

L 15 VK 9/09

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

15

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 V 27/04

Datum

26.06.2009

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 15 VK 9/09

Datum

30.11.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 9 V 6/13 B

Datum

30.10.2013

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.
3. § 10 Abs. 8 BVG gibt keinen Erstattungsanspruch bezüglich der zur privaten Krankenversicherung gelisteten Beiträge, da die Zahlung von derartigen Versicherungsbeiträgen nicht zu den in § 11 BVG näher beschriebenen Maßnahmen der Heilbehandlung gehört.
4. § 18 Abs. 3 BVG ermöglicht nicht die Erstattung von Beiträgen zu einer Krankenversicherung. Die Verschaffung eines Versicherungsschutzes für Krankheitsfälle durch Beitragszahlungen an eine (private) Krankenversicherung ist einer selbst beschafften konkreten Sachleistung nicht gleichzustellen.
- I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 26. Juni 2009 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung von Aufwendungen für eine private Krankenversicherung, zudem macht er einen Anspruch auf Erstattung von ihm aufgewandter Heilbehandlungskosten geltend.

Der im Jahre 1932 geborene Kläger wurde am 28.01.1944 durch einen Sprengkörper verletzt. Mit Bescheid vom 12.06.1954 wurden als Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) der Verlust der Finger I bis IV der linken Hand und winzige Weichteilstecksplinter im Gesicht anerkannt: Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wurde mit Bescheid vom 12.06.1954 ab dem 01.06.1951 auf 40 v.H. geschätzt.

Ein Antrag des Klägers vom 06.03.1994 auf Aufhebung des Bescheides vom 12.06.1954 wurde abgelehnt. In dem sich anschließenden sozialgerichtlichen Verfahren wurde der Beklagte durch Urteil des Bayer. Landessozialgerichts (Bayer. LSG) vom 27.11.2003, Az.: [L 15 V 55/99](#), dazu verurteilt, dem Kläger ab dem 01.01.1990 Versorgungsrente nach einer MdE von 50 v.H. zu gewähren.

Als sich im Verfahren vor dem Bayer. LSG abgezeichnet hatte, dass eine MdE in Höhe von 50 v.H. anzuerkennen sei, stellte das damals zuständige Versorgungsamt Düsseldorf unter Hinweis auf § 10 Abs. 8 BVG mit Bescheid vom 16.07.2002 fest, dass die Voraussetzungen vorlägen, dem Kläger Heilbehandlung nach § 10 Abs. 1 und 2 BVG zu gewähren, und wies ihn einer gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Die bis dahin bestehende private Krankenversicherung des Klägers endete infolge seiner Kündigung zum 30.09.2002.

Am 30.09.2002 beantragte der Kläger beim damals zuständigen Versorgungsamt Düsseldorf die Erstattung der von ihm in den Jahren 1990 bis 2002 gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt über 56.000,- EUR.

Mit Bescheid vom 05.11.2002 lehnte es das Versorgungsamt Düsseldorf ab, Beiträge zur privaten Krankenversicherung für einen zurückliegenden Zeitraum zu erstatten. Dies wurde damit begründet, dass die gesetzliche Regelung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG eine Erstattung nicht zulasse.

Dagegen erhob der Kläger am 25.11.2002 Widerspruch. Bei einer antragsgemäßen Anerkennung der Schwerbeschädigteneigenschaft - so der Kläger - wären ihm seine Krankenversicherungsansprüche nach § 10 BVG nicht vorenthalten, sondern seit dem 01.01.1990 zuerkannt worden. Daraus folge, dass ihm die durch ein Verschulden der Versorgungsverwaltung verursachten Kosten, hier die Aufwendungen für eine private Krankenversicherung, zu erstatten seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.07.2004 wurde der Widerspruch des Klägers, der zwischenzeitlich in den Zuständigkeitsbereich des Beklagten umgezogen war, zurückgewiesen. § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG lasse eine Erstattung der Beiträge nicht zu. Eine erweiternde Auslegung dieser Vorschrift habe das Bundessozialgericht (BSG) ausdrücklich abgelehnt.

Am 18.08.2004 hat der Kläger dagegen Klage zum Sozialgericht München erhoben. Als Schwerbeschädigter - so der Kläger - habe er Anspruch auf eine umfassende Heil- und Krankenbehandlung. Bereits nach den Anhaltspunkten 1965 hätte ihm eine Grundrente nach einer MdE von 50 v.H. zugestanden. Erst mit Urteil des Bayer. LSG vom 27.11.2003 sei er rückwirkend ab dem 01.01.1990 als Schwerbeschädigter anerkannt worden. Er habe daher einen Ersatzanspruch auf Erstattung der von ihm gezahlten Beiträge zur privaten Krankenversicherung, weil ihm der Behandlungsanspruch nach § 10 Abs. 2 BVG durch Urteil im gerichtlichen Verfahren rechtsverbindlich rückwirkend zuerkannt worden sei. Auch könne eine Heil- oder Krankenbehandlung schon vor der Anerkennung eines Versorgungsanspruchs gewährt werden.

Mit Gerichtsbescheid vom 26.06.2009 ist die Klage abgewiesen worden. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt: Wenn der Kläger zuletzt mit Schriftsatz vom 24.04.2009 eine Erstattung von selbst durchgeführten Heil- und Krankenbehandlungskosten nach § 18 Abs. 3 BVG begehrt habe, seien solche Kosten nicht Gegenstand der streitgegenständlichen Bescheide. Eine Klageerhebung sei daher bereits unzulässig. Eine Klageänderung werde nicht für sachdienlich gehalten und sei nicht zulässig. Soweit die Klage zulässig sei, sei sie unbegründet. Der Kläger habe unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt einen Anspruch auf Erstattung von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung im Zeitraum vom 01.01.1990 bis zum 30.09.2002.

Dagegen hat der Kläger am 28.07.2009 Berufung eingelegt. Er rügt, das Gericht habe den Untersuchungsgrundsatz dadurch verletzt, dass es das rechtswidrige Verwaltungshandeln des Beklagten verteidigt und unterstützt habe, ohne den Sachverhalt lückenlos aufzuklären. Der Kläger hat erneut die Beiladung der Bundesrepublik Deutschland beantragt. Was seinen Antrag auf Heil- und Krankenbehandlung betreffe, liege keine unzulässige Klageänderung vor. Über den Antrag sei bisher noch nicht entschieden worden. Was die Erstattung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung rückwirkend angehe, könne ihm der Anspruch gemäß § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG nicht versagt werden. Die rückwirkende Zuerkennung des Anspruchs auf Heilbehandlung müsse auf den Zeitpunkt des Wegfalls erfolgen. Zudem seien die Voraussetzungen für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch erfüllt.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid vom 26.06.2009 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 05.11.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.07.2004 zu verurteilen, die Beiträge des Klägers zur Krankenversicherung vom 01.01.1990 bis zum 30.09.2002 "dem Grunde nach ab Anspruchsgrundlage" zu erstatten. Zudem stellt er diverse weitere Anträge, wie sie im Schriftsatz vom 28.11.2012 enthalten sind, insbesondere, den Beklagten zu verpflichten, - die Beiträge des Klägers zur Pflegeversicherung vom 01.01.1995 bis zum 30.09.2002 "dem Grunde nach ab Anspruchsgrundlage" zu erstatten, - die Kosten der selbst durchgeführten Heil- und Krankenbehandlungen nach § 18 Abs. 3 BVG vom 01.01.1990 bis zum 30.09.2002 zu erstatten.

Der Vertreter des Beklagten beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Akten des Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München zu den Aktenzeichen [S 29 V 105/97](#), [S 25 V 102/95](#), [S 29 V 26/05](#), [S 33 V 27/04](#), [S 33 V 4/05](#), [S 33 V 31/06](#) und [S 33 V 11/07 ER](#) sowie des Bayerischen Landessozialgerichts mit den Aktenzeichen [L 15 V 55/99](#), [L 15 V 8/07](#), [L 15 V 14/08 C](#), [L 15 B 751/08 V](#), [L 15 B 515/08 V ER C](#), [L 15 VK 3/09](#), [L 15 VK 14/09](#) NZB und [L 15 VK 4/12](#) RG beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Berufungsakte und der beigezogenen Akten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm im Zeitraum vom 01.01.1990 bis zum 30.09.2002 zur privaten Krankenversicherung gezahlten Beiträge. Dies haben sowohl der Beklagte als auch das Sozialgericht zutreffend festgestellt. Auch wenn das Begehren des Klägers auf den ersten Blick durchaus nachvollziehbar erscheinen mag, steht die geltende Rechtslage einem Erfolg unzweifelhaft entgegen. Über die weiteren geltend gemachten Ansprüche des Klägers ist in diesem Verfahren nicht zu entscheiden.

1. Streitgegenstand

Angefochten ist der Bescheid vom 05.11.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.07.2004. Damit ist Streitgegenstand allein die Frage, ob dem Kläger die von ihm zur privaten Krankenversicherung in der Zeit vom 01.01.1990 bis zum 30.09.2002 geleisteten Beiträge zu erstatten sind. Darüber, ob dem Kläger Beiträge zur Pflegeversicherung und Kosten für von ihm selbst durchgeführte Heil- und Krankenbehandlungen zu erstatten sind, kann das Gericht in diesem Verfahren nicht entscheiden, wie dies bereits das Sozialgericht zutreffend im Gerichtsbescheid vom 26.06.2009 erläutert hat. Auch gibt es keine Bescheide, die über [§ 96](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum

Gegenstand des Verfahrens geworden wären. Wenn der Beklagte in der Rechtsbehelfsbelehrung zum Bescheid vom 22.02.2006 darauf hingewiesen hat, dass dieser Bescheid, mit dem gemäß § 44 und § 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch über die Feststellung der Schädigungsfolgen entschieden worden ist, gemäß § 96 SGG Gegenstand des anhängigen Klageverfahrens geworden sei, kann sich dies jedenfalls nicht auf das hier zu entscheidende Verfahren beziehen, in dem ein ganz anderer Regelungsgegenstand betroffen ist.

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; FehI, 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 unvertretbar 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 Aufwendungsersatz 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 in der hier maßgeblichen Fassung vom 20. Dezember 1982 und vom 24. Juni 1985 ; vgl auch die Verwaltungsvorschrift Nr 1 zu § 15 vom 27. August 1986). 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)" [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](#); 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 Schadensersatz (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 Schadensersatzanspruch 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 Schadensersatzanspruch hat sicherzustellen, dass der Herstellungsanspruch keine verkappte Verurteilung zum Schadensersatz 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 Schadensersatzrecht schließen. Dem Geschädigten ist idR mit der Herstellung des bei pflichtgemäßem Verhalten des Leistungsträgers bestehenden Zustandes iS einer Naturalrestitution besser gedient, als mit Schadensersatz 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 Herstellungsanspruchs 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 Herstellungsanspruchs 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 versorgungrechtlichen 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 Nr 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 Kriegsoferv- 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 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 Gegenschuß 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.

Eine Beiladung der Bundesrepublik Deutschland gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) hatte nicht zu erfolgen, da dies die Bundesrepublik Deutschland selbst hätte beantragen müssen. Mit der gesetzlichen Regelung soll lediglich der Bundesrepublik Deutschland, die die Kosten des sozialen Entschädigungsrechts trägt, die Möglichkeit gegeben werden, Einfluss auf den Prozess zu nehmen (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 10. Aufl. 2012, § 75, Rdnr. 9). Beantragt nur ein Beteiligter, nicht aber die Bundesrepublik Deutschland die Beiladung, muss eine Beiladung nicht erfolgen (vgl. Leitherer, a.a.O., § 75, Rdnr. 9a). Bei einem Antrag des Klägers oder des Beklagten steht es im Ermessen des Gerichts, die Bundesrepublik gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (einfach) beizuladen (vgl. BSG, Urteil vom 22.04.1965, Az.: [10 RV 375/63](#)). Für eine solche Beiladung hat der Senat keinen Bedarf gesehen. Ein Fall der notwendigen Beiladung im Sinne des [§ 75 Abs. 2 SGG](#) war nicht gegeben.

Zusammenfassend ist daher festzustellen, dass die Berufung unter keinem Gesichtspunkt Erfolg haben kann.

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

2014-01-17