

L 6 VG 2227/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 2 VG 1705/15

Datum

14.04.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VG 2227/16

Datum

01.06.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von dem beklagten Land die Erstattung von Beiträgen, die er von November 2011 bis Februar 2015 für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung bei der Sch. BKK aufgewandt hat.

Der 1964 geborene Kläger beantragte am 29. November 2011 über seinen damaligen Verfahrensbevollmächtigten eine Beschädigtenversorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). In dem Antragsformular teilte er auch mit, bei der Sch. BKK gesetzlich krankenversichert zu sein.

Mit Erstanerkennungsbescheid vom 6. August 2014 erkannte der Beklagte eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie eine Schmerzstörung als Folgen der vom Kläger dargelegten Gewalttaten an, stellte den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) mit 70 fest und gewährte ab dem 1. November 2011 eine Beschädigtengrundrente mit einem Zahlbetrag von anfangs EUR 400,00 und ab Juli 2014 EUR 417,00. Ferner bewilligte der Beklagte "wegen der vorstehend anerkannten Schädigungsfolgen (...) Heilbehandlung". Dem Bescheid beigelegt war ein Merkblatt über die versorgungsrechtliche Heilbehandlung. In diesem war unter anderem ausgeführt: "Schwerbeschädigte, die keine anderweitigen Ansprüche (vor allem als Versicherte gegen ihre gesetzliche Krankenkasse) haben, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen die genannten Leistungen auch für Gesundheitsstörungen, die nicht als Schädigungsfolgen anerkannt sind" sowie unter der Überschrift "Auskunft und Beratung" "Nutzen Sie die vom Gesetzgeber eingeräumten vielfältigen Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation - lassen Sie sich von der Verwaltungsbehörde, der Allgemeinen Ortskrankenkasse Ihres Wohnortes oder der Krankenkasse, bei der Sie Mitglied sind, umfassend über die Leistungen nach dem BVG beraten".

Während eines weiteren Verwaltungsverfahrens wegen der Gewährung einer Badekur teilte auf Nachfrage des Beklagten die Sch. BKK mit, dass ein Antrag des Klägers auf Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR als Pflichtversicherung) abgelehnt worden war (Bescheid vom 30. Dezember 2010).

Der Beklagte wertete diese Information als Antrag des Klägers auf Bewilligung von Heilbehandlung auch für Nichtschädigungsfolgen. Mit Schreiben vom 12. November 2014 informierte er den Kläger über diese Möglichkeit und teilte mit, die Voraussetzungen dafür seien gegeben, lediglich die bestehende freiwillige Krankenversicherung stehe noch entgegen. Ihm wurde anheimgestellt, diese zu kündigen.

Mit Schreiben vom 5. Dezember 2014 kündigte der Kläger die Mitgliedschaft bei der Sch. BKK. Die Kasse teilte dem Beklagten mit, dass diese Kündigung nach den einschlägigen krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften zum 28. Februar 2015 wirksam werden werde, woraufhin der Beklagte die Gewährung von Heilbehandlung auch für Nichtschädigungsfolgen zum 1. März 2015 zusicherte und dabei darauf hinwies, dass die Sch. BKK ab März 2015 die Pflegeversicherung für den Kläger im Auftrage des Beklagten durchführen müsse. Parallel informierte er ihn über den Umfang seines Heilbehandlungsanspruchs.

Am 21. Januar 2015 fragte der Kläger bei dem Beklagten wegen einer "Erstattung der Beiträge zur Krankenversicherung" nach. Sein Verfahrensbevollmächtigter überreichte mit Schreiben vom 26. Januar 2015 eine Aufstellung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von zusammen EUR 6.259,82, die der Kläger seit November 2011 an die Sch. BKK entrichtet hatte, dazu eine Zuzahlung von EUR 30,00 und

diverse Mahngebühren. Im weiteren Verfahren trug er vor, er habe vor der Anerkennung als Geschädigter die Mitgliedschaft bei der Sch. BKK nicht kündigen und die Beiträge dort nicht vermeiden können. Es sei durch die außergewöhnlich lange Bearbeitungszeit seit seinem Antrag vom 25. (29.) November 2011 zu einer weit in die Vergangenheit reichenden Anerkennung gekommen.

Mit Bescheid vom 17. Februar 2015 stellte der Beklagte fest, dass der Kläger vom 1. November 2011 bis zum 28. Februar 2015 ausschließlich Ansprüche - gegen ihn - auf Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen gehabt habe und dass ab dem 1. März 2015 Ansprüche auch zur Behandlung von Nichtschädigungsfolgen beständen, nachdem durch die Kündigung der dortigen Mitgliedschaft der letzte Ausschlussgrund weggefallen sei. Die Sch. BKK habe von November 2011 bis Februar 2015 rückwirkend - auch - die Leistungserbringung für die Behandlung von Schädigungsfolgen wahrgenommen, soweit sie dafür zuständig gewesen sei. Ab März 2015 nehme sie die Heilbehandlung insgesamt im Auftrage des Beklagten wahr.

Der Beklagte meldete den Kläger bei der Pflegekasse der Sch. BKK ab dem 1. März 2015 als Pflichtversicherten in der Pflegeversicherung nach [§ 21 Abs. 1](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) an.

Mit dem in diesem Verfahren streitigen Bescheid vom 10. März 2015 lehnte der Beklagte die Erstattung der Beiträge des Klägers zur gesetzlichen Krankenversicherung in der Zeit von November 2011 bis Februar 2015 ab. Die Voraussetzungen der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage in § 18 Abs. 4 Satz 3 Bundesversorgungsgesetz (BVG) lägen nicht vor. Er habe lediglich rückwirkend einen Anspruch auf Heilbehandlung anerkannt, ohne dass zuvor bereits ein solcher Anspruch bestanden hätte. Es fehle daher an einem Eingriff in eine bereits erlangte Rechtsposition. Die Unterscheidung zwischen dem Entzug eines Anspruchs auf Heilbehandlung und dem erstmaligen, wenn auch rückwirkenden Erwerb eines solchen Anspruchs, was sich aus § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG ergebe, sei nicht zu beanstanden. Ferner seien im Rahmen der versorgungsrechtlichen Heilbehandlung fast ausnahmslos Sach- und nicht Geldleistungen zu gewähren. Die Beitragspflicht des Klägers gegenüber der Sch. BKK sei zumutbar gewesen und habe auch seine Absicherung im Krankheitsfalle sichergestellt.

Nachdem die Sch. BKK dem Beklagten auf Nachfrage mitgeteilt hatte, welche Beiträge zur Pflegeversicherung der Kläger in der streitigen Zeit gezahlt bzw. geschuldet habe (insgesamt EUR 730,08, davon EUR 63,31 nicht gezahlt), erließ der Beklagte weiterhin den Bescheid vom 30. März 2015. Damit erstattete er dem Kläger EUR 655,03 und führte aus, nach § 53a Abs. 1 BVG hätten rentenberechtigte Beschädigte mit Anspruch auf Heilbehandlung gegen den Versorgungsträger einen solchen auf Erstattung ihrer Beiträge zu einer Pflegeversicherung nach [§ 20 Abs. 3 SGB IX](#). Die Höhe des Erstattungsbetrags war nach dem Beitragssatz zur Pflegeversicherung aus den Versorgungsbezügen des Klägers berechnet worden.

Gegen den Bescheid vom 10. März 2015 erhob er am 23. März 2015 Widerspruch. Es sei nicht nachvollziehbar, warum die Beiträge zur Pflegeversicherung erstattet würden, jene zur Krankenversicherung aber nicht. Die rückwirkende Anerkennung als Geschädigter habe nicht in seinem Einflussbereich gelegen. Mit Schriftsatz vom 16. April 2015 machte er ergänzend einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch auf Grund eines Beratungsfehlers geltend.

Der Beklagte erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 6. Mai 2015. Die Voraussetzungen für eine Erstattung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG lägen nicht vor. Auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch sei nicht gegeben. Die besonderen Heilbehandlungsmöglichkeiten auch für Nichtschädigungsfolgen seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) keine solchen Sozialleistungen, auf die der Träger der Versorgungsverwaltung von sich aus hinweisen müsse, um Berechtigten, die bereits ausreichend krankenversichert seien, alle Möglichkeiten einer Kostenoptimierung zu eröffnen. Eine solche Gestaltung liege nicht "klar zu Tage" im Sinne der Rechtsprechung. Die mit einer Beitragspflicht verbundene Krankenversicherung sehe der Gesetzgeber auch für Versorgungsberechtigte als grundsätzlich zumutbar an.

Hiergegen hat der Kläger am 21. Mai 2015 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Er hat ergänzend vorgetragen, angesichts der Erstattung der Pflegeversicherungsbeiträge nach § 53a BVG müsse es eine Erstattung auch der Beiträge zur Krankenversicherung geben. Es sei eine Analogie in Betracht zu ziehen.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ausgeführt, eine Analogie zwischen § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG und § 53a BVG sei nicht herstellbar.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 14. April 2016 hat der Kläger zusätzlich beanstandet, dass nicht zumindest der Erstanerkennungsbescheid vom 6. August 2014 einen Hinweis enthalten habe, dass vollständige Heilbehandlung verlangt werden könne. In diesem Falle hätte er, seine freiwillige Krankenversicherung schon auf Ende November 2014 auflösen können und zumindest Beiträge für drei Monate erspart.

Mit Urteil vom selben Tage hat das SG die Klage abgewiesen. Dass die Voraussetzungen des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG nicht vorlägen, habe der Beklagte in dem angegriffenen Bescheid zutreffend dargelegt. Eine analoge Anwendung des § 53a BVG scheide aus. Es fehle bereits an einer Regelungslücke, weil die Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG abschließend geregelt sei. Auch regle § 53a BVG einen völlig anderen Sachverhalt. Diese Norm solle privat oder freiwillig Pflegeversicherten einen Ausgleich dafür verschaffen, dass sie unabhängig von ihren Einkünften Beiträge zu entrichten hätten, die sogar auch aus den Versorgungsleistungen nach dem BVG berechnet würden, während geschädigte Pflegepflichtversicherte keine aus ihrer Versorgung zahlen müssten. Eine vergleichbare Regelungslage finde sich im Hinblick auf eine private oder freiwillige Krankenversicherung nicht.

Gegen dieses Urteil, das seinem Verfahrensbevollmächtigten am 25. Mai 2016 in vollständig abgefasster Form zugestellt worden ist, hat der Kläger am 16. Juni 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2016 und den Bescheid vom 10. März 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Mai 2015 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm die von ihm in der Zeit vom 1. November 2011 bis zum 28. Februar 2015

gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung bei der Sch. BKK zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil und seine Entscheidungen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nach [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie ist auch nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig. Er begehrt zwar eine Geldleistung in diesem Sinne. Jedoch ist er um mehr als die hier notwendigen EUR 750,00 beschwert, nachdem er eine Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen von - nach Aktenlage - zusammen EUR 5.529,74 geltend macht. Es kann daher offen bleiben, ob diese Erstattungsforderung, weil sie Beitragszahlungen über mehrere Jahre betrifft, unter die Sonderregelung in [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) fällt.

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben worden.

Sie ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1, Abs. 4 SGG) abgewiesen.

Allerdings ist die Klage auch mit dem zuletzt gestellten, nicht bezifferten Antrag zulässig. Insbesondere ist sie nicht zu unbestimmt im Sinne von [§ 92 Abs. 1 Satz 3 SGG](#). In dieser Form richtet sie sich auf den Erlass eines Grundurteils nach [§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Weitergehend als z.B. im Zivilprozess (vgl. [§ 304](#) Zivilprozessordnung [ZPO]) kann hiernach ein Grundurteil auch begehrt werden, wenn die Höhe des - streitigen - Anspruchs ihrerseits nicht streitig ist (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 130 Rz. 2d). Damit sind Fälle erfasst, in denen der Anspruch an sich beziffert werden kann, z.B. weil er allein die Vergangenheit betrifft (Keller, a.a.O., Rz. 2a). Es muss lediglich feststehen, dass mit Wahrscheinlichkeit ein Geldbetrag zu zahlen ist, wenn die Klage Erfolg hat.

Jedoch ist die Klage unbegründet. Der Anspruch des Klägers auf Zahlung der Klagsumme, über den in dem hier bestehenden sozialrechtlichen Subordinationsverhältnis durch Verwaltungsakt zu entscheiden war, besteht nicht, sodass sich auch der Ablehnungsbescheid vom 10. März 2015 nebst Widerspruchsbescheid ([§ 95 SGG](#)) als rechtmäßig erweist.

Der Anspruch besteht zunächst nicht nach [§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG](#). Zwar ist diese Vorschrift auch auf anerkannte Geschädigte nach dem Opferentschädigungsrecht anwendbar ([§ 1 Abs. 1 Satz 1 OEG](#)). Jedoch liegen weder in direkter Anwendung die Voraussetzungen dieser Norm vor noch ist eine analoge Anwendung geboten, auch nicht im Rahmen einer verfassungskonformen Auslegung. Dies ist in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung schon mehrfach entschieden worden (Bayerisches LSG, Urteil vom 28. November 2012 - [L 15 VK 9/09](#) -, juris, Rz. 24; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Mai 2005 - [L 8 VG 1060/04](#) -, juris, Rz. 23). Auch das BSG hat dies schon so gesehen (noch zu der entsprechenden Vorgängerregelung in [§ 18 Abs. 2 Satz 3 BVG a.F.](#), vgl. BSG, Urteil vom 28. Januar 1975 - [10 RV 63/74](#) -, juris, Rn. 19).

Nach [§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG](#) werden einem Berechtigten die Aufwendungen für eine Krankenversicherung in angemessenem Umfang erstattet, wenn er "nach Wegfall des Anspruchs auf Heil- und Krankenbehandlung" eine Krankenversicherung abgeschlossen oder einer Krankenkasse beigetreten ist und wenn der Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung im Vorverfahren oder im gerichtlichen Verfahren rechtsverbindlich zuerkannt wird. Der Wortlaut dieser Norm ist eindeutig: Sie regelt den Fall, dass einem Berechtigten bereits einmal ein Anspruch nach [§ 10 Abs. 1](#) (schädigungsbedingte Krankheiten) oder nach [§ 10 Abs. 2](#) (auch nichtschädigungsbedingte Krankheiten) BVG zuerkannt war und dieser dann "wegfällt". Mit diesem Begriff erfasst die Vorschrift alle Formen der Beendigung des Anspruchs, also z.B. das Auslaufen einer befristeten Bewilligung oder die Aufhebung des Bewilligungsbescheids in Form der Rücknahme nach [§ 45 Abs. 1, Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), des Widerrufs nach [§ 47 Abs. 1 SGB X](#) und der Aufhebung wegen veränderter Umstände nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Wenn dann in einem Widerspruchs- oder anschließenden Gerichtsverfahren gegen die Einstellung der Leistungen bzw. die Aufhebung des Bewilligungsbescheids der Anspruch wieder begründet wird, muss der Träger der Versorgungsverwaltung die Kosten erstatten, die der Berechtigte zwischenzeitlich für eine Krankenversicherung hat aufwenden müssen (vgl. im Einzelnen Vogl, in: Knickrehm, Gesamtes soziales Entschädigungsrecht, 1. Aufl. 2012, § 18 BVG Rz. 16).

So liegt der Fall hier nicht. Dem Kläger war - jeweils erstmals - der Anspruch auf Krankenbehandlung wegen Schädigungsfolgen mit Bescheid vom 16. August 2014 und wegen Nichtschädigungsfolgen mit Bescheid vom 17. Februar 2015 zuerkannt worden. Dieser Anspruch ist nicht zwischenzeitlich weggefallen, die fraglichen Bescheide sind bis heute nicht wieder aufgehoben worden.

Für eine analoge Anwendung fehlt es zumindest an der rechtlichen (sozial-ethischen) Vergleichbarkeit der beiden Sachverhalte. [§ 18 Abs. 4 Satz 3 BVG](#) betrifft den Entzug einer bereits bewilligten Leistung, also den Eingriff in eine bestehende, weil schon zugesprochene Rechtsposition. Entsprechend kann sich der Betroffene gegen diesen Entzug mit Anfechtungswiderspruch oder -klage wenden, gerichtet gegen den Aufhebungsbescheid (oder eine Befristung des Bewilligungsbescheids als Nebenbestimmung). Wenn sich dann herausstellt, dass diese Entziehung rechtswidrig war, ist es nachvollziehbar, dass die Rechtsordnung eine Erstattung vorsieht.

Bei dem Kläger liegt es anders. Seine Aufwendungen für seine freiwillige Krankenversicherung sind nicht durch ein aktives Verhalten des Beklagten provoziert worden. Er hatte diese Versicherung schon lange abgeschlossen, bevor er den Versorgungsantrag gestellt hat. Sein Vorwurf gegen den Beklagten geht dahin, dass dieser - durch längeres Nichtstun - eine überlange Verfahrensdauer verursacht habe und daher die Begünstigung einer Krankenbehandlung nach [§ 10 Abs. 1, Abs. 2 BVG](#) später als nötig zugesprochen worden sei. Nichtstun stellt aber regelmäßig keinen Eingriff in eine bestehende Rechtsposition dar. Der verspätete Erwerb einer Begünstigung kann nicht einer Belastung gleichgestellt werden. Aus diesem Grunde ist der Kläger auch die Beitragslast in seiner Krankenversicherung - beim Eintritt - freiwillig eingegangen. Dementsprechend war es seine freie Entscheidung, die erweiterte Krankenbehandlung nach [§ 10 Abs. 2 BVG](#) in Anspruch zu nehmen und dafür nach [§ 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d BVG](#) seine bisherige Krankenversicherung zu kündigen. In einer solchen

Situation kann es auch Gründe geben, so nicht zu verfahren, wenn z.B. Familienangehörige mitversichert werden müssen oder wenn die bisherige Krankenkasse Satzungsleistungen gewährt (z.B. Homöopathie), auf die nicht verzichtet werden soll. Wird einem Berechtigten dagegen eine schon laufende Versorgung nach § 10 Abs. 1 oder Abs. 2 BVG entzogen, hat er diese Wahlmöglichkeit nicht, er kann die Beitragspflicht nicht vermeiden. Er ist auf den Neuabschluss einer Krankenversicherung angewiesen, weil es eine gesetzliche Pflicht gibt, gegen das Risiko Krankheit abgesichert zu sein; ggfs. tritt sogar die Pflichtversicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ein, die zwingend mit Beiträgen verbunden ist.

Aus diesen Erwägungen ergibt sich auch, dass keine verfassungskonforme Auslegung im Sinne einer Analogie begründet ist. Erst eine ausdrückliche Bewilligung einer Krankenbehandlung nach § 10 BVG durch Bescheid begründet eine Rechtsposition, deren Entzug sich dann an den Voraussetzungen des [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) messen lassen muss (die Eigentumsgarantie des [Art. 14 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1 GG ist nicht einschlägig, da Ansprüche nach dem BVG nicht auf eigenen Leistungen, z.B. Beitragszahlungen, des Berechtigten beruhen). Es ist auch kein verfassungsrechtlicher Grund ersichtlich, hier einen Erstattungsanspruch anzunehmen. Leistungsansprüche gewährleistet allenfalls [Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 Abs. 3 GG](#). Diese Ansprüche sind auf Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums beschränkt. Dazu gehört die Erstattung von Beiträgen für eine Krankenversicherung schon deshalb nicht, weil diesen Beiträgen eine Leistung der Krankenversicherung gegenübergestanden hat. Und letztlich führt die Versagung einer Analogie zu § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG in Fällen wie hier auch nicht zu einer Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Dies hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bereits ausdrücklich so entschieden (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 21. März 2007 – [1 BvR 164/07](#) –, juris, Rz. 8). Die Unterscheidung zwischen Beschädigten, denen ein Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung entzogen worden ist, und solchen, die diesen erstmals, wenn auch rückwirkend, erworben haben, ist zwar eine Ungleichbehandlung, welche aber gerechtfertigt ist. Der hier anzuwendende Rechtfertigungsmaßstab bewegt sich zwischen einem bloßen Willkürverbot und einer strengen Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, weil der Gesetzgeber zwar Personen ungleich behandelt, aber hierbei nicht an unveränderliche, persönliche Merkmale anknüpft, sondern an unterschiedliche Sachlagen. Diesen Anforderungen ist genügt. 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 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.

Auch § 53a Abs. 1 BVG kann den geltend gemachten Erstattungsanspruch weder direkt noch im Rahmen einer Analogie stützen.

Diese Norm betrifft Beiträge zur Pflegeversicherung, die dem Kläger auch erstattet worden sind, aber nicht Beiträge zu einer Krankenversicherung.

Eine analoge Anwendung dieser Norm scheidet schon daran, dass es hinsichtlich der Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen keine "offene" - dem Gesetzgeber unbewusste - Regelungslücke (vgl. BSG, Urteil vom 12. Oktober 1972 – [10 RV 570/71](#) –, juris, Rz. 27) gibt. Vielmehr ist - in dem bereits erwähnten § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG - ein Erstattungsanspruch für Krankenversicherungsbeiträge geregelt. Aus der Existenz dieser Norm ist zu schließen, dass dem Gesetzgeber die Frage, ob auch Krankenversicherungsbeiträge erstattet werden können, bekannt war. Er hat diese Frage beantwortet, aber dabei einen Anspruch nur in anderen Konstellationen als hier vorgesehen. Dies schließt die Annahme einer Regelungslücke aus (so konkret zu der hier streitigen Konstellation auch BSG, Urteil vom 28. Januar 1975 – [10 RV 63/74](#) –, juris, Rz. 19).

Ferner fehlt es an der Vergleichbarkeit der zu regelnden Sachverhalte.

Nach Ansicht des Senats können Pflegeversicherungsbeiträge nicht für Zeiträume in der Vergangenheit, also für Zeiträume vor der Wirksamkeit der Anerkennung und Bewilligung von Versorgungsleistungen, erstattet werden. Entgegen der in diesem Verfahren gezeigten Rechtsansicht des Beklagten ermöglicht § 53a Abs. 1 BVG nur die Erstattung laufender Pflegeversicherungsbeiträge, also nur für Zeiträume nach der Anerkennung und Leistungsbewilligung. Einer Erstattung für die Vergangenheit stehen Sinn und Zweck des § 53a Abs. 1 BVG entgegen. In diesem Punkt folgt der Senat nicht dem Urteil des Bayerischen LSG vom 25. September 2014 ([L 15 VK 5/13](#) –, juris, Rz. 53), sondern der dortigen Vorinstanz (SG München, Gerichtsbescheid vom 7. März 2013 – [S 30 VK 7/09](#) –, nicht veröffentlicht, zitiert nach Bayerisches LSG, a.a.O., Rz. 12). Wenn aber auch Pflegeversicherungsbeiträge der Vergangenheit nach § 53a Abs. 1 BVG nicht erstattet werden, dann kann ein Beschädigter auf Grund dieser Norm nicht - erst recht nicht - die Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen für die Vergangenheit verlangen, auch nicht im Rahmen einer Analogie.

Nach § 53a Abs. 1 BVG werden nur solchen Beschädigten Pflegeversicherungsbeiträge erstattet, die privat oder "nach [§ 20 Abs. 3](#)" SGB XI pflegeversichert sind. Die Pflegepflichtversicherung nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) erfasst Menschen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sie schließt die Lücke, die im System der Pflegeversicherung dadurch vorhanden ist, dass dort keine "freiwillige" Versicherung vorgesehen ist. Bei Beschädigten mit einer solchen Pflegeversicherung besteht - nach der Wertung des Gesetzgebers - die Gefahr, dass sie auch aus den Leistungen nach dem BVG, die sie erhalten, Beiträge zahlen müssen. Die Prämien privater Pflegeversicherungen nehmen ohnehin keine Rücksicht auf die Art bestimmter Einkünfte. Und die Beiträge Beschädigter, die nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) pflegeversichert sind, werden nach [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) i.V.m. [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitglieds berechnet. Dabei sind auch die Leistungen nach dem BVG zu berücksichtigen (Vogl, a.a.O., § 53a BVG Rz. 3). Zwar können aus der Grundrente nach § 31 BVG generell keine Beiträge zur Pflegeversicherung erhoben werden, auch nicht von Versicherten nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) (BSG, Urteil vom 24. Januar 2007 – [B 12 KR 28/05 R](#) –, juris, Rz. 13). Aber die weiteren Leistungen nach dem BVG, insbesondere die Ausgleichsrente und ein etwaiger Berufsschadenausgleich, gelten pflegeversicherungsrechtlich als Einkommen, das im Rahmen von [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#) und [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verbeitragt werden darf. Dass die Erstattung nach § 53a Abs. 1 BVG nur die Nachteile einer Beitragslast aus diesen BVG-Leistungen ausgleichen soll, ergibt sich deutlich aus § 53a Abs. 2 BVG. Hiernach ist die Erstattung begrenzt auf jene Pflegeversicherungsbeiträge, die der Beschädigte aus der Ausgleichsrente, dem

Ehegattenzuschlag und dem Berufsschadensausgleich zahlen muss (allerdings im Rahmen einer fiktiven, typisierenden Betrachtung ohne Rücksicht auf die konkrete Beitragsgestaltung der konkreten Pflegekasse).

Der Hauptzweck der Erstattung in diesen Fällen liegt in einem Ausgleich für die Ungleichbehandlung privat und nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) pflegeversicherter Beschädigter gegenüber solchen mit einer Pflegepflichtversicherung, sei es, dass sie nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI](#) wegen einer weiter bestehenden Beschäftigung pflichtversichert bleiben, sei es, dass sie - wie der Kläger ab Anerkennung - nach [§ 21 Nr. 1 SGB XI](#) auf Grund des Bezugs von BVG-Leistungen pflegepflichtversichert werden, weil keine andere Absicherung im Pflegefall besteht und - anders als im Bereich der Krankenbehandlung - das BVG selbst auch keine umfassende Absicherung gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit vorsieht. Solche Pflegepflichtversicherten müssen aus ihren BVG-Leistungen keine Beiträge zahlen. Bei einer Pflichtversicherung nach [§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI](#) als Beschäftigter gelten nach [§ 57 Abs. 1 SGB XI](#) für die Beitragsbemessung die Vorschriften der [§§ 226 ff. SGB V](#) für Krankenpflichtversicherte, die eine Verbeitragung von BVG-Leistungen nicht vorsehen. Und bei einer Pflegepflichtversicherung nach [§ 21 Nr. 1 SGB XI](#) muss der Beschädigte selbst gar keine Beiträge zahlen, [§ 59 Abs. 3 Satz 1 SGB XI](#) (vgl. Vogl, a.a.O. Rz. 3).

Diese Gefahr, dass ein beschädigter Pflegeversicherter Beiträge aus den in [§ 53a Abs. 2 BVG](#) genannten Leistungen zahlen muss, besteht nur während des laufenden Bezugs dieser Leistungen, also nur in der Zeit nach Anerkennung und Bewilligung dieser Leistungen. Pflegekassen können nach [§ 57 Abs. 4 Satz 1 SGB IX](#) i.V.m. [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) Beiträge grundsätzlich nur aus den laufenden Einnahmen erheben, die im jeweiligen Beitragszeitraum zugeflossen sind. Auch im Beitragsrecht der Kranken- und damit der Pflegeversicherung gilt - bezogen auf Entgeltabrechnungszeiträume - das Zuflussprinzip (BSG, Urteil vom 11. September 1995 - [12 RK 11/95](#) -, juris, Rz. 16). Zwar kann es vorkommen, dass Beiträge rückwirkend auch "für" vergangene Zeiträume festgesetzt werden, wenn sich z.B. herausstellt, dass in der Vergangenheit höhere beitragspflichtige Einnahmen angefallen waren als bislang angenommen, z.B. bei selbstständig tätigen Versicherten nach [§ 240 Abs. 4 SGB V](#). Aber dies ist ein Ausnahmefall (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. November 2012 - [L 11 KR 5353/11](#) -, juris Rz. 32). Und vor allem werden die Beträge auch in diesem Fall erst dann festgesetzt und gezahlt, wenn der fragliche Umstand aus der Vergangenheit bekannt geworden ist. Ebenso verhält es sich mit der Verbeitragung einmaliger Einnahmen, zu denen - gerade in einem Fall wie hier - auch die rückwirkende Bewilligung von Versorgungsleistungen nach dem BVG und damit eine Nachzahlung für Zeiträume vor der Anerkennung als Geschädigter gehören kann. Zwar dürfen die Pflegekassen bei Versicherten nach [§ 20 Abs. 3 SGB XI](#) auch eine solche Einmalzahlung verbeitragen. Dies wäre zwar bei Pflegepflichtversicherten nicht zulässig, weil dort Nachzahlungen nur in den Fällen des [§ 228 Abs. 2](#) und des [§ 229 Abs. 2 SGB V](#) verbeitragt werden dürfen, diese Normen aber die Nachzahlung einer Ausgleichsrente oder eines Berufsschadensausgleichs nicht erfassen. Aber nach [§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) dürfen die Kassen weitergehend auch solche Einmalzahlungen verbeitragen (vgl. zu einem abgefundenen Unterhaltsanspruch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 29. Januar 2015 - [L 1/4 KR 17/13](#) -, juris, Rz. 26 ff.), wobei sich dann nur die Frage stellt, auf wie viele Monate diese Einmalzahlung verteilt wird. Eine solche gilt zwar als "für" die jeweiligen Monate gezahlt (vgl. [§ 228 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Aber auch hier betrifft diese Regelung nur die Wirkung (Verbuchung) der jeweiligen Anteile der Einmalzahlung. Die Beiträge aus ihr zahlt der Versicherte erst ab dem Zufluss der Zahlung. Sofern also - wie im Falle des Klägers - einem Beschädigten Ausgleichsrente, Ehegattenzuschlag oder Berufsschadensausgleich für vergangene Zeiträume in einer Nachzahlung gewährt wird und die Pflegekasse diese Zahlung dann nach Zufluss verbeitragt, kann die Erstattung dieser Beitragszahlung durch den Versorgungsträger ebenfalls in der Zukunft, im laufenden Leistungsbezug, erfolgen.

Eine abweichende Auslegung aus verfassungsrechtlichen Gründen ist nicht geboten. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) wäre überhaupt nur beeinträchtigt, wenn Pflegeversicherungsbeiträge für die Vergangenheit erstattet würden, Krankenversicherungsbeiträge aber nicht. Und auch in diesem Falle wäre die Ungleichbehandlung zumindest im Rahmen einer Rechtfertigung aus Gründen der Typisierung und Pauschalierung zu rechtfertigen. Dieser Maßstab ist hier anwendbar, da die Ungleichbehandlung nicht an personenbezogene Merkmale anknüpft. Typischerweise hat ein Kranken- und Pflegeversicherter bereits Leistungen seiner Krankenkasse in Anspruch genommen, jedoch eher selten bereits solche seiner Pflegeversicherung. Bei einer Beitragserstattung für die Vergangenheit würde sich aber immer die Frage stellen, ob in diesem Fall eine Vergütung für die erhaltenen Leistungen zu zahlen ist.

Der Kläger kann seinen Anspruch auf Erstattung seiner Beiträge zu seiner freiwilligen Krankenversicherung auch nicht auf öffentlich-rechtliche Analogien zu bürgerlich-rechtlichen Anspruchsgrundlagen stützen. Insbesondere besteht kein Anspruch auf (öffentlich-rechtlicher) Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend [§ 677](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), hier gerichtet auf Aufwendungsersatz wegen rechtmäßiger Fremdgeschäftsführung nach [§ 683 Satz 1 BGB](#). Dass Innehaben einer freiwilligen Krankenversicherung ist ein rein eigenes Geschäft, schon unter dem Blickwinkel der seit 2009 bestehenden Rechtspflicht, gegen das Risiko Krankheit abgesichert zu sein (Bayerisches LSG, Urteil vom 28. November 2012 - [L 15 VK 9/09](#) -, juris, Rz. 24; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. Mai 2005 - [L 8 VG 1060/04](#) -, juris, Rz. 23).

Ferner kann sich der Kläger nicht auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen.

Grundsätzlich setzt dieser voraus, dass der Sozialleistungsträger eine ihm durch Gesetz oder ein Sozialrechtsverhältnis auferlegte Pflicht, insbesondere zur Beratung und Auskunft ([§§ 14, 15](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]), verletzt hat, sodann muss zwischen der Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursächlicher Zusammenhang bestehen und schließlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden können, wobei die Korrektur durch den Herstellungsanspruch dem jeweiligen Gesetzeszweck nicht widersprechen darf (vgl. BSG, Urteil vom 3. April 2014 - [B 5 R 5/13 R](#) -, juris, Rz. 37; Urteil des Senats vom 19. Oktober 2015 - [L 6 VG 4549/14](#) -, juris, Rz. 54).

Im Falle des Klägers fehlt es bereits an einer falschen Auskunft, einem sonstigen aktiven Tun des Beklagten, das Vertrauen begründet hätte, und auch am Unterlassen einer Beratung, die spontan und ohne Nachfrage des Klägers - eine solche ist nicht erfolgt - geschuldet gewesen wäre. Vielmehr hat der Beklagte in dem Schreiben vom 12. Dezember 2014 zutreffend die Auskunft gegeben, dass nach einer Kündigung der Krankenversicherung bei der Sch. BKK die Ansprüche aus [§ 10 Abs. 2 BVG](#) rückwirkend zuerkannt werden können. Ferner bestände zwischen einer auskunftsbezogenen Pflichtverletzung des Beklagten und dem Nachteil des Klägers kein Kausalzusammenhang. Auch wenn der Beklagte z.B. früher auf die Möglichkeit hingewiesen hätte, dass unter Umständen auch Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen gewährt werden kann, so hätte der Kläger seine Krankenversicherung doch erst nach der Anerkennung kündigen können. Auch in diesem Falle hätte er die krankenversicherungsrechtlichen Kündigungsfristen ([§ 191 Nr. 3 Halbsatz 1](#) i.V.m. [§ 175 Abs. 4 SGB V](#)) einhalten müssen. Allenfalls für wenige Monate könnte der Kläger daher sein Erstattungsbegehren auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen:

Wenn ihn der Beklagte bereits mit der Anerkennung als Geschädigter im August 2014 über seine versorgungsrechtliche Gestaltungsmöglichkeit aufgeklärt hätte, so hätte er seine freiwillige Krankenversicherung nach [§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) bereits zum 31. Oktober 2014 kündigen können. Er hätte dann die Beiträge für vier Monate erspart. Aber der Beklagte war im August 2014 nicht zu einer weitergehenden Spontanberatung verpflichtet als er in dem Merkblatt, das dem Erstanerkennungsbescheid beigelegt war, geleistet hat (vgl. zu deutlicheren Hinweisen in einem solchen Merkblatt allerdings LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27. Dezember 2016 – [L 1 KR 315/15](#) –, juris, Rz. 33). Die Versorgungsverwaltung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG nicht verpflichtet, spontan auf den versorgungsrechtlichen Heilbehandlungsanspruch für Nichtschädigungsfolgen nach § 10 Abs. 2 BVG und den Krankenbehandlungsanspruch für Angehörige hinzuweisen, wenn ein Schwerbeschädigter, wie der Kläger, bereits ausreichend sozial krankenversichert ist (BSG, Urteil vom 27. November 1991 – [9a RV 1/90](#) –, Rn. 16, juris). Dies beruht darauf, dass es - wie ausgeführt - für manche krankenversicherte Beschädigte gute Gründe geben kann, die Rechte aus § 10 Abs. 2 BVG nicht in Anspruch zu nehmen, sondern in der Krankenversicherung zu verbleiben.

Letztlich kann der Kläger sein Begehren - in diesem Verfahren - auch nicht mit Erfolg auf die Grundsätze eines Amtshaftungsanspruchs aus [§ 839 BGB](#) i.V.m. [Art. 34 Satz 1 GG](#) stützen, etwa wegen einer pflichtwidrig langen Dauer des Verwaltungsverfahrens bis zur Anerkennung als Beschädigter.

Zunächst hat er in diesem Verfahren keinen Amtshaftungsanspruch erhoben. Er hat sein Begehren durchgängig nur als Erstattungsanspruch bezeichnet und auch auf die Hinweise des Berichterstatters vom 1. Februar 2017, in denen diese Frage aufgeworfen worden war, keinen Amtshaftungsanspruch geltend gemacht. Ferner fehlt es an einer hinreichenden Spezifizierung der behaupteten schädigenden Handlungen durch einen Amtswalter des Beklagten und die daraus resultierenden Schadensfolgen, obwohl für einen Amtshaftungsanspruch, auch wenn er in einer vom Amtsermittlungsgrundsatz geprägten Gerichtsbarkeit geltend gemacht wird, als Überrest des im Zivilprozess geltenden Beibringungsgrundsatzes eine im Ansatz schlüssige Darlegung des geltend gemachten Amtshaftungsanspruchs zu verlangen ist (BSG, Beschluss vom 5. März 2015 – [B 8 SO 38/14 BH](#) –, juris, Rz. 5). Der Hinweis des Klägers auf die lange Dauer des Anerkennungsverfahrens genügt insoweit seiner Substanziierungslast nicht.

Unabhängig hiervon trifft der Senat auch keine Entscheidung über das klägerische Begehren unter dem Blickwinkel eines Amtshaftungsanspruchs. Aus [Art. 34 Satz 3 GG](#) i.V.m. [§ 17 Abs. 2 Satz 2](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) ergibt sich die alleinige Entscheidungszuständigkeit der ordentlichen Gerichte (vgl. BSG, Beschluss vom 31. Oktober 2012 – [B 13 R 437/12 B](#) – juris, Rz. 13). Der erkennende Senat ist auch nicht ausnahmsweise nach [§ 17a Abs. 5 GVG](#) berufen, über den Amtshaftungsanspruch zu entscheiden. Hiernach prüft das Gericht, das über ein Rechtsmittel gegen eine Entscheidung in der Hauptsache entscheidet, nicht, ob der beschrittene Rechtsweg zulässig ist. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor, weil das SG in seinem Urteil vom 14. April 2016 keine "Entscheidung in der Hauptsache" im Sinne von [§ 17a Abs. 5 GVG](#) über den Amtshaftungsanspruch getroffen hat. In jenem Urteil wird die Frage einer Amtshaftung in keiner Weise angedeutet oder erörtert. Eine Entscheidung über einen Amtshaftungsanspruch des Klägers obliegt somit dem gesetzlichen Richter (vgl. [Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG](#)), mithin dem instanziiell (vgl. [§ 71 Abs. 2 Nr. 2 GVG](#)) und örtlich zuständigen Landgericht (vgl. BSG, Beschluss vom 31. Oktober 2012, [a. a. O.](#)).

Auch eine Abtrennung des auf eine Amtshaftung bezogenen Verfahrens und eine Teil-Verweisung an das Landgericht ist nicht möglich. Der Streitgegenstand ist nicht teilbar. Eine Rechtswegverweisung ist nur wegen eines Anspruchs, nicht aber wegen einer bloßen Anspruchsgrundlage, möglich (ständige Rechtsprechung des BSG, zuletzt Beschluss vom 30. Juli 2014 – [B 14 AS 8/14 B](#) – juris, Rz. 5). Rechtsnachteile entstehen dem Kläger dadurch nicht. Der Regelung in [§ 17b Abs. 1 Satz 2 GVG](#) ist zu entnehmen, dass auch eine Klageerhebung beim unzuständigen Gericht die Rechtshängigkeit mit den dazugehörigen Wirkungen, zum Beispiel der Verjährungshemmung (vgl. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#)), eintreten lässt, und dass dies ebenso für eine vor dem Sozialgericht erhobene Amtshaftungsklage dann gilt, wenn die Klage daneben auf weitere materielle Ansprüche gestützt ([§ 213 BGB](#)) wird (Sächsisches LSG, Urteil vom 24. September 2015 – [L 3 AL 175/13](#) –, juris, Rz. 31).

Weitere Grundlagen für den geltend gemachten Anspruch sind nicht ersichtlich.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Das Verfahren hat keine grundsätzliche rechtliche Bedeutung im Sinne von [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Dass eine Erstattung von Beiträgen für eine freiwillige Krankenversicherung weder nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG oder § 53a Abs. 1 BVG in Betracht kommt, auch nicht in analoger Anwendung, ist in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung geklärt und unbestritten. Auf die Frage, ob § 53a Abs. 1 BVG auch die Erstattung in der Vergangenheit gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge zulässt, hat sich der Senat nicht entscheidungstragend gestützt, weil dem Kläger diese Beiträge bestandkräftig erstattet worden sind und er keine Rückzahlungspflicht zu befürchten braucht. Zu diesem Punkt liegt auch keine Divergenz nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) vor, denn diese Norm erfasst nur Abweichungen von der Rechtsprechung des BSG, des BVerfG oder des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes. Der Senat weicht aber nur - nicht entscheidungstragend - von dem Urteil des Bayerischen LSG vom 28. November 2012 ab.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-09