

L 5 R 197/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

5
1. Instanz
SG Gießen (HES)

Aktenzeichen
S 19 R 158/09
Datum
02.04.2012

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 5 R 197/12

Datum
23.05.2014

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 2. April 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander für beide Instanzen keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten (noch) um die rückwirkende Aufhebung der Entscheidung über die Bewilligung eines Beitragszuschusses zu den Aufwendungen für die (freiwillige) Kranken- und Pflegeversicherung sowie um die Rückforderung der insoweit für die Zeit vom 1. April 2002 bis zum 31. Oktober 2008 erbrachten Leistungen in Höhe von insgesamt 7.607,56 EUR.

Der 1937 geborene Kläger war bei der C.bank beschäftigt und bezieht seit dem 1. Januar 2001 eine Altersrente für langjährig Versicherte. Zu dieser Rente bewilligte die Beklagte ihm auf entsprechenden Antrag durch in der Sache bindend gewordenen Neuberechnungsbescheid vom 26. Februar 2001 für die Zeit ab 1. Januar 2001 einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung in gesetzlicher Höhe.

Im Bescheid vom 26. Februar 2001 (Bl. 35 Rentenakten) heißt es unter der Überschrift "Mitteilungspflichten" unter anderem:

"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 unverzüglich mitzuteilen

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.

Soweit Änderungen Einfluss auf den Rentenanspruch oder die Rentenhöhe haben, werden wir den Bescheid – auch rückwirkend – ganz oder teilweise aufheben und zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückfordern.

Größere Überzahlungen können vermieden werden, wenn Sie uns entsprechend den Mitteilungspflichten umgehend benachrichtigen."

In der Folge der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 ([1 BvL 16/96](#) = [SozR 3-2500 § 5 Nr. 42](#) = [BVerfGE 102, 68](#)) gelangte der Kläger zum 1. April 2002 als Pflichtversicherter in die gesetzliche Krankenversicherung der Rentner. Ob der Kläger hierüber seinerzeit durch ein Schreiben der Barmer Ersatzkasse (jetzt Barmer GEK) unterrichtet wurde, ist streitig.

Die Beklagte erlangte von der seit dem 1. April 2002 bestehenden Pflichtversicherung des Klägers erstmals Kenntnis aufgrund einer entsprechenden Mitteilung der Barmer Ersatzkasse vom 25. August 2008.

Durch Bescheid vom 5. September 2008 (Bl. 14 Rentenakten) hob die Beklagte daraufhin zunächst unter Berufung auf [§ 48](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) den "Bescheid über die Bewilligung des Zuschusses zur Krankenversicherung mit Wirkung für die

Zukunft ab 1. November 2008" auf und teilte dem Kläger zugleich mit, dass im Hinblick auf die ab 1. April 2002 bestehende Pflichtversicherung bei der Zahlung der Rente der gesetzliche Eigenanteil zur Kranken- und Pflegeversicherung einzubehalten sei. Bei der rückwirkenden Einbehaltung der Beiträge wurde von Amts wegen die hinsichtlich der Ansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2003 eingetretene Verjährung berücksichtigt. Bezüglich der Zeit vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Oktober 2008 ermittelte die Beklagte einen Nachforderungsbetrag in Höhe von insgesamt 7.295,23 EUR. Der gegen diesen Bescheid am 25. September 2008 erhobene Widerspruch des Klägers wurde durch Widerspruchsbescheid vom 24. Februar 2009 unter Hinweis auf die Einbehaltungsvorschrift des [§ 255 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) als unbegründet zurückgewiesen. Auf die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht Gießen die betreffenden Bescheide durch rechtskräftig gewordenes Urteil vom 19. April 2011 (Az. S 19 R 398/11) mit der Begründung aufgehoben, dass es an einer Rechtsgrundlage für die in einem Betrag erfolgte Nachforderung der rückständigen Beiträge fehle. Die rückständigen Beiträge sind zwischenzeitlich vom Kläger nachentrichtet worden.

Durch – den hier maßgeblichen – weiteren Bescheid vom 28. November 2008 (Bl. 26 Rentenakten) hob die Beklagte ferner nach entsprechender Anhörung unter Berufung auf [§ 48 SGB X](#) "den Bescheid vom 26. Februar 2001 über die Bewilligung des Zuschusses zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung nach [§ 106 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) und für die Pflegeversicherung nach [§ 106a SGB VI](#)" für die Zeit ab 1. April 2002 auf und forderte vom Kläger die Erstattung der hinsichtlich des Zeitraums vom 1. April 2002 bis zum 31. Oktober 2008 entstandenen Überzahlung in Höhe von insgesamt 7.607,56 EUR. Auf Vertrauen in den Bestand der Bewilligungsentscheidung könne der Kläger sich nicht berufen, weil ein Tatbestand des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 oder Nr. 4 SGB X](#) gegeben sei und die Fristen des [§ 48 Abs. 4 SGB X](#) noch nicht abgelaufen seien.

Der Kläger erhob am 5. Dezember 2008 auch gegen diesen Bescheid Widerspruch (Bl. 29 Rentenakten) und machte geltend, dass er während seiner Tätigkeit bei der C.bank und auch während des Vorruhestandes freiwillig bei der Barmer Ersatzkasse krankenversichert gewesen sei. Zum Zeitpunkt des Renteneintritts sei er davon ausgegangen, dass diese freiwillige Krankenversicherung weiterbestehe. Ihm sei zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt worden, dass nunmehr eine gesetzliche Krankenversicherung bestehe und dass daher der Zuschuss zur Krankenversicherung weg falle. Dass bei Beendigung der freiwilligen Krankenversicherung die Voraussetzungen für einen Zuschuss entfallen, sei ihm nicht bekannt gewesen. Im Übrigen treffe die Krankenkasse bzw. den Rentenversicherungsträger ein Mitverschulden, welches ihm nicht angelastet werden könne.

Der Widerspruch wurde seitens der Beklagten durch Widerspruchsbescheid vom 1. April 2009 (Bl. 49 Rentenakten) mit der Begründung zurückgewiesen, dass das Vertrauen des Klägers in den Bestand der Bewilligung der Beitragszuschüsse nicht geschützt sei, weil ein Fall des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und Nr. 4 SGB X](#) vorliege. Der Kläger habe die ihm obliegenden Mitteilungspflichten verletzt und außerdem auch gewusst bzw. wissen müssen, dass der Anspruch auf die Beitragszuschüsse mit Beginn der Versicherungspflicht ent falle. Das Verhalten des Klägers sei vorsätzlich bzw. zumindest grob fahrlässig. Es sei wegen des Mitverschuldens der Krankenkasse an der entstandenen Überzahlung zwar ein sog. atypischer Fall gegeben; gleichwohl könne jedoch im Wege des Ermessens von einer rückwirkenden Aufhebung des Bescheides vom 26. Februar 2001 nicht abgesehen werden, weil das Verschulden des Klägers am Entstehen der Überzahlung deutlich überwiege.

Der Kläger erhob daraufhin am 27. April 2009 Klage bei dem Sozialgericht Gießen und vertiefte seine bereits zur Widerspruchsbegründung gemachten Ausführungen. Er behauptete, sowohl vor als auch nach der Beendigung seiner freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Beiträge direkt an die Barmer Ersatzkasse gezahlt zu haben. Er habe der Barmer Ersatzkasse auch keine entsprechende Einzugsermächtigung erteilt. Anfangs sei der Beitrag an die Krankenkasse von seinem Arbeitgeber abgeführt worden, und nach der Berentung habe es die Barmer Ersatzkasse offenbar versäumt, die freiwilligen Beiträge von ihm einzufordern. Da hinsichtlich der Zeit ab 1. April 2002 keine Abbuchungen des freiwilligen Krankenversicherungsbeitrags weggefallen seien, habe er den Wechsel zur gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner nicht bemerken können.

Die Beklagte verteidigte demgegenüber die angefochtenen Bescheide und berief sich unter Vorlage eines entsprechenden Musterschreibens (Bl. 83 Gerichtsakten) darauf, dass die Versicherten regelmäßig schriftlich über die Änderung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses zum 1. April 2002 unterrichtet worden seien.

Das Sozialgericht hat zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts schriftliche Auskünfte der Barmer Ersatzkasse vom 30. Juli 2010, vom 30. März 2011, vom 18. Mai 2011 sowie vom 7. Juni 2011 eingeholt und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung des bei der Barmer Ersatzkasse tätigen Sozialversicherungsangestellten D. als Zeuge. Wegen des Gegenstands sowie wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf die Sitzungsniederschrift vom 2. April 2012.

Durch Urteil vom 2. April 2012 hat das Sozialgericht schließlich die angefochtenen Bescheide der Beklagten aufgehoben und zur Begründung ausgeführt, es könne nach den glaubhaften Angaben des Klägers nicht als erwiesen angesehen werden, dass er vom Wechsel seines Krankenversicherungsverhältnisses Kenntnis gehabt habe. Angesichts dessen könne ihm auch ein Verstoß gegen die ihm obliegenden Mitteilungspflichten nicht vorgeworfen werden.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 26. April 2002 zugestellte Urteil des Sozialgerichts am 29. Mai 2012 ("Pfingstdienstag") fristgerecht Berufung eingelegt. Sie macht geltend, dass die Angabe des Klägers, er habe zu keinem Zeitpunkt Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung an die Barmer Ersatzkasse entrichtet, nicht glaubhaft sei. Dem stehe die Aussage des Zeugen D. im Termin vom 2. April 2012 entgegen. Wenn man die Angaben des Klägers als wahr unterstelle, dann ergebe sich daraus im Übrigen, dass er nicht erst ab 1. April 2002, sondern bereits von Beginn an die Beitragszuschüsse zu Unrecht in Empfang genommen habe und deshalb erst recht grob fahrlässig, wenn nicht sogar vorsätzlich gehandelt habe.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 2. April 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er sieht sich in seiner Auffassung durch die erstinstanzliche Entscheidung bestätigt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie zur Ergänzung des Sach- und Streitstands im Übrigen wird Bezug genommen auf die gewechselten Schriftsätze sowie auf den Inhalt der den Kläger betreffenden Rentenakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 2. April 2012 kann nicht aufrecht erhalten werden. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 28. November 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2009 ist zu Recht ergangen.

Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass der ursprüngliche Bescheid vom 26. Februar 2001 hinsichtlich der Bewilligung eines Beitragszuschusses zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung unveränderten Bestand hat, weil er mit Beginn seiner Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum 1. April 2002 keinen Anspruch auf Beitragszuschüsse zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung mehr haben konnte. Die Beklagte durfte den Bescheid vom 26. Februar 2001 hinsichtlich Bewilligung der Beitragszuschüsse rückwirkend hinsichtlich der Zeit vom 1. April 2002 bis zum 31. Oktober 2008 aufheben, weil in den für die Bewilligungsentscheidung maßgeblich gewesenen Verhältnissen (nachträglich) bezüglich des streitigen Zeitraums eine wesentliche Änderung eingetreten ist und weil einer Aufhebung dieses Bescheides kein schützenswertes Vertrauen des Klägers entgegen steht.

Die Beklagte beruft sich in den angefochtenen Bescheiden zu Recht auf [§ 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#). Nach Abs. 1 dieser Vorschrift ist ein (anfänglich rechtmäßiger oder rechtswidriger) Verwaltungsakt mit Dauerwirkung aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, nachträglich eine wesentliche Änderung eintritt.

Sofern der ursprüngliche Verwaltungsakt – wie im vorliegenden Fall – rechtmäßig war, ist eine Änderung im Sinne dieser Vorschrift regelmäßig dann "wesentlich", wenn durch sie dem ursprünglich erlassenen Verwaltungsakt nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen wird. Entscheidend ist in diesem Fall, ob die Behörde den Verwaltungsakt auch unter den geänderten Verhältnissen noch mit unverändertem Inhalt erlassen dürfte oder nicht. Ist das nicht der Fall, so ist die Änderung der Verhältnisse "wesentlich" im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Dementsprechend heißt es bereits in der Begründung zum Entwurf eines Sozialgesetzbuchs - Verwaltungsverfahren - ([Bundestags-Drucksache 8/2034 S. 35](#) zu § 46), ob eine Änderung wesentlich sei, bestimme sich nach dem materiellen Recht.

Ausgangspunkt für das Tätigwerden der Beklagten ist im vorliegenden Fall die seit dem 1. Juli 1977 in § 1304e Reichsversicherungsordnung (RVO)/§ 83e Angestellten-Versicherungsgesetz (AVG) bzw. seit 1. Januar 1992 in [§ 106 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) enthaltene gesetzliche Regelung, wonach Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert sind, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung erhalten, sofern sie nicht gleichzeitig in einer in- oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Hinsichtlich eines Zuschusses zu den Aufwendungen für die durch Art. 5 Nr. 8 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) vom 26. Mai 1994 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ([BGBl. I 1994, S. 1014](#)) neu geschaffene Pflegeversicherung ergibt sich ein entsprechender Anspruch aus der bis zum 31. März 2004 geltenden Vorschrift des [§ 106a SGB VI](#).

Die Beklagte ist in Anbetracht dieser gesetzlichen Regelung zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger von Rechts wegen in der vorliegend streitigen Zeit ab 1. April 2002 jedenfalls der Höhe nach keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung (mehr) haben konnte, weil er zu dem kraft Gesetzes der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung unterliegenden Personenkreis gehörte. Es handelt sich insoweit um eine "wesentliche Änderung" im Sinne des [§ 48 SGB X](#), denn durch den Beginn der Versicherungspflicht zum 1. April 2002 ist dem ursprünglichen Bescheid über die Bewilligung der Beitragszuschüsse zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung vom 26. Februar 2001 einschließlich der nachfolgenden Neuberechnungsbescheide nachträglich die Rechtsgrundlage entzogen worden. Dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen in der Sache auch ebenso unstreitig wie der Gesamtbetrag der hier insgesamt in Rede stehenden Überzahlung von insgesamt 7.607,56 EUR. Das Rechenwerk der Beklagten als solches ist in den Einzelheiten nicht umstritten, so dass es insoweit keiner weiteren Darlegungen bedarf. Soweit – wie im vorliegenden Falle nachträglich – in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines anfänglichen rechtmäßigen Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt der Vorschrift des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) zufolge grundsätzlich mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse (also 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.

Wie sich aus [§ 48 Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 45 Abs. 3 Satz 3 SGB X](#) ergibt, kann der Verwaltungsakt grundsätzlich nur bis zum Ablauf von 10 Jahren nach seiner Bekanntgabe aufgehoben werden. Gemäß [§ 48 Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 45 Abs. 3 Satz 4 SGB X](#) kann der Verwaltungsakt über eine laufende Geldleistung allerdings auch nach Ablauf der Frist von 10 Jahren noch zurückgenommen werden, wenn diese Geldleistung mindestens bis zum Beginn des Verwaltungsverfahrens über die Rücknahme gezahlt wurde. Die Behörde

muss dies gemäß [§ 48 Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X](#) grundsätzlich innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen tun, welche die Aufhebung für die Vergangenheit rechtfertigen.

Soweit ein Verwaltungsakt nach Maßgabe der vorstehend genannten Bestimmungen aufgehoben worden ist, sind gemäß [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) die bereits erbrachten Leistungen zu erstatten. Die zu erstattende Leistung ist der Vorschrift des [§ 50 Abs. 3 Satz 1 SGB X](#) zufolge durch schriftlichen Verwaltungsakt festzusetzen. Gemäß [§ 50 Abs. 3 Satz 2 SGB X](#) soll die Festsetzung, sofern die Leistung auf Grund eines Verwaltungsaktes erbracht worden ist, mit der Aufhebung des Verwaltungsaktes verbunden werden.

Ausgehend von diesen gesetzlichen Bestimmungen kann der Kläger sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass er auf den Bestand der (mit dem Beginn der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung rechtswidrig gewordenen) Gewährung der Beitragszuschüsse vertraut habe und in diesem Vertrauen geschützt sei.

Wie bereits das Sozialgericht ausgeführt hat, kann es nicht ausgeschlossen werden, dass der Kläger tatsächlich – wie er behauptet – seitens der Barmer Ersatzkasse nicht über den zum 1. April 2002 vollzogenen Wechsel von der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner unterrichtet worden ist. In der Folge der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 15. März 2000 ([a.a.O.](#)) sind die von dieser Änderung der Rechtslage betroffenen freiwillig krankenversicherten Rentner zwar grundsätzlich alle von den jeweiligen Krankenversicherungsträgern angeschrieben worden, ohne dass es ihres eigenen Tätigwerdens bedurfte. Ob ein solches Informationsschreiben, wie die Beklagte es bereits in I. Instanz vorgelegt hat (vgl. Bl. 83 Gerichtsakten), auch speziell im Falle des Klägers seitens der Barmer Ersatzkasse abgesandt worden und beim Kläger angekommen ist, kann indes nicht als nachgewiesen angesehen werden. Es ist zumindest denkbar, dass die Barmer Ersatzkasse eine Unterrichtung des Klägers in gleicher Weise unterlassen hat, wie dies zunächst in Bezug auf die Beklagte der Fall gewesen ist.

Zur Überzeugung des Senats muss andererseits jedoch davon ausgegangen werden, dass der Kläger entgegen seinem Vorbringen bis zum 31. März 2002 Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung an die Barmer Ersatzkasse entrichtet hat. Wie die Beklagte zu Recht geltend macht, konnte der im Termin vom 2. April 2012 vor dem Sozialgericht als Zeuge gehörte Sozialversicherungsangestellte D. anhand der ihm vorliegenden Beitragshistorie bestätigen, dass seitens der Barmer Ersatzkasse für den Kläger mittels Abbuchung am 16. Januar 2002 ein Beitrag in Höhe von 194,56 EUR, am 5. Februar 2002 ein Beitrag in Höhe von 202,00 EUR und am 6. März 2002 ein Beitrag von 198,28 EUR, eingezogen worden ist, bevor zum 1. April 2002 eine Umstellung auf ein gesetzliches Krankenversicherungsverhältnis vorgenommen wurde. Ein solcher Beitragseinzug kann nicht ohne Mitwirkung des Klägers vorgenommen worden sein, weil die Höhe der für die freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichtenden Beiträge nur anhand einer Einkommensabfrage bei dem Versicherten ermittelt werden kann.

Gegen die Annahme, dass die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für den Kläger auch nach Beendigung seines Vorruhestands – wie er behauptet – weiterhin von seiner ehemaligen Arbeitgeberin, der C.bank, gezahlt worden sein könnten, spricht zur Überzeugung des Senats zunächst bereits, dass die Vorruhestandszahlungen der C.bank bereits am 31. Dezember 2000 mit dem Ausscheiden des Klägers aus dem dortigen Unternehmen endeten. Einen plausiblen Grund dafür, weshalb die C.bank auch nach dem Ausscheiden des Klägers noch weiterhin Zahlungen für diesen an die Barmer Ersatzkasse erbracht haben könnte, vermochte der Kläger nicht darzulegen, weshalb der Senat zu Gunsten des Klägers davon ausgeht, dass seitens der C.bank keine rechtsgrundlosen (und folglich nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung von ihm zurückzuzahlenden) Leistungen an die Barmer Ersatzkasse erbracht worden sind. Die Beklagte weist im Übrigen zu Recht darauf hin, dass es auch für freiwillig versicherte Arbeitnehmer kein Verfahren gibt, bei dem diesen das Arbeitsentgelt bzw. Vorruhestandsgeld in voller Höhe zuzüglich eines Zuschusses ausgezahlt wird und er selbst dennoch keine Beiträge an die Krankenkasse zu zahlen hat. Vielmehr bestimmt [§ 152 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 250 Abs. 2 SGB V](#), dass freiwillige Mitglieder ihre Beiträge (auch aus dem Arbeitsentgelt oder Vorruhestandsgeld) grundsätzlich in voller Höhe allein zu tragen und selbst an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben. Nach [§ 257 Abs. 1 SGB V](#) haben sie lediglich einen Anspruch auf Beitragszuschuss des Arbeitgebers zu dieser freiwilligen Versicherung, die regelmäßig mit dem Arbeitsentgelt ausgezahlt wird. Dies entspricht dem für freiwillig versicherte Rentner geltenden Verfahren der Beitrags- und Zuschusszahlung. In bestimmten Fällen führt der Arbeitgeber zwar – wie bei versicherungspflichtigen Beschäftigten – auch die Beiträge für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer direkt an die zuständige Einzugsstelle ab (sog. Firmenzahler). In diesem Fall behält er jedoch den vom Arbeitnehmer zu zahlenden Beitragsanteil aus dem Arbeitsentgelt ein, so dass sich der Auszahlungsbetrag mindert, und führt ihn zusammen mit dem von ihm gewährten Zuschuss an die Krankenversicherung ab. Die Darstellung des Klägers, dass er gewissermaßen ohne eigenes Zutun und ohne eigene finanzielle Beteiligung bei der Barmer Ersatzkasse (freiwillig) kranken- und pflegeversichert gewesen sei, ist demgegenüber nur schwerlich mit den im Falle eines solchen Krankenversicherungsverhältnisses zu beachtenden gesetzlichen Regeln in Einklang zu bringen.

Gegen die Annahme, dass der Kläger – wie er behauptet – in der Zeit vor dem 1. April 2002 keinerlei eigene Aufwendungen für seine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung gemacht haben könnte, spricht schließlich auch die Tatsache, dass der Kläger ausdrücklich bei der Beklagten unter dem 24. August 2000 einen Antrag auf Beitragszuschuss für eben diese Aufwendungen gestellt und den entsprechenden Bewilligungsbescheid der Beklagten widerspruchslos entgegengenommen hat. Wer keine Aufwendungen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung hat, der kann sich auch nicht veranlasst sehen, einen entsprechenden Beitragszuschuss ausdrücklich zu beantragen. Wenn man das Vorbringen des Klägers, er habe keine Aufwendungen für seine (freiwillige) Kranken- und Pflegeversicherung getätigt, als wahr unterstellt, dann würde dies bedeuten, dass der Kläger (in betrügerischer Absicht) Leistungen bei der Beklagten beantragt hat, die ihm nach eigener Kenntnis mangels entsprechender Aufwendungen ganz offenkundig nicht zustehen konnten und die von ihm – ungeachtet der weitergehenden strafrechtlichen Konsequenzen – in vollem Umfang, d.h. bereits für die Zeit ab 1. Januar 2001 nach Maßgabe von [§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1](#) in Verbindung mit [§ 50 Abs. 1 SGB X](#) zu erstatten sein würden. Ein solch strafwürdiges Verhalten kann dem Kläger zur Überzeugung des Senats freilich nicht ohne Weiteres unterstellt werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Kläger tatsächlich in der Zeit vom 1. Januar 2001 bis zum 31. März 2002 eigene Aufwendungen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung getätigt und insoweit zu Recht die entsprechenden Beitragszuschüsse bezogen hat.

Es mag dahingestellt bleiben, ob der Kläger positive Kenntnis davon gehabt hat, dass ihm bei Bestehen einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kein Anspruch auf die bewilligten Zuschüsse zu einer freiwilligen Krankenversicherung mehr zusteht. Denn er hätte jedenfalls unschwer erkennen können, dass ihm kein Beitragszuschuss zu einer freiwilligen Krankenversicherung zustehen kann, sofern er gar keine Beiträge zu einer solchen freiwilligen Versicherung (mehr) zu leisten hat. Die im Bewilligungsbescheid

der Beklagten vom 26. Februar 2001 enthaltenen Hinweise sind ausführlich, klar und einfach zu verstehen. Wenn der Kläger wie es bei Beachtung der einem jedem Sozialleistungsempfänger obliegenden Sorgfalt geboten ist – die entsprechenden Hinweise sorgfältig zur Kenntnis genommen hat, dann musste ihm klar sein, dass bei Entstehen von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kein Anspruch auf Beitragszuschuss zur freiwilligen Versicherung mehr bestehen konnte. Etwaigen Zweifeln hinsichtlich der Rechtslage hätte der Kläger in einfacher Weise dadurch begegnen können, dass er den ihm seitens der Beklagten im Bescheid vom 26. Februar 2001 gegebenen Hinweisen gefolgt wäre und seiner Verpflichtung, "jede Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses unverzüglich mitzuteilen", entsprochen hätte. Es ist schlechterdings nicht nachvollziehbar, aufgrund welcher Erwägungen der Kläger zu der Annahme gelangt sein könnte, dass ihm ein Beitragszuschuss zu einer freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung zusteht, obwohl er zum Kreis der in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von Gesetzes wegen Pflichtversicherten gehört.

Bereits bei Beachtung einer nur durchschnittlichen Sorgfalt in eigenen Angelegenheiten hätte es dem Kläger auffallen müssen, dass in der Zeit ab 1. April 2002 – anders als zuvor – seitens des Krankenversicherungsträgers keine Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung mehr per Lastschrift von seinem Konto abgebucht worden sind. Es handelte sich hierbei immerhin nicht um einen der Höhe nach gänzlich unbedeutenden Abführungsbetrag, sondern um eine unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse des Klägers durchaus spürbare monatliche Belastung, deren Fortfall unschwer bemerkt werden kann. Als ehemaliger Arbeitnehmer der C.bank war der Kläger auch durchaus dazu in der Lage, die entsprechenden Buchungen bzw. das Ausbleiben dieser Buchungen auf seinen Kontoauszügen nachzuvollziehen. Zur Überzeugung des Senats spricht bei dieser Sachlage in der Tat alles für die Annahme, dass der Kläger im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) die Rechtswidrigkeit der Gewährung des Beitragszuschusses gekannt oder zumindest nur infolge grober Fahrlässigkeit nicht gekannt hat.

Abgesehen davon muss der Kläger sich im Übrigen aber auch vorhalten lassen, dass er im Sinne von [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) der ihm obliegenden Pflicht zur Mitteilung wesentlicher für ihn nachteiliger Veränderungen der Verhältnisse nicht nachgekommen ist. Für die sich aus [§ 60 Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) ergebende Pflicht zur Mitteilung von Änderungen in den für die Leistungsgewährung wesentlichen Verhältnissen, auf welche der Kläger im Bewilligungsbescheid vom 26. Februar 2001 und in den nachfolgenden Neuberechnungsbescheiden rechtzeitig, umfassend und unmissverständlich hingewiesen worden ist, kommt es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG vom 12. Februar 1980 - [7 RA 13/79](#)) nicht darauf an, ob der Rentenversicherungsträger bereits auf anderem Wege – hier durch die aus nicht mehr nachvollziehbaren Gründen unterbliebene bzw. verwaltungsmäßig nicht erfolgreich umgesetzte Mitteilung des Krankenversicherungsträgers – Kenntnis von der Änderung der Verhältnisse hätte erlangt haben können. Dies wird damit begründet, dass es gerade Zweck der Mitteilungspflicht des Leistungsempfängers sei, auch eine – von der Kenntnis bzw. ordnungsgemäßen Unterrichtung des Amtes unabhängige – Überprüfung des Leistungsfalls veranlassen.

Dass der Kläger der für ihn höchstpersönlichen Mitteilungspflicht objektiv nicht nachgekommen ist, berechtigt gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) allerdings nur dann zu einer rückwirkenden Aufhebung der Bewilligungsentscheidung, wenn er seine Anzeigepflicht auch subjektiv zumindest grob fahrlässig verletzt hat.

Grob fahrlässig handelt nach der Legaldefinition in [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 2. Halbsatz SGB X](#), wer 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 (BSG SozR 3-1300 [§ 45 SGB X](#) Nr. 45; [BSGE 62, 32, 35; 42, 184, 187](#)). Bei der Beurteilung der groben Fahrlässigkeit ist nicht von einem objektiven, sondern von einem subjektiven Fahrlässigkeitsmaßstab auszugehen (BSG vom 9. Februar 2006 - [B 7a AL 58/05 R](#); vgl. auch BSG vom 25. April 1990 - [7 RA 20/89](#) - und vom 24. April 1997 - [11 RA 89/96](#)). Das Maß der Fahrlässigkeit ist insbesondere nach der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit sowie dem Einsichtsvermögen des Beteiligten zu beurteilen ([BSGE 35, 108, 112; 44, 264, 273](#)). Ob ein dementsprechender Verschuldensvorwurf gerechtfertigt ist, richtet sich nach seiner persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit, seinem Einsichtsvermögen und Verhalten sowie nach den besonderen Umständen des Einzelfalls. Grobe Fahrlässigkeit liegt nur im Falle einer Sorgfaltspflichtverletzung ungewöhnlich hohen Ausmaßes vor, d.h. es muss sich um eine besonders grobe und auch subjektiv schlechthin unentschuldbare Pflichtverletzung handeln.

In diesem Zusammenhang kann freilich nicht übersehen werden, dass der im Bewilligungsbescheid vom 26. Februar 2001 enthaltene Hinweis, dass der Anspruch auf Beitragszuschuss bei Eintritt von Versicherungspflicht in der Kranken und Pflegeversicherung entfällt und dass jede Änderung des entsprechenden Versicherungsverhältnisses und jede Veränderung der Beitragshöhe unverzüglich mitzuteilen sind, so klar und eindeutig ist, dass jeder Leistungsempfänger dies unschwer nachvollziehen kann. Um der seitens des Klägers geschuldeten Mitteilungspflicht nachzukommen, bedurfte es keiner schwierigen rechtlichen Erwägungen, sondern der schlichten Offenlegung von unzweifelhaft vorliegenden Tatsachen. Es kommt noch nicht einmal darauf an, ob dem Kläger der Wechsel hinsichtlich seines Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses bewusst gewesen ist; allein das Ausbleiben des Beitragseinzugs zur freiwilligen Krankenversicherung als "Veränderung der Beitragshöhe" begründete bereits die Verpflichtung des Klägers, der Beklagten eine entsprechende Mitteilung zu machen. Der bloße Hinweis, dass seit dem 1. April 2002 von seinem Konto keine Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung der abgebucht werden, hätte insoweit zur Erfüllung der gegenüber der Beklagten bestehenden Mitteilungspflicht genügt. Wenn solch einfachste, ganz nahe liegende Überlegungen nicht angestellt werden und wenn das nicht beachtet wird, was im gegebenen Fall jedem hätte einleuchten müssen, dann liegt ein Fall der groben Fahrlässigkeit im Sinne des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 2. Halbsatz SGB X](#) vor, weil die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt worden ist (vgl. BSG vom 31. August 1976 - [7 RA 112/74](#) = [BSGE 42, 184, 187](#) und BSG vom 28. November 1978 - [4 RJ 130/77](#) = SozR 2200 § 1301 RVO Nr. 8 m.w.N.).

Die angefochtene Aufhebungsentscheidung der Beklagten kann auch nicht als ermessensfehlerhaft angesehen werden.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bedeutet das "soll" in [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#), dass der Rentenversicherungsträger den Verwaltungsakt im Regelfall ("typischer Fall") rückwirkend aufzuheben hat. Liegt jedoch ein Ausnahmefall (sog. "atypischer Fall") vor, so ist eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang von der gegebenen Aufhebungsmöglichkeit abgesehen werden kann. Anders als bei [§ 45 SGB X](#) enthält also [§ 48 SGB X](#) nicht für alle, sondern nur für "atypische Fälle" eine Verpflichtung zur Ermessensausübung. Die Prüfung, ob ein solcher "atypischer Fall" vorliegt, ist nicht Teil der Ermessensentscheidung, sondern gerichtlich in vollem Umfang nachprüfbar. Das Gericht darf den angefochtenen Bescheid wegen fehlender Ermessensausübung aufheben, wenn die Prüfung ergibt, dass ein "atypischer Fall" gegeben ist (vgl. BSG SozR 1300 § 48 Nr. 19 = [BSGE 59, 111, 116](#); BSG vom 11. Februar 1988 - [7 RA 55/86](#) = SozR 1300 § 48 Nr. 44 m.w.N.; BSG [SozR 3-4100 § 63 Nr. 2](#)).

Wann ein "atypischer Fall" vorliegt, in dem die Behörde eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen hat, ob der Verwaltungsakt mit Dauerwirkung rückwirkend aufgehoben wird, hängt von dem jeweiligen Zweck der Regelung des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) und den Umständen des Einzelfalls ab. Diese müssen vom (typischen) Regelfall signifikant zum Nachteil des Betroffenen abweichen (vgl. BSG a.a.O.; BSG [SozR 1300 § 48 Nr. 22](#) S. 56). Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Leistungsempfänger durch die mit der Rücknahme verbundenen Nachteile, insbesondere die aus [§ 50 Abs. 1 SGB X](#) folgende Pflicht zur Erstattung der erbrachten Leistungen in besondere Bedrängnis gerät (vgl. BSG [SozR 1300 § 48 Nr. 19](#) = [BSGE 59, 111](#), 116), wenn er sonst für den von der Rücknahme betroffenen Zeitraum Anspruch auf eine andere Sozialleistungen, etwa auf Sozialhilfe, gehabt hätte (vgl. BSG [SozR 1300 § 50 Nr. 6](#)), oder wenn er entreichert ist (vgl. BSG [SozR 5870 § 2 Nr. 30](#) S. 103). Beispiele für vergleichbare Härten finden sich z.B. in [§ 76 Sozialgesetzbuch Viertes Buch \(SGB IV\)](#) und in [§ 42 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#). Auch ein Verschulden des Rentenversicherungsträgers weist regelmäßig auf einen "atypischen Fall" hin. Ein "atypischer Fall" kann ferner gegeben sein, wenn ohne ein Verschulden des Rentenversicherungsträgers besondere Umstände vorliegen, die die Aufhebung für die Vergangenheit als unbilligen Eingriff in die persönlichen, sozialen oder wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen erscheinen lassen. Im Rahmen der Prüfung, ob ein "unbilliger Eingriff" gegeben ist, können insbesondere das Lebensalter des Betroffenen, dessen soziale Verhältnisse und Familienstand, der Gesundheitszustand (Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit) des Betroffenen sowie der konkrete Verwendungszweck der zu Unrecht erhaltenen Leistung (z.B. Weiterleitung eines Kinderzuschusses an das Kind ohne eigenen finanziellen Nutzen oder Unterstützung anderer bedürftiger Personen) von Bedeutung sein. Nach Lage des Einzelfalles können sich weitere Umstände – insbesondere aus der Anhörung – ergeben, wobei auch ein Zusammenwirken mehrerer Umstände denkbar ist, die erst in der Gesamtschau einen "atypischen Fall" begründen.

Unter Anlegung dieser Maßstäbe muss es im vorliegenden Fall bereits fraglich erscheinen, ob überhaupt ein "atypischer Fall" in dem genannten Sinne gegeben ist.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG vom 26. November 1986 [7 RAr 65/85](#); BSG vom 15. August 2002 - [B 7 AL 24/01 R](#) = [SozR 3-4100 § 147 Nr. 1](#); BSG vom 5. Juni 2003 - [B 11 AL 70/02 R](#); BSG vom 12. Februar 2004 - [B 13 RJ 28/03 R](#) = [SozR 4-2400 § 24 Nr. 2](#) = [BSGE 92, 150](#)) ist die mit jeder Rückforderung verbundene finanzielle Belastung für sich genommen noch nicht geeignet, einen "atypischen Fall" zu begründen. Das entspricht dem in [§§ 275 ff. Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) zum Ausdruck gebrachten Rechtsgrundsatz der unbeschränkten Vermögenshaftung ("Geld hat man zu haben"). Eine durch die Pflicht zur Erstattung im Sinne der Rechtsprechung drohende "besondere Bedrängnis" (vgl. BSG [SozR 1300 § 48 Nr. 19](#) = [BSGE 59, 111](#), 116) oder ein Fall der "Entreicherung" (vgl. BSG [SozR 5870 § 2 Nr. 30](#) S. 103) ist weder vom Kläger aufgezeigt worden noch sonst erkennbar. Auf die Frage, ob der rückständige Eigenanteil zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner in Höhe von insgesamt 3.000,00 EUR vom Kläger aus eigenen Mitteln innerhalb von zwei Tagen in einer Summe an die Beklagte überwiesen werden konnte oder ob er sich diesen Betrag wie er behauptet – von seiner Schwägerin leihen musste, kommt es dabei nicht an.

Bei dieser Sachlage muss man schon länger danach suchen, hinsichtlich welcher besonderen Umstände der vorliegende Fall im Sinne der in der Rechtsprechung zum Vorliegen eines sog. "atypischen Falles" entwickelten Grundsätze im Vergleich mit dem (typischen) Regelfall "signifikant zum Nachteil des Betroffenen abweicht" (vgl. BSG a.a.O.; BSG [SozR 1300 § 48 Nr. 22](#)). Als Anknüpfungspunkt verbleibt insoweit letztlich allein der Umstand, dass die Beklagte im Falle einer rechtzeitigen Unterrichtung durch den Krankenversicherungsträger über die ab 1. April 2002 gegebene Versicherungspflicht des Klägers schon zu einem früheren Zeitpunkt in der Lage gewesen wäre, den Wegfall der Berechtigung zum Bezug der bewilligten Beitragszuschüsse zu erkennen und auf diese Weise das Entstehen einer mehrere Jahre umfassenden Überzahlung zu verhindern. Weitergehende Gesichtspunkte, die für die Annahme eines "atypischen Falles" sprechen könnten, vermochte auch der Kläger nicht aufzuzeigen.

Geht man – wie die Beklagte – zu Gunsten des Klägers davon aus, dass vorliegend ein "atypischer Fall" gegeben ist, dann bedarf es in der Tat der hier vom Kläger eingeforderten Ermessensausübung. Es kann andererseits jedoch nicht übersehen werden, dass die Beklagte ihr Ermessen sehr wohl ausgeübt und dabei insbesondere auch die Frage eines Mitverschuldens des Krankenversicherungsträgers in die Ermessensbetätigung mit einbezogen hat. Anhaltspunkte dahingehend, dass die insoweit erfolgte Ermessensbetätigung in den hinsichtlich einer gerichtlichen Überprüfbarkeit durch [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) in Verbindung mit [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) gezogenen Grenzen zu beanstanden sein könnte, sind in diesem Zusammenhang nicht erkennbar.

Bei der Ermessensausübung geht es im Kern darum, eine Abwägung vorzunehmen zwischen dem Vertrauen des Begünstigten auf den Bestand des Verwaltungsaktes einerseits und dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme rechtswidriger bzw. nachträglich rechtswidrig gewordener Verwaltungsakte andererseits. Es handelt sich insoweit um ein auf Ausnahmefälle beschränktes "Soll"-Ermessen (vgl. BSG vom 4. Februar 1988 - [11 RAr 26/87](#) = [BSGE 63, 37](#) = [SozR 1300 § 45 Nr. 34](#); BSG vom 17. Oktober 1990 - [11 RAr 3/88](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 5](#)), wobei es der Behörde in den Grenzen ihres Ermessens in der Regel freigestellt ist, auf welche Umstände sie im Rahmen der Ermessensbetätigung abstellen will (vgl. BSG vom 21. März 1990 - [7 RAr 112/88](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 2](#)). Die Ermessensausübung ist jedoch gerichtlich dahingehend zu überprüfen, ob die Behörde bei ihrer Entscheidung alle wesentlichen Umstände berücksichtigt hat (vgl. BSG vom 10. August 1993 - [9 BV 4/93](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 18](#)). Zu den in diesem Sinne bei der Ermessenausübung zu berücksichtigenden Umständen des Einzelfalles gehört anerkanntermaßen auch die Frage danach, auf wessen Verschulden das Zustandekommen der fehlerhaften Entscheidung beruht (vgl. BSG vom 21. März 1990 - [7 RAr 112/88](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 2](#); BSG vom 8. Februar 1996 - [13 RJ 35/94](#) = [BSGE 77, 295](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 27](#)). Ein Mitverschulden oder gar ein alleiniges Verschulden des Rentenversicherungsträgers bedeutet freilich nicht zwangsläufig, dass der Umfang der Bescheidrücknahme und damit die Höhe der Überzahlung zu reduzieren ist. Vielmehr sind auch bei einem Mitverschulden des Rentenversicherungsträgers durchaus Fälle denkbar, in denen andere Ermessensgründe – insbesondere ein überwiegendes öffentliches Interesse der Versichertengemeinschaft an der Korrektur rechtswidriger Verwaltungsentscheidungen – so schwer wiegen, dass dennoch eine vollumfängliche Bescheidrücknahme als geboten erscheinen kann.

Unabhängig von der Frage, wie die Ermessensentscheidung der Behörde im Ergebnis ausfällt, ist jedoch in jedem Falle zu fordern, dass die Behörde tatsächlich und nach außen erkennbar ihr Ermessen ausübt. Aus dem jeweiligen Aufhebungs- und Erstattungsbescheid muss angesichts dessen ersichtlich sein, dass die Behörde sich ihres Ermessensspielraums erkennbar bewusst war, sich also nicht allein wegen der Erfüllung der tatsächlichen Voraussetzungen des [§ 48 SGB X](#) zur Aufhebung des ursprünglichen Bescheides gezwungen gesehen hat, dass die Behörde keine besondere Härte beim Versicherten als gegeben ansieht und dass die Behörde im Übrigen entweder das Vorhandensein von weiteren Umständen, die nach ihrer Auffassung eine Ausübung des Ermessens zu Gunsten des Bürgers nach sich ziehen

könnten, verneint oder ausführt, dass bestimmte benannte Umstände ein teilweises Absehen von der Aufhebung nicht rechtfertigen (vgl. KassKomm-Steinwedel [§ 45 SGB X](#) Rdnr. 56 m.w.N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen kann die im vorliegenden Fall seitens der Beklagten vorgenommene Ermessensausübung zur Überzeugung des Senats im Ergebnis nicht beanstandet werden. Nach den Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden hat die Beklagte zunächst zutreffend erkannt, dass im Falle des Klägers überhaupt Ermessen ausgeübt werden muss, und sie hat im Rahmen der Ermessensbetätigung im Einzelnen nicht nur das Ausmaß des gegenüber dem Kläger zu erhebenden Verschuldensvorwurfs, sondern auch die Frage eines Mitverschuldens des Krankenversicherungsträgers berücksichtigt. Die insoweit in den angefochtenen Bescheiden enthaltenen Darlegungen sind zwar knapp; sie sind zur Überzeugung des Senats aber andererseits bereits hinreichend konkret, um den an eine bescheidmäßige Niederlegung der Ermessenserwägungen zu stellenden Anforderungen gerecht zu werden.

Der geltend gemachte Erstattungsanspruch ergibt sich insoweit aus [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Wie die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 1. April 2009 zutreffend ausgeführt hat, ist ihr kein Ermessen dahingehend eingeräumt, ob sie einen Erstattungsanspruch geltend machen will oder nicht. Anhaltspunkte dafür, dass die Erstattungsforderung der Höhe nach unzutreffend ermittelt worden sein könnte, sind weder vorgetragen worden noch sonst ersichtlich. In Anbetracht der Tatsache, dass die Beklagte unstreitig erstmals im August 2008 Kenntnis von der seitens des Klägers in der Zeit ab 1. April 2002 bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erlangt und bereits drei Monate später den hier angefochtenen Aufhebungs- und Erstattungsbescheid vom 28. November 2008 erlassen hat, ergeben sich im Übrigen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die gemäß [§ 48 Abs. 4 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 45 Abs. 3](#) und 4 SGB X genannten Fristen bei Bescheiderteilung bereits abgelaufen gewesen sein könnten.

Die Berufung der Beklagten konnte angesichts dessen nicht ohne Erfolg bleiben.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-07-31