

L 16 R 976/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 22 R 243/10
Datum
22.09.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 16 R 976/16
Datum
14.11.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 22. September 2016 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 6. November 2017 wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten für das Verfahren bei dem Landessozialgericht sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von einbehaltenen Beiträgen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung und die rückwirkende Gewährung eines Beitragszuschusses zur freiwilligen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Beklagte bewilligte der 1956 geborenen Klägerin, die von März 1982 bis zu ihrer Wiederheirat im September 1983 eine Witwenrente einschließlich Abfindung bezog, ab November 1987 nach Ehescheidung im Oktober 1987 antragsgemäß erneut Witwenrente unter Anrechnung der Abfindung in Teilbeträgen (Bescheid vom 21. April 1988). Aufgrund der Pflichtversicherung in der in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beigeladenen zu 1. behielt die Beklagte einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 11,8 % ein und gewährte der Klägerin zugleich einen Beitragszuschuss (seinerzeit 5,9 %).

Die Klägerin war vom 1. April 1988 bis einschließlich 29. Februar 1992 bei der Beigeladenen zu 1. und vom 1. März 1992 bis 31. Juli 1994 bei der Beigeladenen zu 2. pflichtversichert; vom 1. August 1994 bis 28. Februar 1995 war sie bei der Beigeladenen zu 2. freiwillig versichert. Im Anschluss daran war sie privat kranken- und pflegeversichert. In der Zeit vom 1. März 1992 bis 31. Juli 1994 übte die Klägerin eine versicherungspflichtige Beschäftigung aus. Danach war sie selbständig tätig.

Anlässlich der Einführung des maschinell unterstützten Meldeverfahrens bei der Beklagten wurde zum 4. Juli 1997 ein "KV-Meldesatz" in den Daten der Klägerin gespeichert. Eine weitere Speicherung eines Meldesatzes im Rentenkonto der Klägerin erfolgte am 7. Juli 2000. Auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bl. II 18 ff. über die "Meldesetze zur Kranken- und Pflegeversicherung wird Bezug genommen.

Die Beklagte übersandte der Klägerin seit Juli 1997 jährlich Rentenanpassungsmittelungen, mit denen die Beigeladene zu 1. als Krankenversicherung angegeben und die Klägerin zugleich darüber informiert wurde, dass sie sich im Falle der Versicherung bei einer anderen Krankenkasse an die für sie zuständige Krankenversicherung zu wenden habe.

Mit Bescheid der Beklagten vom 8. März 2004 (wegen Abzugs der Beiträge zur Pflegeversicherung) wurde die Klägerin darüber informiert, dass aus dem Rentenbetrag für die Beigeladene zu 1. monatlich Beitragsanteile zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 15,50 bzw. 1,70 % ab 1. April 2004 einbehalten würden.

Die Klägerin beantragte bei der Beklagten mit einem Schreiben vom 17. März 2008 die Überprüfung der Witwenrente wegen zu Unrecht an die Beigeladene zu 1. abgeführter Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge. Sie sei seit August 1994 als Unternehmensberaterin selbständig tätig und seit Januar 1995 privat krankenversichert (Versicherungsscheine der Inter Krankenversicherung aG vom 7. November 1994 über Pflege-Pflichtversicherung zum 1. Januar 1995 und der Deutschen Krankenversicherung vom 24. Februar 1997). Zugleich stelle sie einen Antrag auf einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung. Auf die telefonische Anforderung und ein entsprechendes Auskunftsersuchen der Beklagten übersandte die Beigeladene zu 1. im Juni 2008 die Mitteilung, die Klägerin sei nicht bei ihr pflichtversichert; eine Versicherungszeit bis 29. Februar 1992 wurde bestätigt (Schreiben vom 10., 12. und 13. Juni 2008).

Mit Bescheid vom 26. Juni 2008 berechnete die Beklagte die bisherige große Witwenrente der Klägerin ab 1. Januar 2004 neu und stellte

eine Nachzahlung für die Zeit vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Juli 2008 in Höhe von 3.491,32 EUR fest. Ein Erstattungsanspruch wegen Beiträgen für die Zeit bis 1. Januar 2004 sei verjährt.

Mit Bescheid vom 30. Juni 2008 berechnete die Beklagte die Rente ab 1. März 2008 neu und gewährte der Klägerin ab diesem Zeitpunkt einen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung.

Einen Antrag auf Überprüfung des Bescheides vom 30. Juni 2008 mit Schriftsatz des Bevollmächtigten der Klägerin vom 23. Dezember 2008 wertete die Beklagte als Ergänzung des Widerspruchs gegen diesen Bescheid, half diesem insofern ab, als sie der Klägerin einen Beitragszuschuss nunmehr ab 1. März 2007 bewilligte, und wies den Widerspruch im Übrigen zurück (Widerspruchsbescheid vom 2. Juli 2009). Zur Begründung ist ausgeführt, der Zuschuss werde nur auf Antrag geleistet, der von der Klägerin erst am 17. März 2008 gestellt worden sei. Auch im Wege eines Herstellungsanspruchs könne ein Beitragszuschuss nicht für Zeiten vor dem 1. März 2007 gewährt werden. Die Klägerin habe sich nicht darauf verlassen dürfen, dass die Beigeladene zu 1. den Wegfall der Krankenversicherungspflicht melde. Sie habe aufgrund der Mitteilungen zur Rentenanpassung erkennen können, dass wegen der zugrunde gelegten Versicherungspflicht Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner von der Rente zugunsten der Beigeladenen zu 1. abgezogen wurden.

Mit ihrer am 24. Juli 2009 gegen den Bescheid vom 30. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2009 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Ein als Überprüfungsantrag gegen den Bescheid vom 26. Juni 2008 gewertetes Schreiben des Bevollmächtigten der Klägerin vom 24. März 2010 lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 19. April 2010).

Den Überprüfungsantrag der Klägerin vom 1. Oktober 2011 in Bezug auf die Bescheide vom 19. April 2010 und vom 26. Juni 2008 mit dem Begehren, unter Änderung jener Bescheide eine Erstattung von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung rückwirkend für die Zeit ab 1. Juli 1995 zu erhalten, lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 8. November 2011, Widerspruchsbescheid vom 4. Mai 2012). Zur Begründung ist ausgeführt, die Beigeladene zu 1. habe das Bestehen der Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit ab 1. Januar 1992 seinerzeit bestätigt. Für die Klägerin sei der Abzug der Beiträge aufgrund der jährlichen Rentenanpassungsmitteilungen erkennbar gewesen. Sie habe die Krankenversicherungsverhältnisse rechtzeitig klarstellen können. Der Rentenversicherungsträger sei nach Ablauf der Verjährungsfrist berechtigt, die Erstattung zu verweigern. Auch hinsichtlich des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs gelte eine Ausschlussfrist von vier Jahren.

Die Klage – S 22 R 470/12 – gegen den Bescheid vom 8. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Mai 2012 hat das Sozialgericht Neuruppin (SG) zu vorliegendem Verfahren verbunden (Beschluss vom 11. Februar 2015).

Mit Urteil vom 22. September 2016 hat das SG die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 26. Juni 2008 und unter Aufhebung der Bescheide vom 19. April 2010 und vom 8. November 2011, letzterer in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Mai 2012, verurteilt, erneut über die Erstattung von Pflichtbeiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2003 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Soweit die Beklagte den Erstattungsanspruch für Zeiten vor dem 1. Januar 2004 abgelehnt habe, weil er verjährt sei, habe sie die Einrede der Verjährung ermessensfehlerhaft erhoben, so dass der Bescheid insoweit aufzuheben sei. Die erforderliche Ermessensprüfung sei von der Beklagten nachzuholen. Eine Ermessensreduzierung auf Null liege insofern nicht vor; ein Anspruch auf Beitragserstattung vor dem 1. Januar 2004 folge auch nicht aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch, dem die Verjährung entgegenstehe. Zu Recht habe die Beklagte den Zuschuss zur privaten Krankenversicherung angesichts des Antrags der Klägerin vom 17. März 2008 erst ab dem 1. März 2007 gewährt. Ein Beitragszuschuss zur Krankenversicherung für die Zeit vor dem 1. März 2007 stehe ihr schließlich ebenfalls nicht aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu, da es an einer der Beklagten zurechenbaren Pflichtverletzung fehle. Der Klägerin wäre es vielmehr selbst zumutbar gewesen, der Beklagten den Wechsel in die private Krankenversicherung mitzuteilen.

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter, indem sie einen Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung vom 1. Januar 1995 bis 28. Februar 2007 sowie die rückwirkende Erstattung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ab 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 2003 begehrt. Für die Beklagte sei erkennbar gewesen, dass ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1. Januar 1995 wegen eines privaten Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses geendet habe. Die Beklagte dürfe aufgrund der "Funktionseinheit" im sogenannten "KV-Meldevorgang" nach Treu und Glauben die Verjährungseinrede nicht erheben. Ausweislich der Meldung der Beigeladenen zu 1. an die Beklagte vom 7. Juli 2000, deren Inhalt weiter zu ermitteln sei, habe auffallen müssen, dass die Klägerin bereits seit 1. März 1992 nicht mehr Pflichtmitglied gewesen sei. Dies dränge sich aufgrund des Vermerks der Beklagten vom 3. Juni 2008 auf, wonach im Jahr 2000 ein "entsprechender" Datensatz, mithin eine KVdR-Meldung abgesetzt worden sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 22. September 2016 zu ändern und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 30. Juni 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2009 zu verurteilen, ihr einen Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis 28. Februar 2007 zu gewähren, ferner die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 6. November 2017 zu verurteilen, ihr einbehaltene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2003 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, ihr sei nicht bekannt gewesen, dass die Klägerin seit dem 1. März 1992 neben dem Witwenrentenbezug eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt und diese zum 31. Juli 1994 beendet habe. Im Übrigen wäre sie nach Wegfall der vorrangigen Versicherungspflicht als Beschäftigte in die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner eingetreten, so dass

die Rente unverändert der Beitragspflicht unterlegen hätte. Von der ab 1. August 1994 hauptberuflich ausgeübten selbständigen Tätigkeit hätte auch anhand eines Versicherungsverlaufs keine Kenntnisnahme erfolgen können. Die dokumentierte Meldung vom 4. Juli 1997 sei nicht von der Beigeladenen zu 1. abgegeben worden, es handele sich vielmehr um Bestandsdatensätze, die von der Beklagten anlässlich der Einführung des maschinell unterstützten Meldeverfahrens zum 1. Juli 1997 auf der Grundlage des im Rentenkonto der Klägerin vorhandenen Krankenversicherungs-Datensatzes maschinell gebildet worden seien. Die Meldung vom 7. Juli 2000 sei zwar von der Beigeladenen zu 1. erfolgt, habe aber keine Angaben zum Krankenversicherungs-Verhältnis der Klägerin enthalten, sondern habe lediglich der Übermittlung eines geänderten Akten- bzw. Identifikationszeichens der Krankenkasse gedient. Es habe auch keine Veranlassung für eine Meldung bestanden, weil die Klägerin bereits zum 1. März 1992 die Krankenversicherung gewechselt habe, so dass die nunmehr gewählte Krankenversicherung zu einer Meldung gegenüber der Beklagten verpflichtet gewesen wäre, hätte sie vom Rentenbezug der Klägerin gewusst. Die Klägerin habe ihrerseits Änderungen im Krankenversicherungsverhältnis gegenüber der Beklagten angeben und bei einem Krankenversicherungswechsel Angaben über den Rentenbezug tätigen müssen, damit die neue Krankenversicherung ordnungsgemäß eine Meldung hätte absetzen können.

Mit Bescheid vom 6. November 2017 hat es die Beklagte in Ausführung der Teilstattgabe im angefochtenen Urteil gegenüber der Klägerin abgelehnt, die zu Unrecht einbehaltenen Beiträge zur Krankenversicherung für die Zeit bis zum 31. Dezember 2003 zu erstatten und zur Begründung ausgeführt: Die Beiträge bis 31. Dezember 2003 seien verjährt. Von der Geltendmachung der Verjährungseinrede werde auch nach Ausübung pflichtgemäßen Ermessens unter Abwägung der maßgeblichen Umstände nicht abgesehen. Weder der Beklagten noch der Beigeladenen zu 1. sei ein Verschulden anzulasten. Dafür, dass die Beigeladene zu 2. Kenntnis von dem Rentenbezug gehabt habe, beständen keine Anhaltspunkte. Die Klägerin ihrerseits sei mehrfach darauf hingewiesen worden, dass Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung einbehalten würden.

Die Beigeladene zu 1., die keinen Antrag stellt, trägt vor, die Pflichtversicherung der Klägerin bei ihr habe mit dem 29. Februar 1992 geendet. Wie sich die Krankenversicherungsverhältnisse der Klägerin ab dem 1. März 1992 gestaltet hätten, sei ihr unbekannt.

Die Beigeladene zu 2., die Mitgliedzeiten der Klägerin vom 1. März 1994 bis 31. Juli 1994 (gesetzliche Krankenversicherung) und vom 1. August 1994 bis 28. Februar 1995 (freiwillige Krankenversicherung) bestätigt hat – über Unterlagen verfüge sie nicht mehr –, stellt keinen Antrag.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf deren vorbereitende Schriftsätze nebst Anlagen sowie den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten und der Beigeladenen zu 1. verwiesen, die vorgelegen haben und, soweit erforderlich, Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin sowie ihre zulässige Klage sind unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der bereits im erstinstanzlichen Verfahren gegenständliche Bescheid vom 30. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2009, mit dem es die Beklagte abgelehnt hat, der Klägerin für Zeiten vor dem 1. März 2007 einen Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren. Zum Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden ist ferner gemäß [§ 96 Abs. 1 SGG](#), der auch im Berufungsverfahren gilt, der in Ausführung des nicht angefochtenen Teils des Urteils des SG ergangene Bescheid der Beklagten vom 6. November 2017, mit dem es diese unter Nachholung von Ermessenserwägungen erneut abgelehnt hat, die einbehaltenen Beiträge zur Krankenversicherung für die Zeit bis 31. Dezember 2003 zu erstatten. Abändern oder ersetzen im Sinne des [§ 96 Abs. 1 SGG](#) setzt voraus, dass der Regelungsgegenstand des neu einzubeziehenden Verwaltungsakts mit dem des früheren identisch ist, was durch Vergleich der in beiden Verwaltungsakten getroffenen Verfügungssätze festzustellen ist (vgl. BSG, Urteil vom 22. März 2018 – [B 5 RE 12/17 B](#) – juris Rn. 22 m.w.N.; B. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 96 Rn. 4a mwN). Ein Ersetzen im Sinne dieser Norm ist hier gegeben. Mit dem Bescheid vom 6. November 2017 hat die Beklagte ihren ursprünglich angefochtenen und angesichts der zulässigen Berufung nach Teilabweisung der statthaften kombinierten Anfechtungs- Verpflichtungs- und Leistungsklage nicht bestandskräftigen Bescheid vom 8. November 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Mai 2012 vollständig ersetzt, dessen Regelungswirkung sich mithin erledigt hat, so dass das Berufungsgericht nunmehr über den Bescheid vom 6. November 2017 insofern als erste Instanz und wie von der Klägerin beantragt auf Klage zu entscheiden hat (stRspr. vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2010 – [B 13 R 61/09 R](#) – juris Rn. 15 m.w.N.).

Die Klägerin hat indes keinen – mit der statthaften kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage gemäß [§§ 54 Abs. 1, 4, 56 SGG](#) verfolgten und zeitlich beschränkten – Anspruch auf Zahlung eines Beitragszuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis 28. Februar 2007. Der insofern angefochtene Bescheid der Beklagten vom 30. Juni 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Juli 2009 ist rechtmäßig und verletzt sie daher nicht in ihren Rechten, wie bereits das SG mit zutreffenden Gründen ausgeführt hat.

Gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI](#) erhalten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Diese Voraussetzungen lagen bei der Klägerin zwar seit dem 1. Januar 1995 vor, da sie in dieser Zeit bis zum 28. Februar 1995 bei der Beigeladenen zu 2. freiwillig versichert und sodann privat kranken- und pflegeversichert war. Indes gelten für Zusatzleistungen wie dem Zuschuss zur Krankenversicherung die Vorschriften über Beginn, Änderung und Ende von Renten entsprechend ([§ 108 Abs. 1 SGB VI](#)). Aus [§ 99 Abs. 2 Satz 3 SGB VI](#) folgt, dass eine solche Zusatzleistung für die hier in Rede stehende Hinterbliebenenrente nicht für mehr als zwölf Kalendermonate vor dem Monat, in dem die Rente beantragt wird, geleistet wird. Unter Berücksichtigung des am 18. März 2008 bei der Beklagten eingegangenen Antrags der Klägerin hat jene mit dem angefochtenen Bescheid zu Recht den Zuschuss erst ab dem 1. März 2007 gewährt.

Wie vom SG darüber hinaus zutreffend ausgeführt worden ist, kann die Klägerin den Beitragszuschuss auch nicht mit Erfolg auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen. Dessen (im Wesentlichen dreigliedriger) Tatbestand fordert zunächst das Vorliegen einer Pflichtverletzung, die dem zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnen ist. Dadurch muss beim Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil

oder Schaden eingetreten sein. Schließlich muss durch Vornahme einer Amtshandlung des Trägers der Zustand wiederhergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (vgl. BSG, Urteil vom 22. März 2018 – [B 5 RE 1/17 R](#) – juris Rn. 35 m.w.N.; Urteil vom 3. April 2014 – [B 5 R 5/13 R](#) – juris Rn. 37). Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch kommt insbesondere in Betracht, wenn ein Leistungsträger durch Verletzung einer ihm aus dem Sozialleistungsverhältnis obliegenden Haupt- oder Nebenpflicht, insbesondere zur Auskunft und Beratung, nachteilige Folgen für die Rechtsposition des Betroffenen herbeigeführt hat und diese Rechtsfolgen durch ein rechtmäßiges Verwaltungshandeln wieder beseitigt werden können (BSG, a.a.O. Rn. 36 m.w.N. zur stRspr.). Demgemäß ist ein Herstellungsanspruch von der Rechtsprechung des BSG bejaht worden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: (1) Vorliegen einer Pflichtverletzung, die sich der Sozialleistungsträger im Verhältnis zum Berechtigten zurechnen lassen muss, (2) Eintritt eines rechtlichen Schadens beim Berechtigten, (3) Kausalzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Schadenseintritt und (4) Möglichkeit der Herstellung des Zustands, der ohne die Pflichtverletzung eingetreten wäre (stRspr. – vgl. a.a.O. m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben, weil es vorliegend bereits an einer der Beklagten zurechenbaren Pflichtverletzung fehlt, so dass die Voraussetzungen dafür, die Klägerin rechtlich so zu behandeln, als hätte sie einen wirksamen Antrag bereits vor März 2008 gestellt, nicht gegeben sind.

Die Beklagte hat es zur vollen Überzeugung des Senats im maßgeblichen Zeitraum seit Januar 1995 nicht pflichtwidrig unterlassen, die Klägerin über eine nach [§ 106 Abs. 1 SGB VI](#) bestehende Antragsmöglichkeit zu beraten (vgl. § 14 Sozialgesetzbuch – Allgemeine Vorschriften – SGB I). Ein konkretes Beratungsbegehren hat die Klägerin, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist und die Klägerin selbst auch nicht behauptet, nicht an die Beklagte gerichtet. Die Beklagte war auch nicht aufgrund anderer, erkennbarer Umstände gehalten, die Klägerin auf etwaige klar zu Tage tretende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen (sog. Spontanberatung; vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2016 – [B 9 V 6/15 R](#) – juris Rn. 29 m.w.N.). Eine solche Beratungspflichtverletzung kann der Beklagten nicht angelastet werden, weil ihr die Änderung in den Versicherungsverhältnissen der Klägerin erst aufgrund deren Antragstellung bekannt geworden sind.

Zwar kann sich nach ständiger Rechtsprechung des BSG ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch auch aus einem fehlerhaften Verhalten anderer Behörden ergeben, welches sich der zuständige Leistungsträger zurechnen lassen muss. Einer anderen Behörde als der für die Entscheidung über die Leistung befugten Stelle kann eine Beratungspflicht, deren Verletzung zu einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch gegen den zuständigen Leistungsträger führen kann, dann obliegen, wenn die andere Behörde vom Gesetzgeber im Sinne einer Funktionseinheit in das Verwaltungsverfahren "arbeitsteilig" eingeschaltet ist. Eine zurechenbare Beratungspflichtverletzung wird von der Rechtsprechung des BSG auch dann angenommen, wenn die Zuständigkeitsbereiche beider Stellen materiell-rechtlich eng miteinander verknüpft sind, die andere Behörde im maßgeblichen Zeitpunkt aufgrund eines bestehenden Kontaktes der aktuelle "Ansprechpartner" des Berechtigten ist und sie – die Behörde – aufgrund der ihr bekannten Umstände erkennen kann, dass bei dem Berechtigten im Hinblick auf das andere sozialrechtliche Gebiet ein dringender Beratungsbedarf in einer gewichtigen Frage besteht (vgl. BSG, Urteil vom 16. März 2016 – [B 9 V 6/15 R](#) – a.a.O. Rn. 30 m.w.N., insbesondere BSG, Urteil vom 30. September 2009 – [B 9 VG 3/08 R](#) – juris Rn. 44 m.w.N. sowie zur Zurechnung des Verhaltens Dritter i.S. einer Funktionseinheit: BSG, Urteil vom 8. Oktober 1998 – [B 8 KN 1/97 U R](#) – juris). Solches ist hier indes nicht der Fall.

Selbst unter Zugrundelegung einer nach Auffassung der Klägerin auf [§ 106 SGB VI](#) und dem sogenannten "KV-Meldeverfahren" beruhenden Funktionseinheit zwischen Kranken- und Rentenversicherungsträger fehlt es an der erforderlichen Pflichtverletzung i.S. einer Verletzung der Auskunfts- und Beratungspflicht. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beklagten bzw. einer der Beigeladenen Umstände bekannt waren oder hätten bekannt sein müssen, die auf einen erkennbaren Beratungsbedarf der Klägerin hätten schließen lassen können. Die Klägerin macht selbst nicht geltend, den Wechsel der Krankenversicherung bzw. die Aufnahme ihrer selbständigen Beschäftigung einem der Beteiligten gegenüber vor März 2008 angezeigt zu haben. Hierfür bestehen auch ausweislich der beigezogenen Akten keine Hinweise.

Soweit die Klägerin der Beklagten vorwirft, jene habe rechtzeitig prüfen müssen, ob die Einbehaltung der Beiträge (noch) rechtmäßig ist, begründet dies keine Pflichtverletzung der Beklagten oder der Beigeladenen zu 1., welches sich die Beklagte vermeintlich zurechnen lassen müsste (zu Frage der grundsätzlichen Nichtberücksichtigung des Verhaltens Dritter bei der Verjährungseinrede vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 1975 – [11 RA 152/74](#) – a.a.O. Rn. 13) im vorstehenden Sinn. Denn die Beklagte darf aufgrund des nach § 201 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V ausgestalteten Meldeverfahrens grundsätzlich davon ausgehen, dass ihr im Falle eines Versicherungswechsels dies die zuständige Krankenkasse mitteilt (vgl. [§ 201 Abs. 2](#) und 3 Satz 2 SGB V). Eine solche Mitteilung an die Beklagte wäre im Übrigen auch, wie vom SG zutreffend ausgeführt worden ist, der Klägerin selbst zumutbar gewesen, die bereits mit Bewilligungsbescheid vom 15. April 1988, sodann jährlich ab 1. Januar 1997 im Wege der Rentenanpassungsmitteilungen und schließlich mit Erteilung des Bescheides vom 8. März 2004 über die Einbehaltung der Beiträge zugunsten der Beigeladenen zu 1. informiert wurde (vgl. insoweit auch BSG, Urteil vom 13. Juni 1985 – [7 RA 107/83](#) – a.a.O.).

Davon, dass die Beklagte aufgrund einer entsprechenden Meldung der Beigeladenen zu 1. pflichtwidrig und fehlerhaft über das Bestehen einer Pflichtversicherung informiert worden wäre, wie die Klägerin behauptet, ist der Senat nicht im Ansatz überzeugt. Denn die Datensätze vom 4. Juli 1997 im Rentenkonto der Klägerin beruhen auf der Einführung des maschinell unterstützten Meldeverfahrens gemäß [§ 201 Abs. 6 SGB V](#) und waren von der Beklagten selbst aus dem Bestandskonto der Klägerin erzeugt worden. Aus dem Meldesatz vom 7. Juli 2000, den die Beigeladene zu 1. an die Beklagte abgesetzt hatte, folgt nichts Abweichendes. Insbesondere ist hiermit nicht ansatzweise das Vorliegen einer der Beklagten zurechenbaren Pflichtverletzung der Beigeladenen zu 1. belegt. Denn diese Meldung erfolgte augenscheinlich und im Einklang mit den Ausführungen der Beklagten in ihrem Schriftsatz vom 22. Dezember 2016, auf den zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen wird, zwecks Mitteilung eines geänderten Identifikationskennzeichens der Krankenkasse, das zuvor die Nummer 109519005 und nunmehr die Nummer 127302016 hatte. Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, dass die Beklagte den in diesem Zusammenhang angegebenen Meldegrund "74" nicht näher definiert hat, wie die Klägerin rügt; denn zu weiteren Ermittlungen "ins Blaue hinein" sah sich der Senat auch angesichts der von dem Bevollmächtigten der Klägerin beantragten weiteren Beweisaufnahme nicht gedrängt. Dem Antrag des Prozessbevollmächtigten, "wegen des Meldesatzes vom 7. Juli 2000 weiter bei der Beklagten zu ermitteln, insbesondere wegen seiner Bedeutung" war nicht durch weitere Amtsermittlungen (vgl. [§ 103 SGG](#)) zu folgen. Ein förmlicher Beweisantrag ergibt sich hieraus nicht. Merkmal eines Beweisantrags ist eine bestimmte Tatsachenbehauptung und die Angabe des Beweismittels für diese Tatsache (vgl. BSG, Beschluss vom 8. Oktober 2018 – [B 5 R 112/18 B](#) – juris Rn. 16). Aber auch der in dem Antrag liegenden Anregung der Klägerin, erneut in Bezug auf den Meldesatz vom 7. Juli 2000 zu ermitteln, war nicht Folge zu leisten, insbesondere nicht gegenüber der Beklagten. Denn jene hat sich bereits, wie ausgeführt, mit Schriftsatz vom 22. Dezember 2016 hierzu inhaltlich geäußert, ohne dass der Senat insofern Anhaltspunkte für Widersprüchlichkeiten erkennen könnte. Soweit die Klägerin meint, aus dem Vermerk der Beklagten vom

3. Juni 2008 lasse sich schließen, dass die Beigeladene zu 1. seinerzeit eine KVdR-Meldung abgesetzt habe, indem es wörtlich heißt, "Die Vers. hat selbst bei der AOK angerufen, und ihr wurde mitgeteilt, dass bereits im Jahr 2000 ein entsprechender Datensatz an uns abgesetzt wurde.", erschließt sich dies dem Senat nicht. Weder bestand für die Beigeladene zu 1. für eine Meldung zur Krankenversicherung der Rentner im Jahr 2000 Anlass noch konnte eine entsprechende Meldung im Rahmen der nachfolgenden Sachaufklärung der Beklagten bestätigt werden. Hierfür bestehen auch im Übrigen keine plausiblen Anhaltspunkte, nachdem die Beigeladene zu 1. im Juni 2008 nur Versicherungszeiten bis zum 29. Februar 1992 bestätigt hat. Abweichendes folgt schließlich weder aus den beigezogenen Leistungsakten der Beigeladenen zu 1. noch aus den Verwaltungsvorgängen der Beklagten. Bei dieser Sachlage kamen mangels greifbarer und auch vom Prozessbevollmächtigten nicht in der mündlichen Verhandlung bezeichneter konkreter Anhaltspunkte weitere Nachforschungen des Senats aufs Geratewohl nicht in Betracht (vgl. B. Schmidt, a.a.O. § 103 Rn. 8a m.w.N.). Eine der Beklagten zurechenbare Beratungspflichtverletzung liegt hiernach nicht vor.

Das Klagebegehren hat keinen Erfolg. Die Klägerin hat im Überprüfungsverfahren gemäß § 44 Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) keinen Anspruch auf Aufhebung des Bescheides vom 19. April 2010 und Änderung des Bescheides vom 26. Juni 2008 sowie auf Erstattung der einbehaltenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2003. Der mit der zulässigen kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (vgl. [§ 54 Abs. 1, 4 SGG](#)) angefochtene Bescheid der Beklagten vom 6. November 2017 ist rechtmäßig. Denn, wie vom SG bereits in Bezug auf die zwischenzeitlich ersetzten Bescheide zutreffend entschieden worden ist, welches auf die noch anhängige Klage gegen den Bescheid vom 6. November 2017 ebenfalls gilt, ist ein Anspruch auf Erstattung zu Unrecht einbehaltener Beitragsanteile zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gemäß § 27 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – SGB IV für Zeiten vor dem 1. Januar 2004 jedenfalls verjährt. Der Erstattungsanspruch verjährt danach in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem die Beiträge entrichtet worden sind. Die Verjährung wird u.a. durch schriftlichen Antrag auf die Erstattung gehemmt, den die Klägerin erst im März 2008 gestellt hat. Mit dem zum alleinigen Gegenstand des Verfahrens insoweit gewordenen Bescheid vom 6. November 2017 hat die Beklagte ermessensfehlerfrei gegenüber der Klägerin die Einrede der Verjährung gemäß [§ 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV](#) (vgl. auch [§ 45 Abs. 1 SGB I](#)) erhoben, indem sie die zuvor fehlenden Ermessenserwägungen einschließlich der insofern gemäß [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) erforderlichen Begründung nachgeholt und sodann ihre bereits mit den ursprünglich angefochtenen Bescheiden getroffene Entscheidung, sich für Zeiten bis zum 31. Dezember 2003 auf Verjährung zu berufen, gegenüber der Klägerin bestätigt hat. Hat der Versicherungsträger, der im Rahmen seines Ermessens regelmäßig – d.h. wenn keine besonderen Umstände vorliegen – gehalten ist, die Verjährungseinrede zu erheben (BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 – [13 RJ 17/96](#) – juris Rn. 40), die Einrede erhoben, ist vom Gericht gemäß [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) nur zu prüfen, ob er "von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht" hat (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 1975 – [11 RA 152/74](#) – juris Rn. 10). So liegt es hier aufgrund des Bescheides vom 6. November 2017. Insbesondere darf das Gericht, wenn – wie hier – keine sachfremden Erwägungen erkennbar sind, die Ermessensentscheidung des Verwaltungsträgers nicht durch eine eigene ersetzen.

Ermessensfehler im Sinne eines Nicht- oder Fehlgebrauchs bzw. einer Überschreitung der Grenzen des Ermessens (vgl. [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Ausweislich der Gesetzesbegründung zu [§ 45 SGB I](#) (vgl. [BT-Drs. 7/868 S. 30](#)) – nach dieser Vorschrift verjähren Ansprüche auf Sozialleistungen ebenfalls in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind – hat der Versicherungsträger jeweils prüfen, ob Gründe dafür sprechen könnten, ganz oder für einen Teil des Zeitraums von der Verjährungseinrede abzusehen. Eine etwaige Unkenntnis des Betroffenen – hier der Klägerin – sowie eventuelle Gründe, die dazu geführt haben, sind insofern nicht zu berücksichtigen. Zwar ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich nicht gestattet, Ansprüche allein unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten durchzusetzen; allein aufgrund einer damaligen Unkenntnis des Versicherten von den ihm zustehenden Ansprüchen ist der Versicherungsträger jedenfalls regelmäßig nicht verpflichtet, auf die Einrede der Verjährung zu verzichten (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 – [13 RJ 17/96](#) – a.a.O. Rn. 41 m.w.N.). Vielmehr hat der Versicherungsträger erst dann von der Erhebung der Verjährungseinrede abzusehen, wenn sie im Einzelfall zu grober Unbilligkeit oder zu besonderer Härte führen würde (vgl. BSG, Urteil vom 23. Oktober 1975 – [11 RA 152/74](#) – juris Rn. 12). Vergleichbares ist hier nicht erkennbar.

Soweit sich die Klägerin darauf beruft, ihr könne nicht angelastet werden, dass sie in Unkenntnis ihrer Versicherungsfreiheit nicht bereits früher die Erstattung der Beiträge beantragt habe, ist dies gerade der typische Fall einer möglicherweise eintretenden Verjährung. Denn es ist ein fundamentaler Grundsatz des Verjährungsrechts, dass eine solche Unkenntnis beim Eintritt der Verjährung grundsätzlich unbeachtlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 13. Juni 1985 – [7 RAr 107/83](#) – juris Rn. 21). Soweit die Klägerin meint, die Beklagte habe ermessensfehlerhaft nicht berücksichtigt, dass ihr die Verjährungseinrede gemäß [§ 27 Abs. 3 Satz 1](#) i.V.m. [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch nach Treu und Glauben verwehrt sei, weil jene sich das Verschulden der Beigeladenen zu 1. zurechnen lassen müsse, trifft es zwar zu, dass es der Behörde obliegt, im Rahmen der Prüfung der Verjährungseinrede eine etwaig zurechenbare – krasse – Pflichtverletzung zu berücksichtigen mit der Folge, dass die Erhebung der Verjährungseinrede von vornherein wegen unzulässiger Rechtsausübung (Verstoß gegen Treu und Glauben) ausgeschlossen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 – [13 RJ 17/96](#) – juris Rn. 31 m.w.N.). Davon, dass die Beklagte die fehlerhafte Einbehaltung der Beiträge zur – nicht mehr bestehenden – gesetzlichen Krankenversicherung schuldhaft (mit-)verursacht haben könnte, ist der Senat nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen jedoch nicht im erforderlichen Vollbeweis überzeugt.

Wie zuvor bereits ausgeführt worden ist, kann die Beklagten aufgrund des nach [§ 201 SGB V](#) ausgestalteten Meldeverfahrens grundsätzlich davon ausgehen, dass ihr ein etwaiger Krankenversicherungswechsel mitgeteilt wird (vgl. [§ 201 Abs. 2](#) und [3 Satz 2 SGB V](#)). Anhaltspunkte für eine Falschinformation insofern seitens einer der Beigeladenen bestehen nicht. Auf die obigen Ausführungen zu den aus den Verwaltungsakten der Beklagten ersichtlichen Meldesätzen vom 4. Juli 1997 und vom 7. Juli 2000 wird verwiesen. Zwar ist die Beklagte im Zuge des Krankenkassenwechsel zur Beigeladenen zu 2. am 1. März 1992, im Rahmen dessen die Klägerin zunächst ebenfalls aufgrund einer abhängigen Beschäftigung pflichtversichert war ([§ 5 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 8 SGB V](#)), welches für die Beitragszahlung aus der Rente materiell mithin keine Bedeutung hatte (vgl. §§ 226 ff. i.V.m. [§ 255 SGB V](#)), nicht über den Wechsel und das Ende der Versicherungspflicht der Klägerin zum 31. Juli 1994 durch eine entsprechende Meldung informiert worden. Indes hat die Klägerin weder plausibel dargetan noch ergeben sich hierfür Anhaltspunkte, dass dies auf ein schuldhaftes Verhalten der Beigeladenen zu 2. zurückzuführen sein könnte, da nicht ersichtlich ist, dass jene überhaupt Kenntnis vom Rentenbezug der Klägerin hatte oder hätte haben müssen (vgl. [§ 201 Abs. 1 SGB V](#)).

Wie im Übrigen zutreffend vom SG ausgeführt worden ist, sind Anhaltspunkte, die für eine Ermessensreduzierung auf Null im Sinne eines Absehens vom Erheben der Verjährungseinrede sprechen könnten, nicht ansatzweise ersichtlich. Für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben, wie schließlich ebenfalls zutreffend im angefochtenen Urteil ausgeführt worden ist, kein Raum, da den

Ermessenserwägungen regelmäßig dieselbe Ausgleichsfunktion zukommt, die auch dem Herstellungsanspruch zugrunde liegt (vgl. BSG, Urteil vom 22. Oktober 1996 - [13 RJ 17/96](#) - juris Rn. 28). Dass es auch insofern an der erforderlichen zurechenbaren Pflichtverletzung der Beklagten fehlt, kann danach dahinstehen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-12-17