

L 5 R 207/11

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Fulda (HES)

Aktenzeichen

S 3 R 153/08

Datum

15.03.2011

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 5 R 207/11

Datum

10.02.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 15. März 2011 abgeändert und die Klage im vollen Umfang abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander in beiden Instanzen keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zu gelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Beitragszuschüssen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt 4.066,40 EUR.

Der 1937 geborene Kläger war seit dem 1. August 1986 als Tankwart bei der Firma XY. GmbH, XY-Stadt, beschäftigt. Er bezog seit dem 1. Januar 1998 Altersrente für Schwerbehinderte, die ihm die Beklagte mit Bescheid vom 14. November 1997 gewährt hatte. Er war damals freiwilliges Mitglied in der AOK Hessen.

Am 11. Dezember 1997 stellte der Kläger einen Antrag auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung, dem die Beklagte mit gesonderten Bescheiden vom 23. Dezember 1997 für die Zeit ab 1. Januar 1998 entsprach. Beide Bescheide enthielten im Abschnitt "Mitteilungspflichten und Hinweise" die ausdrückliche Erläuterung, dass der Anspruch auf Beitragszuschuss mit der Aufgabe oder dem Ruhen der freiwilligen Krankenversicherung und bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht entfalle, weshalb die gesetzliche Verpflichtung bestehe, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses mitzuteilen.

Durch Kurzmitteilung der AOK Hessen vom 24. Juli 2000 erfuhr die Beklagte von der Beendigung der dortigen freiwilligen Mitgliedschaft des Klägers bereits zum 1. Januar 2000. Daraufhin hörte die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 21. August 2000 zu ihrer Absicht an, die Gewährung der Beitragszuschüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2000 gemäß § 48 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) aufzuheben und von ihm überzahlte Beitragszuschüsse in Höhe von 919,83 DM zurückzufordern.

Nachdem ihr von der Beigeladenen mit Schreiben vom 28. August 2000 mitgeteilt worden war, dass der Kläger seit dem 1. Januar 2000 nunmehr dort freiwillig krankenversichert sei, gewährte ihm die Beklagte ab dem 1. Januar 2000 Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung (Bescheid vom 31. August 2000). Dabei erläuterte sie dem Kläger abermals, dass der Anspruch auf Beitragszuschuss mit der Aufgabe oder dem Ruhen seiner freiwilligen Krankenversicherung und bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht entfalle und deshalb die gesetzliche Verpflichtung bestehe, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung des Krankenversicherungsverhältnisses mitzuteilen.

Mit Schreiben vom 20. Februar 2002 informierte die Beigeladene den Kläger unter anderem darüber, dass er ab 1. April 2002 die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner erfülle. Er bleibe weiterhin Mitglied bei ihr, allerdings entstehe für ihn ab 1. April 2002 kraft Gesetzes eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner. Die bisherige freiwillige Versicherung ende am 31. März 2002. Ab 1. April 2002 werde der Beitragsanteil aus der Rente bei der Auszahlung der Rente einbehalten und zusammen mit dem Anteil des Rentenversicherungsträgers an sie, die Beigeladene, abgeführt.

Die Beklagte ihrerseits erhielt erst am 23. Oktober 2007 Kenntnis davon, dass der Kläger bereits seit dem 1. April 2002 gesetzlich

krankenversicherungspflichtig ist.

Nach Anhörung des Klägers hob die Beklagte mit Bescheid vom 25. Januar 2008 ihre Bescheide vom 31. August 2000 über die Bewilligung der Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung mit Wirkung vom 1. April 2002 auf (Ziffer 1) und verlangte vom Kläger die Erstattung des für die Zeit vom 1. April 2002 bis 30. November 2007 zu Unrecht gezahlten Zuschusses zur Krankenversicherung in Höhe von 3.899,66 EUR sowie des für die Zeit vom 1. April 2002 bis 31. März 2004 zu Unrecht gezahlten Zuschusses zur Pflegeversicherung in Höhe von 166,74 EUR. Des Weiteren verfügte die Beklagte, dass die rückständigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die Zeit vom 1. Januar 2003 bis 30. November 2007 in Höhe von 4.439,71 EUR einbehalten werden (Ziffer 3), und erklärte außerdem die Aufrechnung bzw. den Einbehalt von insgesamt 8.506,11 EUR in monatlichen Raten zu je 373,64 EUR (Ziffer 4).

Hiergegen erhob der Kläger mit Schriftsatz seiner damaligen Bevollmächtigten vom 7. Februar 2008 Widerspruch.

Mit Bescheid vom 26. Februar 2008 änderte die Beklagte ihren Bescheid vom 25. Januar 2008 dahingehend ab, dass nur noch ein Betrag in Höhe von 7.691,55 EUR vom Kläger "zu erstatten" sei. Nicht nur die in der Zeit vom 1. April 2002 bis 31. Dezember 2002, sondern auch die in der Zeit vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2003 nicht einbehaltenen Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner in Höhe von 730,92 EUR seien verjährt und könnten deshalb nicht mehr erhoben werden. Gleiches gelte für die im selben Zeitraum ebenfalls nicht einbehaltenen Beitragsanteile zur Pflegeversicherung in Höhe von 83,64 EUR. Die rückständigen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge reduzierten sich daher auf 3.625,15 EUR (4.439,71 EUR./-. 814,56 EUR).

Durch Widerspruchsbescheid vom 29. Mai 2008 wies die Beklagte sodann den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 25. Januar 2008, abgeändert durch Bescheid vom 26. Februar 2008, zurück.

Am 6. Juni 2008 erhob der Kläger bei dem Sozialgericht Fulda Klage, zu deren Begründung er im Wesentlichen ausführte, dass die gesetzlichen Voraussetzungen der von der Beklagten herangezogenen Rechtsgrundlagen [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und Nr. 4 SGB X](#) nicht erfüllt seien. Er sei weder von der Beklagten noch von der Beigeladenen über seine Rechte und Pflichten aufgeklärt worden. Ihm als "Nichtjuristen" sei daher nicht klar gewesen, dass er die Beklagte über den Inhalt des Schreibens der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 in Kenntnis hätte setzen müssen. Er habe auch keine konkreten Informationen darüber erhalten, dass sein Anspruch auf die Beitragszuschüsse wegfallen werde. Der Umstand, dass ihm nicht aufgefallen sei, dass die Beigeladene seine Mitgliedsbeiträge nicht mehr abgebucht habe, könne den Vorwurf grober Fahrlässigkeit nicht begründen. Aufgrund seiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie seiner Schwerbehinderung, welche der Beklagten bereits seit Antragstellung bekannt gewesen sein müsste, sei ein atypischer Fall zu bejahen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Der Kläger sei bereits mit den Bescheiden vom 23. Dezember 1997 sowie erneut mit den Bescheiden vom 31. August 2000 eindeutig und unmissverständlich darüber in Kenntnis gesetzt worden, unter welchen Voraussetzungen der Anspruch auf die Beitragszuschüsse entfalle. Er sei dabei in die Pflicht genommen worden, ihr unter anderem auch Änderungen des Krankenversicherungsverhältnisses unverzüglich mitzuteilen. Jedenfalls aufgrund der Benachrichtigung der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 sei der Kläger ab dem 1. April 2002 bösgläubig gewesen. Im Widerspruchsbescheid habe sie das ihr ein eingeräumte Ermessen zum Ausschluss eines atypischen Falles betätigt.

Mit Beschluss vom 16. Dezember 2008 lud das Sozialgericht die DAK Hamburg zum Verfahren bei. Die Beigeladene trug vor, dass die Abbuchungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von dem Konto des Klägers nach dem Ausgleich des Beitragskontos für März 2002 eingestellt worden seien. Über die Änderungen seines Versicherungsverhältnisses zum 1. April 2002 sei der Kläger ausreichend informiert worden.

Durch Urteil vom 15. März 2011 hob das Sozialgericht sodann den Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2008, abgeändert durch Bescheid vom 26. Februar 2008, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Mai 2008 auf, soweit darin für die Zeit vom 1. April 2002 bis 30. November 2007 gezahlte Zuschüsse zur Krankenversicherung in Höhe von 3.899,66 EUR und für die Zeit vom 1. April 2002 bis 31. März 2004 gezahlte Zuschüsse zur Pflegeversicherung in Höhe von 166,74 EUR zurückgefordert werden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung führte das Sozialgericht aus, dass dem Kläger weder im Sinne von [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) noch von [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) grobe Fahrlässigkeit vorgeworfen werden könne, weil das Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 zumindest missverständlich formuliert gewesen sei. Daher könne dem Kläger auch in Bezug auf die Unkenntnis vom Wegfall der Beitragszuschüsse lediglich einfache Fahrlässigkeit vorgeworfen werden. Die rückwirkende Aufhebung lasse sich im Übrigen auch nicht auf [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB X](#) in analoger Anwendung stützen. Fehle es bereits an einer rechtmäßigen Aufhebung, sei zugleich die entsprechende Rückforderung nach [§ 50 SGB X](#) rechtswidrig. Soweit sich der Kläger gegen die für die Zeit vom 1. Januar 2004 bis zum 30. November 2007 nachgeforderten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge wende, sei die Klage allerdings unbegründet und daher abzuweisen.

Nachdem ihr das Urteil am 30. März 2011 zugestellt worden war, hat die Beklagte am 2. Mai 2011, einem Montag, Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt.

Sie hält an ihrer Auffassung fest, dass dem Kläger grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen sei. Das gelte umso mehr, als ihm anlässlich der Beendigung seiner freiwilligen Krankenversicherung bei der AOK Hessen zum 31. Dezember 1999 schon einmal zu Unrecht Beitragszuschüsse gewährt worden seien und er die überzahlten Beträge habe erstatten müssen. Der Zusammenhang zwischen dem Bestehen der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung einerseits und der Gewährung von Beitragszuschüssen andererseits hätte daher dem Kläger schon wegen des damals ergangenen Anhörungsschreibens vom 21. August 2000 bewusst gewesen sein müssen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 15. März 2011 abzuändern und die Klage im vollen Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt die erstinstanzliche Entscheidung und führt ergänzend aus, dass ihm keine grobe Fahrlässigkeit vorgeworfen werden könne,

nur weil er nicht in der Lage gewesen sei, einen Zusammenhang zwischen dem Anhörungsschreiben der Beklagten vom 21. August 2000, ihrem Bescheid vom 31. August 2000 sowie dem Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 herzustellen. Stattdessen habe er auf die rechtmäßige Bearbeitung durch die Beklagte und die Beigeladene vertrauen dürfen.

Die Beigeladene schließt sich der Rechtsauffassung der Beklagten an, ohne einen bestimmten Sachantrag zu stellen.

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

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz Ausbleibens der Beigeladenen aufgrund mündlicher Verhandlung entscheiden, weil die Ladung einen entsprechenden Hinweis enthielt (§§ 153 Abs. 1 i. V. m. 110 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die mit Blick auf § 64 Abs. 3 SGG insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG) und in der Sache begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 15. März 2011 ist rechtsfehlerhaft und kann daher keinen Bestand haben. Der Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2008 in der Fassung des Bescheides vom 26. Februar 2008 (§ 86 SGG) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Mai 2008 (§ 95 SGG) ist in dem hier angefochtenen Umfang rechtmäßig ergangen und beschwert insoweit den Kläger nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 SGG.

Eine Auslegung der Urteilsformel der angegriffenen erstinstanzlichen Entscheidung anhand der Entscheidungsgründe (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 8. Februar 2007, [B 9b SO 5/05 R](#), juris Rdnr. 14 m.w.N.; BSG, Urteil vom 22. November 1956, [8 RV 23/55 = BSGE 4, 121](#)) ergibt, dass sich die Stattgabe der Klage über den ausdrücklichen Wortlaut der Urteilsformel hinaus nicht nur auf die von der Beklagten geltend gemachte Rückforderung, sondern ebenfalls auf die Aufhebung ihrer beiden Bewilligungsbescheide vom 31. August 2000 beziehen sollte. So haben offenkundig auch sämtliche Beteiligten das erstinstanzliche Urteil verstanden. Gestritten wird daher im hiesigen Berufungsverfahren um die Aufhebung der ursprünglichen Bewilligung von Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit ab 1. April 2002 bis 30. November 2007 bzw. 31. März 2004 sowie um die daraus resultierende Erstattungsforderung der Beklagten in Höhe von insgesamt 4.066,40 EUR (3.899,66 EUR zu Unrecht erhaltene Zuschüsse zur Krankenversicherung von April 2002 bis November 2007 und 166,74 EUR zu Unrecht erhaltene Zuschüsse zur Pflegeversicherung von April 2002 bis März 2004). Die ursprünglich ebenfalls umstrittene Nachforderung rückständiger Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, welche die Beklagte zuletzt mit Bescheid vom 26. Februar 2008 für die Zeit vom 1. Januar 2004 bis 30. November 2007 in Höhe von insgesamt 3.625,15 EUR festgesetzt hatte, ist hingegen nicht mehr streitgegenständlich, weil der Kläger gegen das insoweit klageabweisende Urteil des Sozialgerichts keine (Anschluss-) Berufung eingelegt hat.

Die Aufhebung der Bescheide vom 31. August 2000 stützt sich auf [§ 48 Abs. 1 SGB X](#).

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. 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, Urteil vom 19. Februar 1986, [7 RA R 55/84](#), juris Rdnr. 15). 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.

Ausgehend hiervon ist nach Erlass der Bescheide vom 31. August 2000 eine wesentliche Änderung eingetreten, weil der Kläger ab dem 1. April 2002 durch die Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtig geworden ist. Seine 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. Damit ist ab dem 1. April 2002 eine wesentliche Änderung eingetreten mit der Folge, dass die ursprünglichen Bescheide der Beklagten vom 31. August 2000 gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben waren.

Darüber hinaus war die Beklagte auch berechtigt, diese Bescheide mit Wirkung zum 1. April 2002 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.

Vorliegend scheidet eine rückwirkende Aufhebung der Bescheide vom 31. August 2000 auf der Grundlage des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#) (Änderung zugunsten des Betroffenen) offenkundig aus. Die rückwirkende Aufhebung lässt sich allerdings auf [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) (Verletzung der Mitteilungspflicht) und [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) (Bösgläubigkeit des Betroffenen) stützen. Daher kann letztlich offen bleiben, ob daneben auch noch eine (analoge) Anwendung des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB X](#) (Einkommenserzielung) in Betracht kommt.

Der Kläger war verpflichtet, der Beklagten seine Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner zum 1. April 2002 mitzuteilen. Diese Pflicht ergab sich aus § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I). Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen. Das gilt selbst dann, wenn die mitzuteilenden Änderungen dem Leistungsträger bereits bekannt sein sollten (vgl. BSG, Urteil vom 29. November 1989, [7 RAr 138/88 = BSGE 66, 103](#)). Dieser ihm obliegenden Mitteilungspflicht ist der Kläger objektiv nicht nachgekommen. Das ist offenkundig und im Übrigen zwischen den Beteiligten nicht umstritten.

Die Verletzung seiner Mitteilungspflichten ist dem Kläger aber auch subjektiv vorwerfbar. Es sind zwar keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass er die Mitteilung gegenüber der Beklagten vorsätzlich unterlassen hat. Dem Kläger kann insoweit jedoch zumindest grobe Fahrlässigkeit vorgeworfen werden.

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, Urteil vom 8. Februar 2001, [B 11 AL 21/00 R = SozR 3-1300 § 45 Nr. 45](#); BSG, Urteil vom 11. Juni 1987, [7 RAr 105/85 = BSGE 62, 32](#); BSG, Urteil vom 31. August 1976, [7 RAr 112/74 = SozR 4100 § 152 Nr. 3](#)). Bei der Beurteilung der groben Fahrlässigkeit ist nicht von einem objektiven, sondern von einem subjektiven Fahrlässigkeitsmaßstab auszugehen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Februar 2006, [B 7a AL 58/05 R](#), juris Rdnr. 16 m.w.N.), wobei sich das Maß der Fahrlässigkeit insbesondere nach der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit sowie dem Einsichtsvermögen des Beteiligten richtet (vgl. BSG, Urteil vom 20. September 1977, [8/12 RKg 8/76 = BSGE 44, 264](#); BSG, Urteil vom 13. Dezember 1972, [7 RKg 9/69 = BSGE 35, 108](#)). 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, 71. Erg.-Lfg. 2011, [§ 48 SGB X](#) Rdnr. 43). Bei [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) ist es vor allem auch bedeutsam, in welchem Umfang der Beteiligte bei der Bewilligung einer Dauerleistung auf eine Mitteilungspflicht hingewiesen worden ist (vgl. Schütze, in: von Wulffen, SGB X, 7. Aufl. 2010, § 48 Rdnr. 23).

Ausgehend von diesen Grundsätzen stellt sich die unterbliebene Mitteilung des Klägers hinsichtlich der Veränderung in seinem Krankenversicherungsverhältnis zum 1. April 2002 als grob fahrlässig dar.

Anknüpfungspunkt hierfür ist, dass der Kläger anlässlich der Gewährung der Beitragszuschüsse von der Beklagten eindeutig und in hinreichend verständlicher Form auf seine Mitteilungspflichten gegenüber dem Rentenversicherungsträger hingewiesen worden war. Auch wenn insoweit den mit Bescheiden vom 23. Dezember 1997 erteilten Belehrungen allein unter zeitlichen Gesichtspunkten möglicherweise keine Bedeutung zukommt, ist der Kläger jedenfalls mit den beiden Bescheiden der Beklagten vom 31. August 2000 erneut und mit hinreichender Deutlichkeit auf seine Mitteilungspflichten hingewiesen worden. Die Beklagte hatte den Kläger dabei nochmals anschaulich all diejenigen Umstände aufgezeigt, die für die Gewährung der Beitragszuschüsse erheblich sind, und ihn ferner darüber belehrt, dass diesbezügliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen sind. Dass der Kläger die ihm erteilten Belehrungen und Erläuterungen aufgrund seiner Urteils- und Kritikfähigkeit sowie seines Einsichtsvermögen nicht verstehen konnte, hat er weder vorgetragen noch ist dies sonst ersichtlich geworden. Es bestehen vor allem auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass er krankheits- oder altersbedingt deren Inhalt und Bedeutung nicht hätte verstehen können.

Mit seinem Einwand, die Hinweise der Beklagten seien rein abstrakter Natur gewesen, dringt der Kläger nicht durch. Es darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, dass der Versicherungsträger bei der Erteilung von Belehrungen, Hinweisen und Erläuterungen zur Rechtslage gegenüber dem Versicherten stets gehalten ist, möglichst sämtliche in Betracht kommende Konstellationen abzudecken. Eine gewisse Abstraktheit ist somit solchen Ausführungen und Darlegungen geradezu immanent, um den Betroffenen umfassend und verständlich belehren und beraten zu können. Demnach begegnet es keinen durchgreifenden Bedenken, dass die Beklagte dem Kläger in ihren Bescheiden 31. August 2000 umfassend all diejenigen Fälle aufgezeigt hatte, in denen die Beitragszuschüsse wegfallen, und in denen demzufolge eine Mitteilungspflicht des Versicherten besteht. Dabei kann auch keine Rede davon sein, dass diese Ausführungen möglicherweise zu umfangreich gehalten waren und der Kläger als "Nichtjurist" hierdurch überfordert gewesen sein könnte. Denn insoweit ist jedenfalls zu berücksichtigen, dass die Beklagte letztlich nur drei Fälle - Aufgabe oder Ruhen der freiwilligen Krankenversicherung und Eintritt von Krankenversicherungspflicht - aufgezeigt hatte, in denen der Anspruch auf Beitragszuschüsse entfällt. Ihre Ausführungen waren deshalb auch einer in versicherungsrechtlichen Angelegenheiten nicht versierten Person durchaus zugänglich und verständlich. Es handelt sich hierbei also keineswegs um einen unüberschaubaren und komplexen Sachverhalt, der letztlich nur von Personen erfasst werden konnte, die über fundierte (sozialversicherungs-) rechtliche Kenntnisse verfügten.

Überdies lässt sich dem Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 nicht entnehmen, dass der Kläger davon entbunden sei, die Beklagte über die zum 1. April 2002 eintretenden Änderungen in seinem Krankenversicherungsverhältnis zu unterrichten. Ausführungen, dass die Beigeladene ihrerseits die Beklagte hierüber informiert haben könnte bzw. noch informieren werde und sich deshalb eine entsprechende Mitteilung des Klägers erübrigen würde, enthält das Schreiben vom 20. Februar 2002 gerade nicht. Sollte der Kläger dieses Schreiben der Beigeladenen dennoch so verstanden bzw. interpretiert haben, wäre dieser Irrtum schon aufgrund einfachster Überlegungen vermeidbar und somit nicht in einer [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) ausschließenden Weise entschuldbar gewesen.

Für den Senat bestehen darüber hinaus auch keine Zweifel daran, dass der Kläger in Bezug auf das die Mitteilungspflicht auslösende Ereignis - die Änderung in seinem Krankenversicherungsverhältnis zum 1. April 2002 - zumindest infolge grober Fahrlässigkeit keine

Kenntnis hatte.

Jedenfalls nach Erhalt des Schreibens der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 musste sich der Kläger darüber im Klaren sein, dass er zum 1. April 2002 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird. Aus diesem Schreiben geht eindeutig und unmissverständlich hervor, dass er die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner erfüllte, deshalb zum 1. April 2002 seine freiwillige Mitgliedschaft bei der Beigeladenen endete und er stattdessen dann dort pflichtversichert war. Um diese Änderungen erkennen zu können, bedurfte es auch keiner schwierigen und komplizierten Gedankengänge, weil dem Kläger diese Rechtslage insoweit hinreichend begreiflich dargelegt worden war, so dass er - auch als "Nichtjurist" - ohne Weiteres hiervon Kenntnis nehmen konnte. Dass er das Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 inhaltlich nicht verstanden haben könnte, behauptet selbst der Kläger nicht. Daher erscheint es schlichtweg ausgeschlossen, dass er trotz dieses Schreibens weiterhin in Unkenntnis über die Änderung in seinem Krankenversicherungsverhältnis zum 1. April 2002 gewesen sein könnte.

Soweit das Sozialgericht darauf abgestellt hat, dass das Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 zumindest missverständlich formuliert gewesen sei, kann dem der Senat nicht folgen. Es ist zwar zutreffend, dass dieses Schreiben in den ersten fünf Absätzen Ausführungen enthält, mit denen die Beigeladene versucht, dem Leser die näheren Hintergründe der zum 1. April 2002 eintretenden Änderungen im Versicherungsverhältnis darzulegen. Weiterhin mag es auch sein, dass der Beigeladenen jene Darlegungen möglicherweise nicht vollständig oder nur ungenau gelungen sind. Hierauf kommt es aber nicht entscheidungserheblich an. Denn nach diesen einleitenden Ausführungen der Beigeladenen lässt sich ihrem Schreiben vom 20. Februar 2002 unzweifelhaft entnehmen, dass der Kläger ab 1. April 2002 die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner erfüllt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts hebt sich dabei diese Feststellung auch deutlich - durch Fettdruck - von den übrigen Passagen des Schreibens ab, so dass sie für jeden Leser und damit auch für den Kläger - offenkundig und augenscheinlich ist. Es kann also keineswegs die Rede davon sein, dass die für den Kläger maßgebliche Information in einem umfangreichen Text versteckt war und deshalb auch bei einem sorgfältigen Lesen im Verborgenen geblieben wäre. Nichts anderes gilt letztlich für den Hinweis der Beigeladenen am Ende ihres Schreibens auf einen Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Aus diesem Hinweis kann keinesfalls der Schluss gezogen werden, dass der Kläger - entgegen der vorherigen eindeutigen Feststellung - nun doch nicht ab dem 1. April 2002 pflichtversichert sein soll. Vielmehr gibt die Beigeladene damit einen bloßen Ausblick darauf, dass sich die aktuelle Rechtslage durchaus noch ändern könnte, verbunden mit dem Zusatz, dass sie ihre Mitglieder hierüber weiter informieren werde. Es handelt sich dabei also lediglich um allgemeingültige Ausführungen, denen jeglicher Bezug auf das Krankenversicherungsverhältnis konkret des Klägers fehlt.

In Anbetracht dieser Erwägungen kann sich der Kläger auf missverständliche Erläuterungen seitens der Beigeladenen nicht berufen. Das gilt umso mehr, als ihm die Beigeladene in ihrem Schreiben vom 20. Februar 2002 abschließend angeboten hatte, sich bei Fragen zu seiner Krankenversicherung an sie zu wenden. Wenn der Kläger von diesem Beratungsangebot keinen Gebrauch gemacht hatte, ist es ihm zum einen verwehrt, nachträglich geltend zu machen, von der Beigeladenen missverständlich und in unzureichender Weise aufgeklärt worden zu sein. Zum anderen ist dies als ein eindeutiges Indiz dafür zu werten, dass der Kläger die damaligen Erläuterungen der Beigeladenen sehr wohl verstanden hatte.

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass es aufgrund der von der Beklagten erteilten Belehrung über die Mitteilungspflichten in ihren Bescheiden vom 23. Dezember 1997 bzw. jedenfalls 31. August 2000 unter Berücksichtigung der Erläuterungen der Beigeladenen im Schreiben vom 20. Februar 2002 für den Kläger ohne Weiteres erkennbar war, dass er die Beklagte über das Ende seiner freiwilligen Mitgliedschaft bzw. den Eintritt der Krankenversicherungspflicht zum 1. April 2002 hätte unterrichten müssen. Indem er dies unterlassen hatte, ist dem Kläger daher zumindest vorzuwerfen, seine Mitteilungspflichten gegenüber der Beklagten grob fahrlässig verletzt zu haben.

Überdies ist der Kläger auch bösgläubig im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) gewesen. Denn es ist davon auszugehen, dass er bereits ab 1. April 2002 jedenfalls nicht wusste, weil er die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat und ihm daher insoweit grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist (vgl. hierzu: Schütze, a.a.O. § 48 Rdnr. 28), dass die sich aus den beiden Bescheiden vom 31. August 2000 ergebenden Ansprüche kraft Gesetzes weggefallen waren. Zwar war der Kläger mit dem Schreiben der Beigeladenen vom 20. Februar 2002 lediglich darauf hingewiesen worden, dass seine freiwillige Krankenversicherung zum 31. März 2002 enden werde und dass die Beiträge ab 1. April 2002 durch entsprechenden Einbehalt von der Rente gezahlt werden. Zu der Weiterzahlung der Beitragszuschüsse äußerte sich die Beigeladene damals nicht ausdrücklich. Da aber das Bestehen einer freiwilligen Krankenversicherung die maßgebliche Voraussetzungen für die Gewährung der Beitragszuschüsse ist und der Kläger diese Zuschüsse gerade wegen seines freiwilligen Krankenversicherungsverhältnisses gesondert bei der Beklagten beantragt hatte, hätte er mit der von der Beigeladenen gegebenen Information aufgrund einfachster Überlegungen darauf schließen können, dass mit dem Ende der freiwilligen Krankenversicherung zugleich auch der Anspruch auf die hierfür gewährten Zuschüsse wegfallen werde. Denn andernfalls hätte der Kläger zwangsläufig annehmen müssen, dass er für einen Krankenversicherungsschutz letztlich zweimal Beiträge zu entrichten habe. Dass dies nicht der Fall sein kann, liegt auf der Hand und hätte dem Kläger somit auch ohne tiefgreifende und komplizierte Überlegungen einleuchten müssen, zumal es sich bei dem konkreten Vorgang keinesfalls um einen komplexen und unübersichtlichen sozialversicherungsrechtlichen Sachverhalt handelt. Das gilt vorliegend umso mehr, als der Kläger von der Beklagten nicht nur mit den Bescheiden vom 23. Dezember 1997 und 31. August 2000 - abstrakt - darauf hingewiesen wurde, welche Folgen die Beendigung des freiwilligen Krankenversicherungsverhältnisses für die Gewährung der Beitragszuschüsse hat, sondern sie ihm diese Rechtsfolgen mit ihrem Anhörungsschreiben vom 21. August 2000 sogar - konkret - aufgezeigt hatte. Aufgrund dieser Gegebenheiten in der Vergangenheit hätte der Kläger daher ohne Weiteres Kenntnis vom Wegfall des Anspruchs auf die Beitragszuschüsse zum 1. April 2002 haben können. Erschwerend kommt hinzu, dass die Beigeladene ab diesem Zeitpunkt auch die freiwilligen Beiträge nicht mehr von dem Konto des Klägers per Lastschriftverfahren eingezogen hatte. Angesichts seines monatlichen Renteneinkommens, das sich im hier maßgeblichen Zeitpunkt auf insgesamt 859,48 EUR (Rente: 798,77 EUR; Beitragszuschüsse: 53,92 EUR + 6,79 EUR) belief, hätte dem Kläger bei sorgfältiger Durchsicht seiner Kontoauszüge auffallen müssen, dass die Beigeladene den Beitragseinzug zum 1. April 2002 in Höhe von immerhin monatlich 122,22 EUR eingestellt hatte. Da dieser Betrag knapp 15 v.H. seines damaligen Renteneinkommens ausmachte, kann - anders als der Kläger meint - sicherlich auch keine Rede von nicht sonderlich hohen Umsätzen sein. Sollte aber der Kläger tatsächlich - wie von seinem Bevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vorgetragen - nur den Kontostand am Monatsende geprüft und auf eine weitergehende Durchsicht seiner Kontoauszüge verzichtet haben, würde dies ein grob fahrlässiges Verhalten seinerseits geradezu bestätigen.

Sind somit die Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) und des [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X](#) erfüllt, kommt es nicht mehr

entscheidend darauf an, ob sich die rückwirkende Aufhebung zusätzlich auf [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB X](#) (analog) stützen lässt.

Nach ständiger 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 ("atypischer Fall") vor, so ist eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang von der gegebenen Aufhebungsmöglichkeit abgesehen werden kann. [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) enthält damit 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, Urteil vom 6. November 1985, [10 RKg 3/84](#) = SozR 1300 § 48 Nr. 19; BSG, Urteil vom 11. Februar 1988, [7 RAR 55/86](#) = SozR 1300 § 48 Nr. 44; BSG, Urteil vom 25. April 1991, [11 RAR 21/89](#) = [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 Einzelfalles ab. Diese müssen vom (typischen) Regelfall signifikant zum Nachteil des Betroffenen abweichen (vgl. BSG, Urteil vom 19. Februar 1986, [7 RAR 55/84](#) = [SozR 1300 § 48 Nr. 22](#)). Dies ist etwa dann anzunehmen, wenn der Leistungsempfänger durch die mit der Aufhebung verbundenen Nachteile, insbesondere die aus [§ 50 Abs. 1 SGB X](#) folgende Pflicht zur Erstattung der erbrachten Leistungen, in besondere Bedrängnis gerät (vgl. BSG, Urteil vom 6. November 1985, [a.a.O.](#)), wenn er sonst für den von der Rücknahme betroffenen Zeitraum Anspruch auf eine andere Sozialleistung, etwa auf Sozialhilfe, gehabt hätte (vgl. BSG, Urteil vom 12. September 1984, [4 RJ 79/83](#) = [SozR 1300 § 50 Nr. 6](#)) oder wenn er entreichert ist (vgl. BSG, Urteil vom 24. März 1983, [10 RKg 17/82](#) = [SozR 5870 § 2 Nr. 30](#)). 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, welche 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 vor allem 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 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 einer Gesamtschau einen "atypischen Fall" begründen.

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist vorliegend ein "atypischer Fall" zu verneinen.

Die mit jeder Erstattung verbundene finanzielle Belastung ist für sich genommen nicht geeignet, einen "atypischen" Fall zu begründen. Die hiermit einhergehende Härte mutet das Gesetz jedem Betroffenen zu, weil dies dem Rechtsgrundsatz der unbeschränkten Vermögenshaftung entspricht. Dass der Kläger im Vergleich zu anderen Betroffenen durch die mit der Aufhebung verbundene Erstattungspflicht schwerwiegender getroffen wäre und hierdurch in eine "besondere Bedrängnis" im Sinne der vorstehenden Rechtsprechung geraten würde, hat er weder aufgezeigt noch ist dies sonst ersichtlich geworden. Allein sein pauschaler Hinweis darauf, eine "Atypik" sei aufgrund seiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und seiner Schwerbehinderung anzunehmen, genügt hierfür jedenfalls nicht. Es besteht in der Konstellation wie der vorliegenden keinesfalls die Gefahr, dass der Kläger auf unabsehbare Zeit mit einer Altersrente unter dem Niveau der Grundsicherung für Nichterwerbsfähige auskommen müsste. Denn selbst wenn die Beklagte mit ihrer Erstattungsforderung gegen seine laufenden Rentenleistungen aufrechnen würde, müsste sie jedenfalls die Vorgaben des [§ 51 SGB I](#) beachten, nach dessen Absatz 2 es dem Kläger unbenommen ist, nachzuweisen, dass er durch die Aufrechnung hilfebedürftig wird. Aufgrund dieses Aufrechnungsschutzes würde dem Kläger dann also immer noch das zum Lebensunterhalt Notwendige bleiben, so dass seine Interessen bereits hierdurch hinreichend gewahrt sind. Eines weitergehenden Schutzes - etwa durch die Annahme eines "atypischen Falles" und die dann notwendig werdende Ermessensbetätigung der Behörde - bedarf es daneben nicht.

Ferner ist nicht davon auszugehen, dass der Kläger ohne die von der Beklagten gewährten Zuschüsse (vermehrt) sozialhilfebedürftig gewesen wäre. Das folgt bereits daraus, dass sein notwendiger Lebensunterhalt durch die laufenden Rentenleistungen sichergestellt war.

Im Ergebnis bleibt somit festzuhalten, dass die Beklagte mangels Vorliegen eines "atypischen Falles" nicht gehalten war, hinsichtlich der rückwirkenden Aufhebung der Gewährung der Beitragszuschüsse Ermessen auszuüben. Aber selbst wenn zu Gunsten des Klägers ein "atypischer Fall" bejaht werden könnte, hätte die Beklagte in hinreichendem Umfang und damit in rechtlich nicht zu beanstandender Weise das ihr dann zustehende Ermessen betätigt.

Für eine fehlerfreie Ermessensentscheidung ist es gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#) erforderlich, dass der Verwaltungsträger sein Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung (überhaupt) ausübt und dass er im Übrigen auch die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einhält. Der gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB I](#) von der Ermessensentscheidung Betroffene hat einen korrespondierenden Anspruch auf die pflichtgemäße Ausübung fehlerfreien Ermessens ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I](#)). Nur in diesem - eingeschränkten - Umfang unterliegt nach Maßgabe des [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) die Ermessensentscheidung einer gerichtlichen Kontrolle. Rechtswidrig können Verwaltungsakte demnach nur in Fällen des Ermessens Fehlgebrauchs (entweder in Gestalt des Ermessensnichtgebrauchs oder in Gestalt der Ermessensüberschreitung) sein (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 1994, [4 RA 42/94](#) = [SozR 3-1200 § 39 Nr. 1](#)).

Die Frage, ob überhaupt eine Ermessensentscheidung ergangen ist und ob diese gegebenenfalls rechtmäßig war, beurteilt sich dabei nach dem Inhalt des Aufhebungsbescheides, insbesondere nach seiner Begründung. Diese muss erkennen lassen, dass eine Ermessensentscheidung getroffen wurde, und sie muss darüber hinaus grundsätzlich auch diejenigen Gesichtspunkte aufzeigen, von denen der Verwaltungsträger bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen ist (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 1994, [7 RAR 14/93](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 20](#); BSG, Urteil vom 17. Oktober 1990, [11 RAR 3/88](#) = [SozR 3-1300 § 45 Nr. 5](#)).

Dem entspricht die von der Beklagten getroffene Ermessensentscheidung. Denn insoweit hat sie ihre mit Bescheid vom 25. Januar 2008 angestellten Erwägungen, dass eine besondere wirtschaftliche oder soziale Härte durch die Rückforderung nicht eintrete, mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 29. Mai 2008 dahingehend ergänzt, dass der Kläger bösgläubig gewesen ist. Dass die Beklagte der Bösgläubigkeit des Klägers eine maßgebliche Bedeutung beimessen und diesem Umstand im Rahmen der Ermessensabwägung Vorrang

gegenüber sämtlichen anderen Belangen eingeräumt hat, begegnet dabei keinen durchgreifenden Bedenken. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass bei einem Bösgläubigen, der sich auf Vertrauen schlechthin nicht berufen kann, grundsätzlich auch keine "billigenswerten" Interessen rechtlich anzuerkennen sind, das schuldhaft Erlangte ganz oder teilweise zu behalten (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 1994, [4 RA 16/92](#), juris Rdnr. 20). In dieser Annahme ist kein Ermessensfehler in Gestalt einer Ermessensüberschreitung zu erkennen.

Im Übrigen hat die Beklagte die Gewährung der Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung auch fristgerecht gemäß [§§ 48 Abs. 4 Satz 1](#) i. V. m. [45 Abs. 4 Satz 2 SGB X](#) aufgehoben. Nach diesen Vorschriften muss die Behörde den Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der dies rechtfertigenden Tatsachen aufheben. Kenntnis bedeutet dabei die hinreichende Sicherheit für den Erlass eines Rücknahmebescheides (vgl. BSG, Urteil vom 25. Januar 1994, [7 RAr 14/93](#), juris Rdnr. 29). Da dies vorliegend aber erst am 23. Oktober 2007 der Fall war, ist der Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2008 offenkundig fristgerecht ergangen. Bei einer solchen Konstellation kommt es nicht darauf an, ob eine Kenntnis im Sinne des [§ 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X](#) überhaupt erst dann angenommen werden kann, nachdem eine Anhörung durchgeführt wurde (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 27. Juli 2000, [B 7 AL 88/99](#), juris Rdnr. 24 m.w.N.).

Die Erstattung der zu Unrecht erbrachten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung stützt sich auf [§ 50 Abs. 1 SGB X](#). Die Höhe der zu erstattenden Beträge ist dabei zwischen den Beteiligten nicht umstritten. Der Kläger hat das Rechenwerk der Beklagten insoweit nicht angegriffen.

Nach alledem konnte die Berufung der Beklagten nicht ohne Erfolg bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei erscheint es sachgerecht, dass der Beigeladenen keine Kosten zu erstatten sind, weil sie sich mangels eigener Antragstellung keinem Kostenrisiko ausgesetzt hat.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-07-18