

L 1 KR 315/15

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 76 KR 1233/13
Datum
07.07.2015
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 315/15
Datum
27.12.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Aufhebung von Beitragsbescheiden und die Rückerstattung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung.

Bei dem 1961 geborenen Kläger wurden nach einer Kinderlähmungs-Schluckimpfung am 15. März 1963 Lähmungserscheinungen und Krampfanfälle beobachtet. Das Versorgungsamt Hannover gewährte ihm mit Bescheid vom 1. Oktober 1996 ab dem 1. August 1989 eine Beschädigtenversorgung nach dem (damaligen) Bundesseuchengesetz (BSeuchG). Anerkannt wurden ein hirnorganisches Anfallleiden durch schädigende Einwirkungen im Sinne von §§ 51, 52 BSeuchG. Der Kläger war bis zum 23. Juni 2004 als abhängig Beschäftigter bzw. Arbeitslosengeldbezieher bei der Beklagten zu 1) pflichtkrankenversichert. Am 24. Juni 2004 wurde er freiwilliges Mitglied.

Mit Schreiben vom 8. Juli 2004 teilte er dem Versorgungsamt Hannover mit, dass sein Arbeitslosengeldanspruch mittlerweile erloschen sei. Aufgrund der bestehenden Versorgungsrente sei eine Beantragung von Arbeitslosenhilfe aussichtslos. Die Kranken- und Pflegeversicherungskosten würden nicht mehr durch das Arbeitsamt getragen.

Das Versorgungsamt Hannover erließ am 6. Dezember 2004 einen Bescheid, in dem festgestellt wurde, dass der Kläger für die mit Bescheid vom 1. Oktober 1996 anerkannten Schädigungsfolgen Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges – Bundesversorgungsgesetz (BVG) habe. Als Berechtigter erhalte er die Heilbehandlung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit dem BVG als kostenfreie Sachleistung. Eine Heilbehandlung für schädigungsunabhängige Gesundheitsstörungen sei ausgeschlossen, wenn und solange die Beklagte zu 1) zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet sei. In Fettschrift heißt es weiter in dem Bescheid: "Bitte teilen Sie uns Änderungen der Krankenkassen-Mitgliedschaft rechtzeitig mit, damit Ihnen nach einem Kassenwechsel keine Nachteile bei der Heilbehandlung entstehen. Das gleiche gilt bei einer Kündigung einer freiwilligen Krankenversicherung, damit wir Sie ggf. der Allgemeinen Ortskrankenkasse Ihres Wohnortes zuteilen können". Beigefügt war dem Bescheid unter anderem ein "Merkblatt über die Heilbehandlung und die Krankenbehandlung nach dem Recht der sozialen Entschädigung (Bundesversorgungsgesetz – BVG) für Kriegs- und Wehrdienstopfer, Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten und anderer Personengruppen, auf die das BVG anzuwenden ist".

Das Versorgungsamt Hannover übersandte den Bescheid auch an die Beklagte zu 1) (Eingang dort: 8. Dezember 2004).

(Erst) mit Schreiben vom 16. November 2011 erklärte der Kläger gegenüber der Beklagten zu 1) die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Die Mitgliedschaft wurde zum 31. Oktober 2011 beendet.

Am 30. Oktober 2012 stellte er zudem einen Überprüfungsantrag gemäß [§ 44 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Zur Begründung trug er unter anderem vor, die Beklagte zu 1) hätte ihn unter Verstoß gegen die [§§ 14](#) bis [16](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nicht auf die Möglichkeit hingewiesen, durch Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft den Anspruch auf Heilbehandlung gemäß § 10 Abs. 2 BVG zu realisieren. Deshalb sei die freiwillige Mitgliedschaft bis zum 31. Oktober 2011 fortgeführt worden mit der Folge der Beitragszahlung. Wäre die Beklagte zu 1) ihrer Aufklärungs- und Hinweispflicht nachgekommen und hätte sie ihm den anlässlich des Schreibens des Versorgungsamtes vom 6. Dezember 2004 gebotenen Rat erteilt, die freiwillige Mitgliedschaft bei ihr zu beenden, so wäre dies bereits zu Beginn des Jahres 2005 erfolgt. Entsprechende Beiträge wären nicht mehr angefallen. Im Ergebnis seien die Kranken- und

Pflegeversicherungsbeiträge ab dem 1. Januar 2005 zu Unrecht erhoben worden.

Die Beklagte zu 1) wies den Antrag mit Bescheid vom 9. Januar 2013 zurück. Die Beitragsbescheide seien nicht unrichtig. Auch sei der Kläger mit Schreiben vom 6. Dezember 2004 vom Versorgungsamt Hannover darüber informiert worden, dass ihm Heilbehandlungen nach dem IfSG i. V. m. dem BVG zustünden.

Den Widerspruch hiergegen wiesen die Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 12. Juni 2013 zurück. Sie hätten ihre Beratungspflicht nach [§ 14 SGB I](#) nicht verletzt.

Der Kläger hat hiergegen am 10. Juli 2013 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Er hat unter anderem ausgeführt, er könne nicht ausschließen, 2004 das Merkblatt des Versorgungsamts Hannover erhalten zu haben, jedenfalls habe er aber dessen Inhalt nicht verstanden. Er habe dem Schreiben nicht entnommen und auch als juristischer Laie nicht entnehmen können, dass ein Anspruch auf Heilbehandlung nach dem BVG bestehe mit der Konsequenz, dass er die freiwillige Mitgliedschaft kündigen habe sollen. Das Schreiben enthalte insoweit keine ausreichende geschweige denn verständliche Belehrung. Dies zeige bereits der Umstand, dass er von der Kündigungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht habe.

Das SG hat die den Kläger betreffende Versorgungsakte des Landessozialamts Niedersachsen (Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Oldenburg) beigezogen. Es hat mit Urteil vom 7. Juli 2015 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf rückwirkende Kündigung seiner freiwilligen Krankenversicherung und auf Erstattung der von ihm seit dem 1. Januar 2008 zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlten Beiträge. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung gemäß [§ 26 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) scheide aus, da der Kläger die Beiträge auf der Grundlage von (bestandskräftigen) Beitragsbescheiden im Rahmen seiner freiwilligen Versicherung und damit nicht zu Unrecht gezahlt habe. Er habe auch keinen Anspruch darauf, dass die Beklagten die Beitragsbescheide rückwirkend aufheben. Der Vortrag des Klägers, er hätte seine freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung früher gekündigt, wenn ihm die Bedeutung von §§ 10 Abs. 2, 10 Abs. 7 Satz 1 d BVG früher bewusst geworden wäre und er früher auf die Möglichkeit der Kündigung seiner freiwilligen Krankenversicherung hingewiesen worden wäre, sei glaubhaft. Das SG gehe auch davon aus, dass er von der Beklagten nicht über die Möglichkeit einer Kündigung informiert worden sei, denn eine solche Belehrung sei nicht aktenkundig und sei von der Beklagten auch nicht nachgewiesen worden. Allerdings habe eine Belehrung erwiesenermaßen durch das Versorgungsamt Hannover stattgefunden. Das Versorgungsamt habe zutreffend insbesondere zum Ausschluss der Ansprüche nach dem BVG bei einer bestehenden Krankenversicherung hingewiesen. Es habe ferner ausdrücklich auf die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs durch das Versorgungsamt oder die Krankenkasse hingewiesen. Das Versorgungsamt sei seiner Aufklärungspflicht damit in vollem Umfang nachgekommen. Der Kläger habe von der Möglichkeit eines Beratungsgesprächs keinen Gebrauch gemacht. Außerhalb eines solchen seien die Beklagten nicht verpflichtet gewesen, auf die Möglichkeit der Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung hinzuweisen. Das SG hat sich ergänzend auf eine bereits von den Beklagten eingeführte Entscheidung des BSG vom 27. November 1991 ([9a RV 1/90](#)) berufen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 6. August 2015. Zu deren Begründung hat er unter anderem ergänzend ausgeführt, die Beklagten hätten die Pflicht gehabt, den Kläger "spontan" auf die Kündigungsmöglichkeit hinzuweisen, da ihnen der Bescheid des Versorgungsamtes bekannt gewesen sei. Denn die Kündigung habe offen gelegen und sei alleine wegen der ganz erheblichen Kostenersparnis offensichtlich so zweckmäßig gewesen, dass sie jeder verständige Bürger mutmaßlich nutzen würde. Es handele sich insoweit nicht um das vom gesetzgeberischen Programm der vorgesehenen Sozialleistungen hinausgehende wirtschaftlich Optimale. Dem Urteil des BSG vom 27. November 1991 habe ein völlig anderer Sachverhalt zugrunde gelegen. Die Versorgungsbehörde habe in jenem Fall nicht den dortigen Kläger und vor allem auch nicht die Krankenkasse auf den Heilbehandlungsanspruch hingewiesen. Es habe sich nach Auffassung des BSG um eine fürsorgliche Leistung der Kriegsopferversorgung "am Rande der Obliegenheiten" als Auffanghilfe. Die freiwillige Aufgabe eines umfassenden sozialen Krankenversicherungsschutzes zu Lasten des Versorgungsträgers widerspräche dem sozialrechtlichen Ordnungsgefüge. Es möge zwar "nicht rechtsmissbräuchlich" sein und "wohl auch gegen kein gesetzliches Verbot" verstoßen, sei aber so fernliegend, dass sie von einer Spontanberatungspflicht nicht umfasst sei. Im vorliegenden Rechtsstreit sei zumindest die Beklagte zu 1) informiert gewesen. Auch sei der Kläger -anders als der Kläger der BSG-Entscheidung- weit davon entfernt gewesen, durch Erwerbstätigkeit gut zu verdienen. Die Realisierung dieses Anspruches sei keinesfalls ein "gerade einmal nicht verbotenes" Verhalten.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Juli 2015 und den Bescheid der Beklagten vom 9. Januar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 2013 aufzuheben und die Beklagten zu verurteilen, ihre seit dem 1. Januar 2008 erteilten Beitragsbescheide aufzuheben und dem Kläger die seit dem 1. Januar 2008 gezahlten Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung zu erstatten.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf den Inhalt der Gerichtsakte, den der Verwaltungsakte der Beklagten und der des Landessozialamts Niedersachsen wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im Beschlusswege nach [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden werden. Der Senat hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Er hält auch eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich. Die Beteiligten sind auf die Absicht, so vorzugehen, im Erörterungstermin am 8. August 2016 hingewiesen worden.

Der zulässigen Berufung muss Erfolg versagt bleiben. Sie ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen.

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt auch nachdem er unanfechtbar geworden ist mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass des Verwaltungsakts das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind. Hier ist aber weder von Rechtswidrigkeit der Beitragsbescheide auszugehen noch davon, dass die Beklagte bei deren Erlass von einem unrechten Sachverhalt ausgegangen sind.

Nach [§ 191 SGB V](#) endet die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tod des Mitglieds, mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft oder mit dem Wirksamwerden der Kündigung nach [§ 175 Abs. 4 SGB V](#). Die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Familienversicherung nach [§ 10 SGB V](#) erfüllt. Die Kündigung wurde hier zum 31. Oktober 2011 wirksam.

Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, so gestellt zu werden, als habe er zu einem früheren Zeitpunkt gekündigt.

Der als Anspruchsgrundlage in Betracht kommende sozialrechtliche Herstellungsanspruch setzt auf der Tatbestandsseite voraus, dass der Sozialleistungsträger aufgrund Gesetzes oder bestehenden Sozialrechtsverhältnisses eine dem Betroffenen gegenüber obliegende Pflicht, insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 14, 15 SGB I](#)) verletzt und diesem dadurch einen rechtlichen Nachteil zugefügt hat. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 27. Juni 2012 – [B 12 KR 11/10 R](#) – Rdnr. 29 mit weiteren Nachweisen).

In der Regel wird die Beratungspflicht durch ein entsprechendes Begehren des Berechtigten ausgelöst. Aber auch unabhängig davon ist der Leistungsträger gehalten, bei Vorliegen eines konkreten Anlasses auf klar zu Tage tretende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmäßig aufdrängen und von jedem verständigen Berechtigten mutmaßlich genutzt werden (sog. Spontanberatung, vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2016 – [B 9 V 6/15 R](#) –, SozR 4-3100 § 60 Nr. 7, Rdnr. 29 mit Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 30. September 2009 – [B 9 VG 3/08 R](#)).

Wie das SG zutreffend dargelegt hat, bestand hier für die Beklagte zu 1) keine Pflicht zur Spontanberatung, nachdem sie vom Versorgungsamt eine Kopie des Bescheides vom 6. Dezember 2004 übersandt erhalten hatte. Denn der Kläger ist durch diesen Bescheid und das beigelegte Merkblatt bereits deutlich genug auf die Obliegenheit zur Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung hingewiesen worden. Auf die zutreffende Begründung des SG wird nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen.

Nach [§ 10 Abs. 2 BVG](#) und [§ 10 Abs. 7 Satz 1 d BVG](#) wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen Heilbehandlung gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anzusehen sind. Die Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Im Bescheid des Versorgungsamtes Hannover vom 6. Dezember 2004 heißt es, Heilbehandlung für schädigungsunabhängige Gesundheitsstörungen ist bei Ihnen ausgeschlossen, wenn und solange die DAK zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist (). "Für offene Fragen zu Ihren Leistungsansprüchen stehen wir Ihnen selbstverständlich auch fernmündlich gerne beratend zur Verfügung. Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte dem beigelegten Merkblatt". In diesem Merkblatt waren unter anderem die Hinweise enthalten, dass Schwerbeschädigte die genannten Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen auch für Gesundheitsstörungen erhalten könnten, die nicht als Schädigungsfolgen anerkannt seien. Ein Ausschlussgrund stelle insbesondere die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse dar. Das vielfältige Angebot von Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung habe mit den vorstehenden Ausführungen nur schwerpunktmäßig erfasst werden können. Wegen näherer Einzelheiten sollte die Beratung durch die Krankenkasse oder das Versorgungsamt in Anspruch genommen werden. Die Beklagte zu 1) durfte annehmen, dass der Kläger, der nach seinen eigenen Angaben durch seine Impfschädigung nicht in seinen intellektuellen Fähigkeiten beeinträchtigt ist, bei Unklarheiten Beratung in Anspruch nehmen würde.

Im Übrigen haben die Beklagten und das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass das BSG speziell für die hiesige Konstellation aufgeführt hat, die Spontanberatungspflicht bedeutet nicht, dass die Hinweispflicht so weit ginge, den Bürger auf alle rechtlich nicht verbotenen Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen. Die Verwaltung hat nicht - wie es etwa bei einem Steuerberater und Rechtsanwalt kraft des Geschäftsbesorgungsvertrages der Fall sein mag - den gesetzlichen Auftrag, darauf hinzuwirken, dass der Bürger innerhalb des sozialen Leistungssystems das jeweils wirtschaftlich "Optimale" erreicht. Die Hinweis- oder Beratungspflichten des Sozialleistungsträgers sollen lediglich dazu dienen, den Bürger zu den nach dem gesetzgeberischen "Programm" vorgesehenen Sozialleistungen zu führen. Dazu zählen der versorgungsrechtliche Heilbehandlungsanspruch für Nichtschädigungsfolgen und der Krankenbehandlungsanspruch für Angehörige, nicht wenn ein Schwerbeschädigter bereits ausreichend sozial krankenversichert ist (BSG, Urteil vom 27. November 1991 – [9a RV 1/90](#) –, juris-Rdnr. 16).

Da eine Pflichtverletzung der Beklagten zu 1) nicht vorliegt, kann dahingestellt bleiben, ob einer Beitragsrückerstattung zudem die Einschränkung in [§ 26 Abs. 2 SGB IV](#) entgegenstünde, dass für den Zeitraum, für den Beiträge (zu Unrecht) entrichtet wurden, durch den Versicherungsträger keine Leistungen erbracht worden sind.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-01-03