

SOZIALGERICHT HANNOVER



Az.: S 12 KN 126/08

IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 23.07.2012

A., Justizfachangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

B. ,

Klägerin,

Proz.-Bev.: Rechtsanwalt C. ,

g e g e n

D. ,

Beklagte,

hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 23. Juli 2012 durch den Vorsitzenden, Richter E. , und die ehrenamtlichen Richter F. und G. für Recht erkannt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Aufhebung der Bewilligungsentscheidung über die Gewährung von Zuschüssen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Erstattung der an die Klägerin gezahlten Zuschüsse.

Die am H. geborene Klägerin bezieht von der Beklagten laufend eine Hinterbliebenenrente aus der Versicherung des am I. geborenen und am J. verstorbenen K.. Der verstorbene Versicherte war bei der Beklagten gesetzlich rentenversichert. Die Hinterbliebenenrente wurde der Klägerin mit Bescheid vom 8. Februar 1995 bewilligt.

Die Klägerin war zunächst bei der L. (freiwillig) kranken- und pflegeversichert. Mit den Bescheiden vom 11. Dezember 1997 wurden der Klägerin Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit ab dem 1. Juli 1997 gewährt.

Durch die Übermittlung eines Datensatzes im Juni 2007 erlangte die Beklagte davon Kenntnis, dass die Klägerin seit dem 16. Januar 1998 bei der L. weder kranken- noch pflegeversichert ist.

Mit Schreiben vom 17. Juli 2007 hörte die Beklagte die Klägerin zu einer beabsichtigten Aufhebung und Erstattung der überzahlten Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an. Im Rahmen dieser Anhörung führte die Klägerin hierzu aus, dass sie alle Arztrechnungen selbst bezahlt habe. Mit Bescheid vom 1. August 2007 berechnete die Beklagte die Rente der Klägerin für die Zeit ab dem 1. September 2007 neu. Sie hob mit Bescheid vom 21. August 2007 die Bescheide über die Bewilligung der Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit ab dem 16. Januar 1998 auf und forderte den überzahlten Betrag in Höhe von 5.921,05 Euro zurück. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 25. Mai 2008 zurückgewiesen wurde.

Am 26. Juni 2008 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Hannover Klage erhoben.

Sie trägt vor, auf Grund unglücklicher Umstände den Versicherungsschutz bei der L. verloren zu haben. Trotz intensiver Bemühungen habe sie ihre Wiederaufnahme als freiwilliges Mitglied weder bei der L. noch einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung erreichen können. Da sie sich jedoch fortlaufend in ärztlicher Behandlung befunden habe, habe sie die Behandlungskosten selbst tragen müssen und habe hierzu die gewährten Zuschüsse verwendet. Die Zuschüsse seien praktisch bestimmungsgemäß verwendet worden. Außerdem erhebe sie die Einrede der Entreicherung.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 21. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die getroffene Entscheidung für richtig.

Der Kammer hat neben der Prozessakte auch die Verwaltungsakte der Beklagten vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte trotz Ausbleibens der Klägerin und ihres Bevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung am 23. Juli 2012 entscheiden, weil die Klägerin und ihr Bevollmächtigter mit der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind, § 126 Sozialgerichtsgesetz (SGG – vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage 2012, § 126, Rn. 4).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 21. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2008 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn die Beklagte hat zu Recht

die Bescheide über die Bewilligung der Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit ab dem 16. Januar 1998 aufgehoben und den überzahlten Betrag in Höhe von 5.921,05 Euro zurückgefordert, § 48 Abs. 1 S. 1, S. 2 Nr. 2 und Nr. 4, 50 Abs. 1 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X.

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 oder so nicht hätte erlassen dürfen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Februar 1986 – 7 RAr 55/84, Rn. 15 nach juris). Dies bestimmt sich anhand des materiellen Rechts. Nach § 106 Abs. 1 S. 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (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 Versicherung. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, § 106 Abs. 1 S. 2 SGB VI. Nach § 106a Abs. 1 SGB VI, der mit Wirkung zum 1. April 2004 aufgehoben wurde (Artikel 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003), 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 aufrecht zu erhalten, zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung.

Ausgehend hiervon ist nach dem Erlass des Bescheides vom 11. Dezember 1997 eine wesentliche Änderung eingetreten. Denn die Klägerin war ab dem 16. Januar 1998 nicht mehr freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Auch eine Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch bestand nicht mehr. Ebenso bestand nach den eigenen Angaben der Klägerin auch keine sonstige Versi-

cherung bei einem Krankenversicherungsunternehmen. Die Voraussetzungen für die Weitergewährung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung gemäß §§ 106, 106a SGB VI lagen über den 16. Januar 1998 hinaus folglich nicht mehr vor. Damit ist ab dem 16. Januar 1998 eine wesentliche Änderung eingetreten mit der Folge, dass die Bescheide der Beklagten vom 11. Dezember 1997 mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben waren.

Darüber hinaus war die Beklagte auch berechtigt, die Bescheide vom 11. Dezember 1997 mit Wirkung zum 16. Januar 1998 aufzuheben.

Der Verwaltungsakt soll gemäß § 48 Abs. 1 S. 2 SGB X mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit

1. die Änderung zu Gunsten 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.

Die rückwirkende Aufhebung lässt sich vorliegend auf § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 und Nr. 4 SGB X stützen.

Die Klägerin war verpflichtet, der Beklagten ihren Ausschluss aus der freiwilligen Versicherung zum 16. Januar 1998 mitzuteilen. Diese Pflicht ergab sich aus § 60 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch. Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt selbst dann, wenn die mitzuteilenden Änderungen dem Leistungsträger bereits bekannt sein sollten (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 29. November 1989 – 7 RAr 138/88, Rn. 33 nach juris). Dieser Mitteilungspflicht ist die

Klägerin objektiv nicht nachgekommen. Im Übrigen bestreitet die Klägerin dies auch nicht.

Die vorliegende Verletzung der Mitteilungspflicht ist der Klägerin auch subjektiv vorwerfbar. Insoweit hat die Klägerin jedenfalls grob fahrlässig gehandelt. Grob fahrlässig handelt nach der Definition in § 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 3, 2. Halbsatz 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. Bundessozialgericht, Urteil vom 8. Februar 2001 – B 11 AL 21/00 R). Bei der Beurteilung der groben Fahrlässigkeit ist nicht von einem objektiven, sondern von einem subjektiven Maßstab auszugehen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 9. Februar 2006 – B 7 AL 58/05 R, Rn. 16 nach juris mit weiteren Nachweisen), wobei sich das Maß der Fahrlässigkeit nach der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit und dem Einsichtsvermögen des Beteiligten richtet (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20. September 1977 – 8/12 RKG 8/76). Grobe Fahrlässigkeit liegt dabei im Falle einer Sorgfaltspflichtverletzung ungewöhnlich hohen Ausmaßes vor, das heißt, es bedarf hierfür einer besonders groben und auch subjektiv schlechthin unentschuldbaren Pflichtverletzung (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 10. Februar 2012 – L 5 R 207/11, Rn. 41 nach juris). Die Sorgfaltspflichtverletzung bezieht sich dabei sowohl auf die bestehende Mitteilungspflicht als auch auf das sie auslösende Ereignis (vgl. Steinwedel in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 73. Ergänzungslieferung 2012, SGB X, § 48, Rn. 43). Darüber hinaus ist bedeutsam, in welchem Umfang der Beteiligte bei der Bewilligung einer Dauerleistung auf eine Mitteilungspflicht hingewiesen worden ist (vgl. Schütze in: von Wulfen, SGB X, 7. Auflage 2010, § 48, Rn. 23).

Danach stellt sich die unterbliebene Mitteilung der Klägerin hinsichtlich ihrer Beendigung der freiwilligen Krankenversicherung als grob fahrlässig dar.

Die Klägerin ist anlässlich der Gewährung der Beitragszuschüsse in den Bescheiden vom 11. Dezember 1997 eindeutig und verständlich auf ihre bestehenden Mitteilungspflichten hingewiesen worden (Blatt 98 bis 100 der Verwaltungsakte der Beklagten). Dass die Klägerin diese Hinweise auf Grund ihrer Urteils- und Kritikfähigkeit sowie ihres Einsichtsvermögens nicht verstehen konnte, ist weder ersichtlich noch von der Klägerin vorgetragen worden. Nach dem eigenen Vortrag war es der Klägerin bewusst,

dass diese zum 16. Januar 1998 aus der freiwilligen Mitgliedschaft bei der L. ausgeschieden war.

Darüber hinaus liegen auch die Voraussetzungen von § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB X vor. Denn nach dem Vortrag der Klägerin ist davon auszugehen, dass sie jedenfalls ab dem 16. Januar 1998 – bereits zuvor dürfte sie entsprechende Hinweise von der L. erhalten haben – nicht wusste, dass die sich aus den Bescheiden vom 11. Dezember 1997 ergebenden Ansprüche kraft Gesetzes weggefallen waren, weil sie die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat und ihr daher insoweit grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist. Auf Grund einfachster Überlegungen hätte die Klägerin darauf kommen können, dass mit dem Ende der freiwilligen Versicherung bei der L. zugleich auch der Anspruch auf die hierfür gewährten Zuschüsse wegfallen werde.

In § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X ist geregelt, dass der Verwaltungsakt bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen vom Zeitpunkt der Verhältnisse aufgehoben werden soll. Dieses „soll“ bedeutet, dass die Behörde den Verwaltungsakt im Regelfall rückwirkend aufzuheben hat. Liegt jedoch ein Ausnahmefall (sogenannter atypischer Fall) vor, so ist eine Ermessensentscheidung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang von der gegebenen Aufhebungsmöglichkeit abgesehen werden kann (vgl. Schütze in: von Wulfen, SGB X, 7. Auflage 2010, § 48, Rn. 20 mit weiteren Nachweisen). Anhaltspunkte, die zur Annahme eines atypischen Falles führen könnten, sind vorliegend nicht zu erkennen. Insbesondere ist die mit jeder Erstattung verbundene finanzielle Belastung für sich genommen nicht geeignet, einen solchen atypischen Fall zu begründen (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 10. Februar 2012 – L 5 R 207/11, Rn. 56 nach juris).

Die Beklagte hat die Bescheide vom 11. Dezember 1997 auch innerhalb der maßgeblichen Frist nach § 48 Abs. 4 S. 1 in Verbindung mit § 45 Abs. 4 S. 2 SGB X aufgehoben. Nach dieser Vorschrift muss die Behörde den Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit innerhalb eines Jahres nach Kenntnis der diese rechtfertigenden Tatsachen aufheben. Die Beklagte hat vorliegend frühestens durch die Übermittlung des Datensatzes im Juni 2007 Kenntnis erlangt. Bereits zwei Monate später hat sie den hier angefochtenen Bescheid erlassen.

Die zu Unrecht gezahlten Zuschüsse hat die Klägerin gemäß § 50 Abs. 1 SGB X zu erstatten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landesozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil im **Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem,

sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

E.