

L 2 VS 29/05

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

2

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 11 VS 301/03

Datum

01.06.2005

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 2 VS 29/05

Datum

27.04.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Kein Anspruch auf Erstattung von geleisteten Beiträgen zur privaten Krankenversicherung bei erstmaliger rückwirkender Feststellung einer MdE von 50 v. H.

Auf die Berufung des beklagten Landes wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 1. Juni 2005 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für das gesamte Verfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger macht gegenüber dem beklagten Land die Erstattung von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung geltend, die er für die Zeit vom 1. Juni 1997 bis zum 6. Oktober 2002 gezahlt hat.

Das damals zuständige Land Rheinland-Pfalz hat bei dem 1956 geborenen Kläger in Ausführung eines vor dem Sozialgericht Koblenz (S 4 V 7/96) abgegebenen Anerkenntnisses mit Bescheid vom 25. April 1997 einen Wirbelsäulenschaden als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und diese mit einer MdE von 25 bewertet. Als Ergebnis eines weiteren vor dem Sozialgericht Kiel (S 11 VS 111/00) und dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht (L 2 VS 5/02) geführten Rechtsstreits hat das Land Rheinland-Pfalz eine somatoforme Störung als weitere (mittelbare) Schädigungsfolge rückwirkend für die Zeit seit dem 1. Juni 1997 anerkannt und die MdE mit 50 v.H. bewertet. Diese ist wegen besonderer beruflicher Betroffenheit des Klägers nach § 30 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) auf 60 v.H. erhöht worden (Ausführungsbescheid des Landes Rheinland-Pfalz vom 30. August 2002).

Am 21. August 2002 beantragte der Kläger, der bereits seit 1986 in der privaten Krankenversicherung versichert war, bei dem beklagten Land die Erstattung der seit dem 1. Juni 1997 geleisteten Beiträge zur privaten Krankenversicherung sowie die Erstattung der seit dem 1. Juni 1997 geleisteten Eigenanteile zu der ihm gewährten Beihilfe. Ferner bat er zu prüfen, ob es möglich sei, ihm die monatlichen Krankenkassenbeiträge auch zukünftig zu erstatten, anstatt ihn von der AOK betreuen zu lassen.

Mit Bescheid vom 7. Oktober 2002 erkannte das beklagte Land den Anspruch des Klägers und seiner Familienangehörigen auf Heilbehandlung dem Grunde nach an. Ferner gab das beklagte Land dem Antrag des Klägers auf Erstattung der Eigenanteile zur Beihilfe mit Bescheid vom 15. März 2004 statt.

Den Antrag des Klägers, ihm die Beiträge zur privaten Krankenversicherung zu erstatten, lehnte das beklagte Land mit Bescheid vom 31. Januar 2003 und Widerspruchsbescheid vom 30. Oktober 2003 ab. Zur Begründung führte es im Wesentlichen aus: Nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG bestehe ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für die Versicherung nur, wenn der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine Krankenversicherung abgeschlossen habe oder einer Krankenkasse beigetreten sei. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt, da weder bei dem Kläger noch seiner Ehefrau oder seinem Sohn der Anspruch auf Heil- bzw. Krankenbehandlung weggefallen sei. Vielmehr sei im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens durch Anerkenntnis festgestellt worden, dass ihm ab 1. Juni 1997 Versorgung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 60 v. H. zu gewähren sei. Der Anspruch auf Heil- bzw. Krankenbehandlung sei dem Kläger nicht zuvor entzogen worden. Das Bundesversorgungsgesetz kenne grundsätzlich keine Beihilfe zu den Aufwendungen für die private Krankenversicherung. Allein in Form eines pauschalen Schadenersatzes finde sich ein derartiger Anspruch in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG für den Fall, dass der Entschluss zum Abschluss einer Privatversicherung durch ein rechtswidriges Handeln der Verwaltung verursacht werde. Verneine die Behörde einen vordem bestehenden Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung, habe der Versorgungsberechtigte zu entscheiden, wie er den Zeitraum überbrücke, in dem über die Rechtmäßigkeit der Ablehnung gestritten werde. Er könne die Behandlungskosten in voller Höhe selbst tragen und ihre Erstattung in angemessenem

Umfang verlangen, sofern ihm der Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt werde. Er könne aber auch durch den Abschluss einer privaten Krankenversicherung die Kostenbelastung während des Streits in überschaubaren Grenzen halten. Geschehe dies, so werte der Gesetzgeber in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG die hierdurch entstehenden Aufwendungen als Teil des durch die rechtswidrige Ablehnung entstandenen Schadens, der kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung übernommen werde. Es bestehe keine Veranlassung, die abschließende gesetzliche Regelung ausdehnend auszulegen. Der Gesetzgeber habe den Anspruch auf Erstattung der Beiträge auf solche Sachverhalte beschränkt, in denen die Kausalität nicht zweifelhaft sei, weil die Krankenversicherung erst nach Wegfall eines vorbestehenden Versorgungsanspruchs abgeschlossen werde. Eine ausdehnende Analogie der Vorschrift sei demnach nicht geboten.

Dagegen hat sich der Kläger mit der am 27. November 2003 vor dem Sozialgericht Kiel erhobenen Klage gewandt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Angesichts der rückwirkenden Geltung des Bescheides vom 30. August 2002, mit dem die MdE für die Zeit seit dem 1. Juni 1997 auf 60 festgesetzt worden sei, werde der Bescheid vom 25. April 1997, mit dem die MdE auf 25 v. H. festgesetzt worden war, überlagert. Der Bescheid vom 25. April 1997 sei insoweit hinfällig bzw. inzident aufgehoben worden. Damit sei gleichzeitig ein Anspruch auf Heilbehandlung rückwirkend für die Zeit seit dem 1. Juni 1997 begründet. Dies reiche zur Begründung des Erstattungsanspruchs nach § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG aus. Zwar sei nach dem Wortlaut ein "Wegfall" des Anspruchs auf Heilbehandlung Voraussetzung. Werde der Anspruch indessen von vornherein unzulässigerweise versagt und werde der Berechtigte dadurch gezwungen, eine ergänzende Krankenversicherung abzuschließen, könne nach dem gesetzgeberischen Ziel des § 18 Abs. 4 BVG nichts anderes gelten als bei einem nachträglichen "Wegfall" einer ausdrücklich eingeräumten Rechtsposition. Sinn und Zweck des § 18 Abs. 4 BVG sei es, den Berechtigten von solchen Lasten freizustellen, die dadurch entstanden seien, dass ihm eine Rechtsposition unzulässigerweise entzogen worden sei. Von einem solchen "Entziehen" könne im weitesten Sinne auch dann gesprochen werden, wenn ein Anspruch von Anfang an nicht anerkannt werde. Für den Betroffenen mache es keinen Unterschied, ob ihm ein vorübergehend eingeräumtes Recht wieder entzogen werde oder ob ihm die Ausnutzung desselben von Anfang an verwehrt werde. In beiden Fällen habe er durch den Abschluss einer Versicherung zu reagieren, für deren Kosten er nunmehr Ersatz beanspruche. Das Interesse an dem Ausgleich bestehe bei anfänglicher Verweigerung einer Kostenübernahme in gleicher Weise wie bei nachträglichem Wegfall. Hinzu komme, dass der Beklagte fünf Jahre gebraucht habe, bevor er die Schwerbeschädigung des Klägers anerkannt habe. Die aus dieser Verzögerung der Bescheidung folgenden Kosten in Gestalt der Beiträge zur privaten Krankenversicherung dürften ihm nicht aufgebürdet werden. Der entgegenstehenden Auffassung des Beklagten liege eine zu enge Auslegung des § 18 Abs. 4 BVG zugrunde.

Der Kläger hat beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, ihm unter Aufhebung des Bescheides vom 31. Januar 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. Oktober 2003 die privaten Krankenversicherungsbeiträge vom 1. Juni 1997 bis 6. Oktober 2002 zu erstatten.

Das beklagte Land hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Es hat sich zur Begründung auf den Inhalt des angefochtenen Widerspruchsbescheides bezogen.

Mit Urteil vom 1. Juni 2005 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Zwar seien die Voraussetzungen des § 18 Abs. 4 BVG nicht erfüllt, weil der Heil- oder Krankenbehandlungsanspruch des Klägers nicht weggefallen war. Es sei unbeachtlich, ob der geltend gemachte Anspruch bei analoger Anwendung aus § 18 Abs. 4 BVG abzuleiten sei. Jedenfalls ergebe sich der geltend gemachte Anspruch aus § 18 Abs. 3 Satz 1 BVG. Danach habe der Berechtigte, der eine Heilbehandlung, Krankenbehandlung oder Badekur vor der Anerkennung selbst durchgeführt habe, Anspruch auf Erstattung der Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfang. Diese Voraussetzungen seien hier erfüllt. Die Schwerbeschädigteneigenschaft des Klägers sei im Jahr 2002 rückwirkend anerkannt worden. Der Kläger habe sich in der Zeit von 1997 bis 2002 selbst versichern müssen, da ihm der Schwerbeschädigtenstatus in dieser Zeit noch nicht zuerkannt worden war. Der Beklagte habe dem Kläger die dadurch entstandenen Kosten zu erstatten, da der Kläger tatsächlich - wenn auch nachträglich anerkannt - schwerbeschädigt war und somit - wie es § 18 Abs. 3 BVG verlange - eine Behandlung vor der Anerkennung selbst durchgeführt hatte.

Gegen das ihm am 7. Juni 2005 zugestellte Urteil wendet sich das beklagte Land mit der am 30. Juni 2005 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung und trägt zur Begründung im Wesentlichen vor: Nach § 18 Abs. 3 Satz 1 BVG seien einem Berechtigten, der vor der Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge eine Heilbehandlung, Krankenbehandlung oder Badekur selbst durchgeführt habe, die Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfang zu erstatten. Nach der eindeutigen und abschließenden Aufzählung in dieser Vorschrift gehörten die Beitragsleistungen zu einer privaten Krankenversicherung nicht zu den Kosten für eine notwendige Behandlung. Dies ergebe sich aus der Beschreibung der Begriffe Heil- und Krankenbehandlung sowie Badekur in §§ 11 bis 13 BVG. Hier werde im Einzelnen geregelt, welche Leistungen zu gewähren und in welcher Weise diese zu erbringen seien. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Januar 1975 ([10 RV 63/74](#)) gehörten Aufwendungen für private Versicherungen grundsätzlich nicht zu den im BVG vorgesehenen Leistungen. Hierzu fehle es zum einen an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung. Zum anderen habe der Gesetzgeber mit der Vorschrift des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG eine Regelung geschaffen, die sich mit dem Ersatz von Aufwendungen für eine private Krankenversicherung befasse. Dieser Aufwendungsersatz sei ausdrücklich auf den Fall beschränkt, dass der Berechtigte nach Wegfall (Aberkennung) des Anspruchs auf Heil- und Krankenbehandlung eine (private) Krankenversicherung abgeschlossen habe oder dem Träger einer gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten sei und dass dieser Anspruch im Vorverfahren oder durch gerichtliche Entscheidung rechtsverbindlich wieder zuerkannt werde. Durch diese gesetzliche Regelung werde deutlich, dass der Gesetzgeber das Problem der Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen durchaus gesehen habe und eine Erstattung auf den dargelegten Sonderfall beschränkt wissen wolle. Ein Fall des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG liege bei dem Kläger, der bereits seit 1986 privat versichert sei, nicht vor. Eine analoge Anwendung dieser Vorschrift könne auch unter Zugrundelegung der oben genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht erfolgen.

Das beklagte Land beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 1. Juni 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er habe bereits im Juni 1997 die Anerkennung einer höheren MdE beantragt. Er habe alles getan, um das Verfahren zu beschleunigen. Das beklagte Land habe ihm durch die Verzögerung des Verfahrens und die rückwirkende Anerkennung der MdE von 60 erst im August 2002 einen Schaden zugefügt. Das Sozialgericht habe den Erstattungsanspruch zu Recht auf § 18 Abs. 3 BVG gestützt. Zu den "Kosten der notwendigen Behandlung" seien bei richtiger Auslegung auch die Beitragskosten für die private Krankenversicherung zu zählen. Sinn des § 18 Abs. 3 BVG sei es, den Berechtigten von denjenigen Kosten frei zu stellen, die dadurch entstanden seien, dass die Anerkennung der Schwerbeschädigten-genschaft zu spät erfolgt und ihm dadurch Kosten entstanden seien, die bei zeitgemäßer Anerkennung vom Leistungsträger zu übernehmen gewesen wären. Vor diesem Hintergrund könne es keinen Unterschied machen, ob der Berechtigte die Behandlungskosten selbst übernehme oder aber durch Abschluss einer Versicherung die Behandlungskosten nur mittelbar, nämlich in Form von Versicherungsbeiträgen, trage. Wenn § 18 Abs. 3 BVG so ausgelegt würde, dass Versicherungsbeiträge vom Anwendungsbereich ausgeschlossen seien, hätte dies zur Folge, dass ein wirtschaftlich sinnvolles, kostenbegrenzendes Verhalten des Schwerbeschädigten in Gestalt des Abschlusses eines Versicherungsvertrags bestraft würde. Die Behörde würde von dem Abschluss einer angemessenen Versicherung unbillig profitieren. Im Übrigen hätte er die Behandlungskosten finanziell gar nicht bewältigen können und sei deshalb gezwungen gewesen, die private Krankenversicherung fortzuführen. Jedenfalls ergebe sich der geltend gemachte Anspruch aus einer analogen Anwendung des § 18 Abs. 4 BVG. Dazu wiederholt und vertieft der Kläger sein Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren. Die Ähnlichkeit des vorliegenden Sachverhalts mit dem in § 18 Abs. 4 BVG wörtlich geregelten Sachverhalt rechtfertige eine analoge Anwendung. Aufgrund der Ähnlichkeit der Sachverhalte sei eine Gleichbehandlung geboten. Hier sei weiter zu berücksichtigen, dass das beklagte Land ihm die Anerkennung als Schwerbeschädigter über fünf Jahre vorenthalten und er keine andere Wahl gehabt habe, als eine Versicherung abzuschließen. Das Verhalten des beklagten Landes sei auch unter dem Aspekt von Treu und Glauben zu berücksichtigen. Das beklagte Land verstoße gegen diesen Grundsatz, wenn es ihm die durch die späte Anerkennung als Schwerbeschädigten entstandenen Kosten aufbürde. Dem stehe auch die Rechtsprechung der Sozialgerichte entgegen. Zwar habe das Bayerische Landessozialgericht in einem Urteil vom 12. Dezember 2002 ([L 18 V 16/01](#)) ausgeführt, dass es grundsätzlich in der Entscheidung des Schwerbeschädigten liege, wie er den Zeitraum überbrücke, in dem über die Rechtmäßigkeit der Ablehnung seiner Anerkennung gestritten werde. Dies könne jedoch nicht unbegrenzt gelten, wenn die Behörde den Entscheidungsvorgang auf fünf Jahre ausdehne und im Ergebnis die grundsätzlich von ihr zu tragenden Kosten durch schlechte Verzögerung dem Berechtigten auferlege. Der Anspruch auf die Krankenbehandlung sei bereits mit Eintritt der Schwerbeschädigung am 1. Juni 1997 entstanden und nicht erst mit dem Bescheid über die rückwirkende Anerkennung vom 7. Oktober 2002. Weder das oben genannte Urteil des Landessozialgerichts München vom 12. Dezember 2002 noch das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13. Mai 2005 ([L 8 VG 1060/04](#)) stünden einer analogen Anwendung des § 18 Abs. 4 BVG auf die vorliegende Fallgestaltung entgegen.

Die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten des beklagten Landes (drei Band Rentenakten, zwei Band Heilbehandlungsakten, ein Band Schwerbehindertenakte), die den Kläger betreffende Verwaltungsakte der Wehrbereichsverwaltung sowie die Gerichtsakten des Sozialgerichts Kiel zu den Aktenzeichen S 11 VS 309/03, S 11 VS 314/01 und S 11 VS 111/00 (= L 2 VS 5/02) sowie die Prozessakte haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand der Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem die Beteiligten übereinstimmend ihr Einverständnis mit dieser Verfahrensweise erklärt haben.

Die statthafte ([§ 143 SGG](#)) und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist zulässig.

Die Berufung ist auch begründet. Das Sozialgericht hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die angefochtenen Bescheide des beklagten Landes sind nicht zu beanstanden, weil der Kläger keinen Anspruch auf Erstattung der für die Zeit seit dem 1. Juni 1997 geleisteten Beiträge zur privaten Krankenversicherung hat.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts folgt ein Anspruch des Klägers auf Erstattung der geleisteten Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht aus § 18 Abs. 3 BVG, weil diese Vorschrift ausschließlich Ansprüche auf Heilbehandlung, Krankenbehandlung oder eine Badekur betrifft. Der Inhalt des Anspruchs auf Heilbehandlung und Krankenbehandlung ist in §§ 11, 12 BVG geregelt. Die Erstattung von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung ist danach nicht Inhalt des Anspruchs auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung. Dies entspricht auch der Systematik des BVG, nach der die ärztliche Behandlung grundsätzlich als Sachleistung gewährt wird (vgl. BSG, Urteil vom 28. Januar 1975 - [10 RV 63/74](#) - [SozR 3100 § 18 Nr. 3](#)). Auch eine analoge Anwendung der in § 18 Abs. 3 BVG geregelten Voraussetzungen zur Erstattung von Behandlungskosten auf die Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung kommt nicht in Betracht, weil mit § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG eine eigenständige Regelung speziell zur Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung getroffen wurde.

Ein Anspruch auf Erstattung von Beiträgen zur Krankenversicherung besteht nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG nur, wenn der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine Krankenversicherung abgeschlossen hat oder er einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten ist und wenn der Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung im Vorverfahren oder im gerichtlichen Verfahren rückwirkend wieder zuerkannt wird. Ein Anspruch des Klägers auf Heil- oder Krankenbehandlung ist jedoch mit Bescheid vom 7. Oktober 2002 erstmals anerkannt worden. Der Anspruch kann deshalb nicht "weggefallen" sein.

Entgegen der Auffassung des Klägers kann die Regelung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG auch nicht entsprechend auf Fälle angewandt werden, in denen ein Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nicht weggefallen ist, sondern in denen die Voraussetzungen erstmals rückwirkend festgestellt werden. Der Wortlaut des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG ist eindeutig, und es gibt auch keine Anhaltspunkte dafür, dass nach dem

Willen des Gesetzgebers eine weitergehende Regelung beabsichtigt gewesen sein könnte. Unbeschadet der Aufgabe und Befugnis der Gerichte zu richterlicher Rechtsfortbildung sind die durch den Grundsatz der Bindung der Rechtsprechung an Gesetz und Recht durch Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz (GG) gesetzten Grenzen zu beachten. Keinesfalls darf sich der Richter über das gesetzte Recht hinwegsetzen, weil es seinem Rechtsempfinden nicht entspricht (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 44/84 BSGE 58, 83](#) = SozR 2200 § 555a Nr. 2 m.w.N.). Das Bundessozialgericht (Urteil vom 28. Januar 1975, [a.a.O.](#)) hat speziell bezogen auf die in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG getroffene Regelung (damals als § 18 Abs. 2 Satz 3 in der Fassung des 5. Anpassungsgesetzes zum BVG vom 18. Dezember 1973 [BGBl. I S. 1909](#)) entschieden, dass der Aufwendungsersatz ausdrücklich auf Fälle beschränkt ist, in denen der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall (Aberkennung) des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine (private) Krankenversicherung abgeschlossen hat oder einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung beigetreten war und dass dieser Anspruch im Vorverfahren oder durch gerichtliche Entscheidung rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt wird. Die mit dem 5. Anpassungsgesetz zum BVG vom 18. Dezember 1973 getroffene Regelung lässt eindeutig erkennen, dass der Gesetzgeber das Problem der Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen gesehen hat, dass die Erstattung auf den dargelegten Sonderfall beschränkt sein sollte und dass damit eine durch Richterrecht zu ergänzende Lücke im Gesetz nicht besteht. In einem Urteil vom 27. November 1991 ([9a RV 1/90](#)) hat das Bundessozialgericht unter Bezugnahme auf die oben genannte Entscheidung vom 28. Januar 1975 noch einmal bestätigt, dass es sich bei § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG um eine Sonderregelung handelt, durch die die Folgen eines rechtswidrigen Eingriffs der Verwaltung in ein bestehendes Versorgungsrechtsverhältnis ausgeglichen werden.

Der Senat schließt sich der genannten Rechtsprechung des BSG an (ebenso: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteile vom 13. Mai 2005 [L 8 VG 1060/04](#) und [L 8 VG 1018/04](#); Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2002 [L 18 V 16/01](#) E LSG V 043). Danach kommt ein Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht in Betracht, weil der in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG vorausgesetzte Eingriff in ein bestehendes Versorgungsrechtsverhältnis bei dem Kläger nicht stattgefunden hat.

Der Senat verkennt nicht, dass ein Fall, in dem die Regelung des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG zur Anwendung kommt, kaum eintreten dürfte, weil Rechtsmittel gegen einen den Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung entziehenden Bescheid gemäß [§ 86a Abs. 1 SGG](#) aufschiebende Wirkung haben.

Ferner verkennt der Senat nicht, dass dem Anspruchsteller in der Zeit bis zur Entscheidung über seinen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung praktisch keine andere Wahl bleibt, als sich selbst gegen das Risiko der Krankheit zu versichern. Der Versorgungsberechtigte erleidet also einen Nachteil in Abhängigkeit von der Dauer des Verfahrens, obwohl er darauf vielfach keinen Einfluss hat, und die Versorgungsverwaltung wird entsprechend entlastet. Den im gerichtlichen Verfahren rückwirkend zuerkannten Anspruch kann der Berechtigte teilweise nicht mehr verwirklichen. Gleichwohl hat der Versorgungsberechtigte keinen Anspruch darauf, dass ihm jeder Nachteil, der ihm durch eine lange Verfahrensdauer entsteht, ausgeglichen wird. Dies hat das BSG (Urteil vom 7. November 2001 [B 9 SB 3/01 R BSGE 89, 79](#) = SozR 3-3870 § 59 Nr. 1) bereits im Zusammenhang mit der rückwirkenden Zuerkennung des Merkmals "G" im Schwerbehindertenecht entschieden. Ähnlich wie in der vorliegenden Fallgestaltung entsteht dem behinderten Menschen, dem das Merkmal "G" nach einem längeren Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren für einen bereits abgelaufenen Zeitraum zuerkannt wird, ein Nachteil dadurch, dass er die unentgeltliche Personenbeförderung, die nur nach Vorlage des Schwerbehindertenausweises gewährt wird, nicht mehr rückwirkend in Anspruch nehmen kann. Gleichwohl hat der Behinderte in Ermangelung einer entsprechenden Rechtsgrundlage keinen Anspruch auf Ausgleich der ihm durch die Verfahrensdauer entstandenen Nachteile.

Wenn der langen Verfahrensdauer eine Amtspflichtverletzung zugrunde liegt, hat der Versorgungsempfänger die Möglichkeit, Schadenersatz unter den in [§ 839](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelten Voraussetzungen geltend zu machen. Voraussetzung ist danach eine vorsätzliche oder zumindest fahrlässige Verletzung von Amtspflichten. Für eine Entscheidung über einen Anspruch nach [§ 839 BGB](#) sind die Sozialgerichte nicht zuständig. Der Kläger hat auf Nachfrage im Termin zur Erörterung am 18. April 2006 ausdrücklich erklärt, dass er einen entsprechenden Anspruch im vorliegenden Verfahren nicht geltend macht, sodass es einer Verweisung an das zuständige Landgericht nicht bedurfte. Im Übrigen sind Anhaltspunkte für eine vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung von Amtspflichten nicht ersichtlich, da die lange Verfahrensdauer bis zur rückwirkenden Anerkennung des Klägers als Schwerbeschädigter im Wesentlichen auf einem Gerichtsverfahren beruhte, in dem ausgesprochen schwierige Kausalitätsfragen zu klären waren.

Ein Anspruch des Klägers auf Erstattung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung besteht auch nicht nach den in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Zum einen ist ein Beratungsfehler oder ein anderes pflichtwidriges Handeln des beklagten Landes nicht ersichtlich und zum anderen kommt das Rechtsinstitut des Herstellungsanspruchs nur zum Tragen, wenn das pflichtwidrige Verwaltungshandeln durch eine zulässige Amtshandlung beseitigt werden kann. Da aber die Zahlung von Versicherungsprämien für eine private Versicherung vom Sonderfall des § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG abgesehen im BVG nicht vorgesehen ist, könnte das beklagte Land auch nicht im Wege eines Herstellungsanspruchs dazu verurteilt werden (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, [a.a.O.](#); Bayerisches Landessozialgericht, [a.a.O.](#), m.w.N.).

In dem Fehlen einer Regelung, die Nachteile für den Fall der rückwirkenden Zuerkennung des Anspruch auf Krankenbehandlung nach längerer Verfahrensdauer umfassend ausgleicht, kann der Senat auch keinen Verstoß gegen die Verfassung und insbesondere nicht gegen [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz erkennen. Wie das BSG (Urteil vom 7. November 2001, [a.a.O.](#)) bereits im Zusammenhang mit dem Ausgleich von Nachteilen durch die rückwirkende Zuerkennung des Merkmals "G" im Schwerbehindertenausweis entschieden hat, handelt es sich dabei um einen Bereich, der im Regelungsermessen des Gesetzgebers steht. Die Zweckmäßigkeit der in § 18 Abs. 4 Satz 3 BVG getroffenen Regelung mit der Begrenzung des Anspruchs auf Fälle, in denen ein Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung weggefallen war, unterliegt nicht der Nachprüfung durch die Gerichte.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor, nachdem das Bundessozialgericht über die maßgebende Rechtsfrage bereits mit Urteil vom 28. Januar 1975 ([a.a.O.](#)) entschieden, diese Rechtsprechung mit Urteil vom 27. November 1991 ([a.a.O.](#)) bestätigt hat und nachdem auch die Landessozialgerichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts soweit ersichtlich einvernehmlich (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, [a.a.O.](#); Bayerisches Landessozialgericht, [a.a.O.](#)) gefolgt sind.

Rechtskraft

Aus
Login
SHS
Saved
2006-07-27