss Art. 25 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten. Zu Unrecht bezogene Leistungen können unabhängig davon, ob sie förmlich oder faktisch verfügt worden sind, nach Ablauf der Rechtsmittelfrist bzw. einer entsprechenden Zeitspanne nur zurückgefordert werden, wenn entweder die für die prozessuale Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) oder die für die Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) bestehenden Voraussetzungen erfüllt sind (Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2009, 8C_512/2008, E. 4.1).

2.3 Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für die das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend (Art. 25 Abs. 2 ATSG).

2.4 Rückerstattungspflichtig sind u.a. der Bezüger oder die Bezügerin der unrechtmässig gewährten Leistungen (Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]). Bei der Bestimmung der rückerstattungspflichtigen Person stellt die bundesgerichtliche Praxis entscheidend darauf ab, an wen tatsächlich die - unrechtmässige - Leistung ausgerichtet worden ist. Allein schon die versehentliche Überweisung einer Versicherungsleistung auf das Konto eines Nichtberechtigten lasse das sozialversicherungsrechtliche Rückerstattungsverhältnis entstehen. Der Sozialversicherungsträger sei somit auch und gerade dann zur verfügungsweisen Rückforderung eines irrtümlich an einen Nichtberechtigten überwiesenen Betreffnisses befugt und verpflichtet, wenn die zur Rückforderung Anlass gebenden Leistungen formlos zugesprochen worden sind; dabei sei unerheblich, aus welchem Grund es zur unrechtmässigen Auszahlung gekommen sei (Ulrich Meyer-Blaser, Die Rückerstattung von Sozialversicherungsleistungen, ZBJV 1995, S. 477 f., mit Hinweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 9. Juni 1994, E 1/94; bestätigt unter der Herrschaft des ATSG im Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2008, I 121/2007, E. 3.3; vgl. ferner Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Rz 6 zu Art. 25).

2.5 In Nachachtung der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Beschwerdeführerin somit betreffend Rückerstattungsforderungen für jene tatsächlich an sie und nicht zugunsten des Versicherten verwendeten, unrechtmässig ausgerichteten Leistungen passivlegitimiert. Soweit sie als Zahlungsadressatin der Leistungen die Funktion einer blossen Zahl- bzw. Inkassostelle innehatte, fällt sie nicht unter den Kreis der rückerstattungspflichtigen Personen (BGE 139 V 108 E. 7.2.2 am Schluss und 118 V 221 E. 4a). Dies entspricht auch der Verwaltungspraxis in anderen Sozialversicherungszweigen

(Rz 10604 der Wegleitung des Bundesamts für Sozialversicherungen über die Renten [RWL] in der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Stand 1. Januar 2015; Rz A18 der AVIG-Praxis [Rückforderung, Verrechnung, Erlass und Inkasso] des Staatssekretariats für Wirtschaft, Stand Januar 2014).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin macht gegenüber der Beschwerdeführerin Rückerstattungsforderungen im Gesamtbetrag von € 22'266.48 und Fr. 4'654.30 geltend (UV-act. 558; zu den betroffenen Zahlungen/Rechnungen siehe UV-act. II). 3.1 Was die zurückgeforderte Zahlung vom 29. Januar 2013 für die beiden Rechnungen vom 8. Januar 2013 anbelangt (siehe hierzu UV-act. 518, S. 5 und S. 7), gilt es zu beachten, dass diese auf das Bankkonto des Versicherten ("Verunfallten", UV-act. 518, S. 1) erfolgte, nachdem dieser der Beschwerdeführerin die Vollmacht am 25. Januar 2013 (Dokumenteingang vom 28. Januar 2013, UV-act. 515, S. 6) entzogen hatte (siehe auch Telefonnotiz vom 29. Januar 2013, UV-act. 520). Die Beschwerdeführerin war damit weder Auszahlungsadressatin noch letztlich tatsächliche Empfängerin der ausbezahlten Leistung. Die Voraussetzungen für die Begründung der Passivlegitimation für eine Rückerstattung sind nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat daher den Betrag von € 264.-- (€ 240.-- + € 24.--) für die Zahlung vom 29. Januar 2013 zu Unrecht von der Beschwerdeführerin zurückgefordert, womit offen bleiben kann, ob die Voraussetzungen auf ein Zurückkommen auf die ursprüngliche Leistungsausrichtung erfüllt sind. 3.2 In der Zeit vor dem Entzug der Vollmacht durch den Versicherten am 25. Januar 2013 (UV-act. 515, S. 6) richtete die Beschwerdegegnerin die Zahlungen für die geltend gemachten Heilbehandlungskosten auf das Konto der Beschwerdeführerin aus (vgl. etwa UV-act. 300, 303, 387, 397, 402 und 403), was von dieser nicht bestritten wird. Sie hat damit zumindest als Zahlstelle fungiert. 3.2.1 Mit Blick auf die den Grossteil der Rückforderung betreffenden Zahlungen für "B.____/Pflege" gilt es zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin ein Zurückkommen allein damit begründet hat, die entsprechenden Rechnungen seien fingiert. Die darin genannten (Pflege- und Transport-)Leistungen seien nicht, zumindest nicht zugunsten des Versicherten, erbracht worden (UV-act. 577, S. 5 f., und act. G 6, Rz 5.2). 3.2.2 Dem Standpunkt der Beschwerdegegnerin liegt ein ohne Beteiligung der Beschwerdeführerin geführtes Gespräch mit dem Versicherten vom 5. Februar 2013 zugrunde, an dem dieser vorbrachte: "Die Rechnungen von B.____ waren mir nicht bekannt und auch die Zahlungen an diese Firma entzogen sich meiner Kenntnis. [...] Es ist mir klar, dass diese Zahlungen zu Unrecht erfolgten. Ich erhielt von diesen Zahlungen nichts" (UV-act. 526). "Ich befand mich nie in psychotherapeutischer Behandlung in D.____ und die entsprechenden Fahrten dorthin unter Anspruchnahme der Firma B.____ trafen nicht zu" (UV-act. 527, S. 1). Bezüglich der von der Beschwerdegegnerin gezeigten Rechnungen der B.____ hielt er fest, dass er die darin erwähnten Pfleger mit Ausnahme (Herr H.____) nie gesehen habe. Seine Frau habe diese Studenten teilweise für Übersetzungsdienste beansprucht. "Eine Pflege erfolgte nie [...]. [...] Meine Frau hat dieses Geld für sich behalten und die gegenüber der Suva ausgewiesenen Pflegeleistungen und andere Dienstleistungen wurden nie erbracht" (UV-act. 527, S. 2). 3.2.3 Bei der Würdigung der Aussagen des Versicherten hinsichtlich der fraglichen Pflegeleistungen fällt ins Gewicht, dass diese in Widerspruch zu den zuvor gegenüber der Beschwerdegegnerin am 8. Mai 2012 (in I.____, ohne Beisein der Beschwerdeführerin) gemachten Angaben stehen: "Durch den Z.____ werde ich bei Spaziergängen begleitet und sie helfen mir beim Aufstieg in unsere Eigentumswohnung im 4. Stock ohne Lift. Zusätzlich hilft mir die Anwesenheit der Studenten vom vorgenannten

Dienst bei der Bewältigung meiner Depressionen, in dem sie sich mit mir unterhalten und mir beim Ein- und Ausstieg aus der Badewanne helfen. Eine Unterstützung erfahre ich auch bei der Erledigung von Formalitäten, die ich nicht durch meine Gattin erledigen lassen will" (UV-act. 453, S. 2). Auf die Frage, wer ihn pflege, gab der Versicherte an, Z.____, Ehefrau. Die persönliche Überwachung werde ebenfalls vom Z.____ übernommen (Erhebungsblatt für die Hilflosenentschädigung vom 8. Mai 2012, UV-act. 452, S. 2).

3.2.4 Vor diesem Hintergrund bestehen erhebliche Zweifel am Aussageverhalten des Versicherten. Dies gilt umso mehr, als zwischen ihm und der Beschwerdeführerin offenbar im Zeitpunkt vom 5. Februar 2013 bereits zunehmende Spannungen bestanden haben (zum Widerruf der Vollmacht zugunsten der Beschwerdeführerin betreffend Schadenregelung vom 25. Januar 2013 siehe UV-act. 515; zur im August 2012 stattgefundenen Scheidung siehe UV-act. 527, S. 3, und zum "vor kurzer Zeit" abgebrochenen Kontakt, UV-act. 527, S. 4). Infolge der Unvereinbarkeit mit dem früheren Aussageverhalten erscheinen die vom Versicherten gegenüber der Beschwerdeführerin gemachten Vorwürfe und die Bestreitung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch den Z.____ für sich allein nicht geeignet, die von der Beschwerdegegnerin ins Feld geführte Annahme als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, die aufgelisteten Zahlungen betreffend Konsultation und Pflege seien nicht für die Behandlung des Versicherten geleistet worden. Dies gilt umso mehr, als der Versicherte bislang noch nicht mit der Widersprüchlichkeit seines Aussageverhaltens konfrontiert wurde und die Beschwerdeführerin die an sie gerichteten Vorwürfe bestreitet, zum Teil mit der Angabe von behandelnden medizinischen Fachpersonen (UV-act. 570, S. 2 f., und act. G 2, Rz 2). Die Beschwerdegegnerin hat bislang keine weiteren Abklärungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der fraglichen Leistungen durch den Versicherten vorgenommen. Insbesondere hat sie darauf verzichtet, die von der Beschwerdeführerin angebotenen Personen einzuvernehmen. Das in der Einsprache von der nicht rechtskundigen und lediglich über eingeschränkte Deutschkenntnisse verfügenden Beschwerdeführerin geäußerte Anliegen, angesichts der für sie undurchschaubaren Rückforderungsthematik mit der Beschwerdegegnerin "ein persönliches Gespräch" zur Klärung der Sachlage zu führen, blieb unbeachtet. Angesichts dieser Verhältnisse kann nicht davon ausgegangen werden, weitere Abklärungen seien nicht geeignet, neue Erkenntnisse zu liefern.

3.2.5 Der von der Beschwerdegegnerin "rein vorsorglich" vertretene Standpunkt, dass die Zahlungen für Hauspflegeleistungen selbst dann unrechtmässig wären und zurückzuerstatten wären, wenn die behauptete Pflege durch Studenten tatsächlich erfolgt wäre, da keine entsprechende ärztliche Anordnung vorliege (act. G 6, Rz 5.4), zielt im vorliegenden, die Beschwerdeführerin betreffenden Verfahren ins Leere. Denn ergibt sich, was die Beschwerdegegnerin noch abzuklären hat (vgl. vorstehende E. 3.2.4), dass die fraglichen Pflegeleistungen durch den Z.____ für den Versicherten tatsächlich erbracht wurden, so würde dieser als tatsächlicher und rechtlicher Leistungsempfänger gelten. Die Beschwerdeführerin wäre diesfalls lediglich als Zahlstelle für die Kostenabwicklung tätig gewesen und könnte nicht als rückerstattungspflichtige Person gelten. Die Fragen, ob die von der Beschwerdegegnerin "rein vorsorglich" vertretene Auffassung zutreffend ist und ob bejahendenfalls die weiteren Voraussetzungen für eine Rückerstattungspflicht im Sinn von Art. 25 ATSG erfüllt sind, können daher offen bleiben.

3.2.6 Auch die von der Beschwerdegegnerin getroffene Annahme der fehlenden Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungen in D.____ durch den Versicherten stützt sich einzig auf dessen fragliches Aussageverhalten (siehe vorstehende E. 3.2.3). Dieses ist aber für sich allein nicht geeignet, die entsprechenden Vorwürfe zulasten der

Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Weitere Zweifel an der Absolutheit der Aussagen des Versicherten entstehen durch folgende Ausführungen: "Meine Frau hat verschiedene Psychiater in F.____ und in der Schweiz konsultiert und ich war meistens nicht anwesend gewesen" (UV-act. 527, S. 1). "Bei den verschiedenen Psychiatern war ich zum grossen Teil an den Besprechungen nicht anwesend" (UV-act. 527, S. 2). Daraus ergibt sich, dass der Versicherte offenbar zumindest teilweise bei verschiedenen psychiatrischen Fachpersonen in F.____ anwesend war. Die Beschwerdeführerin hat sodann in der Einsprache (UV-act. 570, S. 2) und in der Beschwerde (act. G 2.1, Rz 2) vorgebracht, sämtliche Leistungen seien auf Anordnung der den Versicherten behandelnden medizinischen Fachpersonen erfolgt. Deren Namen teilte sie der Beschwerdegegnerin mit. Der Sachverhalt erweist sich somit auch betreffend allfällige im Zusammenhang mit der Behandlung in D.____ stehenden Leistungen als noch abklärungsbedürftig und nicht spruchreif.

3.2.7 Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin weder begründet noch ist erkennbar, weshalb die geleistete Kostenübernahme für den Flughafentransfer vom 1. November 2012 im Betrag von € 118.56 fingiert oder sonstwie unrechtmässig erfolgt sein soll. Denn aus dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2012 ergibt sich, dass der Versicherte damals tatsächlich in die Schweiz eingereist war (siehe hierzu Suva-Schreiben vom 5. Dezember 2012, UV-act. II; zum stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon siehe UV-act. 559). Abgesehen davon sind weder aus den Akten noch den Ausführungen der Beschwerdegegnerin Hinweise ersichtlich, dass die entsprechende Leistung nicht vom Versicherten in Anspruch genommen wurde. Damit wäre die Passivlegitimation der Beschwerdeführerin für diese Rückforderung zu verneinen, wäre sie doch diesfalls als blosser Zahlstelle zu betrachten (siehe hierzu vorstehende E. 2.4). Allerdings fehlt es in diesem Zusammenhang an näheren Abklärungen, die einen überwiegend wahrscheinlichen Schluss hinsichtlich der Person des Leistungsempfängers zulassen.

3.3 Die Rückforderung aus der Rechnung vom 23. Mai 2009 im Betrag von € 591.48 (UV-act. II) begründete die Beschwerdegegnerin nicht mit einer von der Beschwerdeführerin fingierten Rechnungsstellung, sondern allein damit, dass sie eine nicht leistungspflichtige alternativmedizinische Behandlung (des Versicherten) betroffen habe (UV-act. 577, S. 5). Die Fragen, ob diese Qualifikation der Behandlung zutrifft, ob dies bejahendenfalls eine zweifellose Unrichtigkeit im wiedererwägungsrechtlichen Sinn zu begründen vermag und ob die bei Rückforderungen zu beachtende relative Verwirkungsfrist (ein Jahr, Art. 25 Abs. 2 ATSG) gewahrt wurde, können offen bleiben, hat doch die Beschwerdeführerin bei dieser Leistung als blosser Zahlstelle fungiert. Es fehlt ihr damit an der Passivlegitimation für eine Rückforderung.

3.4 Die Beschwerdegegnerin fordert sodann die Zahlung von € 2'231.43 für einen vom Versicherten nicht angetretenen stationären Aufenthalt im Juni 2009 in der Klinik G.____ zurück (siehe act. G 6, Rz 5.2). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darlegt und anerkennt (act. G 6, Rz 5.2), hat die Beschwerdeführerin ihr bereits am 13. Oktober 2009 mitgeteilt, dass der stationäre Aufenthalt nicht angetreten worden sei (UV-act. 319). Die Beschwerdegegnerin hätte damit bei Beachtung der zumutbaren Aufmerksamkeit erkennen müssen, dass die Voraussetzungen für eine Rückforderung bestehen. Die einjährige Verwirkungsfrist von Art. 25 Abs. 2 ATSG war im Zeitpunkt der Rückforderungsverfügung vom 3. Mai 2013 längst verwirkt, weshalb bereits aus diesem Grund eine Rückerstattungspflicht entfällt und sich Weiterungen erübrigen.

3.5 Hinsichtlich der weiteren fraglichen Rechnungen betreffend Transportkosten im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in der Schweiz vom September 2012 (siehe hierzu

act. G 6, Rz 5.2), lassen sich den von der Beschwerdegegnerin zitierten, nicht unterschriebenen Telefonnotizen keine Angaben entnehmen, die einen tatsächlichen Aufenthalt des Versicherten in der Schweiz ausschliessen. Den entsprechenden Akten kann bloss entnommen werden, dass der Versicherte von den angefragten Auskunftspersonen nicht gesehen wurde (UV-act. 482, 483 und 488). Zumindest lag offenbar ein Zuweisungsschreiben für eine Behandlung in der Klinik J.____ vor (UV-act. 483). Von Bedeutung ist des Weiteren die Antwort der Beschwerdeführerin vom 2. November 2012 auf ein Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2012 betreffend deren Annahme eines Wohnsitzes des Versicherten und der Beschwerdeführerin in K.____ ab 20. September 2012 (UV-act. 476). Die Beschwerdeführerin stellte darin - ohne Kenntnis der inzwischen von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Abklärungen (vgl. hierzu UV-act. 482 und 483) - klar, sie würden nicht in K.____ wohnen. Sie habe ein Zimmer in K.____ gemietet bzw. habe kurz bei einer Familie gewohnt. Der Versicherte und sie seien am 5. September 2012 (Ausreise am 11. September 2012) und am 17. September 2012 (erneut) in die Schweiz eingereist. Der Versicherte habe die vorgesehenen Termine in der Klinik Balgrist vom 10. September 2012 und in der Klinik J.____ vom 19. September 2012 allerdings nicht wahrgenommen. Was die übrigen vorgesehenen ärztlichen Termine anbelangt, so bleibt unklar, ob diese vom Versicherten in Anspruch genommen wurden ("Er ist verschwunden", UV-act. 489; zur Anmeldung der Beschwerdeführerin per 5. September 2012 in L.____ siehe UV-act. 490; jedenfalls im April 2013 hatte die Beschwerdeführerin keinen Wohnsitz mehr in der Schweiz, UV-act. 555). Damit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit allein aufgrund der fraglichen Angaben des Versicherten angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin und nicht er die Transportleistungen in die Schweiz empfangen hat. Es fehlt auch in diesem Zusammenhang an weiteren Abklärungen und an der Spruchreife namentlich hinsichtlich der Frage der rückerstattungspflichtigen Person.

E. 4

4.1 Auf die von der Beschwerdeführerin gestellten Anträge betreffend die Leistungsansprüche des Versicherten ist nicht einzutreten (vgl. vorstehende E. 1). 4.2 Betreffend die Rückforderung für Leistungen vom 29. Januar 2013 von € 264.--, vom 23. Mai 2009 € 591.48 und vom 9. September 2009 € 2'231.43 ist die Beschwerde vom 2. September 2013 gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 7. August 2013 aufzuheben. 4.3 Betreffend die übrigen Rückforderungen ist die Beschwerde vom 2. September 2013 in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 7. August 2013 teilweise gutzuheissen und die Sache zur weiteren Abklärung und allfälligen Neuverfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.4 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Auf die Anträge betreffend die Leistungsansprüche des Versicherten wird nicht eingetreten. 2. Betreffend die Rückforderung für Leistungen vom 29. Januar 2013 im Betrag von € 264.--, vom 23. Mai 2009 im Betrag von € 591.48 und vom 9. September 2009 im Betrag von € 2'231.43 wird der angefochtene Einspracheentscheid in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. 3. Betreffend die übrigen Rückforderungen wird der angefochtene Einspracheentscheid in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und allfälliger Neuverfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 4. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.