

L 15 VS 2/16

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 30 VS 12/10

Datum

13.03.2013

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 VS 2/16

Datum

24.01.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG ermöglicht die Kostenerstattung ausschließlich für die Fälle, dass der Berechtigte zunächst einen Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung gehabt hat, dieser dann rechtswidrig weggefallen ist und später wieder rückwirkend zuerkannt wird. Eine Kostenerstattung ist daher immer dann ausgeschlossen, wenn in der Vergangenheit noch gar kein Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung zuerkannt gewesen ist. Eine analoge Anwendung ist ausgeschlossen.

2. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch kommt nicht in Betracht, da eine Erstattung der Kosten für die private Krankenversicherung auch bei rechtmäßigem Verwaltungshandeln nicht möglich gewesen wäre.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 13. März 2013 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. I

II. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Selbstbehalten und selbst geleisteter Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung für den Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2008 nach den Vorschriften des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) in Verbindung mit den Regelungen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG).

Der im Jahr 1944 geborene Kläger war Soldat der Bundeswehr vom 01.10.1963 bis 30.09.1969; u.a. war er als Radarmechaniker tätig. Im Jahr 1994 erkrankte er an einem Nierentumor.

Nach ablehnendem Bescheid vom 03.05.2001 wurde mit (Teilabhilfe-)Bescheid des Trägers der damals zuständigen Versorgungsverwaltung vom 05.05.2004 eine Tumornephrektomie als Folge einer Wehrdienstbeschädigung anerkannt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE; jetzige Bezeichnung: Grad der Schädigungsfolgen - GdS) wurde von Januar 1997 bis Juli 1999 mit 60 v.H. und ab August 1999 mit 25 v.H. angenommen. Mit weiterem (Teilabhilfe-)Bescheid vom 13.07.2004 wurde für die Zeit von Juli 1994 bis Dezember 1996 eine MdE von 60 v.H. anerkannt. In Ausführung eines vor dem Sozialgericht (SG) München geschlossenen Vergleichs vom 16.05.2007 erließ der Beklagte am 11.10.2007 einen Ausführungs- und Überprüfungsbescheid, der für die Zeit ab 01.08.1999 eine MdE von 40 v.H. anerkannte. Eine Höherbewertung der MdE und die Gewährung eines Berufsschadensausgleichs wurden abgelehnt. Auf Widerspruch des Klägers hin wurde mit bestandskräftig gewordenem Widerspruchsbescheid vom 15.10.2008 der GdS (rückwirkend) für die Zeit ab 01.08.1999 unter Berücksichtigung einer besonderen beruflichen Betroffenheit auf 50 erhöht.

Mit Schreiben vom 22.12.2008 beantragte der Kläger, der bis Dezember 2008 privat krankenversichert war, die Rückerstattung seiner zur privaten Krankenversicherung gezahlten Versicherungsbeiträge für die Zeit vom 01.01.2003 bis 31.12.2008 sowie der jährlichen Selbstbehalte. Er begründete dies mit seinem Anspruch auf freie Heilfürsorge nach § 10 Abs. 2 BVG. Aufgrund falscher Entscheidungen des Trägers der Versorgungsverwaltung - so der Kläger weiter - sei ihm ein erheblicher finanzieller Schaden entstanden.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 09.01.2009 lehnte der Träger der Versorgungsverwaltung diesen Antrag ab. Der Umfang der Heilbehandlung nach dem BVG sei erschöpfend in § 11 Abs. 1 BVG geregelt. Danach könnten nur u. a. ärztliche Leistungen übernommen bzw. deren Kosten in Ausnahmefällen erstattet werden. Krankenkassenbeiträge und Selbstbehalte könnten nicht erstattet werden.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch. Durch fehlerhafte Entscheidungen des Trägers der Versorgungsverwaltung sei die ihm zustehende Heilbehandlung jahrelang verhindert worden. Er sei gezwungen gewesen, sich auf eigene Kosten zu versichern. Dies sei in seinen Augen eine rechtswidrige Bereicherung des Trägers der Versorgungsverwaltung. Der entstandene Schaden sei ihm zu ersetzen.

Mit Schreiben vom 28.01.2009 erläuterte der Träger der Versorgungsverwaltung dem Kläger ausführlich, dass ein Ersatz von Beitragsleistungen zu einer Krankenversicherung im sozialen Entschädigungsrecht nur unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG vorgesehen sei, die aber im Fall des Klägers nicht erfüllt seien. Mit Widerspruchsbescheid vom 06.02.2009 wies der der Träger der Versorgungsverwaltung den Widerspruch daher zurück.

Dagegen erhob der Kläger mit Schreiben seiner damaligen Bevollmächtigten vom 24.02.2009 Klage zum Sozialgericht (SG) München (Aktenzeichen des Klageverfahrens: S 33 VS 7/09). Er hat den geltend gemachten Erstattungsanspruch mit 37.576,50 EUR beziffert, wobei dieser Betrag auch Beiträge zur Pflegepflichtversicherung enthält. Die Klage ist damit begründet worden, dass der GdS von 50 erst mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2008 anerkannt worden sei, obwohl der Kläger "bereits im Jahr 2002" einen Antrag gestellt habe. Bei ordnungsgemäßer und zeitnaher Bearbeitung hätte dieser GdS schon viel früher festgestellt werden können. Den gesamten Zeitraum habe sich der Kläger zur Finanzierung der erforderlichen Heil- und Krankenbehandlungen privat krankenversichern müssen, was nicht erforderlich gewesen wäre, wenn der Träger der Versorgungsverwaltung innerhalb eines vernünftigen Zeitrahmens entschieden hätte. Der Anspruch des Klägers ergebe sich aus dem Rechtsgedanken des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG, aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch sowie daraus, dass der Kläger wegen der überlangen Verfahrensdauer einen Schadensersatzanspruch habe (Schreiben vom 26.08.2009).

Mit Schreiben vom 13.10.2009 hat das SG auf § 53a BVG hingewiesen. Mit Beschluss vom 04.05.2010 ist das Verfahren bezüglich des Ersatzes von Aufwendungen zur Pflegeversicherung abgetrennt und unter dem weiteren Aktenzeichen S 33 VS 12/10 fortgeführt worden.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 14.06.2012 sind die am 04.05.2010 getrennten Verfahren mit den Aktenzeichen [S 30 VS 12/10](#) und S 33 VS 7/09 mit Beschluss wieder verbunden und unter dem Aktenzeichen [S 30 VS 12/10](#) fortgeführt worden. Die Bevollmächtigte des Klägers hat anschließend in der mündlichen Verhandlung beantragt, "den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 05.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2009 zu verurteilen, dem Kläger die Aufwendungen für seine Krankenversicherung in den Jahren 2003 bis 2008 (Krankenversicherungsbeiträge und die vom Kläger selbst getragenen Selbstbehalte) in Höhe von insgesamt 37.576,50 Euro zzgl. Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge und Selbstbehalte zu ersetzen." Ein Antrag wegen der zur Pflegeversicherung gezahlten Beiträge ist nicht gestellt worden. Anschließend ist der Rechtsstreit vertagt worden.

Mit Schreiben vom 13.11.2012 haben die Bevollmächtigten des Klägers um Sachstandsmitteilung "hinsichtlich der Erstattung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge" gebeten.

Der damalige Beklagte hat dazu mit Schreiben vom 06.12.2012 darauf hingewiesen, dass die Erstattung von privaten Pflegeversicherungsbeiträgen nach § 53a BVG nicht Gegenstand des Klageverfahrens sei. Mit Bescheid vom 05.01.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2009 sei die Erstattung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung und der Selbstbehalte abgelehnt worden. Einer Klageerweiterung werde nicht zugestimmt.

Mit Schreiben vom 20.02.2013 haben die Bevollmächtigten des Klägers mitgeteilt, dass "Gegenstand des Verfahrens die Leistung von Schadenersatz durch die Beklagte für die Folgen der von ihr verursachten überlangen Verfahrensdauer" sei. Die Aufhebung des Bescheides vom 05.01.2009 sei rein vorsorglich beantragt worden, weil der Träger der Versorgungsverwaltung hierüber einen Bescheid erlassen habe. Der Antrag auf Aufhebung des Bescheides diene nur dazu, zu vermeiden, dass sich der Prozessgegner "insoweit auf eine angebliche "Bestandskraft" beruft." Gegenstand des Klageverfahrens sei der Ersatz der Kosten, die dem Kläger während des Zeitraums, in dem von Seiten des Trägers der Versorgungsverwaltung sein Anliegen verzögert behandelt worden sei, entstanden seien. Dabei handle es sich um die entrichteten Krankenversicherungsbeiträge und Pflegeversicherungsbeiträge sowie um die Selbstbehalte, die der Kläger selbst zu tragen gehabt habe. Selbst wenn man unrichtigerweise davon ausginge, dass die Geltendmachung auch der Pflegeversicherungsbeiträge bislang nicht Gegenstand des Verfahrens und eine Klageerweiterung erforderlich sei, wäre diese in jedem Fall sachdienlich, da das bisherige Ergebnis des Verfahrens auch für die geltend gemachten Pflegeversicherungsbeiträge verwendet werden könne. Der Beklagte gehe fälschlich davon aus, dass für die Geltendmachung der Erstattung der Pflegeversicherungsbeiträge ein Antrag erforderlich sei. Dies sei jedoch nicht der Fall, da es sich um die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruchs handle. Und weiter: "Das Klageziel des Klägers ist also "nicht der Erlass oder die Änderung eines Verwaltungsakts, sondern die Leistung von Schadenersatz durch Realakt."

In der mündlichen Verhandlung vom 13.03.2013 hat die Bevollmächtigte des Klägers beantragt, "die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 05.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2009 verurteilt, dem Kläger die Aufwendungen für seine Krankenversicherung und seine Pflegeversicherung in den Jahren 2003 bis 2008 (Krankenversicherungsbeiträge, Pflegeversicherungsbeiträge und von dem Kläger getragene Selbstbehalte) in Höhe von insgesamt 37.576,50 EUR zuzüglich Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge, der Pflegeversicherungsbeiträge und der Selbstbehalte zu ersetzen.

Hilfsweise: Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger die Aufwendungen für seine Krankenversicherung und seine Pflegeversicherung in den Jahren 2003 bis 2008 (Krankenversicherungsbeiträge, Pflegeversicherungsbeiträge und von dem Kläger getragene Selbstbehalte) in Höhe von insgesamt 37.576,50 EUR zuzüglich Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge, der Pflegeversicherungsbeiträge und der Selbstbehalte zu ersetzen."

Im Urteil vom 13.03.2013 hat das SG Folgendes tenoriert:

I. Die Klage gegen den Bescheid vom 05.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2009 wird abgewiesen.

II. Die Klage auf unmittelbare Erstattung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen oder Schadensersatz in entsprechender Höhe wird abgewiesen.

III. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten."

Was die Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung betrifft, hat sich das SG in den Gründen u.a. auf das in einer anderen Angelegenheit ergangene Urteil des Senats vom 28.11.2012, Az. [L 15 VK 9/09](#), gestützt. Für die vom Kläger geltend gemachten Ansprüche auf Erstattung von Aufwendungen für seine private Krankenversicherung, auf Zahlung der Beiträge für die weiterhin bestehende private Krankenversicherung sowie auf Erstattung des mit der privaten Krankenversicherung vereinbarten Selbstbehalts gebe es keine Rechtsgrundlage. Für die Erstattung von Beiträgen zur Pflegeversicherung gelte mit § 53a BVG eine noch strengere Regelung. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch scheitere außer an den von der LSG-Rechtsprechung formulierten grundsätzlichen Erwägungen auch daran, dass eine Pflichtverletzung des damaligen Beklagten gegenüber dem Kläger nicht ersichtlich sei. Anders als vorgetragen sei die komplexe Angelegenheit des Klägers ohne schuldhaftes Verzögern bearbeitet worden. Sollte Schadensersatz wegen Pflichtverletzungen von Bediensteten des damaligen Beklagten begehrt werden, sei ein entsprechender Amtshaftungsanspruch bei den Zivilgerichten geltend zu machen.

Gegen das am 17.04.2013 zugestellte Urteil haben die (neuen) Bevollmächtigten des Klägers mit Telefax vom 10.05.2013 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Mit Schreiben vom 14.01.2014 haben sie die Berufung wie folgt begründet: Zu Unrecht habe das SG den Anspruch des Klägers aus § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG verneint. Das SG habe sich lediglich in vollem Umfang dem Urteil des Senats vom 28.11.2012 angeschlossen, ohne die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Der Kläger habe am 05.05.2004 erstmals einen Bescheid erhalten, in welchem Folgen einer Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden seien und eine MdE von 60 v.H. für den Zeitraum 01.01.1997 bis 31.07.1999 festgestellt worden sei. Im gleichen Bescheid sei ab August 1999 die MdE wieder auf 25 v.H. herabgesetzt worden, zu Unrecht, wie sich mittlerweile herausgestellt habe. Denn mit Widerspruchsbescheid vom 15.10.2008 sei die MdE auch ab August 1999 wieder auf die Schwelle angehoben worden, wonach ein Anspruch auf freie Heil- und Krankenbehandlung nach § 10 Abs. 2 BVG bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen bestanden hätte. Dem Grundgedanken nach liege demnach auch hier ein Fall vor, bei dem die Versorgungsverwaltung nachträglich rechtswidrig in eine erworbene Rechtsposition eingegriffen habe, und nicht lediglich ein Fall, in welchem (erstmalig) nachträglich rückwirkend ein Anspruch auf freie Heil- und Krankenbehandlung eingeräumt worden sei. Eine derartige Konstellation sei in gerichtlichen Entscheidungen und in der Kommentarliteratur bislang nicht erörtert worden.

Der damalige Beklagte hat demgegenüber mit Schreiben vom 10.02.2014 darauf hingewiesen, dass die Entscheidungen des Senats, des Bundessozialgerichts (BSG) und des Bundesverfassungsgerichts auf den beim Kläger vorliegenden Sachverhalt anwendbar seien; insbesondere liege auch kein vorheriger Anspruchswegfall im Sinn des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG vor.

Der Berichterstatter des Senats hat mit Schreiben vom 22.07.2014 nochmals auf das Urteil des Senats vom 28.11.2012, Az.: [L 15 VK 9/09](#), hingewiesen und die Rücknahme der Berufung nahe gelegt.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben mit Schreiben vom 04.08.2014 mit Blick auf die Subsidiarität der Amtshaftung die Berufung aufrechterhalten und um eine Entscheidung gebeten.

Da die Verwaltungsakten wegen anderer Verfahren des Klägers beim SG dem LSG längere Zeit nicht zur Verfügung standen, ist mit Einverständnis der Beteiligten mit Beschluss vom 04.03.2015 das Ruhen angeordnet worden. Nach Aufrufen des Verfahrens durch die Bevollmächtigten des Klägers ist das Verfahren unter dem Aktenzeichen [L 15 VS 2/16](#) fortgesetzt worden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erklärt (Schreiben der Bevollmächtigten des Klägers vom 31.08.2016 und 10.10.2016, Schreiben der Beklagten vom 08.09.2016).

Im Rahmen der Gewährung rechtlichen Gehörs sind die Beteiligten mit gerichtlichem Schreiben vom 02.09.2016 darauf hingewiesen worden, dass die Erstattung der Beiträge zur Pflegeversicherung nicht Streitgegenstand sein dürfte. Die Bevollmächtigten des Klägers haben daher mit Schreiben vom 16.09.2016 rein vorsorglich bei der Beklagten die Übernahme auch der Pflegeversicherungsbeiträge beantragt.

Der Kläger beantragt (Schriftsatz vom 14.01.2014) die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG München vom 13.03.2013 sowie des Bescheids vom 05.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.02.2009 zu verurteilen, dem Kläger die Aufwendungen für seine Krankenversicherung und seine Pflegeversicherung in den Jahren 2003 bis 2008 (Krankenversicherungsbeiträge, Pflegeversicherungsbeiträge und von dem Kläger getragene Selbstbehalte) in Höhe von insgesamt 37.576,40 EUR zuzüglich Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge, der Pflegeversicherungsbeiträge und der Selbstbehalte zu ersetzen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen worden sind die Akten des SG sowie die vom früheren Beklagten, dem ehemals zuständigen Träger der Versorgungsverwaltung, geführten Verwaltungsakten. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt dieser Akten und der Berufungsakte, die allesamt Gegenstand der Entscheidung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu mit Schreiben vom 31.08.2016 und 10.10.2016 bzw. vom 08.09.2016 ihr Einverständnis erklärt haben.

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen. Die Klage auf Erstattung der zur Krankenversicherung geleisteten Beiträge und Selbstbehalte war unbegründet. Die Klage auf Erstattung der zur Pflegeversicherung geleisteten Beiträge hätte das SG nicht als unbegründet, sondern bereits als unzulässig abweisen müssen.

1. Richtiger Beklagter

Richtiger Beklagter ist infolge der mit Wirkung zum 01.01.2015 in Kraft getretenen Zuständigkeitsänderung infolge des Gesetzes zur Übertragung der Zuständigkeiten der Länder im Bereich der Beschädigten- und Hinterbliebenenversorgung nach dem Dritten Teil des Soldatenversorgungsgesetzes auf den Bund vom 15.07.2013 (BGBl. I 2013 Nr. 38 S. 2416 ff.) die Bundesrepublik Deutschland als Trägerin der Bundeswehrverwaltung, die infolge eines Beklagtenwechsels kraft Gesetzes an die Stelle des bis dahin zuständigen Freistaats Bayern als Träger der Versorgungsverwaltung getreten ist.

2. Erstattung der Beiträge zur Pflegeversicherung

Eine auf Erstattung der Beiträge zur Pflegeversicherung gerichtete Klage hätte das SG bereits als unzulässig abweisen müssen. Denn die Erstattung von Beiträgen zur Pflegeversicherung war zum Zeitpunkt des Erlasses des Urteils vom 13.03.2013 nicht (mehr) Streitgegenstand.

Ob die Erstattung von Beiträgen zur Pflegeversicherung überhaupt irgendwann einmal Gegenstand der dem Berufungsverfahren zu Grunde liegenden Klageverfahren vor dem SG gewesen ist, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls seit der mündlichen Verhandlung vom 14.06.2012 war die Erstattung von Beiträgen zur Pflegeversicherung nicht mehr Gegenstand des sozialgerichtlichen Verfahrens. Denn dort hatte die Bevollmächtigte des Klägers beantragt, "den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 05.01.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2009 zu verurteilen, dem Kläger die Aufwendungen für seine Krankenversicherung in den Jahren 2003 bis 2008 (Krankenversicherungsbeiträge und die vom Kläger selbst getragene Selbstbehalte) in Höhe von insgesamt 37.576,50 Euro zzgl. Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit der Krankenversicherungsbeiträge und Selbstbehalte zu ersetzen." Sollte die Erstattung von Beiträgen zur Pflegeversicherung vor der mündlichen Verhandlung vom 14.06.2012 Streitgegenstand gewesen sein - was vorliegend dahingestellt bleiben kann -, wäre dieser Streitgegenstand jedenfalls durch die Beschränkung der Anträge auf den Ersatz der Aufwendungen für die Krankenversicherung entfallen.

Zudem würde für die Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs hinsichtlich der zur Pflegeversicherung geleisteten Beiträge auch die für eine Erstattung erforderliche Entscheidung der Beklagten durch Verwaltungsakt gemäß § 53a BVG fehlen; eine Zahlungsklage ohne vorhergehende Entscheidung der Beklagte wäre unstatthaft.

3. Erstattung der Beiträge zur Krankenversicherung und der vom Kläger geleisteten Selbstbehalte

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Beiträge zur Krankenversicherung und der von ihm geleisteten Selbstbehalte im Zeitraum 2003 bis 2008.

In einer ganz ähnlich gelagerten Konstellation hat der Senat mit dem bereits mehrfach ins Verfahren eingeführten Urteil vom 28.11.2012, Az.: [L 15 VK 9/09](#), Folgendes ausgeführt:

"2. Kein Erstattungsanspruch aus § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG

Der Kläger hat keinen Ersatzanspruch aus § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG.

Im Versorgungsrecht gilt grundsätzlich gemäß § 18 Abs. 1 BVG das Sachleistungsprinzip. Dies bedeutet, dass die Versorgungsverwaltung Naturalleistungen, nicht Geldleistungen zu erbringen hat. § 18 Abs. 3 und 4 BVG enthalten davon Ausnahmen. Mit § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG hat der Gesetzgeber eine strengen Voraussetzungen unterliegende Sonderregelung für die Erstattung von Beiträgen für eine (private oder gesetzliche) Krankenversicherung getroffen. Diese engen Voraussetzungen für eine Erstattung liegen hier nicht vor.

§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG lautet wie folgt:

"Hat der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine Krankenversicherung abgeschlossen oder ist er einer Krankenkasse beigetreten, so werden ihm die Aufwendungen für die Versicherung in angemessenem Umfang ersetzt, wenn der Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung im Vorverfahren oder im gerichtlichen Verfahren rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt wird."

§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG ermöglicht die Kostenerstattung ausschließlich für die Fälle, dass der Berechtigte zunächst einen Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung gehabt hat, dieser dann (rechtswidrig) weggefallen ist und später wieder rückwirkend zuerkannt wird; eine Möglichkeit zur Kostenerstattung ist daher immer dann ausgeschlossen, wenn in der Vergangenheit noch gar kein Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung zuerkannt gewesen ist (vgl. Vogl, in: Knickrehm, Gesamtes Soziales Entschädigungsrecht, 1. Aufl. 2012, § 18 BVG, Rdnr. 16; Fehl, in: Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, 7. Aufl. 1992, § 18 BVG, Rdnr. 18; Rohr/Sträßer/Dahm, Bundesversorgungsgesetz, Stand 06/2012, § 18, Ziff. 6).

Mit § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG hat der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung getragen, dass einem Versorgungsberechtigten aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen der bereits anerkannte Anspruch auf Heil- und Kostenbehandlung wieder genommen und er dadurch faktisch gezwungen wird, Kosten für eine Krankenversicherung aufzuwenden. In derartigen Konstellationen einer rechtswidrigen Entziehung eines Anspruchs, gegen die der Betroffene in einem gewissen zeitlichen Umfang machtlos ist, hat es der Gesetzgeber als unvermeidbar erachtet, die dadurch entstandenen Kosten dem Versorgungsberechtigten zu belassen.

Allein die rückwirkende Anerkennung eines Anspruchs auf Heil- und Krankenbehandlung, ohne dass zuvor bereits ein Anspruch bestanden hätte und rechtswidrig entzogen worden wäre, reicht nach dem eindeutigen Wortlaut der gesetzlichen Regelung nicht aus, um einen Erstattungsanspruch zu begründen. Eine ausweitende bzw. analoge Anwendung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG für die Fälle, dass die Versorgungsverwaltung zunächst rechtswidrig die Gewährung von Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG verweigert hat und der Versorgungsberechtigte daher seine (private) Krankenversicherung beibehalten hat, ist nicht zulässig (vgl. Rohr/Sträßer/Dahm, a.a.O., § 18, Ziff. 6). Der verfassungsrechtliche Grundsatz der Gleichbehandlung in [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz gebietet keine Auslegung über den klaren

Wortlaut des Gesetzes hinaus. Eine analoge Anwendung scheitert daran, dass eine durch eine analoge Anwendung ausfüllungsfähige Lücke nicht vorliegt.

Sowohl Bundessozialgericht als auch Bundesverfassungsgericht haben diese Auslegung bestätigt.

So hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), Folgendes ausgeführt:

"Das BVG befaßt sich zwar neuerdings in § 18 Abs. 2 Satz 3 (i. d. F. des 5. Anpassungsgesetzes zum BVG vom 18. Dezember 1973 - [BGBl I S. 1909](#) -)" [Anmerkung des Senats: § 18 Abs. 2 Satz 3 BVG in der damals geltenden Fassung entspricht jetzt § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG] "mit dem Ersatz von Aufwendungen für eine Krankenversicherung. Dieser Aufwendersatz ist jedoch ausdrücklich auf den Fall beschränkt, daß der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall (Aberkennung) des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine (private) Krankenversicherung abgeschlossen hatte oder einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten war und daß dieser Anspruch im Vorverfahren oder durch gerichtliche Entscheidung rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt wird. Durch diese gesetzliche Neuregelung wird die Auffassung des Senats eindeutig bestätigt, daß der Gesetzgeber das Problem der Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen durchaus gesehen hat, daß also eine durch Richterrecht zu ergänzende Lücke im Gesetz nicht vorliegt und daß der Gesetzgeber die Erstattung auf den eben dargelegten Sonderfall beschränkt wissen will. Abgesehen davon, daß diese Neuregelung den vorliegenden Sachverhalt in zeitlicher und sachlicher Hinsicht nicht erfaßt, ist also eine ausdehnende Auslegung auch im Hinblick auf die neuere Gesetzesentwicklung nicht angängig (vgl. BSG 35, 1, 3)."

Ähnlich hat sich das Bundessozialgericht im Urteil vom 24.03.1993, Az.: [9/9a RV 15/92](#), geäußert:

"Schließt ein Schwerbeschädigter eine private Krankenversicherung ab, so beeinflusst dies seine Ansprüche auf Heil- und Krankenbehandlung nicht (§ 10 Abs 7 iVm Abs 4 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) in der hier maßgeblichen Fassung vom 20. Dezember 1982 ([BGBl I 1857](#)) und vom 24. Juni 1985 ([BGBl I 1144](#)); vgl auch die Verwaltungsvorschrift Nr 1 zu § 15 vom 27. August 1986 (BAnz Nr 161)). Das Versorgungsrecht kennt aber grundsätzlich keine Beihilfe zu den Aufwendungen für die private Krankenversicherung. Allein in Form eines pauschalierten Schadensersatzes findet sich ein derartiger Anspruch in § 18 Abs 2 Satz 3 BVG (idF vom 22. Januar 1982 ([BGBl I S 21](#)))" [Anmerkung des Senats: § 18 Abs. 2 Satz 3 BVG in der damals geltenden Fassung entspricht jetzt § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG] "für den Fall, daß der Entschluß zum Abschluß einer Privatversicherung durch ein rechtswidriges Handeln der Verwaltung verursacht wird.

Verneint die Behörde einen vordem bestehenden Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung, hat der Versorgungsberechtigte zu entscheiden, wie er den Zeitraum überbrückt, in dem über die Rechtmäßigkeit der Ablehnung gestritten wird. Er kann die Behandlungskosten in voller Höhe selbst tragen und ihre Erstattung in angemessenem Umfang verlangen (§ 18 Abs 2 Satz 1 BVG), sofern ihm der Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt wird. Er kann aber auch durch den Abschluß einer privaten Krankenversicherung die Kostenbelastung während des Streites in überschaubaren Grenzen halten. Geschieht dies, so wertet der Gesetzgeber in § 18 Abs 2 Satz 3 BVG die hierdurch entstandenen Aufwendungen als Teil des durch die rechtswidrige Ablehnung entstandenen Schadens, der Kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung übernommen wird. Wie der Senat bereits früher entschieden hat, besteht keine Veranlassung, die abschließende Gesetzesregelung ausdehnend auszulegen (vgl [SozR 3100 § 18 Nr 3](#)). Aus welchen Gründen eine schon früher abgeschlossene Krankenversicherung aufrechterhalten wird, solange über einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung gestritten wird, läßt sich letztlich kaum feststellen; die Kausalität zwischen rechtswidrigem Verwaltungshandeln und Schadenseintritt liegt nicht offen zutage. Nicht zuletzt wegen dieser Beweisschwierigkeiten hat der Gesetzgeber den Anspruch auf Erstattung der Beiträge auf solche Sachverhalte beschränkt, in denen die Kausalität nicht zweifelhaft ist, weil die Krankenversicherung erst nach Wegfall eines vorbestehenden Versorgungsanspruchs abgeschlossen wird. Eine ausdehnende Analogie ist auch aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht geboten, wie das LSG zutreffend ausgeführt hat."

Das Bundesverfassungsgericht hat im Beschluss vom 21.03.2007, Az.: [1 BvR 164/07](#), diese Auslegung als verfassungskonform bestätigt, wenn es erläutert hat:

"Zuletzt wies das Bundessozialgericht die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht als unbegründet zurück. § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG sei auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebiete nicht unter dem Gesichtspunkt der Erstattung eine Gleichsetzung von rechtswidriger Entziehung und verzögerter Anerkennung des Leistungsanspruchs.

Der Beschwerdeführer macht mit seiner Verfassungsbeschwerde eine Verletzung von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) geltend. Das Bundessozialgericht verkenne, dass bei der von ihm vorgenommenen Auslegung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG die Vorschrift leer laufe. Seit der 2001 erfolgten Normierung der aufschiebenden Wirkung von Widersprüchen gegen Verwaltungsakte in [§ 86 a](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) sei kein Betroffener mehr gezwungen, bei Aberkennung seines Anspruchs auf Heil- und Krankenbehandlung in eine Krankenkasse einzutreten. Wer dagegen noch nie einen entsprechenden Anspruch erlangt habe, müsse sich durch eine private Krankenversicherung absichern. Die Vorschrift müsse deswegen auf die Personengruppe erstreckt werden, die ihres Schutzes auch tatsächlich bedürfe. Im Übrigen erspare sich die Versorgungsverwaltung bei einer langen Verfahrensdauer wie hier die Erstattung der Krankenversicherungsbeiträge, ohne dass der Beschwerdeführer Amtshaftungsansprüche geltend machen könne.

Die Verfassungsbeschwerde ist nicht gemäß [§ 93 a Abs. 2 BVerfGG](#) zur Entscheidung anzunehmen. Sie hat keine Aussicht auf Erfolg.

1. Die Auslegung von § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG durch den mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Beschluss des Bundessozialgerichts begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Insoweit handelt es sich um eine durch das Bundesverfassungsgericht grundsätzlich zu respektierende Auslegung und Anwendung einfachen Rechts. Das Bundesverfassungsgericht überprüft derartige Entscheidungen lediglich darauf, ob dabei gegen Grundrechte oder grundrechtsähnliche Rechte der Beschwerdeführer verstoßen worden ist, ob der angewendeten Norm ein verfassungswidriger Sinn beigelegt und dadurch die Einwirkung von Verfassungsrecht auf die Feststellung, Auslegung und Anwendung einfachen Rechts grundsätzlich verkannt worden ist, ob die Auslegung und Anwendung des einfachen Rechts willkürlich ist, gegen das verfassungsrechtliche Übermaßverbot verstößt oder ob eine verfassungsrechtlich gebotene Rechtsgüterabwägung entweder nicht oder offensichtlich fehlerhaft vorgenommen worden ist (vgl. [BVerfGE 57, 9](#) (20 f.); stRspr).

2. Derartige Verfassungsverstöße sind im vorliegenden Fall nicht erkennbar.

a) Die Unterscheidung in Bezug auf die Erstattung von geleisteten Beiträgen zur Krankenversicherung zwischen Beschädigten, denen ein Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung entzogen worden ist, und Beschädigten, die einen solchen erstmals, wenn auch rückwirkend, erworben haben, ist im Hinblick auf [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gerechtfertigt. Wird einem Beschädigten ein Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung eingeräumt, kann er grundsätzlich darauf vertrauen, bei seiner künftigen Lebensführung von Beiträgen zur Krankenversicherung verschont zu bleiben. Typischerweise wird er im Hinblick darauf Vermögensdispositionen treffen, die möglicherweise auch langfristig sind. Greift die Versorgungsverwaltung nachträglich rechtswidrig in die erworbene Rechtsposition ein, gleicht sie mit der Erstattung der geleisteten Beiträge lediglich die Folgen eines von ihr unrechtmäßig enttäuschten Vertrauens aus. Wird einem Beschädigten dagegen nachträglich rückwirkend ein Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung eingeräumt, liegt ein Eingriff in eine bereits erlangte Rechtsposition nicht vor. Vor dem bestands- oder rechtskräftigen Abschluss eines auf Durchsetzung eines solchen Anspruchs gerichteten Rechtsschutzverfahrens wird sich der Beschädigte - wie das Bundessozialgericht zutreffend ausgeführt hat - typischerweise auch nicht darauf einstellen dürfen, künftig von Beiträgen zur Krankenversicherung verschont zu bleiben. Eventuelle Vermögensdispositionen im Hinblick auf den erwarteten Ausgang des Verfahrens liegen in seinem Risikobereich.

b) Soweit der Beschwerdeführer eine Erstreckung des Anspruchs aus § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG auch auf ihn begehrt, weil der vom Gesetzgeber in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG geregelte Fall wegen des aufschiebenden Charakters eines Widerspruchs gegen den Entziehungsbescheid praktisch nie eintreten werde, übersieht er, dass [§ 86 a Abs. 2 Nr. 5](#) und [§ 86 b Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) unter bestimmten Voraussetzungen die sofortige Vollziehung des Entziehungsbescheids ermöglichen. Auch aus der Tatsache, dass Anerkennungsverfahren teilweise geraume Zeit in Anspruch nehmen können, kann der Beschwerdeführer die entsprechende Anwendung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG auf seinen Fall nicht herleiten. Insoweit besteht für den Beschädigten die Möglichkeit, um einstweiligen Rechtsschutz gemäß [§ 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) nachzusuchen. Beruht die Verfahrensdauer auf einer schuldhaften Amtspflichtverletzung, kann der Betroffene einen Schadenersatzanspruch gemäß [Art. 34 GG](#) in Verbindung mit [§ 839 BGB](#) geltend machen."

Diesen Ausführungen braucht wegen ihrer Deutlichkeit nichts hinzugefügt werden.

3. Kein Anspruch auf Erstattung infolge eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs

Der Kläger hat keinen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch auf Erstattung der von ihm zur privaten Krankenversicherung geleisteten Beiträge.

Dieses Rechtsinstitut ist keine geeignete Rechtsgrundlage für die Erstattung von - wie sich später herausstellt - eigentlich unnötigen Krankenversicherungsbeiträgen, also für die Gewährung von Schadenersatz (vgl. Rohr/Sträßer/Dahm, a.a.O., § 18, Ziff. 6; Vogl, a.a.O., § 18 BVG, Rdnr. 17). Denn der sozialrechtliche Herstellungsanspruch setzt voraus, dass dem Beschädigten durch eine dem Beklagten zuzurechnende behördliche Pflichtverletzung ein sozialrechtlicher Nachteil entstanden ist, der durch eine zulässige Amtshandlung behoben werden kann (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 02.10.2008, Az.: [B 9 VH 1/07 R](#)). Darunter fällt die Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung nicht. Aufgrund des geltenden Sachleistungsprinzips ist eine derartige Erstattung mit Ausnahme der von § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG erfassten Fälle nicht im Leistungskatalog des Versorgungsrechts enthalten. Hätte der Beklagte eine MdE in Höhe von 50 v.H. bereits ohne vorherige rechtswidrige Ablehnung ab dem 01.01.1990 anerkannt und dem Kläger bereits ab dem 01.01.1990 den sich aus § 10 Abs. 2 BVG resultierenden umfassenden Heilbehandlungsanspruch gewährt, hätte der Kläger nur die erforderlichen Sachleistungen erhalten, nicht aber Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung, wenn er diese weiter aufrecht erhalten hätte. Eine Erstattung der Kosten für die private Krankenversicherung hätte der Kläger damit auch bei rechtmäßigem Verwaltungshandeln nie erlangen können, was einer Erstattung im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs entgegen steht.

Dies entspricht der obergerichtlichen Rechtsprechung. So hat das Bayer. Landessozialgericht im Urteil vom 12.12.2002, Az.: [L 18 V 16/01](#), in einem vergleichbaren Fall Folgendes zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch festgehalten:

"Darauf, ob der Beklagte eine unrichtige Auskunft erteilt hat, kommt es indes nicht an, ebenso wenig, ob der VB auf eine unrichtige Auskunft hin (weiterhin) Beiträge an seine private Krankenversicherung entrichtet hat. Selbst wenn eine pflichtwidrige Auskunft und deren Ursächlichkeit für eine fortgesetzte Beitragszahlung feststünden, wären die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Ersatz der Beitragsaufwendungen nicht erfüllt. Denn das Rechtsinstitut des Herstellungsanspruchs kommt nur in den Fällen zum Tragen, in denen der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden kann. Dagegen bleibt für seine Anwendung in solchen Fällen kein Raum, in denen ein Nachteilsausgleich auf gesetzwidriges Handeln des Leistungsträgers hinauslaufen würde. Hintergrund dieser von der Rechtsprechung angenommenen Differenzierung zwischen "ersetzbaren" und "nicht ersetzbaren" Voraussetzungen ist das Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ([Art 20 Abs 3 Grundgesetz, GG](#)). Dieses lässt es nicht zu, dass die Verwaltung gesetzwidrig handelt, selbst wenn sie davor eine falsche Auskunft oder Beratung erteilt hat (BSG SozR 3-4100 § 249 e Nr 4 mwN). Demgemäß lässt sich mit Hilfe des Herstellungsanspruchs ein Fehlverhalten des Leistungsträgers nur insoweit berichtigen, als die Korrektur mit dem jeweiligen Gesetzeszweck in Einklang steht. Sinn und Zweck des Herstellungsanspruchs unter Berücksichtigung der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandeln und der Abgrenzung zum Schadenersatzanspruch ist es, dass im Wege des Herstellungsanspruchs nur eine Amtshandlung begehrt werden kann, die nicht nur nach ihrer Bezeichnung, sondern auch nach ihrer wesentlichen Struktur im Gesetz vorgesehen ist. Die Abgrenzung zum Schadenersatzanspruch hat sicherzustellen, dass der Herstellungsanspruch keine verkappte Verurteilung zum Schadenersatz in Geld ermöglicht (BSG SozR 2200 § 1303 Nr 27). Dem kommt eine besondere Bedeutung zu, wenn - wie hier - zur Wiederherstellung eine Geldleistung erstrebt wird. Der Herstellungsanspruch soll als Institut des Verwaltungsrechts eine Lücke im Schadenersatzrecht schließen. Dem Geschädigten ist idR mit der Herstellung des bei pflichtgemäßem Verhalten des Leistungsträgers bestehenden Zustandes is einer Naturalrestitution besser gedient, als mit Schadenersatz in Geld. Die für Amtshaftungsklagen zuständigen Zivilgerichte hingegen dürfen nicht zu einer Amtshandlung verurteilen, auch nicht, wenn diese der Naturalrestitution dient (aaO).

Ein Herstellungsanspruch ist nach den Grundsätzen der Heilbehandlung hier ausgeschlossen. Der Ersatz von Beitragsleistungen ist abgesehen von dem hier nicht vorliegenden Sonderfall des § 18 Abs 4 S 3 BVG dem Versorgungsrecht fremd. Das Recht der Heil- und Krankenbehandlung beruht auf dem Sachleistungsprinzip (Wilke/Fehl, Soziales Entschädigungsrecht, Kommentar, 7.Aufl, § 18 Buchst c RdNr

10 und § 10 RdNr 30). Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24 a BVG werden als Sachleistung erbracht (§ 18 Abs 1 S 1 1.HS BVG). Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip, wie sie in § 18 Abs 3 und 4 BVG normiert sind, sind hier nicht einschlägig, da der Kläger nicht die Erstattung notwendiger Behandlungskosten für eine selbst durchgeführte Heilbehandlung des VB begehrt, sondern Ersatz für geleistete Beiträge fordert. Ein solcher Ersatz ist vom Gesetz nicht vorgesehen und kann daher auch nicht im Wege des Herstellungsanspruches zugesprochen werden."

Dieser Entscheidung hat sich das LSG Baden-Württemberg im Urteil vom 13.05.2005, Az.: [L 8 VG 1060/04](#) ausdrücklich angeschlossen und in den (in Juris veröffentlichten) Leitsätzen auf Folgendes hingewiesen:

"Abgesehen von der als Sonderregelung aufzufassenden Bestimmung in § 18 Abs 4 S 3 BVG gibt es nach dem BVG keinen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen (Zahlung der Prämien, Erstattung des mit der privaten Versicherung vereinbarten Selbstbehalts) für eine private Krankenversicherung (Anschluss an BSG vom 28.1.1975 - [10 RV 63/74](#) = [SozR 3-3100 § 18 Nr 3](#)). Ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für eine private Versicherung lässt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches begründen (Anschluss an LSG München vom 12.12.2002 - [L 18 V 16/01](#))."

Da ein vom Kläger über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch geltend gemachter Kostenerstattungsanspruch schon am Anspruchsinhalt scheitert, stellt sich die Frage nicht mehr, ob allein mit der rechtswidrig zu spät erfolgten Feststellung einer MdE in Höhe von 50 v.H., die zum schädigungsunabhängigen Heilbehandlungsanspruch gemäß § 10 Abs. 2 BVG berechtigt, die weiteren Voraussetzungen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches erfüllt wären. So gibt das Urteil des BSG vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), Hinweise darauf, dass eine Konstellation wie hier, in der die für § 10 Abs. 2 BVG erforderliche MdE erst zu spät festgestellt worden ist, grundsätzlich, also unabhängig vom geltend gemachten Anspruchsinhalt, nicht zu einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch führen kann. Denn - so das BSG sinngemäß - der in § 10 Abs. 2 BVG ermöglichte Heilbehandlungsanspruch auch für Nichtschädigungsfolgen zähle nicht zu den nach dem gesetzgeberischen "Programm" vorgesehenen Sozialleistungen, auf die der Träger der Versorgungsverwaltung hinzuweisen habe, um dem Versorgungsberechtigten alle Möglichkeit einer Kostenoptimierung zu eröffnen.

Das BSG hat dazu im Urteil vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), Folgendes ausgeführt:

"Durch einen früheren Austritt aus der Ersatzkasse hätte der Kläger weitere Beitragsaufwendungen ersparen können. Es liegt nahe, daß er davon bei früherer Kenntnis der Anspruchsvoraussetzungen für den versorgungsrechtlichen Krankenschutz auch Gebrauch gemacht hätte.

Damit hätte der Kläger allerdings eine Möglichkeit wahrgenommen, die ihm nach dem Gesetz zwar offenstand, aber nicht dem Grundgedanken der sozialen Entschädigung entsprach. Schwerbeschädigte erhalten eine Heilbehandlung wegen anderer Gesundheitsstörungen als der Schädigungsfolgen sowie Krankenbehandlung für Familienangehörige wohl als eine Versorgung im weiteren Sinn (§ 9 BVG). Es handelt sich aber, da sie unmittelbar nicht die Folgen schädigender Einwirkungen ausgleichen soll, eher um eine fürsorgliche Leistung aus der Kriegsoferversorgung am "Rande ihrer Obliegenheiten", als "Auffanghilfe" (BSG SozR 3100 § 10 Nrn 6, 13 und 18). Sie wird nur nach dem Maße der Schutzbedürftigkeit erbracht. Als schutzbedürftig wurden von Beginn an nur solche Kriegsbeschädigte angesehen, die nicht anderweitig abgesichert, insbesondere nicht krankenversichert waren, und auch keinen Krankenversicherungsschutz mehr erlangen konnten, die "nach Lage der Sache für die Sozialversicherung nicht in Frage" kamen (Verhandlungen des Ausschusses für Kriegsoffer- und Kriegsgefangenenfragen, 1. Wahlperiode 1949, zu § 10 BVG S 18). Seit dem Ersten Neuordnungsgesetz vom 27. Juni 1960 ([BGBl I 453](#)) ist zur Klarstellung ausdrücklich geregelt, daß der Schutz durch einen Sozialversicherungsträger Leistungen der Kriegsoferversorgung ausschließt. Der Gesetzgeber hat die mit einer Versicherung verbundene Beitragspflicht auch für einen Kriegsbeschädigten grundsätzlich als zumutbar angesehen. Er hat deshalb für pflichtversicherte Kriegsbeschädigte auch keine Wahlfreiheit eingeräumt, auf den Krankenversicherungsschutz zu Lasten der Versorgungsverwaltung zu verzichten. Eine Möglichkeit, den Krankenversicherungsschutz aufzugeben, bestand und besteht vielmehr nur im Rahmen der allgemeinen Befreiungsvorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl §§ 173 ff Reichsversicherungsordnung (RVO) aF, [§ 8 SGB V](#)) und bei freiwillig Krankenversicherten (vgl §§ 176 ff RVO aF, [§ 9 SGB V](#)). Wenn diejenigen, die die Möglichkeit haben, auf den Schutz der sozialen Krankenversicherung zu verzichten, davon Gebrauch machen, um versorgungsrechtlichen Krankenschutz in Anspruch zu nehmen, verstoßen sie zwar nicht gegen ein ausdrückliches gesetzliches Verbot. Ein solches Verhalten mag auch nicht rechtsmißbräuchlich sein (vgl BSG SozR 3100 § 10 Nr 26). Die freiwillige Aufgabe eines umfassenden sozialen Krankenversicherungsschutzes zu Lasten des Versorgungsträgers widerspricht aber dem sozialrechtlichen Ordnungsgefüge und führt auch zu sozial unausgewogenen Ergebnissen. Denn gerade bei dem Kreis der wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht pflichtversicherten Personen sind die Einkommensverhältnisse im allgemeinen günstiger als bei pflichtversicherten Personen, die sich nicht zu Lasten des Versorgungsträgers von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen können. Daß der Gesetzgeber diese Verlagerung der Kostenlast grundsätzlich als unerwünscht ansieht, hat er neuerdings auch zum Ausdruck gebracht, indem er durch die Einfügung des § 10 Abs 7 Buchst b BVG (Haushaltsbegleitgesetz 1983 vom 20. Dezember 1982 - [BGBl I 1857](#) -) den auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung befreiten Personen die Möglichkeit genommen hat, den Krankenschutz anstelle der Krankenkasse durch den Versorgungsträger sicherstellen zu lassen. Für die Aufgabe einer freiwilligen Krankenversicherung fehlt es zwar an einer entsprechenden gesetzlichen Regelung; daraus ist aber nicht im Gegenschluß zu folgern, daß dies Verhalten im Rahmen der gesetzgeberischen Zielvorstellungen liegt. Es liegt vielmehr nahe, daß der Gesetzgeber hier bislang den Regelungsbedarf nicht gesehen hat.

Aus diesem Grunde brauchte die Versorgungsverwaltung den Kläger anlässlich der Gewährung der Pflegezulage auch nicht darauf hinzuweisen, wie er die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von umfassendem versorgungsrechtlichen Krankenschutz schaffen konnte. Es ist zwar anerkannt, daß der Sozialleistungsträger im Verlaufe eines Verwaltungsverfahrens von sich aus den Bürger auf solche Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen hat, die klar zutage liegen und deren Wahrnehmung offensichtlich so zweckmäßig erscheint, daß sie jeder verständige Bürger mutmaßlich nutzen würde (vgl BSG SozR Nr 3 zu § 1233 RVO; [BSGE 41, 126](#) = [SozR 7610 § 242 Nr 5](#); [SozR 1200 § 14 Nr 25](#)). Das bedeutet aber 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 (vgl [§§ 14, 15, 17 Abs 1 SGB I](#)) sollen lediglich dazu dienen, den Bürger zu den nach dem gesetzgeberischen "Programm" vorgesehenen Sozialleistungen zu führen (vgl [BSGE 55, 257](#) = [SozR 1200 § 13 Nr 2](#)). Dazu zählt nicht der versorgungsrechtliche Heilbehandlungsanspruch

für Nichtschädigungsfolgen und der Krankenbehandlungsanspruch für Angehörige, wenn ein Schwerbeschädigter, wie der Kläger, bereits ausreichend sozial krankenversichert ist."

4. Kein Anspruch aus § 10 Abs. 8 BVG wegen Heilbehandlung vor Anerkennung eines Versorgungsanspruchs

Der Kläger kann aus § 10 Abs. 8 BVG keinen Erstattungsanspruch bezüglich der von ihm zur privaten Krankenversicherung geleisteten Beiträge herleiten.

Wenn der Kläger meint, aus § 10 Abs. 8 BVG einen Anspruch auf Erstattung der von ihm gezahlten Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu haben, verkennt er dessen Regelungsgehalt. Mit dieser Vorschrift wird allein die Möglichkeit eröffnet, bereits vor dem vollständigen Abschluss des Feststellungsverfahrens im Rahmen einer Ermessenentscheidung Heilbehandlung zu gewähren. Die Zahlung von Versicherungsbeiträgen zur privaten Krankenversicherung gehört aber nicht zu den in § 11 BVG näher beschriebenen Maßnahmen der Heilbehandlung.

5. Kein Anspruch aus § 18 Abs. 3 BVG wegen selbst durchgeführter Heilbehandlung vor Anerkennung

§ 18 Abs. 3 BVG ermöglicht nicht die Erstattung von Beiträgen zu einer Krankenversicherung.

§ 18 Abs. 3 BVG stellt mit der dort geregelten Kostenerstattung eine Durchbrechung des Sachleistungsprinzips dar. Ermöglicht wird bei Vorliegen der in § 18 Abs. 3 BVG genannten Voraussetzungen eine Kostenerstattung für konkret durchgeführte bestimmte medizinische Leistungen, die sich der Versorgungsberechtigte selbst verschafft und vorfinanziert hat. Damit tritt die Kostenerstattung an die Stelle der Sachleistung. Nicht ermöglicht wird über § 18 Abs. 3 BVG die Erstattung der für eine Krankenversicherung aufgewendeten Kosten. Derartige Versicherungsbeiträge können nicht einer konkreten Heilbehandlungsmaßnahme zugeordnet werden, sondern stellen vorsorglich aufgewendete Zahlungen dar, die nicht einem Behandlungsfall zugerechnet werden können. Ihre Höhe ist weitgehend unbeeinflusst von den tatsächlich entstandenen Heilbehandlungskosten. Insofern sind die Versicherungsbeiträge nicht an die Stelle einer konkreten Sachleistung getreten. Dies bedeutet, dass über § 18 Abs. 3 BVG keine Beiträge zu einer Krankenversicherung erstattet werden können.

Dass die Verschaffung eines Versicherungsschutzes für Krankheitsfälle durch Beitragszahlungen an eine (private) Krankenversicherung einer selbst beschafften konkreten Sachleistung nicht gleichzustellen ist, hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), wie folgt klargestellt:

"Ferner bestimmte § 10 Abs. 5 und 6 BVG (vgl. jetzt § 18 Abs. 1 BVG), daß Heilbehandlung oder Krankenbehandlung auch vor der Anerkennung eines Versorgungsanspruchs gewährt werden kann und daß in den Fällen, in denen eine Heil- oder Krankenbehandlung von dem Beschädigten vor der Anerkennung selbst durchgeführt worden ist, "die Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfang zu erstatten sind" (vgl. [BSG 27, 26](#)). Diese letztere Regelung trifft auf den Kläger zu, denn die Anerkennung der Lungentuberkulose als Schädigungsfolge durch den Beklagten ist erst im April 1965 wirksam geworden, während die Heilbehandlung wegen Tuberkulose in dem Zeitraum von Juli 1962 an durchgeführt worden ist. Seiner Verpflichtung zum Ersatz der notwendigen Behandlungskosten ist der Beklagte auch nachgekommen. Nach den Feststellungen des LSG und dem Akteninhalt hat der Beklagte der privaten Krankenversicherung bzw. dem Kläger die von diesen aufgewendeten Beträge in Höhe von 1.951,- DM, 231,75 DM und 30,- DM erstattet. Darüber hinaus aber hat die Versorgungsverwaltung dem Niedersächsischen Landessozialamt die von diesem in der Zeit vom 2. Juli 1962 bis 30. April 1963 aufgewendeten Kosten für die stationäre Heilbehandlung im Städtischen Krankenhaus L. in Höhe von 6.290,60 DM erstattet. Die Verpflichtung dazu ergab sich aus § 59 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), da der Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Tuberkulosehilfe eine notwendige Maßnahme unverzüglich durchzuführen hatte, seinerseits aber - nach der Anerkennung der Lungentuberkulose des Klägers als Schädigungsfolge - die Versorgungsverwaltung als verpflichtete Stelle in Anspruch nehmen konnte (vgl. BSG in SozR BVG Nr. 1 zu § 9). Das Vorbringen des Klägers, die Kosten der stationären und ambulanten Heilbehandlung seien von ihm bzw. aufgrund der von ihm geleisteten Prämien von der privaten Krankenversicherung getragen worden, trifft also schon in tatsächlicher Hinsicht nicht zu. Ebensowenig kann dem Kläger darin gefolgt werden, daß es für die Versorgungsverwaltung gleichgültig sein könne, ob sie die Krankenbehandlungskosten oder die Prämien zu zahlen habe. Da die Versorgungsverwaltung die gesamten, ihr gegenüber geltend gemachten Heilbehandlungskosten erstattet hat, würde sie mit der Zahlung der Krankenversicherungsprämien eine doppelte Leistung erbringen."

6. Kein Anspruch aus § 18 Abs. 4 Satz 1 BVG wegen selbst durchgeführter Heilbehandlung nach Anerkennung

§ 18 Abs. 4 Satz 1 BVG ermöglicht nicht die Erstattung von Beiträgen zu einer Krankenversicherung; zudem handelt es sich vorliegend um Kosten, die vor der Anerkennung entstanden sind.

§ 18 Abs. 4 Satz 1 BVG trifft eine Regelung für die Fälle, in denen zwar der Heilbehandlungsanspruch bereits anerkannt ist, aber eine Heilbehandlung außerhalb des Sachleistungsprinzips erfolgt ist. Vorliegend fehlt es schon am zeitlichen Gesichtspunkt für die Anwendung des § 18 Abs. 4 Satz 1 BVG, da der Kläger seine Zahlungen an die Krankenversicherung zu einem Zeitpunkt erbracht hat, zu dem der Heilbehandlungsanspruch noch nicht anerkannt war; für eine derartige zeitliche Konstellation ist § 18 Abs. 3 BVG einschlägig. Im Übrigen würde auch § 18 Abs. 4 Satz 1 BVG - wie schon § 18 Abs. 3 BVG - eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung nicht ermöglichen.

7. Keine Beitragserstattung aufgrund von § 10 Abs. 5 und 6 BVG

Der Kläger kann keinen Erstattungsanspruch bezüglich der von ihm zur privaten Krankenversicherung geleisteten Beiträge aus § 10 Abs. 5 und 6 BVG ableiten.

§ 10 Abs. 5 BVG und § 10 Abs. 6 BVG betreffen in der jetzt gültigen Fassung nicht die Frage der Erstattung von Kosten für eine Krankenversicherung. Vielmehr regeln § 10 Abs. 5 BVG mit der Krankenbehandlung im Sinne des § 10 Abs. 4 BVG die Behandlung von dritten, dem Schwerbeschädigten vereinfacht gesagt nahestehenden Personen und § 10 Abs. 6 BVG die Leistungen zur Gesundheitsförderung und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Sollte der Kläger bei der von ihm praktizierten umfassenden Durchsicht der Rechtsprechung zu der Meinung gekommen sein, über die Regelungen der § 10 Abs. 5 BVG und § 10 Abs. 6 BVG eine

Kostenerstattung der Prämien zur privaten Krankenversicherung erhalten zu können, wäre diese Argumentation nur so zu erklären, dass der Kläger bei Durchsicht des Urteils des BSG vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), übersehen hat, dass die dort angeführten Vorschriften des § 10 Abs. 5 und 6 BVG dem jetzt geltenden § 18 Abs. 1 BVG entsprechen, wie dies im Übrigen auch den Urteilsgründen des BSG zu entnehmen ist (" ... bestimmte § 10 Abs. 5 und 6 BVG (vgl. jetzt § 18 Abs. 1 BVG) ...").

8. Amtshaftungsanspruch gemäß [Art. 34 Grundgesetz \(GG\)](#) i.V.m. [§ 839](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Über einen Amtshaftungsanspruch hat der Senat nicht zu entscheiden.

Ob der Kläger wegen der zu späten Anerkennung einer MdE von 50 und damit eines fehlerhaften Verwaltungshandelns einen Amtshaftungsanspruch gemäß [Art. 34 GG](#) i.V.m. [§ 839 BGB](#) haben könnte, ist im vorliegenden Rechtsstreit mangels Zuständigkeit des Senats nicht zu entscheiden. Für die Geltendmachung eines solchen Anspruches wäre vielmehr gemäß [Art. 34 Satz 3 GG](#) der Zivilrechtsweg eröffnet.

Ob bei der Geltendmachung eines Amtshaftungsanspruchs die zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch vom BSG im Urteil vom 28.01.1975, Az.: [10 RV 63/74](#), aufgezeigten Überlegungen zu den im gesetzgeberischen "Programm" vorgesehenen Sozialleistungen und den dabei bestehenden eingeschränkten Hinweispflichten maßgeblich wären, bleibt einer Beurteilung durch die Zivilgerichtsbarkeit überlassen."

Diese Ausführungen samt Ergebnis sind auf den vorliegenden Rechtsstreit zu übertragen. Kurz zusammengefasst bedeutet dies Folgendes:

* Eine Erstattung der Beiträge zur Krankenversicherung und Selbstbehalte nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG, der gemäß § 80 SVG für den Kläger als ehemaligen Soldaten der Bundeswehr zur Anwendung kommt, hat nicht zu erfolgen.

§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG lässt einzig und allein dann eine Erstattung zu, wenn der Versorgungsberechtigte nach dem durch eine rechtswidrige Herabsetzung der/s MdE/GdS auf unter 50 (v.H.) verursachten "Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung" gezwungen ist, sich selbst kranken zu versichern, weil er ansonsten ohne Schutz bei Krankheit wäre. Eine solche Konstellation ist beim Kläger nicht gegeben gewesen.

Vor dem Jahr 2003 hat der Kläger keine freie Heil- oder Krankenbehandlung im Sinn von § 10 Abs. 2 BVG genossen. Die dafür erforderliche MdE von mindestens 50 v.H. ist ihm für die Zeit bis Juli 1999 erst mit Bescheid vom 05.05.2004 zuerkannt worden, sodass der Kläger von seinem Anspruch auf freie Heil- oder Krankenbehandlung keinen Gebrauch machen und seine Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung nicht beenden konnte; ab dem August 1999 waren nach dem damaligen Bescheid vom 05.05.2004 die Voraussetzungen für eine freie Heil- und Krankenbehandlung nicht mehr gegeben. Gleiches gilt für die Zeit bis Dezember 1996, für die mit Bescheid vom 13.07.2004 eine MdE von 60 v.H. festgestellt worden ist. Auch in dieser Zeit konnte der Kläger seinen Anspruch auf freie Heil- oder Krankenbehandlung wegen des zeitlichen Ablaufs nicht nutzen.

Eine durch eine rechtswidrige Herabsetzung der MdE bedingte Beendigung einer bereits erfolgten Inanspruchnahme des Anspruchs auf freie Heil- oder Krankenbehandlung wäre aber für einen Erstattungsanspruch gemäß § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG unverzichtbar gewesen, da der Erstattungsanspruch einen durch den - wie sich erst später herausstellt - rechtswidrigen Wegfall der freien Heil- oder Krankenbehandlung bedingten Abschluss einer Krankenversicherung voraussetzt.

Dass sich schlussendlich durch den Widerspruchsbescheid vom 15.10.2008 herausgestellt hat, dass der Kläger durchgehend ab August 1999 über die für die freie Heil- oder Krankenbehandlung erforderliche MdE von mindestens 50 v.H. verfügt hat, kann keinen Anspruch auf Erstattung der Beiträge und Aufwendungen zur Krankenversicherung nach sich ziehen. Denn - wie bereits ausführlich erläutert - allein die rückwirkende Erhöhung der MdE auf mindestens 50 v.H. reicht nicht aus für einen Erstattungsanspruch nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG.

Sofern die Bevollmächtigten des Klägers im Berufungsverfahren mit Schreiben vom 14.01.2014 ihre Ansicht zum Ausdruck gebracht haben, dass die Entscheidung des Senats vom 28.11.2012 auf den vorliegenden Fall wegen der Besonderheiten des Einzelfalls nicht übertragbar sei, und dies damit begründet haben, dass dem Grundgedanken nach vorliegend eine ähnliche Konstellation gegeben sei wie die, bei der die Versorgungsverwaltung nachträglich rechtswidrig in eine erworbene Rechtsposition eingegriffen habe, kann der Senat dem nicht folgen. Denn die Bevollmächtigten des Klägers verkennen den eindeutigen Wortlaut des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG. Voraussetzung für eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung ist, dass "der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach [Hervorhebung durch den Senat] Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine Krankenversicherung abgeschlossen [hat] oder er einer Krankenkasse beigetreten [ist]." Selbst dann, wenn die mit Teilabhilfebescheid vom 05.05.2004 bis Juli 1999 ausgesprochene Befristung einer MdE von 60 v.H., die für diesen Zeitraum einen umfassenden Heilbehandlungsanspruch begründet, als rechtswidrige Herabsetzung der MdE mit der Konsequenz eines Wegfalls des Anspruchs auf freie Heil- oder Krankenbehandlung betrachtet wird, kann dies im Fall des Klägers nicht zur Folge gehabt haben, dass er aus diesem Grund eine Krankenversicherung abgeschlossen hat oder einer Krankenkasse beigetreten ist. Denn die Feststellung der MdE in einer Höhe, die einen Anspruch auf freie Heil- und Krankenbehandlung nach sich zieht, ist erst im Jahr 2004 erfolgt. Der Kläger kann daher schon aus zeitlichen Gründen durch die (rechtswidrige) Herabsetzung der MdE überhaupt nicht zum Abschluss einer (privaten) Krankenversicherung veranlasst worden sein. Denn zum Zeitpunkt der mit Bescheid vom 05.05.2004 erfolgten "Herabsetzung" hatte für den Kläger noch gar keine Möglichkeit bestanden, die ihm für die Zeit einer MdE von 60 v.H. gemäß § 10 Abs. 2 BVG zustehende freie Heil- und Krankenbehandlung in Anspruch zu nehmen.

* Über das Institut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kann eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung und Selbstbehalten nicht erreicht werden, da bei rechtmäßigem Verwaltungshandeln der Kläger nur Sachleistungen im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung erhalten hätte können, nicht aber eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung. Die vom SG aufgeworfene Frage, ob vom Träger der Versorgungsverwaltung "die komplexe Angelegenheit ohne schuldhaftes Verzögerungen bearbeitet" worden ist, stellt sich in diesem Zusammenhang daher nicht.

* Abgesehen von § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG enthält das BVG keine Rechtsgrundlage für eine Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung

und Selbstbehalten. Der Kläger kann weder über § 10 Abs. 8 BVG noch über § 18 Abs. 3 BVG, § 18 Abs. 4 Satz 1 BVG, § 10 Abs. 5 BVG oder § 10 Abs. 6 BVG eine Beitragserstattung erreichen.

* Einen Schadensersatzanspruch könnte der Kläger allenfalls auf [Art. 34](#) Grundgesetz i.V.m. [§ 839](#) Bürgerliches Gesetzbuch stützen. Dafür müsste er aber den Zivilrechtsweg bestreiten.

Die Berufung kann daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-02-14