

L 2 R 446/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

2
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 4 R 355/10

Datum
04.09.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 2 R 446/12

Datum
18.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1) Zur Frage der groben Fahrlässigkeit und Bösgläubigkeit bei [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 2, 4 SGB X](#).

2) Eine Verletzung der Mitteilungspflicht kommt überhaupt nur dann in Betracht, wenn der Versicherte in eindeutiger und unmißverständlicher Form über die Änderung seines Krankenversicherungsverhältnisses informiert wurde. Die schlichte Überlassung einer neuen Krankenversichertenkarte mit dem allgemeinen Hinweis auf die "Krankenversicherung der Rentener" reicht dafür regelmäßig nicht.

3) Das nicht Bemerkten einer erfolgten Beitragsabbuchung durch die Krankenkasse stellt nicht in jedem Fall eine besonderes schwere Sorgfaltspflichtverletzung dar. Die Umstände des Einzelfalles sind stets zu berücksichtigen.

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 4. September 2012 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Beitragszuschüssen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Klägerin ist die Witwe des Versicherten B. A. (geb. 1949, gest. 2000). Aufgrund des Bescheides der Beklagten vom 12. August 1998 bezog der Versicherte ab Oktober 1997 eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Zu der Leistung wurden Beitragszuschüsse zu den Aufwendungen für eine freiwillige Kranken- und auch Pflegeversicherung gewährt (Bescheide vom 12. August 1998 und 21. Dezember 1998).

In ihrem Hinterbliebenenrentenantrag vom 25. April 2000 erklärte die Klägerin unter Bestätigung ihrer diesem Verfahren beigelegten Krankenkasse freiwillig versichert zu sein. In dem dazugehörigen Antrag auf Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung (Vordruck 4.5001 SB) unterzeichnete die Klägerin - vertreten durch ihren Prozessbevollmächtigten Rentenberater B. - unter anderem die Beendigung der freiwilligen Krankenversicherung, den Beginn einer Versicherungspflicht in der Krankenversicherung und auch Änderungen des Pflegeversicherungsverhältnisses der Beklagten unverzüglich anzuzeigen.

Mit Bescheid vom 15. Mai 2000 bewilligte die Beklagte der Klägerin eine sog. große Witwenrente, mit weiterem Bescheid vom 21. Juni 2000 zu dieser Zuschüsse zum freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag.

In dem Bescheid vom 21. Juni 2000 wurden der Klägerin diverse Mitteilungspflichten auferlegt. Auf Seite 4 des Bescheides heißt es u.a.:

"Der Anspruch auf Beitragszuschuss für die freiwillige oder private Krankenversicherung entfällt mit der Aufgabe oder dem Ruhen dieser Krankenversicherung und bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht. Daher besteht die gesetzliche Verpflichtung, uns jede Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses und jede Änderung der Beitragshöhe unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt auch für Änderungen in den Verhältnissen von Familienangehörigen, deren Beitrag bei der Berechnung des Beitragszuschusses berücksichtigt wurde.

Der Anspruch auf Beitragszuschuss für die Pflegeversicherung entfällt bei Eintritt von Versicherungspflicht in der Krankenversicherung sowie bei Eintritt von Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung. Daher besteht die gesetzliche Verpflichtung, uns jede Änderung des Kranken- und

Pflegeversicherungsverhältnisses unverzüglich mitzuteilen."

Im Juli 2008 erstattete die Beigeladene eine Fehlermeldung im maschinellen KVdR-Meldeverfahren bezüglich des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses ab dem 1. April 2002. Danach bestand seit diesem Zeitpunkt eine Pflichtversicherung der Klägerin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Mit Bescheid vom 25. Juli 2008 erließ die Beklagte einen Rentenbescheid, mit dem sie die Witwenrente ab Januar 2004 neu berechnete. In dem Bescheid wurde die Bewilligung des Zuschusses zur Krankenversicherung mit Wirkung für die Zukunft ab dem 1. September 2008 aufgehoben und bestimmt, dass künftig ein monatlicher Beitragsanteil zur Kranken- und Pflegeversicherung einbehalten werde. Für die Zeit vom 1. April 2002 bis zum 31. August 2008 stellte die Beklagte eine Überzahlung in Höhe von 4.709,28 EUR fest und hörte die Beklagte insoweit zur beabsichtigten Aufhebung des Bescheides vom 21. Juni 2000 auch mit Wirkung für die Vergangenheit ab dem 1. April 2002 und zur Rückforderung der Überzahlung an. Die Anhörung korrigierte die Beklagte mit weiterem Schreiben vom 17. September 2008 dahin, dass sich die Gesamtsumme der überzahlten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung auf 5.530,32 EUR belaufe und entsprechend dieser Betrag zur Rückforderung anstehe.

Mit Bescheid vom 20. Januar 2009 hob die Beklagte den Bescheid vom 21. Juni 2000 über die Bewilligung des Zuschusses zu den Aufwendungen für die Kranken- und Pflegeversicherung mit Wirkung ab dem 1. April 2002 auf und forderte die von April 2002 bis August 2008 erbrachten Leistungen in Höhe von 5.530,32 EUR zurück. Sie führte aus, dass die rückwirkende Aufhebung des Bescheides statthaft sei, weil ein Tatbestand des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 oder Nr. 4](#) des Sozialgesetzbuches Zehntes Buch (SGB X) gegeben sei und die Fristen des [§ 48 Abs. 4 SGB X](#) noch nicht abgelaufen seien. Die von der Klägerin im Rahmen der Anhörung vorgetragene Gründe, dass das Verschulden bei der Barmer Ersatzkasse läge, seien nicht geeignet, der Klägerin einen Vertrauensschutz einzuräumen. Ob der von der Beklagten gegebenen Informationen habe sie gewusst oder nur wegen einer Sorgfaltspflichtverletzung in besonders schwerem Maße nicht gewusst, dass durch den Wegfall der freiwilligen Krankenversicherung der Anspruch auf die Zuschüsse nicht mehr bestehe.

Im Widerspruchsverfahren begehrte die Klägerin unter anderem den Erlass der überzahlten Zuschüsse. Nach Einsicht auch in die Verwaltungsakte der Beklagten machte sie in rechtlicher Hinsicht geltend, dass der Anwendungsbereich des [§ 45 SGB X](#) eröffnet sei. In tatsächlicher Hinsicht hielt sie daran fest, dass der Beigeladenen das Verschulden anzulasten sei, die bestätigt habe, es verabsäumt zu haben, den entsprechenden Datensatz bezüglich des Wechsels im Krankenversicherungsverhältnis im Jahre 2002 an die Beklagte abzusetzen. Die Klägerin sei schuldlos, habe die Mittel verbraucht, da sie die Witwenrente komplett für ihren Lebensunterhalt benötigt habe. Auch habe sie auf die Richtigkeit der Bescheide vertraut.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2010 wies die Beklagte den Widerspruch unter ausführlicher Darstellung der Sach- und Rechtslage zurück. Der Klägerin sei aufgrund der in dem Bescheid vom 21. Juni 2000 gegebenen Informationen bekannt gewesen, dass ein Anspruch auf die Zuschüsse zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung bestehe, solange sie freiwillig kranken- und pflegeversichert sei. Da sich ab April 2002 keine Veränderung des Rentenzahlungsbetrages ergeben habe und der Klägerin in der Folge in den jeweiligen Rentenanpassungsmitteilungen die Auszahlung der Zuschüsse zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung mitgeteilt worden sei, obwohl sie selber keine Beiträge mehr an die Krankenkasse gezahlt habe, seien die Voraussetzungen der groben Fahrlässigkeit erfüllt. Soweit es um die Frage der Verletzung von Mitteilungspflichten gehe, sei zu beachten, dass die Klägerin "im Antrag auf Beitragszuschuss" mit der gebotenen Deutlichkeit und in verständlicher Form darauf hingewiesen worden sei, dass der Beitragszuschuss unter bestimmten Voraussetzungen entfalle und sie verpflichtet sei, dem Rentenversicherungsträger solche für den Empfang des Zuschusses wesentlichen Umstände mitzuteilen. Zur Frage der Bösgläubigkeit sei zu beachten, dass die Klägerin aufgrund der im Antrag auf Beitragszuschuss aufgegebenen Mitteilungspflichten im Zusammenhang mit dem Beitragszuschuss letztlich auch darüber informiert worden sei, wann die Voraussetzungen für den Beitragszuschuss entfallen. Eine rechtzeitige Information über die Änderung zum 1. April 2002 sei weder von der Klägerin noch von der Barmer Ersatzkasse erfolgt. Die Änderung sei der Beklagten vor Juli 2008 nicht bekannt gewesen. Mit Blick auf das Verschulden der Krankenkasse, welches sich die Beklagte zurechnen lassen müsse, sei ein eine Ermessensausübung erforderlicher sog. atypischer Fall gegeben. In der Gesamtschau der nach Aktenlage bekannten Umstände sei die Bescheidaufhebung und Rückforderung in vollem Umfang auch im Rahmen dieses auszuübenden Ermessens gerechtfertigt, da die Verletzung der Mitteilungspflichten und der Empfang der zu Unrecht gezahlten Zuschüsse auf Seiten der Klägerin so gewichtig sei, dass eine Reduzierung der Forderung nicht in Betracht komme. Ihren Anspruch verfolgte die Klägerin vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main weiter. Zur Begründung wiederholte und vertiefte sie zunächst ihr Vorbringen aus dem Vorverfahren. Ausdrücklich bestritt sie, dass ihr der Wegfall der Ansprüche auf die Zuschüsse bekannt gewesen hätte sein müssen. Das Verschulden liege bei der Barmer Ersatzkasse. Sie selbst sei an der ganzen Angelegenheit schuldlos. Von der Krankenkasse habe sie Versicherungskarten erhalten, sämtliche Abrechnungen von Medikamenten und Arztbesuchen seien anstandslos übernommen und beglichen worden. Auch mit Blick auf die übersandten Versicherungskarten sei sie "in gutem Glauben" gewesen, dass bezüglich ihrer Krankenversicherung alles in Ordnung sei und ihre Einstufung korrekt vorgenommen worden sei. Es habe für sie keinen Grund gegeben, an der Richtigkeit der Rentenbescheide zu zweifeln.

Im Verfahren hat das Sozialgericht mit Beschluss vom 16. Juni 2011 die Barmer GEK Krankenkasse beigeladen und auch deren Verwaltungsvorgang beigezogen. In der Sache teilte die Beigeladene mit, der Klägerin mit Schreiben vom 6. Februar 2002 eine neue Krankenversicherungskarte für pflichtversicherte Rentner überlassen zu haben und das Lastschriftverfahren für die im Rahmen der freiwilligen Versicherung bis zum 31. März 2002 zu entrichtenden Beiträge beendet zu haben. Über die Pflichtversicherung habe sie die Beklagte erst mit Schreiben vom 3. November 2008 informiert. Durch diesen Fehler im Zusammenhang mit dem Meldeverfahren sei der Beitragseinbehalt der Pflichtbeiträge durch die Beklagte unterblieben. Die Meldung zur KVdK habe die Beigeladene erst am 14. Juli 2008 abgegeben. Von der Beklagten habe sie nie einen Hinweis dahingehend erhalten, dass Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen seien bzw. dass diese seit Jahren nicht mehr gezahlt würden.

Das Sozialgericht hat der Klage stattgegeben und den Bescheid der Beklagten vom 20. Januar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2010 aufgehoben. Es sah dabei den Anwendungsbereich des [§ 48 SGB X](#) für die Aufhebung als eröffnet an, verneinte gleichwohl die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine rückwirkende Bescheidaufhebung nach [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2](#) und auch [Nr. 4 SGB X](#). Der Klägerin könne eine vorsätzliche oder zumindest grobfahrlässige Verletzung ihrer Mitteilungspflichten nicht vorgeworfen werden. Zwar habe für sie objektiv die Pflicht bestanden, das Ende der freiwilligen Versicherung mitzuteilen. Es sei jedoch nicht nachweisbar, dass die Klägerin über die Änderung des Krankenversicherungsstatus in für sie verständlicher Form informiert gewesen sei.

Wenn auch möglicherweise aus dem der Übersendung von neuen Versicherungskarten üblicherweise beigefügten Anschreiben der Beigeladenen und aus der Codierung der Krankenkassenkarte für einen Eingeweihten der neue Krankenversicherungsstatus ersichtlich sei, gelte dies zur Überzeugung der Kammer für die Klägerin nicht. In der mündlichen Verhandlung habe sie durchaus glaubhaft angegeben, keinerlei (für sie verständliche) Mitteilung der Krankenversicherung dazu bekommen zu haben, dass sich bei ihr bezüglich des Versicherungsstatus irgendetwas geändert habe. Der Zugang eines von der Beigeladenen üblicherweise an die Versicherten verschickten Schreibens, in dem der Grund und die Umstellung des Versicherungsverhältnisses erklärt werde, habe nicht nachgewiesen werden können. Entsprechende Unterlagen stünden dem Gericht nicht zur Verfügung, weil die Akten der Beigeladenen insoweit wegen der abgelaufenen Aufbewahrungsfristen inzwischen vernichtet worden seien. Auch habe die Klägerin glaubhaft vorgetragen, nicht bemerkt zu haben, dass ab April 2002 keine Beiträge mehr zugunsten der Beigeladenen von ihrem Konto abgebucht worden seien. Aufgrund der Aussagen der Klägerin in der mündlichen Verhandlung und dem gewonnenen persönlichen Eindruck sei die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin tatsächlich wenig Ein- und Überblick in die rechtlichen und tatsächlichen Umstände ihrer Witwenrentenzahlung sowie ihrer Kranken- und Pflegeversicherung gehabt habe.

Die weiter von der Klägerin unter anderem wegen der Nacherhebung der rückständigen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung geführten Verfahren (S 4 R 325/10 und S 4 R 342/12) wurden vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main durch gerichtlichen Vergleich in der mündlichen Verhandlung vom 4. September 2012 beendet.

Gegen die ihr am 26. Oktober 2012 zugestellte Entscheidung hat die Beklagte am 20. November 2012 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht angebracht. Sie hält die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine rückwirkende Aufhebung nach § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und auch Nr. 4 SGB X für gegeben und wiederholt und vertieft insoweit ihre Begründung schon aus dem Widerspruchsbescheid zu diesen Punkten.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 4. September 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Im Ergebnis hält sie die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und macht sich in ihrer Berufungsreplik die Entscheidungsgründe zu Eigen.

Die Beigeladene schließt sich der Rechtsauffassung der Beklagten an, ohne einen bestimmten Sachantrag zu stellen. Klarstellend hat sie nochmals darauf hingewiesen, dass die Klägerin im streitbefangenen Zeitraum keine freiwilligen Beiträge mehr gezahlt hat, obwohl sie weiterhin den Beitragszuschuss erhalten hat. Sie ist der Ansicht, dass der Klägerin aufgefallen sein müsse, ab April 2002 im Gegensatz zu vorher mehr Geld zur Verfügung gehabt zu haben. Selbst als Fachkundige habe sie ja wohl kaum annehmen können, umsonst versichert zu sein.

Im Rahmen der Sachermittlungen von Amts wegen hat der Senat nochmals den Verwaltungsvorgang der Beigeladenen beigezogen, ebenso ein Musterschreiben, mit dem Versicherungskarten von dort versandt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichtsakten, die Rentenakte der Beklagten sowie den Verwaltungsvorgang der Beigeladenen ebenso Bezug genommen wie auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gem. §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, aber unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 4. September 2012 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Aufhebungs- und Erstattungsbescheid vom 20. Januar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Mai 2010. Gegen die in diesem Bescheid enthaltenen Verfügungen, den Bescheid über die Zuschussgewährung zum freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag vom 21. Juni 2000 für die Zeit ab dem 1. April 2002 aufzuheben und die für den Zeitraum vom 1. April 2002 bis zum 31. August 2008 erbrachten Leistungen in Höhe von 5.530,32 EUR zurückzufordern, wendet sich die Klägerin mit ihrer Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 SGG). Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig und beschwert die Klägerin in ihren Rechten im Sinne von § 54 Abs. 2 SGG. Zu Recht hat ihn das Sozialgericht daher aufgehoben. Die Tatsache, dass das Sozialgericht in seiner Entscheidung den aufgehobenen Bescheid statt mit "20. Januar 2009" mit "20. Januar 2010" bezeichnet hat, ist dabei unschädlich. Bei der fehlerhaften Datumsangabe handelt es sich - wie sich aus dem Gesamtzusammenhang ergibt - um eine offenbare Unrichtigkeit im Sinne eines Schreibfehlers, der jederzeit von Amts wegen zu berichtigen ist (§ 138 Satz 1 SGG). Eine Auslegung der Urteilsformel aus der Zusammenschau von Tenor, Tatbestand und Entscheidungsgründen (vgl. hierzu BSG vom 8. Februar 2007 - B 9b SO 5/05 R) ergibt, dass nicht - wie tenoriert - der Bescheid vom 20. Januar 2010, sondern der vom 20. Januar 2009 aufgehoben werden sollte. Im Tatbestand führt das Sozialgericht insoweit nämlich das zutreffende Bescheiddatum an (Seite 3, 1. Satz).

Die Voraussetzungen für eine Erstattung des überzahlten Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung der Klägerin liegen nicht vor. Nach § 50 Abs. 1 SGB X sind bereits erbrachte Leistungen zu erstatten, soweit ein Verwaltungsakt aufgehoben worden ist. Die Aufhebungsentscheidung ist rechtswidrig, da bereits die tatbestandlichen Voraussetzungen des hier allein in Betracht kommenden § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X nicht gegeben sind.

Nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt.

Sofern der ursprüngliche Verwaltungsakt rechtmäßig ergangen ist, ist eine Änderung regelmäßig dann "wesentlich" im Sinne dieser Vorschrift, wenn durch sie dem ursprünglich erlassenen Verwaltungsakt nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen wird. Daher sind in der

Regel alle Änderungen wesentlich, die dazu führen, dass die Behörde unter den nunmehr objektiv vorliegenden Verhältnissen den Verwaltungsakt nicht hätte erlassen dürfen (vgl. BSG vom 19. Februar 1986 - [7 RAr 55/84](#)). Ob dies der Fall ist, bestimmt sich anhand des materiellen Rechts.

Nach [§ 106 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) erhalten Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, für ihre Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind ([§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB VI](#)). Gemäß [§ 106a Abs. 1 SGB VI](#), der mit Wirkung zum 1. April 2004 durch Artikel 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 ([BGBl. I, S. 3013](#)) aufgehoben wurde, erhalten Rentenbezieher, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder nach den Vorschriften des Elften Buches verpflichtet sind, bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuschließen und aufrechtzuerhalten, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung.

Endet die freiwillige Versicherung, beispielsweise weil Versicherungspflicht eintritt ([§ 191 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V -), endet als Folge auch der Zuschussanspruch.

Ausgehend hiervon ist nach Erlass des Bescheides vom 21. Juni 2000 eine wesentliche Änderung dadurch eingetreten, dass die Klägerin ab dem 1. April 2002 durch die Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtig geworden ist. Ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Beigeladenen endete zu diesem Zeitpunkt, so dass die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung gemäß [§§ 106, 106a SGB VI](#) über den 1. April 2002 hinaus nicht mehr erfüllt waren. Als Folge war der die Zuschüsse bewilligende ursprüngliche Bescheid der Beklagten vom 21. Juni 2000 gem. [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) von ihr mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben (Bescheid vom 25. Juli 2008).

Der Verwaltungsakt soll nach [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) darüber hinaus zudem mit Wirkung bereits vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an, d.h. rückwirkend, aufgehoben werden, soweit

1. die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt,
2. der Betroffene einer durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Änderungen der Verhältnisse vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen ist,
3. nach Antragstellung oder Erlass des Verwaltungsaktes Einkommen oder Vermögen erzielt worden ist, das zum Wegfall oder zur Minderung des Anspruchs geführt haben würde, oder
4. der Betroffene wusste oder nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes zum Ruhen gekommen oder ganz oder teilweise weggefallen ist.

Hierzu war die Beklagte indes nicht berechtigt. Eine rückwirkende Aufhebung lässt sich vorliegend nicht auf die alleinig in Betracht kommenden tatbestandlichen Alternativen des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) (Verletzung der Mitteilungspflicht) oder [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) (Bösgläubigkeit des Betroffenen) stützen.

Zwar hat die Klägerin eine ihr obliegende Mitwirkungspflicht verletzt. Denn Rentenbezieher, die einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung erhalten, sind gem. [§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und damit im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) aufgrund einer Rechtsvorschrift verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger Änderungen in den Verhältnissen, die für diese Sozialleistung ([§ 11 Satz 1 SGB I](#)) erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen.

In ihrem Antrag auf die Beitragszuschüsse vom 25. Mai 2000 hat die Klägerin, vertreten durch ihren auch jetzigen Verfahrensbevollmächtigten, bestätigt, dass sie von der gesetzlichen Verpflichtung zur unverzüglichen Mitteilung jeder Änderung in ihrem Krankenversicherungsverhältnis an die Beklagte Kenntnis genommen hat. Zudem ist die Klägerin im Bescheid über die Zuschussbewilligung vom 21. Juni 2000 sowie in den Rentenanpassungsmitteilungen deutlich und in verständlicher Form darauf hingewiesen worden, dass der Beitragszuschuss unter bestimmten Voraussetzungen entfällt und sie verpflichtet ist, solche für den Empfang des Zuschusses wesentlichen Umstände (wie beispielsweise den Eintritt von Versicherungspflicht in der Krankenversicherung) der Beklagten mitzuteilen. Diesen Pflichten ist die Klägerin nicht nachgekommen. Die Beklagte wurde erst durch eine maschinelle Meldung im Juli 2008 davon informiert, dass ab 1. April 2002 eine Pflichtversicherung vorliegt.

Der Senat teilt nach persönlicher Anhörung der Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung insoweit allerdings die Auffassung des Sozialgerichts, dass die Klägerin ihrer Mitteilungspflicht nicht grob fahrlässig nicht nachgekommen ist. Eine subjektive Vorwerfbarkeit der Verletzung ihrer Mitteilungsverpflichtung ist nicht gegeben.

Grob fahrlässig handelt nach der Legaldefinition in [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3](#), 2. Halbs. SGB X, wer die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt. Dies ist dann der Fall, wenn der Betroffene bereits einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt und das nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss (vgl. BSG vom 8. Februar 2001, [B 11 AL 21/00 R](#), vom 11. Juni 1987 - 7 RAr 105/85 und vom 31. August 1976 - [7 RAr 112/74](#)). Bei der Beurteilung der groben Fahrlässigkeit ist nicht von einem objektiven, sondern von einem subjektiven Fahrlässigkeitsmaßstab auszugehen (vgl. BSG vom 9. Februar 2006 - [B 7a AL 58/05 R](#) m.w.N.), wobei sich das Maß der Fahrlässigkeit insbesondere nach der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit sowie dem Einsichtsvermögen des Beteiligten richtet (vgl. BSG vom 20. September 1977 - [8/12 RKg 8/76](#) und vom 13. Dezember 1972 - [7 RKg 9/69](#)). Grobe Fahrlässigkeit liegt nur im Falle einer Sorgfaltspflichtverletzung ungewöhnlich hohen Ausmaßes vor, das heißt, es bedarf hierfür einer besonders groben und auch subjektiv schlechthin unentschuldbaren Pflichtverletzung. Die so umschriebene Sorgfaltspflichtverletzung muss sich sowohl auf das Bestehen der Mitteilungspflicht beziehen als auch auf das sie auslösende Ereignis (vgl. Steinwedel, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, [§ 48 SGB X](#) Rdnr. 43). Nach Maßgabe dieser Grundsätze stellt sich die unterbliebene Mitteilung der Klägerin hinsichtlich der Veränderung in ihrem Krankenversicherungsverhältnis zum 1. April 2002 nicht als grob fahrlässig dar. Wesentlicher Anknüpfungspunkt hierfür ist zum einen, dass nicht belegt ist, dass die Klägerin von der Beigeladenen überhaupt eindeutig und unmissverständlich sowie in einer hinreichend verständlichen Form darüber informiert worden ist, dass sie zum 1. April 2002 durch Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner in

der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird und aus diesem Grund ihre freiwillige Mitgliedschaft bei der Beigeladenen endet.

Dass die Beigeladene der Klägerin das gerichtsbekannt von den Krankenkassen seinerzeit in diesen Fällen generell verschickte Informationsschreibens zugesandt hat, behauptet sie selbst nicht. Die Klägerin ihrerseits trägt vor, keine schriftliche Benachrichtigung über den Wechsel des Versichertenstatus, sondern lediglich in unregelmäßigen Abständen immer wieder neue Versicherungskarten von ihr erhalten zu haben.

Nach dem Schreiben der Beigeladenen vom 17. August 2011 "überließ sie der Klägerin am 06.02.02 eine neue Krankenversichertenkarte für pflichtversicherte Rentner". Unter dem 14. November 2013 behauptet sie unter Beifügung eines Musteranschreibens, welches im Wesentlichen seit Jahren unverändert sei und per Zentralversand ohne Durchschrift verschickt werde, der Klägerin am 6. Februar 2002 mit der Karte auch ein Anschreiben dieser Art übersandt zu haben. In diesem sei sie "ausdrücklich auf den Wechsel in der Krankenversicherung der Rentner hingewiesen" worden.

Zwischen den Beteiligten unstreitig und auch im Aktenvorgang der Beigeladenen dokumentiert steht danach zunächst nur fest, dass die Beigeladene der Klägerin Anfang Februar 2002 eine neue Versichertenkarte übersandt hat. Ein dazugehöriges Anschreiben mit Informationen zum Versicherungsverhältnis ist der Klägerin nicht (mehr) erinnerlich.

Dass der Versichertenkarte seinerzeit ein Anschreiben beigelegt war, liegt auf der Hand und entspricht der üblichen Versandpraxis. Indes steht nicht fest und ist heute auch nicht mehr eruierbar, welchen genauen Inhalt dieses Schreiben hatte. Geht man - wie die Beigeladene vorträgt - davon aus, dass das Anschreiben aus dem Jahre 2002 dem in diesem Verfahren vorgelegten Musteranschreiben aus 2009 entspreche, ergibt sich hieraus kein Hinweis auf den Versicherungsstatus einer Pflichtmitgliedschaft.

In dem (Muster-) Schreiben heißt es:

"aufgrund Ihres Wechsels in die Krankenversicherung der Rentner benötigen Sie eine neue persönliche BARMER-Versicherungskarte, die Sie beigelegt erhalten. Mit dieser Karte können Sie überall und zu jeder Zeit Ihre Mitgliedschaft bei der BARMER nachweisen."

Das Anschreiben informiert weder darüber, dass ein Wechsel des Krankenversicherungsverhältnisses stattgefunden hat, noch weist es in eindeutiger und unmissverständlicher Form auf das nunmehrige Vorliegen einer Pflichtmitgliedschaft hin. Ein in der Terminologie des Krankenversicherungsrechts nicht geschulter Laie vermag aus dem Begriff "Krankenversicherung der Rentner" keinesfalls abzuleiten, dass sich dahinter eine Pflichtversicherung verbirgt. Dem Wortlaut nach ist der Versicherte in einer speziell für Rentner vorgesehenen Krankenversicherung versichert. Ob diese Versicherung verpflichtend oder freiwilliger Art ist, ergibt sich indessen nicht. Auch gibt das Schreiben keine Auskunft darüber, wie die Beitragszahlung in der Krankenversicherung der Rentner von statten geht. Schließlich enthält auch die Krankenversichertenkarte selbst keinen offenkundigen und für jedermann ohne weiteres verständlichen Hinweis darauf, ob der Versicherte pflicht- oder freiwillig versichert ist. Die Klägerin hat glaubhaft dargetan, sich weder in ihrer Ehe noch nach dem Tod ihres Mannes mit ihrer Krankenversicherung auseinandergesetzt und um ihren Versicherungsschutzstatus nicht gewusst zu haben. Ausgehend von diesem Laienverständnis und der dargetanen generellen Unbedarftheit Versicherungsangelegenheiten gegenüber bestehen für den Senat keine Zweifel daran, dass die Klägerin von dem die Mitteilungspflicht auslösenden Ereignis - die Änderung in ihrem Krankenversicherungsverhältnis zum 1. April 2002 - keine positive Kenntnis hatte. Für ein grob fahrlässiges Verhalten ergeben sich daher keine Anhaltspunkte.

Die Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) liegen ebenfalls nicht vor. Die Klägerin war nicht bösgläubig im Sinne dieser Vorschrift. Es ist nicht davon auszugehen, dass sie bereits ab dem 1. April 2002 nicht wusste, weil sie die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat und ihr insoweit grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist, dass die sich aus dem Bescheid vom 21. Juni 2000 ergebenden Ansprüche auf Beitragszuschüsse zum freiwilligen Kranken- und auch Pflegeversicherungsbeitrag kraft Gesetzes weggefallen waren. Allenfalls kann der Klägerin insoweit eine im Rahmen der Vorschrift jedoch unbeachtliche einfache Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden. Wie bereits ausgeführt, hatte die Klägerin keine positive Kenntnis von dem Eintritt der Pflichtversicherung zum 1. April 2002 und dem mit diesem zwangsläufig einhergehenden Wegfall der Zuschussansprüche. Das einzige, was die Klägerin hätte bemerken können und sicher auch sollen - ist, dass zum Ablauf des Monats März 2002 die Abbuchung von Beiträgen von der Beigeladenen von ihrem Konto im Lastschriftverfahren geendet hatte. Wäre ihr dies aufgefallen, hätte sie sich zu einer Nachfrage bei der Beigeladenen veranlasst sehen müssen.

Die Klägerin hat jedoch ebenfalls glaubhaft vorgetragen, dass ihr das Ende des Beitragseinzuges durch die Beigeladene nicht aufgefallen sei. Um finanzielle Angelegenheiten habe sie sich schon während ihrer Ehe nicht gekümmert, die Bankkonten seien von ihrem Mann geführt worden. Zu keinem Zeitpunkt habe sie monatlich oder in regelmäßigen Abständen die Kontoauszüge geprüft. Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung glaubhaft und überzeugend dargelegt, dass ihr verstorbener Ehemann eigentlich alles erledigt habe. Um Versicherungsangelegenheiten und auch Gelddinge habe sie sich selbst nicht gekümmert. Nach seinem Tod habe sie sich an Herrn Rentenberater B. gewandt, der ihr für Rentendinge empfohlen worden und sich ihrer Angelegenheiten dann angenommen habe. Ihre Kontoauszüge habe sie zwar bei der Bank abgeholt, jedoch nur abgehftet, nicht gelesen. Mit Gelddingen habe sie sich im Grunde nicht befasst, das Geld habe gereicht, allein dies sei für sie wichtig gewesen. Wieviel Geld ihr 2002 zur Verfügung gestanden habe oder wie hoch ihre Witwenrente damals gewesen sei, wisse sie nicht. Mit dem vorhandenen Geld habe sie auskommen müssen, es sei immer genug gewesen. Auch habe sie sich keine Gedanken über ihre Krankenversicherung gemacht. Dass es eine Veränderung gegeben habe, habe sie zu keinem Zeitpunkt bemerkt, auch bei Arztbesuchen sei sie nicht informiert worden.

Dass die nicht erfolgte Durchsicht der Kontoauszüge eine Sorgfaltspflichtverletzung darstellt, ist der Beklagten wie auch der Beigeladenen ohne weiteres zuzugeben. Indes vermag der Senat auch hier den vom Gesetz vorgegebenen Verschuldensmaßstab, mithin eine besondere Schwere der Pflichtverletzung, nicht festzustellen. Das in [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) vorausgesetzte Verschulden entspricht dem der groben Fahrlässigkeit. Ausgehend von der einfachen Persönlichkeit der Klägerin, der jedenfalls während mehr als sechsundzwanzigjähriger Ehe fehlenden Befassung mit persönlichen Finanz- und Verwaltungsangelegenheiten, ihrem generellen Desinteresse und fehlendem Zugang zu diesen Dingen und den geschilderten Lebensumstände nach dem Tod des Mannes vermag der Senat auch bezogen auf das nicht

Bemerken der nicht mehr erfolgten Beitragsabbuchungen der Klägerin nur leichte Fahrlässigkeit vorzuwerfen. Gestützt wird diese Bewertung letztlich auch dadurch, dass die Klägerin im Zeitpunkt der erstmaligen Befassung mit der Überzahlung offenbar (noch) davon ausging, stets Beiträge gezahlt zu haben. Im Rahmen der Anhörung hatte sie nämlich mit Schreiben vom 4. September 2008 darum gebeten "die ausstehende Nachzahlung direkt mit den an die BEK gezahlten Beiträgen zu verrechnen".

Nach alledem liegen die Voraussetzungen für eine auch rückwirkende Aufhebung des Bescheides vom 21. Juni 2000 ab dem Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse nach [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) nicht vor. Die Beklagte war daher zu einer Aufhebung der Zuschussbewilligung ab dem 1. April 2002 nicht berechtigt. Der dies regelnde Bescheid vom 20. Januar 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2010 war daher vom Sozialgericht Frankfurt am Main richtigerweise aufzuheben.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben.

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

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorlagen. Dieses Urteil weicht nicht von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts ab ([§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) und hat auch keine grundsätzliche Bedeutung. Grundsätzliche Bedeutung im Sinne von [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) hat eine Rechtssache nur dann, wenn sie eine Rechtsfrage aufwirft, die - über den Einzelfall hinaus - aus Gründen der Rechtseinheit oder der Fortbildung des Rechts einer Klärung durch das Revisionsgericht bedürftig und fähig ist. Dazu muss dem Urteil eine Rechtsfrage zugrunde liegen, die noch nicht geklärt ist und deren Klärung aus Gründen der Rechtseinheit oder Rechtsfortbildung erforderlich ist. Es bedarf einer über den Einzelfall hinausgehenden Bedeutung der Rechtsfrage, also einer Breitenwirkung (ständige Rspr. des BSG, vgl. z.B. BSG vom 8. August 2013 - [B 10 EG 16/13 B](#)). Eine solche Fallkonstellation ist vorliegend nicht gegeben. Die Verneinung der tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) gründet in tatsächlichen Erwägungen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-27