



Rechtsprechung aktuell:

Neue Entwicklungen im Sozialrecht (2026)

Skript zum Nachweis von
5 Fortbildungsstunden
im Selbststudium gemäß § 15 Abs. 4 FAO

Herzlich willkommen zu Ihrer Fortbildung nach § 15 Abs. 4 FAO!

So funktioniert's:

Bearbeiten Sie die in diesem Skript dargestellten Entscheidungen innerhalb der vorgesehenen Fortbildungszeit.

Lernerfolgskontrolle:

Über die Seminareseite gelangen Sie anschließend zur Lernerfolgskontrolle im Multiple-Choice-Format. Die Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Inhalte dieses Skripts. Die erforderliche Mindestpunktzahl beträgt 70 %. Sollten Sie diese nicht erreichen, können Sie die Kontrolle jederzeit und ohne zusätzliche Kosten wiederholen.

Zertifikat & Nachweis:

Nach bestandener Lernerfolgskontrolle werden Sie zur Zahlungsseite weitergeleitet. Sobald Ihre Zahlung eingegangen ist, erhalten Sie spätestens am nächsten Werktag alle erforderlichen Nachweise per E-Mail.

Viel Erfolg bei Ihrer Fortbildung!

Ihr Team von Hanse Seminare

Entscheidung 1 – BSG Urt. v. 12.6.2025 – B 3 KR 13/23 R:

Tenor:

Auf die Revision der Klägerin wird der Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 18. Januar 2023 sowie das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 14. April 2022 aufgehoben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 16. Januar 2018 in der Fassung des Bescheides vom 15. Juni 2018 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. August 2018 verurteilt, der Klägerin die Kosten selbstbeschaffter Hörgeräte der Marke Widex Beyond 440 nebst Ohrpassestücken und Reparaturpauschale in Höhe von 5660 Euro abzüglich bewilligter 1514,02 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4% jährlich seit 1. Februar 2019 zu erstatten.

Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in allen Rechtszügen. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Im Streit steht die Erstattung von Kosten für eine Hörgeräteversorgung über den Festbetrag hinaus.

Die 1952 geborene Klägerin leidet an einer beidseitigen Innenohrschwerhörigkeit. In 2017 beantragte sie zunächst bei dem beigeladenen Rentenversicherungsträger, der den Antrag an die beklagte gesetzliche Krankenkasse der versicherten Klägerin weiterleitete, die beidseitige Versorgung mit einem Überfestbetragshörgerät, da sie bei der Testung mehrerer Geräte beim Hörgeräteakustiker nur mit diesem ein ausreichendes Hörvermögen habe erreichen können. Die Beklagte bewilligte ihr nur die Versorgungspauschale, da die vom Hörgeräteakustiker vorgelegten Testberichte für das begehrte Gerät lediglich im Nutzschall ein um 5%-Punkte besseres Messergebnis nach dem Freiburger Einsilbertest ergeben hätten; bei einem Hörgewinn von unter 10%-Punkten sei eine Versorgung über den Festpreis hinaus nicht geschuldet (Bescheide vom 16.1.2018 und 15.6.2018; Widerspruchsbescheid vom 15.8.2018).

Die Klägerin schaffte die begehrten Hörgeräte nebst Zubehör während des Klageverfahrens an.

Das SG hat die auf Erstattung von 5660 Euro abzüglich bewilligter 1514,02 Euro nebst Zinsen gerichtete Klage abgewiesen (Urteil vom 14.4.2022). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Im Freiburger Einsilbertest entspreche eine Abweichung um 5%-Punkte dem Verstehen eines Wortes; ein entsprechender Unterschied im Testergebnis könne von Zufälligkeiten und Tagesform abhängen und sei nicht wesentlich. Subjektive Schilderungen des Hörgeräteträgers seien von Gerichten und Krankenkassen nicht überprüfbar und könnten nicht Grundlage für die Beurteilung sein, welches Hörgerät ausreiche, um die Behinderung auszugleichen (Beschluss vom 18.1.2023).

Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision rügt die Klägerin, dass sich aus der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Hörgeräteversorgung keine bei der

Anwendung des Freiburger Sprachtests zu berücksichtigende Messtoleranz ergebe. Der in der Testung mit maximal 5%-Punkten gemessene Hörvorteil könne auch nicht als unwesentlich vernachlässigt werden; er entspreche bei 20 getesteten Wörtern dem richtigen Verstehen jedes 20. Wortes und stelle damit eine maßgebliche Verbesserung auf dem Weg zu dem erstrebten Gleichziehen mit dem Hörvermögen gesunder Menschen dar.

Die Klägerin beantragt,

den Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 18. Januar 2023 sowie das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 14. April 2022 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 16. Januar 2018 in der Fassung des Bescheides vom 15. Juni 2018 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. August 2018 zu verurteilen, ihr die Kosten selbstbeschaffter Hörgeräte der Marke Widex Beyond 440 nebst Ohrpasstücken und Reparaturpauschale in Höhe von 5660 Euro abzüglich bewilligter 1514,02 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4% jährlich seit 1. Februar 2019 zu erstatten.

Die Beklagte verteidigt die angegriffene Entscheidung und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

II.

Die Revision der Klägerin ist begründet (§ 170 Abs. 2 Satz 1 SGG). Die Klägerin hat entgegen den vorinstanzlichen Entscheidungen einen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Hörgeräteversorgung im Umfang der nicht durch den Festbetrag gedeckten Kosten.

1. Streitgegenstand des Revisionsverfahrens sind die vorinstanzlichen Entscheidungen und die angefochtenen Bescheide der Beklagten, mit denen diese die begehrte festbetragsüberschreitende Hörgeräteversorgung abgelehnt hat (Bescheid vom 16.1.2018: Leistungsablehnung; Teilabhilfebescheid vom 15.6.2018: Bewilligung Kostenübernahme begrenzt auf Festbetrag; Widerspruchsbescheid vom 15.8.2018). Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der – nach Selbstbeschaffung der Hörgeräte – zutreffend auf Kostenerstattung gerichteten kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG).

2. Verfahrensrechtliche Hindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen. Insbesondere hat bereits das SG den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX) zutreffend beigeladen, weil dessen echte notwendige Beiladung zum Rechtsstreit zwischen Versicherten und gesetzlicher Krankenkasse erforderlich ist, wenn ein berufsspezifischer Versorgungsbedarf für eine begehrte Hörgeräteversorgung in Betracht kommt (vgl BSG vom 12.6.2025 – B 3 KR 6/24 R – vorgesehen für SozR 4, RdNr. 10 ff).

3. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs für selbstbeschaffte Hörgeräte ist § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V iVm § 18 Abs. 6 SGB IX (jeweils idFd BTHG vom 23.12.2016, BGBl I 3234; vgl zur Anwendung des § 18 Abs. 6 SGB IX, der in seiner normativen Struktur dem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V entspricht, BSG vom

15.3.2018 – B 3 KR 18/17 R – BSGE 125, 189 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 41, RdNr. 17). Danach sind ua dann, wenn der Rehabilitationsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Leistungsberechtigten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese vom Rehabilitationsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (Satz 1). Der Anspruch auf Erstattung richtet sich gegen den Rehabilitationsträger, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat (Satz 2).

Anspruchsgegnerin für die Erstattung der Kosten der in 2018 erfolgten Selbstbeschaffung der Hörgeräte ist danach die beklagte Krankenkasse, an die der beigeladene Rentenversicherungsträger den Rehabilitationsantrag der Klägerin auf Hörgeräteversorgung weitergeleitet hatte und die über den Antrag entschieden hat.

Von den Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach Selbstbeschaffung (vgl dazu BSG vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, RdNr. 10) steht zwischen den Beteiligten zu Recht allein im Streit, ob die Klägerin gegen die Beklagte im maßgeblichen Zeitpunkt der Selbstbeschaffung einen Sachleistungsanspruch nach Maßgabe des SGB V hatte, nachdem ein berufsspezifischer Versorgungsbedarf nicht festgestellt worden ist.

4. Der (sekundäre) Anspruch auf Kostenerstattung für die Selbstbeschaffung reicht nicht weiter als der entsprechende (primäre) Anspruch auf die Sachleistung und setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr; vgl nur BSG vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, RdNr. 10). Rechtsgrundlage des Sachleistungsanspruchs auf Versorgung mit Hörgeräten als Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich ist § 33 Abs. 1 SGB V (idF des HHVG vom 4.4.2017, BGBl I 778). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung ua mit Hörhilfen, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind (Satz 1 Variante 3). Beides trifft auf Hörhilfen in Form von Hörgeräten nicht zu. Für hiernach nicht ausgeschlossene Hörgeräte bleibt § 92 Abs. 1 SGB V unberührt (Satz 4); danach findet als verbindliches untergesetzliches Recht (vgl § 91 Abs. 6 SGB V) auch die auf § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gestützte Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Anwendung (idF des Beschlusses vom 19.7.2018, BAnz AT 2.10.2018 B2). Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (Satz 6).

5. Zur Anwendung dieser Rechtsgrundlagen hat der Senat bereits entschieden, dass gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf die Hörgeräteversorgung haben, die die nach dem Stand der Medizintechnik bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen gesunder Menschen erlaubt, soweit dies einen erheblichen Gebrauchsvorteil im Alltagsleben (wesentlicher Gebrauchsvorteil) gegenüber anderen Hörgeräten bietet. Teil des von den Krankenkassen geschuldeten – möglichst vollständigen – unmittelbaren Behinderungsausgleichs ist es demnach, Menschen mit Hörbehinderungen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätetechnik (vgl § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) jeweils

erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen (vgl im Einzelnen zum unmittelbaren Behinderungsausgleich durch Hörgeräteversorgung BSG vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, RdNr. 15, 19 f, 41 und BSG vom 24.1.2013 – B 3 KR 5/12 R – BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, RdNr. 31; vgl zuletzt zum Behinderungsausgleich durch Hilfsmittel BSG vom 14.6.2023 – B 3 KR 8/21 R – BSGE 136, 122 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 57, RdNr. 16 ff). An diese Rechtsprechung knüpft der Senat an und führt sie fort.

6. Die grundlegende Rechtsprechung des Senats zur Hörgeräteversorgung hat Eingang in die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gefunden (vgl dazu Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie vom 21.12.2011/15.3.2012, S. 5 f <2.3.2 Änderung § 19>; Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie vom 24.11.2016, S. 2 <1.>).

Die Hilfsmittel-Richtlinie regelt die Versorgung mit Hörhilfen einschließlich Hörgeräten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung näher in ihrem Abschnitt C (§§ 18 bis 31 Hilfsmittel-Richtlinie). Mit der Zielsetzung der Hörgeräteversorgung und den in § 19 Abs. 1 Hilfsmittel-Richtlinie formulierten Versorgungszielen wird die Senatsrechtsprechung nachvollzogen. Für die beidohrige Hörgeräteversorgung als Regelversorgung ist zur sprachaudiometrischen Feststellung der Versorgungsvoraussetzungen und zur Überprüfung der Versorgungsergebnisse jeweils der Freiburger Einsilbertest als genormtes und standardisiertes Testverfahren bestimmt (§ 21 Abs. 1 bis 3 Hilfsmittel-Richtlinie). Die Überprüfung erfolgt sowohl im freien Schallfeld (ohne Störsignal, sog Nutzschaall) als auch im Störschaall im freien Schallfeld; gemessen wird mit dem Test der Hörgewinn mit Hörgeräten (Verstehensgewinn, besseres Sprachverstehen). Bei der Testung des Sprachverstehens von Versicherten mit verschiedenen Hörgeräten mittels des Freiburger Einsilbertests, insbesondere mit aufzahlungsfreien Festbetragshörgeräten und mit Überfestbetragshörgeräten, können die Testergebnisse für Vergleiche des gemessenen Hörgewinns zwischen den Hörgeräten genutzt werden.

Ergänzend zu der audiometrischen Untersuchung des Sprachverstehens mittels Testung kann der sog APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) verwendet werden (§ 30 Hilfsmittel-Richtlinie). Die Hilfsmittel-Richtlinie setzt damit zur Überprüfung der Versorgungsergebnisse mit Blick auf die Versorgungsziele nicht allein auf einen gemessenen Hörgewinn, sondern zusätzlich auch auf Angaben der Versicherten zu ihrem subjektiven Hörempfinden, ohne diese Ergänzung für jede Hörgeräteauswahl vorzuschreiben oder sie auf die Verwendung des APHAB-Fragebogens zu begrenzen.

7. Jeder unter ordnungsgemäßer Anwendung des Freiburger Einsilbertests beim Einsatz von Überfestbetragshörgeräten im Vergleich zu aufzahlungsfreien Festbetragshörgeräten gemessene prozentuale Hörgewinn im Sprachverstehen ist ein relevanter Hörvorteil.

a) Das Sprachverstehen als solches ist ein essentieller Bestandteil für die gesamte Kommunikation in der Gesellschaft. Ein besseres Sprachverstehen im Alltagsleben ist daher das Kernanliegen der Hörgeräteversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bedeutung dieses Versorgungsziels lässt keinen Raum dafür, einen gemessenen prozentualen Hörgewinn von vornherein als irrelevant zu behandeln. Vielmehr ist jeder unter

ordnungsgemäßer Anwendung des Freiburger Einsilbertests gemessene prozentuale Hörgewinn ungeachtet seines Ausmaßes im Rahmen der Prüfung eines Anspruchs auf eine begehrte festbetragsüberschreitende beidohrige Hörgeräteversorgung beachtlich. Starre Untergrenzen von 10%-Punkten, 5%-Punkten (was bei einer Testliste mit 20 Wörtern dem besseren Verstehen eines Wortes entspricht) oder auch von noch weniger Prozentpunkten eines besseren Sprachverstehens (die sich je nach Anzahl der durchgeführten Testlisten zu ergeben vermögen) sind nicht anzuerkennen. Ein Maßstab für die Anerkennung solcher Untergrenzen kann weder dem Gesetz noch der Hilfsmittel-Richtlinie entnommen werden. Hiervon zu unterscheiden ist die Frage, ob ein unter standardisierten Testbedingungen gemessener Hörgewinn mit Blick auf die Versorgungsziele der Hörgeräteversorgung einen erheblichen Gebrauchsvorteil im Alltagsleben begründet (dazu 8.).

b) Für die Beachtung jedes gemessenen Hörgewinns als relevanten Hörvorteil spricht zudem, dass sich die Ergebnisse des auf wissenschaftlicher Grundlage genormten und standardisierten Freiburger Einsilbertests bei seiner ordnungsgemäßen Anwendung objektivieren lassen und dass sich die Testergebnisse aufgrund gleicher Testbedingungen für Festbetragshörgeräte und für Überfestbetragshörgeräte vergleichen lassen (vgl. näher zum Freiburger Sprachtest Winkler/Holube, Zeitschrift für Audiologie 2014, 146). Weil auf dieser Grundlage jeder gemessene prozentuale Hörgewinn einen möglichen weitergehenden unmittelbaren Ausgleich der Hörbehinderung anzeigt, kommt ein Schwellenwert, ab dem dieser Hörgewinn erst einen relevanten Hörvorteil begründet, nicht in Betracht.

c) Der Berücksichtigung jedes unter ordnungsgemäßer Anwendung des Freiburger Einsilbertests gemessenen prozentualen Hörgewinns steht nicht entgegen, dass eine Messtoleranz zu beachten wäre. Hierfür besteht schon deshalb kein Anlass, weil der Test das Sprachverstehen in der Weise prüft, ob ein vorgelesenes Wort einer Testliste verstanden wird oder nicht.

Abweichungen sind danach möglich beim Reproduzieren des Tests; dies betrifft aber alle vergleichend getesteten Hörgeräte. Entsprechend kommt eine Relativierung der Messergebnisse und ihrer Unterschiede zwischen den Geräten wegen möglicher Schwankungen aufgrund von Tagesform und Zufälligkeiten nicht in Betracht; die Schwankungsmöglichkeiten betreffen immer alle Testungen und sie treten zudem auch in Hörsituationen im Alltagsleben von Menschen mit wie ohne Hörbehinderungen auf. Zudem begrenzt bereits die Hilfsmittel-Richtlinie diese möglichen Abweichungen dadurch, dass nach § 21 Abs. 3 Satz 2 grundsätzlich pro Störschalltestung mindestens zwei Testlisten durchgeführt werden sollten; soweit hiervon, zB aufgrund der Konzentrationsfähigkeit des Versicherten, Ausnahmen zulässig sind (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie vom 24.11.2016, S. 3 <2.1.1 zu § 21 Absatz 3 – neu ->), folgt hieraus nicht eine Relativierung der Messergebnisse. Zutreffend sieht die Hilfsmittel-Richtlinie vielmehr für die Berücksichtigung der Messergebnisse des Freiburger Einsilbertests weder Messtoleranzen noch Abschläge von den Messergebnissen vor.

d) Anderes ergibt sich auch nicht aus dem für die Beklagte geltenden, am 1.7.2015 in Kraft getretenen Vertrag zur Komplettversorgung mit Hörsystemen zwischen der Bundesinnung für Hörgeräteakustik und den Ersatzkassen. Soweit dort mit Blick auf die vergleichende Anpassung von Hörgeräten mit Hilfe des Freiburger Einsilbertests eine Messtoleranz von 5%-

Punkten angeführt ist (Anlage 1 § 3 Nr. 9 und § 5 Nr. 2; Anlage 2 § 3 Nr. 9 und § 5 Nr. 4), vermag diese zwischen den Vertragspartnern vereinbarte leistungserbringungsrechtliche Regelung den gesetzlichen leistungsrechtlichen Anspruch von Versicherten auf eine begehrte festbetragsüberschreitende Hörgeräteversorgung von vornherein nicht zu verkürzen.

e) Andere geeignete objektivierbare Maßstäbe für eine vergleichende Prüfung und Feststellung eines Hörvorteils durch Hörgeräte als der Freiburger Einsilbertest sind derzeit nicht ersichtlich (vgl auch bereits Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie vom 24.11.2016, S. 2 <2.1.1 zu § 21 Absatz 3 – neu ->; vgl zu Besonderheiten bei Versicherten mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit BSG vom 12.6.2025 – B 3 KR 6/24 R – vorgesehen für SozR 4, RdNr. 19).

8. Allein ein im Freiburger Einsilbertest gemessenes besseres Sprachverstehen begründet noch keinen Anspruch auf eine festbetragsüberschreitende Hörgeräteversorgung. Ob aus einem unter Testbedingungen gemessenen Hörgewinn ein erheblicher Gebrauchsvorteil im Alltagsleben erwächst, der zu einem Versorgungsanspruch Versicherter zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung führt, kann nicht ohne Berücksichtigung ergänzender, subjektiver Wertungen und Eindrücke der Versicherten beurteilt werden. Erst der im Freiburger Einsilbertest gemessene Hörgewinn beim Sprachverstehen, der durch ein subjektiv wahrgenommenes besseres Hörempfinden bestätigt wird, begründet einen wesentlichen Gebrauchsvorteil des Überfestbetragshörgeräts und damit einen Anspruch auf Hörgeräteversorgung ohne Begrenzung auf den Festbetrag.

a) Dieser ergänzenden Bestätigung bedarf es, weil der audiometrische Freiburger Einsilbertest unter Laborbedingungen durchgeführt wird, die nicht dem Hören im Alltagsleben entsprechen und die in diesem Sinne „semiobjektiv“ sind. Hieran knüpft der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie an, nach deren § 30 zur Ergänzung der Testergebnisse der APHAB-Fragebogen zur Bestimmung der Hörbehinderung herangezogen werden kann. Mit diesem standardisierten Fragebogen wird der Nutzen einer Hörgeräteversorgung aus der Sicht des Versicherten für verschiedene zentrale Hörbereiche ermittelt. Durch die sich hieraus ergebende subjektive Bewertung können die Testergebnisse ergänzende Informationen gewonnen werden, die im Rahmen der Kommunikation zwischen Arzt und Hörgeräteakustiker genutzt werden können.

§ 30 Hilfsmittel-Richtlinie ermöglicht so eine Verifizierung des tatsächlichen Verstehensgewinns ergänzend zu den audiometrischen Testungen unter Berücksichtigung der in § 19 HilfsmittelRichtlinie genannten Ziele der Hörgeräteversorgung (vgl Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie vom 21.12.2011/15.3.2012, S. 10 <2.3.13 neuer § 30>).

b) Zu berücksichtigende Wertungen und Eindrücke der Versicherten können sich daneben auch aus deren substantiierten, glaubhaften Angaben zum Hören und Verstehen in Alltagssituationen wie zB beim Einkaufen oder im privaten Umfeld, auch in Gruppen, sowie im Straßenverkehr ergeben. Ebenso können hörrelevante Alltagsangaben und Informationen im Rahmen der Kommunikation mit HNO-Fachärzten oder Hörgeräteakustikern herangezogen werden, die ggf durch persönliche Aufzeichnungen der Versicherten, wie zB das Führen eines strukturierten Hörtagebuchs, unterstützt werden können.

c) Mit der Ergänzung der Testergebnisse durch die Berücksichtigung subjektiver Wertungen und Eindrücke bei der Prüfung eines Anspruchs auf festbetragsüberschreitende Hörgeräteversorgung wird es zugleich ermöglicht, dem Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten auf eine angemessene Versorgung bei der Auswahl von Hilfsmitteln hinreichend Rechnung zu tragen (s § 8 SGB IX, § 6 Abs. 6 Hilfsmittel-Richtlinie).

d) Der ergänzenden Berücksichtigung subjektiver Wertungen und Eindrücke der Versicherten steht nicht entgegen, dass diese nicht rechtssicher festgestellt werden könnten. Hier gilt nichts anderes als in anderen sozialrechtlichen Fallgestaltungen, in denen Verwaltung und Gerichte aufgefordert sind, auf der Grundlage von zu würdigenden Angaben von Personen rechtlich relevante innere Tatsachen nachzuvollziehen und festzustellen, wie zB eine subjektive Kenntnis bzw Unkenntnis von Umständen (vgl dazu im Kindergeldrecht BSG vom 14.12.2023 – B 10 KG 1/22 R – vorgesehen für SozR 4-5870 § 1 Nr. 5 RdNr. 17, 33) oder eine subjektive Handlungstendenz (vgl dazu im Unfallversicherungsrecht BSG vom 26.9.2024 – B 2 U 15/22 R – vorgesehen für SozR 4-2700 § 8 Nr. 87 RdNr. 19). Auch insoweit lässt sich § 30 Hilfsmittel-Richtlinie mit dem Hinweis auf den APHAB-Fragebogen entnehmen, dass sich bei der Würdigung von Angaben zwischen standardisierten Fragebögen oder sonst strukturiert wiedergegebenen subjektiven Wahrnehmungen und bloßen einzelnen subjektiven Bekundungen in ihrer Aussagekraft unterscheiden lässt.

9. Begrenzt ist der Anspruch auf Hörgeräteversorgung wie jeder Leistungsanspruch durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V (vgl dazu BSG vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, RdNr. 21 und BSG vom 24.1.2013 – B 3 KR 5/12 R – BSGE 113, 40 = SozR 4-3250 § 14 Nr. 19, RdNr. 34).

Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Satz 1). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Satz 2). Für Hörgeräte waren im maßgeblichen Zeitpunkt der Selbstbeschaffung Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt. Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (§ 12 Abs. 2 SGB V).

a) Der Einhaltung der Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots steht eine Hörgeräteversorgung auch mit Blick auf § 12 Abs. 2 SGB V nicht bereits allein wegen der Festbetragsüberschreitung entgegen. Die Versorgung kann unter den oben dargelegten Voraussetzungen wegen eines erheblichen Gebrauchsvorteils des Überfestbetragshörgeräts im Alltagsleben gegenüber einer kostengünstigeren Versorgung mit einem Festbetragshörgerät von Versicherten nach § 33 Abs. 1 Satz 1 Variante 3 SGB V beansprucht werden und die Krankenkasse ist zu ihrer Bewilligung als Sachleistung verpflichtet.

Der Senat knüpft insoweit an seine Rechtsprechung an, dass die Ermächtigung zur Festbetragsfestsetzung für Hilfsmittel als besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu Leistungsbegrenzungen nur im Hinblick auf die Kostengünstigkeit der Versorgung berechtigt, nicht aber zu grundsätzlichen Einschränkungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Kann mit einem Festbetrag die nach dem Leistungsstandard der gesetzlichen Krankenversicherung gebotene Hilfsmittelversorgung nicht für grundsätzlich jeden Versicherten zumutbar gewährleistet werden, ist dieser nicht

mehr ausreichend bemessen, bildet keine taugliche Grundlage für eine Begrenzung der Leistungspflicht und bleibt die Krankenkasse weiterhin zur Sachleistung verpflichtet. Maßgebend ist der Versorgungsbedarf, wie er von dem zu entscheidenden Einzelfall ausgehend für jeden Betroffenen in vergleichbarer Lage allgemein besteht (vgl. im Einzelnen zur Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte BSG vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R – BSGE 105, 170 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 2, RdNr. 23 ff, 29 ff, 32 ff, 36, 37, 41; vgl. zur abweichenden Konzeption bei der Festbetragsfestsetzung für Arzneimittel BSG vom 1.3.2011 – B 1 KR 10/10 R – BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 4, RdNr. 22 ff und BSG vom 3.7.2012 – B 1 KR 22/11 R – BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6, RdNr. 10; vgl. zu Anforderungen an die Festbetragsfestsetzung für Hilfsmittel zuletzt BSG vom 7.4.2022 – B 3 KR 4/20 R – BSGE 134, 118 = SozR 4-2500 § 36 Nr. 4 zu Einlagen). Anhaltspunkte dafür, dass jeder andere Versicherte mit vergleichbarer Hörschädigung durch ein Festbetragshörgerät ausreichend versorgt wäre, liegen nicht vor.

b) Der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots kann auch nicht generell entgegen gehalten werden, dass ein besserer Komfort des Überfestbetragshörgerätes nicht mehr von der Leistungspflicht der Krankenkasse erfasst wird. Soweit der einen erheblichen Gebrauchsvorteil im Alltagsleben begründende festgestellte Hörvorteil maßgeblich (auch) auf innovative Komfortmerkmale des Gerätes zurückzuführen ist, handelt es sich nicht um leistungsausschließende Merkmale, die ohne Bezug zur Funktionalität des Hörgerätes im Alltag in erster Linie lediglich Bequemlichkeit oder Luxus bieten (zB bloße ästhetische Vorteile oder spezielle Marken). Menschen mit Hörbehinderungen sind nicht vom allgemeinen Fortschritt der Digitalisierung und Technisierung ausgeschlossen, der auch Menschen mit nicht eingeschränktem Hörvermögen vielfältige und zugleich angemessene Erleichterungen im Alltag bringt (zB beim Telefonieren oder Musikhören). Insoweit führt der Senat seine Rechtsprechung unter Berücksichtigung der aufgezeigten technischen Entwicklung fort (vgl. zur Berücksichtigung technischer Entwicklungen auch BSG vom 30.11.2023 – B 3 P 5/22 R – vorgesehen für BSGE = SozR 4-3300 § 40 Nr. 15, RdNr. 15 ff).

c) Bietet das Überfestbetragshörgerät im dargelegten Sinne einen erheblichen Gebrauchsvorteil im Alltagsleben gegenüber einem Festbetragshörgerät, und sei es (auch) aufgrund von Komfortmerkmalen, die den Hörgewinn maßgeblich begründen, ist für eine Begrenzung des Leistungsanspruchs nach § 33 Abs. 1 iVm § 12 Abs. 1 SGB V kein Raum, weil es derzeit an anwendungsfähigen rechtlichen Maßstäben hierfür fehlt (vgl. ähnlich zum Eigenanteil wegen ersparter Aufwendungen bei Mobilitätshilfsmitteln BSG vom 18.4.2024 – B 3 KR 13/22 R – vorgesehen für BSGE und SozR 4-2500 § 33 Nr. 61, RdNr. 35). Anderes kann nur in Ausnahmefällen eines krassen Missverhältnisses des wesentlichen Gebrauchsvorteils zu den Mehrkosten gelten.

10. Ausgehend von den aufgezeigten Maßstäben ist die Auffassung des LSG zu beanstanden, dass der im Freiburger Einsilbertest gemessene Hörgewinn von 5%-Punkten unbeachtlich sei und subjektive Wertungen zur Feststellung des Hörvermögens im Alltagsleben von vornherein auszuklammern seien. Die vom LSG getroffenen Tatsachenfeststellungen ermöglichen es dem Senat gleichwohl, abschließend selbst zu entscheiden und der Klägerin den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch zuzusprechen.

Das LSG hat zum einen den im Freiburger Einsilbertest gemessenen prozentualen Hörgewinn festgestellt und zum anderen, dass dem Versorgungsantrag der Klägerin ein ausgefüllter

Prüfbogen zu verschiedenen Hörsituationen im Alltagsleben mit den getesteten Geräten beigelegt war, in dem ein subjektiv besseres Hörempfinden mit dem streitigen Überfestbetragshörgerät im Vergleich mit dem aufzahlungsfreien Hörgerät dokumentiert war.

Anhaltspunkte für eine nicht ordnungsgemäße Anwendung des Freiburger Einsilbertests liegen nicht vor. Ebenso liegen keine Anhaltspunkte für ein ausnahmsweise beachtliches, evident unangemessenes Verhältnis der Mehrkosten für die selbstbeschaffte festbetragsüberschreitende Hörgeräteversorgung trotz ihres erheblichen Gebrauchsvorteils im Alltagsleben und angesichts der allgemeinen Preisentwicklung im Bereich von Hörgeräten vor.

Der geltend gemachte Zinsanspruch der Klägerin, der auch bei Ansprüchen auf Kostenerstattung nach Selbstbeschaffung als Ansprüchen auf Geldleistungen Anwendung findet, ergibt sich aus § 44 SGB I.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Entscheidung 2 – BSG Urt. v. 5.6.2025 – B 5 R 3/24 R:

Tenor:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. Januar 2024 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig eine höhere Regelaltersrente unter Berücksichtigung eines Zuschlags an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung (Grundrentenzuschlag).

Der Kläger bezieht von der Beklagten seit Dezember 2012 eine Regelaltersrente (Bescheid vom 10.10.2012). Die Beklagte berechnete die Rente mit Bescheid vom 30.4.2014 neu. Dabei berücksichtigte sie – wie bereits zuvor – neben 230 Monaten Pflichtbeitragszeiten 312 Monate mit vom Kläger freiwillig geleisteten Beiträgen.

Im Juli 2022 beantragte der Kläger die Berücksichtigung eines Grundrentenzuschlags ab Januar 2021. Dies lehnte die Beklagte ab, weil die hierfür erforderlichen 33 Jahre (396 Kalendermonate) mit Grundrentenzeiten nicht vorlägen. Dazu zählten zwar die von ihm zurückgelegten Pflichtbeitragszeiten, nicht aber die Zeiten mit freiwilligen Beiträgen (Bescheid vom 16.8.2022; Widerspruchsbescheid vom 5.12.2022).

Das SG hat die Klage abgewiesen (Gerichtsbescheid vom 29.3.2023). Das LSG hat die Berufung zurückgewiesen. Gegen die Nichtberücksichtigung der freiwilligen Beitragszeiten als Grundrentenzeiten bestünden keine verfassungsrechtlichen Bedenken (Urteil vom 24.1.2024).

Mit seiner Revision rügt der Kläger einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz. Er habe mit seinen freiwilligen Beiträgen ebenso wie Pflichtversicherte über viele Jahre zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung beigetragen und müsse daher ebenso wie diese über den Grundrentenzuschlag für seine Lebensarbeitsleistung honoriert sowie vor Altersarmut geschützt werden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 24.1.2024 sowie den Gerichtsbescheid des SG Mannheim vom 29.3.2023 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 16.8.2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5.12.2022 zu verpflichten, unter Änderung des Bescheids vom 30.4.2014 ab dem 1.1.2021 eine höhere Regelaltersrente unter Berücksichtigung eines Zuschlags an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung festzusetzen und die Beklagte zur Zahlung einer entsprechend höheren Rente zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II.

A. Die zulässige Revision des Klägers ist unbegründet und daher zurückzuweisen (§ 170 Abs. 1 Satz 1 SGG). Das LSG hat die Berufung gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG zu Recht zurückgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Änderung der Höhe der ihm bindend bewilligten Regelaltersrente unter Berücksichtigung eines Grundrentenzuschlags nach § 307e SGB VI idF des Gesetzes zur Einführung der Grundrente für langjährige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichem Einkommen und für weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Alterseinkommen (Grundrentengesetz) vom 12.8.2020 (BGBl I 1879).

I.

Gegenstand der revisionsrechtlichen Überprüfung ist neben der Berufungsentscheidung und dem Gerichtsbescheid des SG der Bescheid der Beklagten vom 16.8.2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 5.12.2022 (§ 95 SGG), mit dem eine Korrektur der mit Bescheid vom 30.4.2014 bindend bewilligten Rentenhöhe unter Berücksichtigung eines Grundrentenzuschlags abgelehnt worden ist. Damit verfolgt der Kläger sein Begehren auf eine höhere Regelaltersrente gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 iVm § 56 SGG zutreffend mit einer kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (vgl BSG Urteil vom 10.11.2022 – B 5 R 29/21 R – BSGE 135, 110 = SozR 4-2600 § 253a Nr. 1, RdNr. 14 mwN).

II.

Als Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Änderung der Rentenhöhe ab dem 1.1.2021 aufgrund des zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen § 307e SGB VI kommt allein § 48 Abs. 1 SGB X in Betracht. Nach dieser Vorschrift ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, dieser Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft oder – unter den in § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X näher beschriebenen Voraussetzungen – mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufzuheben und entsprechend anzupassen. Abweichend von dem in § 306 Abs. 1 SGB VI bestimmten Grundsatz, dass bei bestehendem Rentenanspruch die der Rente zugrunde gelegten persönlichen Entgeltpunkte aus Anlass einer Rechtsänderung nicht neu bestimmt werden, ist § 48 Abs. 1 SGB X einschlägig, wenn eine Gesetzesänderung die zusätzliche Berücksichtigung von (persönlichen) Entgeltpunkten für Bestandsrenten ausdrücklich vorsieht (vgl BSG Urteil vom 27.6.2024 – B 5 R 14/22 R – SozR 4-1300 § 48 Nr. 43 <vorgesehen> – juris RdNr. 15; BSG Urteil vom 10.11.2022 – B 5 R 29/21 R – BSGE 135, 110 = SozR 4-2600 § 253a Nr. 1, RdNr. 15).

III.

Die Voraussetzungen des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X liegen nicht vor. Das Inkrafttreten von § 307e SGB VI am 1.1.2021 hatte für die Höhe der Regelaltersrente des Klägers keine

wesentliche (Rechts-)Änderung zur Folge. Wesentlich ist des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X sind alle Änderungen, die dazu führen, dass die Behörde unter den nunmehr objektiv bestehenden Verhältnissen den Dauerverwaltungsakt so nicht mehr erlassen dürfte. Dies ist nach den Bestimmungen des für die betroffene Leistung maßgeblichen materiellen Rechts zu beurteilen (vgl. BSG Urteil vom 10.11.2022 – B 5 R 29/21 R – BSGE 135, 110 = SozR 4-2600 § 253a Nr. 1, RdNr. 19 mwN).

Danach sind die Voraussetzungen für einen Grundrentenzuschlag im Fall des Klägers nicht erfüllt.

Bestand am 31.12.2020 Anspruch auf eine Rente mit einem Rentenbeginn nach dem 31.12.1991, wird nach § 307e Abs. 1 Satz 1 SGB VI ein Zuschlag an Entgeltpunkten ermittelt, wenn 1. mindestens 33 Jahre mit Grundrentenzeiten nach § 76g Abs. 2 SGB VI vorhanden sind und 2. sich aus den Kalendermonaten mit Grundrentenbewertungszeiten nach § 76g Abs. 3 SGB VI ein Durchschnittswert an Entgeltpunkten ergibt, der unter dem nach § 76g Abs. 4 SGB VI maßgebenden Höchstwert liegt.

Die danach erforderlichen mindestens 33 Jahre (396 Kalendermonate) mit Grundrentenzeiten liegen nicht vor. Nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) hat der Kläger nur 230 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten zurückgelegt. Die Kalendermonate mit freiwillig geleisteten Beiträgen werden nicht auf Grundrentenzeiten angerechnet.

1. Dies folgt bereits aus dem insoweit eindeutigen Gesetzeswortlaut. Der von § 307e Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in Bezug genommene § 76g Abs. 2 SGB VI verweist in Satz 1 Halbsatz 1 auf Kalendermonate mit anrechenbaren Zeiten nach § 51 Abs. 3a Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB VI. In der darin enthaltenen Aufzählung von rentenrechtlichen Zeiten, die auf die Wartezeit von 45 Jahren für einen Anspruch auf die Altersrente für besonders langjährig Versicherte angerechnet werden, sind Kalendermonate mit freiwilligen Beiträgen nicht genannt. Diese finden sich in § 51 Abs. 3a Satz 1 SGB VI erst in Nr. 4, auf die § 76g Abs. 2 SGB VI aber nicht Bezug nimmt. Soweit § 76g Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB VI auf eine entsprechende Geltung von § 55 Abs. 2 SGB VI verweist, wonach (auch) freiwillige Beiträge ausnahmsweise als Pflichtbeiträge gelten, sind auch dessen Voraussetzungen nicht erfüllt. Keiner der dort von Nr. 1 erfassten Fälle (zB nachgezahlte Beiträge für Zeiten einer zu Unrecht erlittenen Strafverfolgungsmaßnahme nach § 205 Abs. 1 Satz 3 SGB VI oder für verfolgte Versicherte nach §aVVGSVG) ist hier gegeben.

2. Die Gesetzeshistorie zur Einführung des Grundrentengesetzes belegt, dass Kalendermonate mit freiwilligen Beiträgen nicht als Grundrentenzeiten berücksichtigt werden sollten.

Bereits in den zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 16.1.2020 ergangenen Stellungnahmen war vereinzelt deren Ausschluss diskutiert und teilweise auch eine Anrechnung auf Grundrentenzeiten befürwortet worden (vgl. die Stellungnahmen des AWO Bundesverbandes e.V., Stand: Januar 2020, S. 4, des Bundesverbandes der Rentenberater e. V. vom 20.1.2020, S. 2 und des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks, Januar 2020, S. 5 f; alle abrufbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/gesetz-zur-einfuehrung-der-grundrente.html>). Gleichwohl wurden Zeiten mit freiwillig geleisteten Beiträgen im

Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht als Grundrentenzeiten erfasst. Unmissverständlich heißt es dort dazu: „Kalendermonate mit freiwilligen Beiträgen sind keine Grundrentenzeiten“ (Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 36). Die Grundrentenzeiten sollten sich in Anlehnung an die rentenrechtlichen Zeiten, die auch auf die Wartezeit von 45 Jahren für einen Anspruch auf Altersrente für besonders langjährig Versicherte angerechnet werden, auf Pflichtbeitragszeiten für versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit, Pflichtbeitragszeiten aufgrund von Kindererziehung, Pflege und Antragspflichtversicherung, rentenrechtliche Zeiten wegen des Bezugs von Leistungen bei Krankheit und während der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Ersatzzeiten sowie Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung und Pflege beschränken (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 24). Es sollte nicht die Möglichkeit eröffnet werden, sich „Grundrentenzuschläge zu kaufen“ (so die Antwort der Bundesregierung vom 10.3.2020 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Anja Hajduk, Sven Lehmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, BT-Drucks 19/17762 S. 4). Danach war von der Bundesregierung als Verfasserin des Gesetzentwurfs eine Berücksichtigung von Zeiten mit freiwilligen Beiträgen ausdrücklich nicht gewollt.

Anlässlich der öffentlichen Anhörung von Sachverständigen im Ausschuss für Arbeit und Soziales am 25.5.2020 erfolgten weitere Stellungnahmen, die zum Teil den Ausschluss von Kalendermonaten mit freiwilligen Beiträgen in Frage stellten (vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen, Mai 2020, S. 3 und 13; AWO Bundesverband e.V., Mai 2020, S. 5; Diakonie Deutschland, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. vom 19.5.2020, S. 5; allgemein mit dem Anliegen, alle Kalendermonate mit rentenrechtlichen Zeiten zu den Grundrentenzeiten zu zählen: Deutscher Gewerkschaftsbund vom 13.5.2020, S. 13; alle abrufbar unter <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2020/kw22-pa-arbeit-soziales-696640>). Zudem hatte die Bundestagsfraktion DIE LINKE im Ausschuss für Arbeit und Soziales einen Änderungsantrag eingebracht, wonach in § 76g Abs. 2 SGB VI die Wörter „§ 51 Absatz 3a Satz 1 Nummer 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 51 Absatz 3a Satz 1 Nummer 1 bis 4“ ersetzt werden sollten. Dieser Antrag wurde im Ausschuss abgelehnt und der Gesetzentwurf der Bundesregierung ohne Änderung des § 76g Abs. 2 SGB VI angenommen (siehe hierzu Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales vom 1.7.2020, BT-Drucks 19/20711 S. 8 ff, 18 f). Auch ein entsprechender im Bundestag eingebrachter Änderungsantrag (vom 30.6.2020, BT-Drucks 19/20737) und ein Entschließungsantrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE (vom 30.6.2020, BT-Drucks 19/20744 S. 3) mit der Aufforderung an die Bundesregierung, einen Gesetzentwurf vorzulegen mit dem Ziel, für die Grundrentenzeiten ua auch Zeiten freiwilliger Beiträge anzuerkennen, blieben ohne Erfolg (BT-Plenarprotokoll 19/170 vom 2.7.2020, S. 21198 B und C).

IV.

Der Ausschluss von Kalendermonaten mit freiwillig geleisteten Beiträgen von der Anrechnung auf die für einen Grundrentenzuschlag erforderlichen Grundrentenzeiten verstößt nicht gegen Verfassungsrecht. Das Verfahren war deshalb nicht nach Art. 100 Abs. 1 GG auszusetzen und dem BVerfG zur Entscheidung vorzulegen.

1. Der Kläger wird nicht in seinem Grundrecht aus Art. 14 Abs. 1 GG verletzt. Die Regelungen zum Grundrentenzuschlag haben die danach geschützte Rechtsposition des Klägers unverändert gelassen (vgl. zu diesem Aspekt auch BVerfG <Kammer> Beschluss vom 15.4.2024 – 1 BvR 2076/23 – juris RdNr. 10 mwN). Sein Anspruch auf Regelaltersrente bestand nach Einführung des Grundrentenzuschlags zum 1.1.2021 in der zuvor gewährten Höhe fort. Bei Gewährung eines Grundrentenzuschlags hätte sich der Rentenanspruch allenfalls erhöht und seine Rechtsposition insoweit verbessert.

2. Auch ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG liegt nicht vor.

a) Der allgemeine Gleichheitssatz verbietet, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders zu behandeln, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Verboten ist auch ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss, bei dem eine Begünstigung einem Personenkreis gewährt, einem anderen Personenkreis aber vorenthalten wird (stRspr; zB BVerfG Urteil vom 26.5.2020 – 1 BvL 5/18 – BVerfGE 153, 358 – juris RdNr. 94; BVerfG Beschluss vom 23.5.2017 – 2 BvR 883/14 ua – BVerfGE 145, 304 – juris RdNr. 81).

Art. 3 Abs. 1 GG verwehrt dem Gesetzgeber nicht jede Differenzierung. Differenzierungen bedürfen jedoch stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Ziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind. Dabei gilt ein stufenloser, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab, dessen Inhalt und Grenzen sich nicht abstrakt, sondern nur nach den jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereichen bestimmen lassen. Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die von gelockerten, auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen bis hin zu strengen Verhältnismäßigkeitserfordernissen reichen können. Eine strengere Bindung des Gesetzgebers kann sich aus den jeweils betroffenen Freiheitsrechten ergeben. Zudem verschärfen sich die verfassungsrechtlichen Anforderungen, je weniger die Merkmale, an die die gesetzliche Differenzierung anknüpft, für den Einzelnen verfügbar sind, oder je mehr sie sich denen des Art. 3 Abs. 3 GG annähern (stRspr; zB BVerfG Urteil vom 14.1.2025 – 1 BvR 548/22 – juris RdNr. 117; BVerfG Beschluss vom 7.4.2022 – 1 BvL 3/18 ua – BVerfGE 161, 163 – juris RdNr. 279).

Umgekehrt erweitern sich mit abnehmender Prüfungsstrenge die Gestaltungs- und Bewertungsspielräume des Gesetzgebers bei steigender Typisierungstoleranz. Diese sind im Bereich der leistenden Massenverwaltung wie etwa der gesetzlichen Rentenversicherung besonders groß. Dem Gesetzgeber kommt im Bereich der gewährenden Staatstätigkeit und daher insbesondere auf dem Gebiet des Sozialrechts für die Abgrenzung der begünstigten Personenkreise grundsätzlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu (BVerfG <Kammer> Beschluss vom 15.4.2024 – 1 BvR 2076/23 – juris RdNr. 17 mwN). Ein besonders großer Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers besteht bei aus Bundesmitteln zum sozialen Ausgleich gewährten Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung (zu Kindererziehungszeiten, die gemäß § 177 SGB VI vom Bund finanziert werden: BSG Urteil vom 18.4.2024 – B 5 R 10/23 R – BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2600 § 56 Nr. 12, RdNr. 45; BSG Urteil vom 26.7.2023 – B 5 R 46/21 R – SozR 4-2600 64 § 56 Nr. 13 <vorgesehen> – juris RdNr.

44; BSG Urteil vom 21.10.2021 – B 5 R 28/21 R – BSGE 133, = SozR 4-2600 § 56 Nr. 11, RdNr. 34; BSG Urteil vom 16.10.2019 – B 13 R 14/18 R – BSGE 129, 192 = SozR 4-2600 § 70 Nr. 3, RdNr. 38; vgl auch zu Berücksichtigungszeiten BVerfG <Kammer> Beschluss vom 11.1.2016 – 1 BvR 1687/14 – juris RdNr. 12). Eine solche Leistung ist auch der Grundrentenzuschlag.

Für die Gewährung höherer Renten unter Berücksichtigung eines Grundrentenzuschlags wurden zusätzliche Bundesmittel bereit gestellt. Ausweislich der Gesetzesmaterialien sollten die Beitragstragenden (insbesondere Arbeitnehmer und Arbeitgeber) in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht mit weiteren Kosten belastet werden. Bereits die im Einführungsjahr 2021 veranschlagten Kosten von rund 1,3 Milliarden Euro sollten „vollständig durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses zur Rentenversicherung finanziert“ und der Bundeszuschuss dauerhaft um 1,4 Milliarden Euro erhöht werden. Dazu wurde § 213 Abs. 2 Satz 4 SGB VI neu gefasst (vgl Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 4, 25, 28, 46 und 74; Stellungnahme des Bundesrates vom 27.3.2020 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, BR-Drucks 85/20 <Beschluss> S. 4; siehe ebenso auch die Antwort der Bundesregierung vom 10.3.2020 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Anja Hajduk, Sven Lehmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, BT-Drucks 19/17762 S. 5, wonach der Grundrentenzuschlag „durch die Erhöhung des Bundeszuschusses vollständig aus Steuermitteln finanziert ist“ und bestätigend die Antwort der Bundesregierung vom 5.10.2022 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten René Springer, Ulrike Schielke-Ziesing und der Fraktion der AfD, BT-Drucks 20/3906 S. 5, wonach die Ausgaben für den Grundrentenzuschlag „vollständig aus dem Bundeshaushalt getragen“ werden).

b) Nach diesen Maßstäben bestehen hinreichend gewichtige Sachgründe, die gemessen am Regelungsgegenstand und -ziel den Ausschluss von Kalendermonaten mit freiwillig geleisteten Beiträgen von der Anrechnung auf die für den Grundrentenzuschlag erforderlichen Mindestzeiten (Grundrentenzeiten) rechtfertigen.

aa) Mit der Einführung des Grundrentenzuschlags wollte der Gesetzgeber das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere für langjährig Versicherte mit unterdurchschnittlichen Löhnen stärken. Die Versicherten sollten darauf vertrauen können, dass sie nach einem langen Arbeitsleben – auch bei unterdurchschnittlichem Einkommen – „ordentlich abgesichert“ seien und besser dastünden als jemand, der in seinem Erwerbsleben wenig oder gar nicht versicherungspflichtig gearbeitet und somit „wenige oder keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung“ gezahlt habe. Regelungsbedarf sah der Gesetzgeber hiernach vor allem bei den Versicherten, die „jahrzehntelang verpflichtend Rentenbeiträge aus unterdurchschnittlichem Einkommen gezahlt haben“ (Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 1 und 21). Der Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung sollte sicherstellen, dass aus den während des Erwerbslebens geleisteten Rentenversicherungsbeiträgen ein höheres Leistungsniveau erreicht werde (Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 27). Der Grundrentenzuschlag sollte nicht pauschal niedrige Versichertenrenten aufwerten, sondern insbesondere die „Lebensleistung“ von Versicherten „mit langjährig verpflichtender Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung aus unterdurchschnittlichem Einkommen“ honorieren (so bereits auch die Antwort der Bundesregierung vom 10.3.2020 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Anja

Hajduk, Sven Lehmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, BT-Drucks 19/17762 S. 3). Vor allem für diese Personengruppe sollte „der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung deutlich gestärkt“ werden (Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Grundrentengesetz vom 8.4.2020, BT-Drucks 19/18473 S. 21).

bb) Zwischen der Pflichtversicherung aufgrund versicherter Beschäftigung oder Tätigkeit und der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen erhebliche Unterschiede. Die freiwillige Versicherung (§ 7 und § 232 SGB VI) steht grundsätzlich allen nichtversicherungspflichtigen Personen ab Vollendung des 16. Lebensjahres offen und bietet den Versicherten erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten (vgl auch BSG Urteil vom 6.6.2023 – B 12 R 14/21 R – SozR 4-2600 § 197 Nr. 4- juris RdNr. 19). Ein freiwillig Versicherter trägt gemäß § 171 SGB VI seine Beiträge selbst und zahlt diese als Beitragsschuldner gemäß § 173 SGB VI direkt an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Er kann die Beitragszahlung jederzeit aussetzen oder sogar ganz einstellen. Auch die Höhe der freiwilligen Beiträge ist innerhalb eines vom Gesetz vorgegebenen Rahmens frei wählbar. Nach § 161 Abs. 2 SGB VI ist die Beitragsbemessungsgrundlage jeder Betrag zwischen der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage entsprechend der geltenden Geringfügigkeitsgrenze (§ 167 SGB VI) und der durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmten Beitragsbemessungsgrenze (§ 159, § 160 Nr. 2 SGB VI). Im Gegensatz dazu steht für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit die Beitragspflicht kraft Gesetzes fest. Zudem sind die Beiträge nicht disponibel, sondern aus einer gesetzlich vorgegebenen Beitragsbemessungsgrundlage – den beitragspflichtigen Einnahmen (§ 162 SGB VI) – zu zahlen (§ 161 Abs. 1 SGB VI).

cc) Vor diesem Hintergrund ist es dem Gesetzgeber grundsätzlich nicht verwehrt, Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung unterschiedlich zu behandeln, um die Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft der abhängig Beschäftigten zu stärken, auf deren Schutz die Sozialversicherung (nach wie vor) in erster Linie ausgerichtet ist (vgl § 2 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV). Pflichtversicherte tragen in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Regel nach Beitragszeit, Beitragsdichte und Beitragshöhe in wesentlich stärkerem Maße durch die Zahlung von Pflichtbeiträgen zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei und können sich anders als freiwillig Versicherte ihrer Beitragspflicht nicht entziehen (vgl BVerfG Beschluss vom 11.11.2008 – 1 BvL 3/05 uaBVerfGE 122, 151 – SozR 4-2600 § 237 Nr. 16 – juris RdNr. 72; BVerfG <Kammer> Beschluss vom 28.2.2005 – 1 BvR 615/97 – SozR 4-2200 § 1248 Nr. 1 – juris RdNr. 11; BVerfG <Kammer> Beschluss vom 18.4.2002 – 1 BvR 1361/93 – SozR 3-2200 § 1255a Nr. 6 – juris RdNr. 24; BVerfG Beschluss vom 8.4.1987 – 1 BvR 564/84 ua – BVerfGE 75, 78 – juris RdNr. 71 und 78; BVerfG Beschluss vom 17.10.1973 – 1 BvR 50/71 ua – BVerfGE 36, 102 – juris RdNr. 38; siehe hierzu auch den Überblick in BSG Urteil vom 27.8.2009 – B 13 R 14/09 R – BSGE 104, 108 = SozR 4-2600 § 93 Nr. 13, RdNr. 25 f).

Pflichtversicherte sind mit ihrer dauerhaften und berechenbaren Beitragsleistung eine tragende Säule der Finanzierung des Systems der gesetzlichen Rentenversicherung. Wegen ihres besonders nachhaltigen und kalkulierbaren Beitrags zur Rentenfinanzierung hat das BVerfG auch die Privilegierung von Versicherten mit 45 Jahren mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit für den Bezug einer höheren Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (§ 237 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI idF des Rentenreformgesetzes 1999 <RRG 1999> vom 16.12.1997 <BGBl I 2998> und ab 1.1.2000 §

237 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB VI) als verfassungsgemäß erachtet (vgl BVerfG Beschluss vom 11.11.2008 – 1 BvL 3/05 ua – BVerfGE 122, 151 – SozR 4-2600 § 237 Nr. 16 – juris RdNr. 72; BVerfG <Kammer> Beschluss vom 5.2.2009 – 1 BvR 1631/04 – juris RdNr. 28; zur inhaltsgleichen Vertrauensschutzregelung in § 236 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB VI idF des RRG 1999 für die Altersrente für langjährig Versicherte: BSG Urteil vom 19.11.2009 – B 13 R 5/09 R – SozR 4-2600 § 236 Nr. 1 RdNr. 36).

Die unverändert große Bedeutung der Pflichtversicherten für die nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung belegen auch statistische Zahlen aus jüngerer Zeit. Der weitaus überwiegende Teil des Beitragsaufkommens in der gesetzlichen Rentenversicherung stammt aus Pflichtbeiträgen. Unmittelbar vor Einführung des Grundrentenzuschlags zum 1.1.2021 verzeichnete die gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 2020 Beitragseinnahmen iHv 252,2 Milliarden Euro. Davon stammten rund 223,9 Milliarden Euro aus Pflichtbeiträgen insbesondere über die Einzugsstellen (§§ 28h ff SGB IV), was etwa 89 Prozent des Gesamtbeitragsaufkommens in diesem Jahr entsprach (siehe die Tabelle „Entwicklung der Beitragseinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung im Jahr 2020“ des Bundesamts für Soziale Sicherung, abrufbar unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/suche/?tx_solr%5Bq%5D=Beitragseinnahmen+2020). Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrheit der freiwillig Versicherten (72,7 Prozent) im Jahr 2020 nur den Mindestbeitrag von seinerzeit monatlich 83,70 Euro zahlten. Nur 5,6 Prozent der freiwillig Versicherten entrichteten den Höchstbeitrag von damals 1283,40 Euro im Monat (vgl Deutsche Rentenversicherung, Versichertenbericht 2022, Statistische Analysen zu den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, S. 64 f, abrufbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-undBerichte/Berichte/versichertenbericht_2022.html).

c) Die Begünstigung von Versicherten mit Pflichtbeiträgen für ihre versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit gegenüber freiwillig Versicherten verbleibt schließlich auch innerhalb des Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers, der für bevorzugende typisierende Regelungen ebenfalls besonders weit ist (vgl stRspr; zB BSG Urteil vom 18.4.2024 – B 5 R 10/23 R – BSGE <vorgesehen> = SozR 4-2600 § 56 Nr. 12, RdNr. 45; BSG Urteil vom 21.10.2021 – B 5 R 28/21 R – BSGE 133, 64 = SozR 4-2600 § 56 Nr. 11, RdNr. 34; BSG Urteil vom 28.6.2018 – B 5 R 25/17 R – BSGE 126, 128 = SozR 4-2600 § 51 Nr. 2, RdNr. 91; ebenso bereits BVerfG Beschluss vom 4.4.2001 – 2 BvL 7/98 – BVerfGE 103, 310 – juris RdNr. 42; BVerfG Urteil vom 24.7.1963 – 1 BvL 30/57 ua – BVerfGE 17, 1 – juris RdNr. 60).

Gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung macht die Gruppe der freiwillig Versicherten nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen aus. Unmittelbar vor Einführung des Grundrentenzuschlags zum 1.1.2021 waren am Jahresende 2020 etwa 210 000 Personen in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert. Hingegen belief sich die Zahl der aktiv Versicherten auf rund 39,038 Millionen, darunter rund 32,013 Millionen versicherungspflichtig Beschäftigte. Am Jahresende 2020 entsprach dies einem Anteil der freiwillig Versicherten an den aktiv Versicherten von 0,53 Prozent (vgl Deutsche Rentenversicherung, Versichertenbericht 2022, Statistische Analysen zu den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, S. 6 und 64, abrufbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/versichertenbericht_2022.html).

Die Ungleichbehandlung der freiwillig Versicherten gegenüber Pflichtversicherten wiegt zudem nicht besonders intensiv, wenn sie (nur) in Bezug auf die freiwillig geleisteten Beiträge von der Begünstigung durch eine aufgrund des Grundrentenzuschlags erhöhte Rentenzahlung ausgeschlossen sind. Freiwillig geleistete Beiträge gewährleisten grundsätzlich den Fortbestand des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. zur Ausnahme bei der Rente wegen Erwerbsminderung § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI sowie auch § 241 Abs. 2 SGB VI). Sie tragen zum Auf- und Ausbau von Rentenanwartschaften und Rentenansprüchen bei und werden bei der Berechnung der Höhe der Rente wie Pflichtbeiträge berücksichtigt. Für eine bessere Absicherung im Alterssicherungssystem der gesetzlichen Rentenversicherung steht es den freiwillig Versicherten entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit frei, innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens – wie oben bereits ausgeführt – über die Höhe ihrer Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu bestimmen und die Beitragszahlung ihrem individuellen Versorgungsbedarf im Alter anzupassen.

Zwar kann auch bei freiwillig Versicherten trotz langjähriger, aber geringer Beitragsleistung keine auskömmliche Altersversorgung aus der gesetzlichen Rentenversicherung vorhanden sein, sodass sie bei bestehender Hilfebedürftigkeit gegebenenfalls ergänzend Sozialhilfe nach dem SGB XII in Anspruch nehmen müssen. Dies ist aber zumutbar. Denn die soziale Absicherung in diesen Fällen ist die originäre Aufgabe dieses Grundsicherungssystems (vgl. § 41 Abs. 1 und 2 SGB XII; zu diesem Aspekt siehe auch Ruland, VSSAR 2025, 87, 98 und 105). Dass der Gesetzgeber hingegen in Abkehr des Grundsatzes der „Äquivalenz von Beitrag und Leistung“ in seiner rentenversicherungsrechtlichen Ausprägung der sogenannten „Teilhabeäquivalenz“ (vgl. hierzu BVerfG Beschluss vom 11.1.2011 – 1 BvR 3588/08 ua BVerfGE 128, 138 – juris RdNr. 30; BVerfG Beschluss vom 11.11.2008 – 1 BvL 3/05 ua – BVerfGE 122, 151 – SozR 4-2600 § 237 Nr. 16 – juris RdNr. 77 und kritisch zum „Bruch mit dem Äquivalenzprinzip“ Ruland, NZS 2019, 881, 884) durch den (steuerfinanzierten) Grundrentenzuschlag insbesondere Versicherte mit unterdurchschnittlichen Arbeitsverdiensten nach Jahrzehnten verpflichtender Beitragszahlung als Anerkennung ihrer versicherten Lebensarbeitsleistung innerhalb des im Kern auf Pflichtmitgliedschaft und Beitragspflicht beruhenden Systems der gesetzlichen Rentenversicherung honorieren wollte, ist aufgrund seines insoweit weiten Spielraums bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung nicht zu beanstanden.

B. Die Kostenentscheidung folgt dem Ausgang der Hauptsache und beruht auf § 183 Satz 1 iVm § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

Entscheidung 3 – LSG Niedersachsen-Bremen Urt. v. 16.7.2025, L 13 AS 152/23:

Tenor:

Das Urteil des Sozialgerichts Aurich vom 13. Juni 2023 wird aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Beklagte wendet sich mit seiner Berufung gegen ein Urteil des Sozialgerichts (SG) Aurich vom 13. Juni 2023, mit dem seine überzahlte Leistungen in Höhe von 26.046,70 € betreffenden Rücknahme- und Erstattungsbescheide vom 17. März 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2017 aufgehoben worden sind.

Die 1950 in Kasachstan geborenen, miteinander verheirateten Kläger standen u. a. im Streitzeitraum von Oktober 2007 bis Juli 2013 bei dem Beklagten im Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), bis September 2009 in Bedarfsgemeinschaft mit ihrer 1985 geborenen Tochter. Sie bewohnten eine Mietwohnung in Leer, für die im Streitzeitraum eine Grundmiete von 253,38 € (ab Dezember 2009: 266,98 €, ab März 2011: 284,90 €), eine Betriebskostenvorauszahlung von 67,98 € (ab Oktober 2020: 59 €, ab November 2011: 68 €) und Heizkostenvorauszahlungen von anfänglich 74 € und zuletzt 105 € zu entrichten waren. Der Kläger zu 2.) versicherte in seinem für die Bedarfsgemeinschaft gestellten Erstantrag vom 14. März 2005 sowie in allen Folgeanträgen mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichtete sich, Änderungen, u. a. der Einkommensverhältnisse, unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen. Auch die Bewilligungsbescheide des Beklagten enthielten den Hinweis, dass jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die für den Anspruch erheblich sei, unverzüglich mitzuteilen sei. In dem Erstantrag war angegeben, dass die Klägerin zu 1.) Arbeitseinkommen erziele, welches in einer vorgelegten Einkommensbescheinigung des Restaurants „K. L.“ (nachfolgend als L. bezeichnet) vom 15. März 2005 mit gleichbleibend 400 € (brutto=netto) beziffert wurde. Mit Datum vom 23. März 2006 bescheinigte das L. ein auf den Betrag von 150 € verringertes Bruttoarbeitsentgelt ab April 2006. Nach einer weiteren Einkommensbescheinigung vom 23. August 2006 betrug das monatliche Bruttoarbeitsentgelt ab Juli 2006 100 €. Dieser Betrag wurde fortan als Brutto- und Nettoarbeitsentgelt bei der Leistungsberechnung berücksichtigt. In dem die Zeit ab September 2007 betreffenden Folgeantrag vom 6. August 2007 wurden in dem Abschnitt V („Einkommensverhältnisse der in der Bedarfsgemeinschaft aufgeführten Haushaltsangehörigen“) hinsichtlich der Klägerin zu 1.) keine Eintragungen vorgenommen, auch nicht zu ausdrücklich abgefragten Erwerbseinkünften. Vielmehr wurde die die Klägerin betreffende Spalte komplett durchgestrichen, während zu dem Einkommen der Tochter Angaben gemacht wurden. Der Abschnitt V des Vordrucks mit der Unterschrift des Antragstellers war mit der Überschrift versehen: „Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige und unvollständige Angaben.“ Er enthielt die Versicherung der Richtigkeit der

Angaben durch den Antragsteller und wiederum den Hinweis, dass künftige Änderungen, u. a. in den Einkommensverhältnissen, unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen seien. Die nachfolgenden, im Streitzeitraum gestellten Folgeanträge waren jeweils mit zwei Unterschriften (Kläger zu 1. und 2.) versehen. Zu dem Einkommen der Klägerin zu 1.) wurden durchgehend keine Angaben gemacht, entweder war die betreffende Spalte komplett durchgestrichen oder sie enthielt keine Eintragungen. In den neueren Antragsformularen war die Erzielung von Einkommen ausdrücklich zu verneinen oder zu bejahen. Sie enthielten zudem den Hinweis, dass Einkommen immer einzutragen sei, auch wenn keine Änderungen erfolgt seien. In den betreffenden Formularen, die die Kläger für die Bezugszeiten ab März 2011 vorlegten, wurde bei der Frage nach der Erzielung von Einkommen jeweils „nein“ angekreuzt.

Ungeachtet der Angaben der Kläger berücksichtigte der Beklagte im Streitzeitraum durchgehend das aus der letzten Einkommensbescheinigung ersichtliche Arbeitsentgelt von 100 €, wobei sich nach Abzug des Grundfreibetrags von 100 € kein Anrechnungsbetrag ergab. Offenbar aus Anlass eines zur Akte genommenen Zeitungsartikels über das L., in dem die Klägerin zu 1.) mit der Bildunterschrift „A. B. (Küche)“ abgebildet wurde, wurden die Kläger mit Schreiben vom 11. Dezember 2007 zur Vorlage einer Einkommensbescheinigung aufgefordert. In der daraufhin zu den Akten gelangten Bescheinigung (ohne Datum), in der als Ansprechpartnerin die Zeugin M. aufgeführt war, wurde ein gleichbleibendes monatliches Nettoarbeitsentgelt von 100 € bei einer regelmäßigen monatlichen Arbeitszeit von 20 Stunden angegeben.

Bei der Leistungsberechnung im Streitzeitraum berücksichtigte der Beklagte neben den gesetzlichen Regelbedarfen die tatsächlichen Aufwendungen für die Unterkunft (Grundmiete und Betriebskosten), während er bei den Heizkosten nach einer Kostensenkungsaufforderung (Schreiben vom 26. Januar 2010) ab August 2010 Kürzungen wegen Unangemessenheit vornahm. Im Streitzeitraum erteilte er für die einzelnen Bewilligungszeiträume die folgenden Bescheide:

Bewilligungszeitraum Bescheid

09/07 – 02/08 Bewilligungsbescheid vom 6. August 2007 Änderungsbescheid vom 21. November 2007

03/08 – 08/08 Bewilligungsbescheid vom 13. Februar 2008 Änderungsbescheid vom 19. Juni 2008

09/08 – 02/09 Bewilligungsbescheid vom 21. August 2008 Änderungsbescheid vom 8. September 2008

03/09 – 08/09 Bewilligungsbescheid vom 10. Februar 2009 Änderungsbescheid vom 9. April 2009

09/09 – 02/10 Bewilligungsbescheid vom 12. August 2009 Änderungsbescheid vom 24. September 2009

Änderungsbescheid vom 11. November 2009

Änderungsbescheid vom 26. Januar 2010

Änderungsbescheid vom 28. Januar 2010

03/10 – 08/10 Bewilligungsbescheid vom 19. Februar 2010

09/10 – 02/11 Bewilligungsbescheid vom 4. August 2010 Änderungsbescheid vom 12. August 2011

03/11 – 08/11 Bewilligungsbescheid vom 31. Januar 2011 Änderungsbescheid vom 12. August 2011

09/11 – 02/12 Bewilligungsbescheid vom 12. August 2011 Änderungsbescheid vom 14. November 2011

Änderungsbescheid vom 11. Mai 2012

03/12 – 08/12 Bewilligungsbescheid vom 16. März 2012 Änderungsbescheid vom 11. Mai 2012

09/12 – 02/13 Bewilligungsbescheid vom 28. August 2012

03/13 – 08/13 Bewilligungsbescheid vom 13. Februar 2013.

Mit Schreiben vom 15. Januar 2016 übersandte das Hauptzollamt Oldenburg dem Beklagten ein Konvolut mit Kopien handschriftlicher Listen, die von der Zeugin M. für den Zeitraum von September 2007 bis Juni 2013 geführt und in ihren Privaträumen in Rahmen einer Hausdurchsuchung aufgefunden worden waren. Es handelte sich um monatsweise geführte Aufstellungen (jeweils eine Seite für jeden Kalendermonat), wobei die beiden ersten bzw. die drei ersten Spalten mit „Kellner 1“, „Kellner 2“ oder „Theke“ sowie später mit „1“, „2“ und/oder „3“ überschrieben waren und weitere Spalten verschiedene Vornamen, u. a. „A.“, als Überschriften hatten. Die in der Spalte „A.“ eingetragenen Einzelbeträge summierten sich auf Monatsbeträge zwischen 55 € und 1.322 €. Das Hauptzollamt wertete die in den einzelnen Spalten mit den Vornamen eingetragenen Beträge als ausgezahlte Schwarzlöhne und legte diese einer Lohnsteuernachforderung zugrunde, die von der Zeugin M. beglichen wurde. Aufgrund dieses Sachverhalts wurde die Zeugin M. wegen Steuerhinterziehung rechtskräftig verurteilt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund erteilte auf der Grundlage dieser Listen einen an das Restaurant L. UG (haftungsbeschränkt), vertreten durch die Zeugin M. als Geschäftsführerin, adressierten Bescheid vom 9. Dezember 2016, mit dem Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von insgesamt 41.941,98 € für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2014 nachgefordert wurden. Die Anlage zu dem vom Senat im Berufungsverfahren angeforderten Bescheid enthält hinsichtlich der Klägerin zu 1.) eine Nachberechnung von Sozialversicherungsbeiträgen für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum 30. Juni 2013, denen Barlöhne aus den Listen der Zeugin M. (Spalte „A.“) zugrunde liegen. Ein weiterer von der Deutschen Rentenversicherung Bund erteilter Nachforderungsbescheid vom 9. Dezember 2016 ist an die Mutter der Zeugin als damalige Inhaberin des Restaurants L. adressiert und betrifft Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 36.638,87 € für die Zeit vom

1. September 2007 bis 31. Dezember 2011. Die aus der Anlage ersichtliche Nachberechnung hinsichtlich der Klägerin zu 1.) bezieht sich auf den Zeitraum von Februar 2009 bis Dezember 2011 und auf Barlöhne, die wiederum aus den handschriftlichen Listen übernommen worden waren.

Nach vorheriger Anhörung (Schreiben vom 19. Februar 2016) erteilte der Beklagte die angefochtenen zwei Aufhebungs- und Erstattungsbescheide vom 17. März 2016. Mit diesen korrigierte er – gestützt auf § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) – seine Leistungsbewilligungen für die Zeiträume von Oktober 2007 bis Januar 2008, Juli 2008 bis November 2010, Januar 2011 bis Februar 2011 sowie April 2011 bis Juli 2013 und hob seine für die betreffenden Leistungsmonate erteilten Bewilligungs- und Änderungsbescheide teilweise auf. Beigefügt waren Berechnungsbögen für die von der Teilaufhebung betroffenen Leistungsmonate, denen zu entnehmen war, dass der Beklagte die aus den handschriftlichen Aufzeichnungen der Zeugin M. ersichtlichen Monatsbeträge (Spalte „A.“) abweichend von den Nachforderungsbescheiden der Deutschen Rentenversicherung im Folgemonat als korrigiertes Erwerbseinkommen der Klägerin zu 1.) angerechnet hatte, soweit sich die Beträge auf über 100 € beliefen. Der Beklagte errechnete Überzahlungen von insgesamt 12.837,83 € (Klägerin zu 1.) und 12.875,30 € (Kläger zu 2.) und machte die Erstattung dieser Beträge geltend. Zur Begründung gab der Beklagte an, dass die Klägerin zu 1.) nach den „Gehaltslisten“ der Zeugin M. ein höheres Einkommen erzielt habe, als bisher zugrunde gelegt worden sei. Auf Vertrauensschutz könnten sich die Kläger nicht berufen, da sie in ihren Leistungsanträgen grob fahrlässig unrichtige Angaben gemacht hätten.

Die hiergegen mit der Begründung, das bei der Neuberechnung zugrunde gelegte Einkommen sei tatsächlich nicht erzielt worden, eingelegten Widersprüche wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4. September 2017 zurück. Er stellte weiterhin auf die „Gehaltslisten“ der Zeugin M. ab, die Kläger hätten keine anderslautenden Nachweise vorgelegt.

Die Kläger haben am 20. September 2017 Klage erhoben und vorgetragen, dass die Klägerin zu 1.) seit 2003 mit Unterbrechungen eine geringfügige Beschäftigung als Küchenhilfe im L. ausgeübt habe. Die wöchentliche Arbeitszeit habe in den Jahren 2007 bis 2013 durchschnittlich sechs Stunden betragen, aufteilt auf drei Tage zu jeweils zwei Stunden. Der ausgezahlte Nettolohn habe in diesem Zeitraum durchgehend 100 € betragen, dies entspreche einem Stundenlohn von 4 €. Der Lohn sei jeweils in bar ausgezahlt worden, und zwar zu keinem Zeitpunkt mehr als 100 € monatlich. Gehaltsabrechnungen habe die Klägerin zu 1.) nach ihrer Erinnerung im Streitzeitraum nicht erhalten. Soweit sich der Beklagte auf handschriftliche Listen berufe, sei unklar, wer diese gefertigt habe und ob die darin aufgeführten Beträge tatsächlich an bestimmte Personen ausgezahlt worden seien. Die Listen könnten schon deshalb nicht richtig sein, weil die Klägerin zu 1.) vom 15. Juni bis zum 6. Juli 2009, vom 26. August bis 15. September 2011 und vom 15. August bis zum 13. September 2013 in Kasachstan gewesen sei. Insoweit hat die Klägerin zu 1.) Kopien ihres Reisepasses vorgelegt, wobei sich die beiden zuerst genannten Zeiträume anhand von Visa sowie Ein- und Ausreisestempel nachvollziehen lassen, während für den zuletzt genannten Zeitraum lediglich ein Visum vorhanden ist. Ferner ist vorgetragen worden, dass die Klägerin zu 1.) im Streitzeitraum ganz überwiegend als Mutter und Großmutter für ihre Familie im Einsatz gewesen sei, die Tätigkeit im L. habe zeitlich eine völlig untergeordnete Bedeutung gehabt.

Im Übrigen sei die Klägerin zu 1.) der deutschen Sprache nicht mächtig, dementsprechend habe sie auch die Formulare des Beklagten nicht lesen können. Diese seien von der Tochter ausgefüllt und ihr zur Unterschrift vorgelegt worden. Sowohl sie als auch die Tochter seien davon ausgegangen, dass alles seine Richtigkeit habe. Im Übrigen haben die Kläger die Berechnung der Leistungen für Unterkunft und Heizung beanstandet; der Beklagte habe zu geringe Beträge berücksichtigt, nach Aktenlage existiere keine Kostensenkungsaufforderung, eine solche hätten sie auch nie erhalten.

Der Beklagte hat auf eine Aussage der Zeugin M. in einem vor dem SG Oldenburg geführten Verfahren (S 39 AS 672/16) verwiesen. Diese habe dort eingeräumt, dass sie den Beschäftigten seit 2007 durchgehend höhere als die angemeldeten Löhne ausgezahlt habe. Auch habe die Zeugin bestätigt, dass die handschriftlichen Aufzeichnungen die tatsächlichen Lohnauszahlungen an die Beschäftigten wiedergäben.

Die Zeugin M. hat sich sowohl im vorliegenden Verfahren als auch in dem gegen die Kläger wegen Leistungsbetrugs geführten Strafverfahren auf ein Zeugnisverweigerungsrecht im Hinblick auf das seinerzeit noch gegen sie anhängige Strafverfahren berufen. Nach Vernehmung u. a. von zwei Mitarbeitern des O. hat das Landgericht Aurich die Kläger mit – gemäß § 267 Abs. 5 Strafprozessordnung abgekürztem – Urteil vom 26. Februar 2021 – 603 Cs 420 Js 5133/17 (414/17) – vom Vorwurf des Betrugs rechtskräftig freigesprochen, da die vorgeworfenen Taten nicht nachzuweisen gewesen seien. Die Straftaten sind zum vorliegenden Verfahren beigezogen.

Gegen die von dem Senat gehörte Zeugin N., bei der es sich um eine Arbeitskollegin der Klägerin zu 1.) handelte, war ebenfalls ein Strafverfahren wegen Betrugs anhängig, welches mit einem Freispruch endete. Das Protokoll der Hauptverhandlung in dem Verfahren der Zeugin N. und das Urteil haben die Kläger erstinstanzlich vorgelegt.

Mit Urteil vom 13. Juni 2023 hat das SG der Klage stattgegeben und die Bescheide des Beklagten vom 17. März 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2017 aufgehoben. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass dem Beklagten der Nachweis nicht gelungen sei, dass die Klägerin zu 1.) im Streitzeitraum höhere Einkünfte gehabt habe, als bei der Leistungsbewilligung berücksichtigt worden sei. Die in den Listen unter der Spalte „A.“ aufgeführten Beträge könnten nicht eindeutig der Klägerin zu 1.) zugeordnet werden. Zudem habe die Klägerin zu 1.) Urlaubsabwesenheiten für Zeiten nachgewiesen, für die in der betreffenden Spalte Eintragungen zu finden seien. Es könne sich insoweit auch nicht um Nachzahlungen handeln, da der Lohn nach dem Vortrag beider Beteiligten immer sofort in bar ausgezahlt worden sei. Die Aussage der Zeugin M. in dem Verfahren S 39 AS 672/16 des SG Oldenburg betreffe nicht die Klägerin zu 1.) und spreche daher nicht gegen das gefundene Ergebnis.

Gegen das ihm am 5. Juli 2023 zugestellte Urteil hat der Beklagte am 3. August 2023 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht er geltend, dass die in den handschriftlichen Listen der Zeugin M. enthaltenen Spalten mit Namensbezeichnungen eindeutig Personalkosten seien, sie seien teilweise auch ausdrücklich so bezeichnet. Zudem seien für die Zeiten der nachgewiesenen Urlaubsabwesenheiten der Klägerin zu 1.) auch tatsächlich keine Lohnzahlungen eingetragen. Denn die Listen seien von unten nach oben zu lesen, die letzte Zeile entspreche damit dem Monatsersten. Ferner spreche die Aussage der Zeugin M. vor

dem SG Oldenburg sehr wohl für die Richtigkeit der Listen insgesamt. Bei lebensnaher Betrachtung könnten die Listen auch keinem anderen Zweck als der eigenen Übersicht der Zeugin über tatsächlich angefallene Personalkosten sowie erzielte Umsätze gedient haben.

Der Beklagte hat im Verhandlungstermin am 16. Juli 2025 im Hinblick auf Berechnungsfehler ein von den Klägern angenommenes Teilanerkennnis dahingehend abgegeben, dass die Erstattungsbeträge hinsichtlich der Klägerin zu 1.) auf 9.188,49 € und hinsichtlich des Klägers zu 2.) auf 9.187,69 € reduziert werden.

Er beantragt,

das Urteil des SG Aurich vom 13. Juni 2023 aufzuheben und die über das Teilanerkennnis hinausgehende Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie sind weiterhin der Auffassung, dass die handschriftlichen Aufzeichnungen der Zeugin M. zum Nachweis der Erzielung höheren Einkommens nicht geeignet seien. Zudem hätten die im Strafverfahren gehörten Zeugen sowie eine weitere im Verfahren S 39 AS 672/16 gehörte Zeugin, bei denen es sich um Mitarbeiter/innen des O. gehandelt habe, übereinstimmend ausgesagt, dass die Aufzeichnungen inhaltlich falsch seien.

Die Klägerin zu 1.) ist in einem Erörterungstermin am 14. August 2024 persönlich gehört worden. Sie hat angegeben, dass ihre Arbeitszeiten immer unterschiedlich gewesen seien. Sie habe teilweise auf Abruf gearbeitet. Sie sei aber im Monat immer auf 100 € gekommen, ihre Chefin (die Zeugin M.) habe die Stunden im Blick gehabt. Das Geld sei auf ihr Konto überwiesen worden. Hieran hat die Klägerin zu 1.) in ihrer Anhörung im Verhandlungstermin am 11. Juni 2025 festgehalten und auch erneut bekräftigt, dass sie immer nur 100 € monatlich erhalten habe. Sie hat nunmehr angegeben, dass nicht die Zeugin M., sondern sie – die Klägerin – selbst darauf geachtet habe, dass der Betrag von 100 € nicht überschritten werde.

Die Zeugin M. ist in einem Beweisaufnahmetermine am 24. Januar 2025 vernommen worden. Sie hat bestätigt, dass sie die fraglichen Listen geschrieben habe und sie darin neben den Umsätzen (Spalten „Theke“/„Kellner“) die Gelder notiert habe, die sie an die Mitarbeiter tatsächlich ausgezahlt habe. Darin seien allerdings auch Trinkgelder enthalten gewesen. Soweit in den Listen der Name „A.“ aufgeführt sei, handele es sich um die Klägerin zu 1.). Das Geld sei täglich bei Schichtende in bar an die Mitarbeiter ausgezahlt worden. Die einzelnen Beträge seien auf Thekenzetteln (sog. Kellnerblöcke) festgehalten worden, auf denen auch die an der Theke erzielten Umsätze notiert worden seien. Teilweise seien die ausgezahlten Löhne auch auf Bierdeckel geschrieben worden. Notiert worden seien jeweils der Name des Mitarbeiters und der Auszahlungsbetrag. Anhand der Thekenzettel bzw. Bierdeckel, die nach ihrer Erinnerung jeweils monatsweise gesammelt worden seien, habe sie – teilweise erst zwei oder drei Monate später – die fraglichen Listen erstellt. Diese beträfen jeweils einen kompletten Monat und hätten der Aufzeichnung der wirtschaftlichen Entwicklung des Restaurants gedient. Sie könne nicht ausschließen, dass sie bei der Erstellung der Listen auch einmal einen

Monat vertauscht habe oder einmal ein Thekenzettel gefehlt habe. Auf den Thekenzetteln sei auch nicht immer ein Datum eingetragen gewesen. Diese seien in einer Schublade oder im Kellnerportemonnaie verwahrt worden. Sie würde auch nicht unterschreiben, dass alles so stimme. Auf Nachfrage des Beklagten hat die Zeugin es für möglich gehalten, dass sie die Listen von unten nach oben geführt habe. Höchstwahrscheinlich habe sie diese anhand der Kassenberichte vom Monatsletzten „runtergeschrieben“. Dabei entspräche eine Zeile nicht unbedingt einem Tag. Der Zeugin sind die Einkommensbescheinigungen vom 23. Juni 2006 (Bl. 119 VA), 23. August 2006 (Bl. 128 VA) und die undatierte weitere Bescheinigung aus Dezember 2007 (Bl. 277 VA) vorgelegt worden. Hierzu hat sie ausgesagt, dass sie diese Bescheinigungen ausgefüllt bzw. vervollständigt und unterschrieben habe. Diese Bescheinigungen seien „natürlich falsch“ gewesen, sie habe „ja Schwarzgeld gezahlt“.

Der Senat hat im Verhandlungstermin am 11. Juni 2025 ehemalige Mitarbeiter/innen des O. als Zeugen vernommen (P. Q., R. S., T. U., V. W., X. Y., R. Z., AA. AB., AC. AD., AE. N. und AF. AG.). Die Zeugin M. ist im Fortsetzungstermin am 17. Juli 2025 erneut vernommen worden. Wegen der Angaben der Zeugen wird auf die Sitzungsniederschriften Bezug genommen.

Der Senat hat neben den Verwaltungsakten die die Kläger betreffenden Strafakten der Staatsanwaltschaft Aurich sowie die Akte S 39 AS 672/16 des SG Oldenburg beigezogen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und Beiakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung des Beklagten ist begründet.

Die angefochtenen Rücknahme- und Erstattungsbescheide des Beklagten vom 17. März 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2017 und des im Verhandlungstermin am 16. Juli 2025 erklärten Teilanerkennnisses sind rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten. Das anderslautende Urteil des SG Aurich vom 13. Juni 2023 ist aufzuheben.

Die Bescheide sind formell rechtmäßig, insbesondere sind die Kläger vor Erlass der Bescheide ordnungsgemäß angehört worden (§ 24 SGB X).

Die angefochtenen Bescheide sind auch materiell rechtmäßig. Sie sind zunächst hinreichend bestimmt i. S. des § 33 Abs. 1 SGB X, weil aus ihnen klar und unzweideutig hervorgeht, dass der Beklagte die zugunsten der Kläger in bestimmten Zeiträumen erfolgten Leistungsbewilligungen in bestimmten, näher bezeichneten Bescheiden teilweise aufhebt (vgl. zu den Anforderungen an die Bestimmtheit von Aufhebungsbescheiden: Bundessozialgericht [BSG], Urteile vom 29. November 2012 – B 14 AS 196/11 R – juris Rn. 16 ff. und – B 14 AS 6/12 R – juris Rn. 25 ff.; vom 4. Juni 2014 – B 14 AS 2/13 R – juris Rn. 30 ff.).

Rechtsgrundlage für die Rücknahmeentscheidungen des Beklagten ist § 45 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 330 Abs. 2 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) und § 40 Abs. 2 Nr. 3 SGB II. Danach ist ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit er

rechtswidrig ist und der Begünstigte sich in Anwendung von § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X nicht auf sein Vertrauen in den Bestand des Verwaltungsaktes berufen kann.

Bei den Bewilligungs- und Änderungsbescheiden, mit denen der Beklagte den Klägern für die streitbefangenen Zeiträume Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II bewilligt hatte, handelt es sich um rechtswidrige Verwaltungsakte, da den Klägern Leistungen in der Höhe, wie sie sich aus den jeweiligen Bescheiden ergibt, nicht hätten bewilligt werden dürfen.

Nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB II kann Leistungen nur beanspruchen, wer hilfebedürftig ist. Hilfebedürftig ist nach § 9 Abs. 1 SGB II, wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern kann und die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Nach § 11 Abs. 1 S. 1 SGB II sind als Einkommen zu berücksichtigen Einnahmen in Geld, mithin auch das Einkommen der Klägerin zu 1.) aus ihrer unstreitig ausgeübten Erwerbstätigkeit im L.. In welcher Höhe die Klägerin letztlich Erwerbseinkommen erzielte, hat sich im vorliegenden Verfahren trotz umfangreicher Ermittlungen nicht klären lassen. Allerdings steht nach dem Beweisergebnis zur vollen Überzeugung des Senats fest, dass die Klägerin im Streitzeitraum nicht – wie in den aktenkundigen Einkommensbescheinigungen angegeben und von dem Beklagten daraufhin zugrunde gelegt – einen gleichbleibenden Monatslohn in Höhe von lediglich 100 € erzielte.

Die Behauptung der Klägerin zu 1.), sie habe zu keinem Zeitpunkt mehr als 100 € monatlich verdient, ist bereits für sich genommen nicht plausibel und im Übrigen durch die vom Senat durchgeführte Beweisaufnahme widerlegt. Der behauptete monatliche Festlohn lässt sich bereits mit der Art der von der Klägerin ausgeübten Tätigkeit nicht vereinbaren. Wenn die Klägerin zu 1.) als Küchenhilfe tätig war und teilweise auf Abruf arbeitete, war die Höhe des erzielten Lohns von den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden abhängig, so dass ein schwankendes Einkommen zu erwarten wäre. Bei lebensnaher Betrachtung wäre die 100 €-Grenze auch nicht stets am Ende einer Schicht erreicht worden, sondern auch während einer laufenden Schicht. Dass aber eine Küchenhilfe in einem Restaurant ihre Tätigkeit abbricht, weil sie ihr monatliches Stundenkontingent erreicht hat, muss als lebensfremd bezeichnet werden. Nähere Einzelheiten, wie dieses angebliche Festlohn-Modell über Jahre praktiziert worden sein soll, hat die Klägerin zu 1.) in ihren Anhörungen im Übrigen auch nicht geschildert, sondern sich auf die allgemeine Behauptung beschränkt, nie mehr als 100 € monatlich erhalten zu haben. Soweit sie Details geschildert hat (Absprache der Arbeitseinsätze), sind diese von der Zeugin M. nicht bestätigt worden.

Außerdem gehen aus den Lohnabrechnungen, die nach der Hausdurchsuchung bei der Zeugin erstmals erstellt worden sind, schwankende Löhne hervor, ohne dass ersichtlich wäre, aus welchen Gründen in den Jahren zuvor bei gleicher Tätigkeit ein Festlohn gezahlt worden sein soll. Den Lohnabrechnungen – soweit sie vorliegen – lassen sich im Übrigen nur für die Monate Oktober 2013 und Januar 2014 Monatslöhne in Höhe von lediglich 100 € entnehmen. In anderen Monaten verdiente die Klägerin zu 1.) deutlich mehr (Juli 2014: 280 €, August und September 2014: 290 €, Oktober und November 2014: 380 €, Dezember 2014: 390 €, Januar 2015: 399,30 €).

Der behauptete feste Monatslohn von 100 € lässt sich ferner auch nicht mit den Erkenntnissen aus den durchgeführten Steuer- und Beitragsnachforderungsverfahren und der im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme vereinbaren. Danach bestand das Geschäftsmodell der Zeugin M. im Streitzeitraum darin, die Steuer- und Beitragslasten dadurch zu reduzieren, dass sie ihre Beschäftigten ganz überwiegend nur als Aushilfen im Rahmen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse oder Teilzeitbeschäftigungen anmeldete bzw. von Meldungen gänzlich absah und in beträchtlichem Umfang Schwarzlöhne auszahlte. Diesen Sachverhalt hat die Zeugin nicht nur im vorliegenden Verfahren, sondern auch in den sie betreffenden Verfahren der Steuerbehörden und des Rentenversicherungsträgers eingeräumt und die hieraus resultierenden erheblichen Nachforderungen beglichen. Die Zeugin M. hat für den Fall der Klägerin zu 1.) ausdrücklich bestätigt, dass es sich bei den Eintragungen in den handschriftlichen Listen (Spalte „A.“) um an die Klägerin zu 1.) ausgezahlte Löhne handelt. Ferner hat sie eingeräumt, dass die von ihr erstellten Einkommensbescheinigungen unrichtig waren, da sie an die Klägerin zu 1.) Schwarzgeld ausgezahlt habe. In ihrer Vernehmung im Verhandlungstermin hat sie ausgesagt, dass der angegebene Betrag von 100 € keinen Bezug zur Realität gehabt habe und die Klägerin zu 1.) mit Sicherheit mehr als 100 € erhalten habe. Aus diesen Bekundungen kann nur der Schluss gezogen werden, dass den Einkommensbescheinigungen hinsichtlich der tatsächlich ausgezahlten Löhne keinerlei Beweiswert zukommt. Schließlich hat die Zeugin auch die bereits bei lebensnaher Betrachtung naheliegende Tatsache bestätigt, dass die Löhne aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen – mithin auch der Klägerin zu 1.) – schwankend gewesen seien.

Die Richtigkeit der Angaben der Zeugin M. wird durch die übrigen Zeugenaussagen bestätigt. Alle Zeugen haben die Praxis der Barauszahlung der Löhne am Schichtende, welche ein deutliches Indiz für Schwarzarbeit darstellt, geschildert. Ferner hat die Zeugin AD., die ebenfalls in der Küche arbeitete, ausgesagt, dass die Klägerin zu 1.) zur Stammbesetzung der Küche gehört habe, dass sie meist an zwei Tagen in der Woche gearbeitet habe, bisweilen bis zu 12 Stunden täglich, und sie mit Sicherheit auf mehr als 20 Arbeitsstunden monatlich gekommen sei. In diese Richtung geht auch die Aussage des Zeugen Y., wonach die Klägerin zu 1.) während seiner Arbeitszeit eigentlich immer in der Küche gewesen sei und dort seinerzeit nur die Klägerin zu 1.) und die Zeugin M. tätig gewesen seien. Auch nach den Bekundungen der Zeugin Q. war die Küchenarbeit zwischen der Klägerin zu 1.) und der Zeugin M. aufgeteilt. Eine in zeitlicher Hinsicht gänzlich untergeordnete Aushilfstätigkeit, die die Klägerin zu 1.) glauben machen will, erschließt sich aus diesen Aussagen nicht.

Ist nach alledem die Behauptung der Klägerin zu 1.), dass sie im gesamten Streitzeitraum durchgehend lediglich 100 € monatlich verdient habe, widerlegt, lässt sich die Höhe der tatsächlich an sie ausgezahlten Löhne nicht mehr feststellen. Insbesondere hat sich das Zahlenwerk aus den Lohnlisten nach den im Berufungsverfahren gewonnenen Erkenntnissen als nicht hinreichend belastbar erwiesen. Die Darlegungen der Zeugin M. zur Art und Weise der Erstellung der Listen legen Übertragungsfehler in einem Umfang nahe, der nicht vernachlässigt werden kann. Auch die Angaben der übrigen Zeugen, wonach sie Löhne in der in den Listen ausgewiesenen Höhe nicht erhalten hätten, können nicht ohne Weiteres als bloße Schutzbehauptungen gewertet werden, da – außer im Fall der Zeugin N. – alle Rückforderungsverfahren abgeschlossen sind. Die Darstellungen der Zeugen waren auch durchaus plausibel, etwa soweit sie ausgesagt haben, dass sie in den betreffenden Monaten gar nicht mehr in dem L. beschäftigt gewesen seien (Zeugin AD.) oder sogar höhere Löhne

erzielt hätten, als in den Listen für sie eingetragen war (Zeuge U.). Der Senat kann vor diesem Hintergrund nicht ausschließen, dass das Hauptaugenmerk der Zeugin M. bei der Erstellung der Listen nicht auf der Richtigkeit der Zuordnung der ausgezahlten Löhne zu den einzelnen Mitarbeiter/innen lag. Den Lohnlisten kommt vor diesem Hintergrund ein Beweiswert lediglich insoweit zu, als die Klägerin zu 1.) deutlich mehr als die von ihr behaupteten 100 € monatlich verdient hat. Sie rechtfertigen allerdings nicht die volle Überzeugung des Senats von der Richtigkeit der für die Klägerin zu 1.) eingetragenen Einzelbeträge und Lohnsummen und sie sind unter Berücksichtigung der dargelegten Zweifelsfragen auch keine taugliche Grundlage für eine Schätzung des erzielten Einkommens (vgl. zur Zulässigkeit einer Schätzung: BSG, Urteil vom 15. Juni 2016 – B 4 AS 41/15 R – juris Rn. 28). Letztlich ist damit die Höhe der tatsächlich erzielten Löhne für alle streitbefangenen Zeiträume ungeklärt geblieben. Dies gilt auch, soweit die Zeugin M. nicht ausgeschlossen hat, dass die Klägerin zu 1.) auch einmal lediglich 100 € erhalten hat, etwa in den umsatzschwachen Wintermonaten. Denn konkrete Angaben hat die Zeugin hierzu nicht machen können.

Für die hier vorliegende Konstellation ungeklärter Einkommensverhältnisse trotz Ausschöpfung sämtlicher verfügbarer Erkenntnisquellen und fehlender Grundlagen für eine realistische Schätzung hat das BSG bereits entschieden, dass der Leistungsbezieher so zu behandeln ist, als ob seine Hilfebedürftigkeit durchgehend nicht vorgelegen hätte (BSG a. a. O. Rn. 29). Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, dass die Kläger bereits dem Grunde nach keinen Leistungsanspruch hatten und Leistungen in voller Höhe überzahlt sind. Zwar trägt grundsätzlich die Behörde die objektive Beweislast für die Rechtswidrigkeit des Bewilligungsbescheids, wenn sie diesen zurücknimmt. Eine Umkehr der Beweislast ist aber gerechtfertigt, wenn eine besondere Beweishäufigkeit zu einem Beteiligten besteht. Das ist anzunehmen, wenn in dessen persönlicher Sphäre oder in dessen Verantwortungssphäre wurzelnde Vorgänge nicht aufklärbar sind und die zeitnahe Aufklärung des Sachverhalts durch unterlassene Angaben oder unzureichende Mitwirkung bei der Sachverhaltsaufklärung erschwert oder verhindert wird (vgl. BSG, Urteil vom 15. Juni 2016 – B 4 AS 41/15 R – juris Rn. 30 m. w. N.; Senatsurteile vom 21. Dezember 2022 – L 13 AS 477/21 – juris Rn. 59 und vom 24. Januar 2024 – L 13 AS 395/21 – juris Rn. 57). So liegt der Fall auch hier. Eine besondere Beweishäufigkeit der Kläger zu ihren Einkommensverhältnissen ist ohne Weiteres zu bejahen und sie haben durch unzutreffende Angaben in ihren Leistungsanträgen verhindert, dass der Sachverhalt seinerzeit zeitnah aufgeklärt wurde. Auch haben sie weder im Klage- und noch im Berufungsverfahren bei der Aufklärung des Sachverhalts mitgewirkt. Vielmehr hat die Klägerin zu 1.) auf mehrfaches Befragen durch den Senat wahrheitswidrig behauptet, dass die Löhne auf ihr Konto überwiesen worden seien, und sie hat hieran festgehalten, obwohl ihr die Kontoauszüge, aus denen keine Überweisungen ersichtlich sind, vorgehalten worden sind. Im Rahmen dieser offenkundigen Verschleierungstaktik hat die Klägerin zu 1.) zudem widersprüchliche Angaben gemacht. So hat sie im Erörterungstermin am 14. August 2024 angegeben, dass „die Besitzerin“ (wohl die Zeugin M.) ihre Stunden im Blick gehabt habe, so dass sie im Monat immer auf 100 € gekommen sei, während sie im Verhandlungstermin am 11. Juni 2025 behauptet hat, dass sie selbst – nicht die Zeugin M. – hierauf geachtet habe.

Auf Vertrauensschutz können sich die Kläger nicht berufen. Die in Rede stehenden Bewilligungsbescheide beruhen auf Angaben, die sie zumindest grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig und unvollständig gemacht haben (§ 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB X). Die Angaben der Kläger in sämtlichen Leistungsanträgen waren erkennbar unrichtig, da die Kläger die Erzielung von Einkommen stets gänzlich verneinten. Die Darstellung der Kläger, die

Anträge seien wegen fehlender eigener Deutschkenntnisse von der Tochter ausgefüllt worden und sie hätten darauf vertraut, dass alles seine Richtigkeit habe, würde – als wahr unterstellt – allenfalls Vorsatz ausschließen. Wenn die Kläger die Leistungsanträge tatsächlich „blind“ unterschrieben haben, würden sie jedenfalls grob fahrlässig gehandelt haben. Grob fahrlässig i. S. des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3, Halbs. 2 SGB X handelt, wer schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2024 – B 5 R 14/23 R – juris Rn. 18 m. w. N.). Das „blinde“ Unterschreiben eines von einer dritten Person ausgefüllten Antrags ohne vorherige Prüfung der Richtigkeit der gemachten Angaben stellt zweifellos eine besonders schwere Sorgfaltspflichtverletzung und somit ein grob fahrlässiges Handeln dar (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Oktober 2023 – L 10 R 2383/22 – juris Rn. 35; so im Ergebnis auch BSG, Urteil vom 8. Dezember 2022 – B 7/14 AS 11/21 R – juris Rn. 24). Anhaltspunkte dafür, dass die Kläger aufgrund einer Einschränkung ihrer persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit nicht in der Lage waren, die Tragweite ihres Handelns zu überblicken, liegen nicht vor.

Die Fristen des § 45 Abs. 3 S. 3 und Abs. 4 S. 2 SGB X sind gewahrt.

Der Beklagte war nach alledem verpflichtet, seine Bewilligungsbescheide, soweit sie rechtswidrig waren, gemäß § 45 Abs. 1 SGB X aufzuheben. Ein Ermessensspielraum stand ihm insoweit nicht zu (§ 40 Abs. 2 Nr. 3 SGB II i. V. m. § 330 Abs. 2 SGB III). Da der Beklagte – wie ausgeführt – berechtigt gewesen wäre, seine Bewilligungsbescheide wegen fehlender Hilfebedürftigkeit der Kläger in vollem Umfang zurückzunehmen, kommt es hinsichtlich der stattdessen vorgenommenen Teilaufhebung auf Einzelheiten der Berechnung im Ergebnis nicht an.

Die Verpflichtung zur Erstattung der überzahlten Leistungen folgt aus § 50 Abs. 1 SGB X.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Eine anteilige Belastung des Beklagten mit den außergerichtlichen Kosten der Kläger ist nicht gerechtfertigt, da das Teilanerkennnis des Beklagten unter Berücksichtigung der rechtlichen Bewertung des Senats ein Entgegenkommen darstellt. Im Übrigen haben die Kläger durch ihr fortlaufendes Verschweigen erzielten Einkommens über einen Zeitraum von mehreren Jahren den vorliegenden Rechtsstreit veranlasst.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

Entscheidung 4 – LSG Hessen Urt. v. 3.4.2025 - L 8 KR 155/23:

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 23. November 2022 sowie der Bescheid der Beklagten vom 11. April 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. September 2015 aufgehoben und festgestellt, dass der Kläger seit dem 1. April 2007 bei der Beklagten zu 1 gesetzlich krankenversichert und bei der Beklagten zu 2 sozial pflegeversichert ist.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Instanzen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger nach den Vorschriften der sog. Auffangpflichtversicherung Mitglied der Beklagten zu 1 in der gesetzlichen Krankenversicherung und akzessorisch hierzu Mitglied der Beklagten zu 2 in der sozialen Pflegeversicherung ist.

Der 1960 geborene Kläger leidet an einer schweren geistigen Behinderung unklarer Genese. Ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 ist festgestellt.

Der Beigeladene ist ein d. Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe. Bis zu einer Namensänderung im Jahr 1982 trug er den Namen „H. K. e.V.“. Er betreibt unter anderem in A-Stadt-E. einen Wohnverbund, in dem der Kläger seit dem 29. April 1968 lebt.

Die Eltern des Klägers, Herr Dr. F. A. und Frau G. A., geborene J., schlossen am 25. April 1968 mit dem Beigeladenen einen Vertrag. Dieser enthielt im Wesentlichen folgenden Inhalt:

„§ 1

Auf Wunsch der Vertretungsberechtigten nimmt die Anstalt ab 29. April 1968 den minderjährigen A. A. auf und verpflichtet sich, ihn in der Anstaltsgemeinschaft bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik zu betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren, die zu seinem Wohle dienen, einschließlich der evtl. notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik. Die Anstalt verpflichtet sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch zur seelsorgerischen Betreuung des Minderjährigen.

§ 2

Die Vertretungsberechtigten zahlen dafür spätestens am Tage der Aufnahme des Minderjährigen den Betrag von DM 94.600, – (in Worten: Vierundneunzigtausendsechshundert Deutsche Mark) zur Abfindung aller Ansprüche der Anstalt ohne Abzug lastenfrei an die Anstalt.“

Der Kläger lebt aufgrund dieses Vertrages seit dem 29. April 1968 und bis heute in der Obhut des Beigeladenen. Er hat zu keinem Zeitpunkt Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen. Aufgrund seiner Behinderung war er nie erwerbstätig.

Der Prozessbevollmächtigte und damalige Betreuer des Klägers stellte im Jahr 2013 einen Antrag bei der Beklagten auf Aufnahme des Klägers in die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung. Der Beigeladene habe sich bereit erklärt, sämtliche hierbei anfallenden Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen. Der Kläger sei bisher weder selbst noch über Dritte gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen. Entstandene Kosten im Falle einer Erkrankung seien durch den Beigeladenen übernommen worden. Der Kläger erhalte keine Sozialhilfe, er werde aufgrund des Vertrages zwischen seinen Eltern und dem Beigeladenen von diesem unterhalten. Belegbare Angaben, ob und wo die Eltern des Klägers krankenversichert gewesen seien, könnten nicht gemacht werden, ebenso wenig, ob der Kläger bis zu seiner Aufnahme bei dem Beigeladenen in irgendeiner Form krankenversichert gewesen sei. Es sei indes nicht davon auszugehen, dass die Eltern des Klägers gesetzlich krankenversichert gewesen seien, da es sich um eine Industriellenfamilie gehandelt habe.

Ein Rentenversicherungsverlauf bzw. Kontoaufstellungen eines Rentenversicherungsträgers für den Kläger konnten durch den Betreuer nicht vorgelegt werden (die eingeholte Auskunft der Rentenversicherung ergab, dass keine Sozialversicherungsnummer zu diesem existiert). Laut Einkommenssteuerbescheid verfügte der Kläger in 2012 über Einkünfte aus Kapitalerträgen in Höhe von 38.526 Euro.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 11. April 2014 die Aufnahme des Klägers als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Der Kläger sei in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt Mitglied der Beklagten gewesen. Es erscheine „mehr als unwahrscheinlich“, dass er bis zu seiner Aufnahme durch den Beigeladenen im Jahr 1968 keinen Krankenversicherungsschutz besessen habe. Sofern dieser bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung bestanden habe, obliege diesem die Prüfung und ggf. Durchführung einer Kranken- und Pflegeversicherung.

Mit dem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, ab dem 1. April 2007 gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b SGB V pflichtversichert zu sein. Die Anspruchsvoraussetzungen lägen vor, da er keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall habe und bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert gewesen sei. Seit Aufnahme des Klägers in die Einrichtung im Jahr 1968 bestehe kein Kontakt mehr zu den Eltern. Der Vater sei bereits 1985 verstorben, über den Verbleib der Mutter sei nichts bekannt. Es liege aber kein Anhaltspunkt dafür vor, dass die Eltern des Klägers im Zeitraum 1960 bis 1968 über einen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsschutz verfügt hätten. Zum damaligen Zeitpunkt habe keine Versicherungspflicht bestanden. Aufgrund des erheblichen Vermögens der Eltern sei zum damaligen Zeitpunkt eine Krankenversicherung auch nicht notwendig gewesen. Der Kläger sei jedenfalls seinen Mitwirkungspflichten vollumfänglich nachgekommen. Darauf, dass es der Beklagten ohne jeden tatsächlichen Hinweis „unwahrscheinlich“ erscheine, dass der Kläger vor 1968 über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt habe, könne sie ihre Entscheidung nicht stützen. Insofern gälten für den Beweis negativer Tatsachen – hier: dem Nichtvorliegen einer Versicherung – andere Grundsätze als für den Beweis positiver Tatbestandsmerkmale. Wenn die Beklagte ihrer Entscheidung andere als die vom Kläger vorgebrachten Tatsachen, aus welchen sich eine

Versicherungspflicht ergebe, zugrunde legen wolle, so müsse sie hierbei substantiiert konkrete Tatsachen und Umstände vorbringen, aus denen sich hier das Gegenteil ergebe. Im Übrigen gelte, dass der Auffangtatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b SGB V greife, wenn nicht gemäß § 5 Abs. 8 lit. a SGB V eine Absicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 oder nach § 10 SGB V bestehe oder Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder dem Asylbewerberleistungsgesetz bezogen würden. Vorliegend sei keine dieser Ausnahmeregelungen einschlägig. Der Kläger habe sein Wahlrecht gemäß § 174 Abs. 3 (vormals: Abs. 5) i. V. m. § 173 SGB V zugunsten der Beklagten ausgeübt. Insofern komme es nicht darauf an, dass in der Vergangenheit keine Mitgliedschaft des Klägers bei dieser bestanden habe.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. September 2015 als unbegründet zurück. Die Voraussetzungen der Auffangpflichtmitgliedschaft gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V seien nicht gegeben. Diese sei subsidiär nicht nur gegenüber einer anderen Versicherung, sondern bereits bei Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Der Kläger verfüge über eine solche anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in Form der von dem Beigeladenen vertraglich eingegangenen Verpflichtung, den Kläger bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik zu betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen zu gewähren, die zu seinem Wohle dienten, einschließlich der eventuell notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik. Der Kläger könne, gestützt auf diesen Vertrag, von dem Beigeladenen Leistungen geltend machen, die den Hilfen zur Gesundheit und der Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII entsprächen. Dies sei ausreichend, um § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auszuschließen.

Mit der hiergegen am 1. Oktober 2015 erhobenen Klage zum Sozialgericht Kassel beantragte der Kläger die Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bei den Beklagten. Er sei gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und habe die Beklagte zu 1 als Krankenkasse gewählt. Für das Bestehen einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung im Zeitraum 1960 bis 1968 bestünden keine Anhaltspunkte. Der im Jahr 1968 geschlossene Vertrag stelle keine anderweitige Absicherung des Klägers im Krankheitsfall dar.

Auch der Beigeladene vertrat die Auffassung, dass er eine „anderweitige Absicherung“ des Klägers „im Krankheitsfalle“ im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht sicherstelle und auch nicht sicherzustellen verpflichtet sei. Der Betreuungsvertrag aus dem Jahre 1968 begründe keinen im Umfang auch nur annähernd der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Anspruch. Im Übrigen habe er den Kläger zur Anpassung des Betreuungsvertrages wegen Störung der Geschäftsgrundlage nach § 313 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufgefordert. Bei nominaler Betrachtung sei die unter § 2 des Vertrages vereinbarte Einmalzahlung von 94.600 DM bereits im Jahr 1976 aufgebraucht gewesen. Dieser Anspruch werde im zivilgerichtlichen Klageweg verfolgt. Die Krankenbehandlungskosten für den Kläger habe der Beigeladene in der Vergangenheit ohne Anerkennung einer Rechtspflicht getragen. Zum Bestehen einer Versicherung vor 1968 lägen keine Erkenntnisse vor. Zum damaligen Zeitpunkt habe aber keine gesetzliche Versicherungspflicht bestanden. Aufgrund des erheblichen Vermögens der Eltern – der Kläger entstamme der „Sektdynastie“ A. – möge eine Krankenversicherung auch

nicht notwendig erschienen sein; etwaige Krankenbehandlungen hätten problemlos aus dem Vermögen bezahlt werden können.

Im Übrigen werde im Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 20. März 2007 zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher nicht Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 1. April 2007 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Prüfung der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) der zuständigen Krankenkasse obliege und diese über die Feststellung, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung oder keine von diesen Absicherungen im Krankheitsfall bestanden habe, alle ihr zur Verfügung stehenden Kenntnismöglichkeiten auszuschöpfen habe. Eine verbleibende Ungewissheit über die anspruchsbegründenden Tatsachen ginge zu Lasten der Krankenkasse, hier also der Beklagten zu 1.

Hinsichtlich der gegenwärtig bestehenden Absicherung des Klägers im Krankheitsfalle sei zudem darauf hinzuweisen, dass die Auffangpflichtversicherung nur durch eine anderweitige Krankenvollversicherung ausgeschlossen werde. Gemeint seien hiermit lediglich entsprechende öffentliche-rechtliche Ansprüche bzw. solche gegen ein privates Krankenversicherungsunternehmen; privatrechtliche Verträge über die Versorgung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe könnten einen solchen umfassenden Schutz nicht begründen.

Hinzu komme im konkreten Fall, dass von der Vertragsklausel „alle in der Anstalt üblichen Leistungen [...] einschließlich der evtl. notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik“ allenfalls solche Gesundheitsleistungen umfasst sein könnten, die einen spezifischen Bezug zur Behinderung des Klägers aufwiesen. Dies ergebe sich bereits aus dem Verweis auf das in der Einrichtung des Beigeladenen „Übliche“. Üblich sei aber gerade nicht, dass der Beigeladene in einem auch nur annähernd dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Umfang Leistungen an seine Bewohnerinnen und Bewohner erbringe. Er schulde dies als Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung auch generell nicht. Daneben mache der Verweis auf die „evtl. notwendig werdende Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik“ deutlich, dass es den Vertragsparteien bei Vertragsschluss allenfalls um Behandlungen mit einem konkreten Bezug zur Behinderung des Klägers gegangen sein könne. Selbst wenn hierbei – worüber zwischen dem Beigeladenen und dem Kläger Ungewissheit bestehe – der Vertrag den Beigeladenen zur Erbringung oder Finanzierung behinderungsspezifischer Krankenbehandlungsleistungen habe verpflichten sollen, gebe der Vertragswortlaut jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte für einen darüber hinausgehenden Leistungsumfang. § 11 SGB V mache demgegenüber deutlich, dass der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich weitergehend sei. Damit stehe – unabhängig von der Frage, zu welchen Leistungen § 1 des Vertrages aus dem Jahre 1968 den Beigeladenen im Einzelnen verpflichte – jedenfalls fest, dass der Beigeladene dem Kläger aus § 1 des Vertrages allenfalls eine Teilmenge des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung schulde. Damit sei die Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aber nicht ausgeschlossen.

Die Beklagte verwies dagegen darauf, dass die Gesetzesbegründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (BT-Drs. 16/3100, S. 94) nur Beispielfälle für eine anderweitige Absicherung aufzähle, nicht aber abschließend sei. Werde eine vertragliche Übernahme der Krankensorge erklärt, komme

es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht darauf an, dass diese anderweitige Absicherung qualitativ dem Versicherungsschutz in der GKV entspreche. Maßgeblich sei vielmehr ein die Voraussetzungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllendes Sicherungsniveau.

Der zwischen den Eltern des Klägers und dem Beigeladenen geschlossene Vertrag erfülle dieses geforderte Schutzniveau, welches zumindest die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Teilbehandlung sowie eine Selbstbeteiligung in Höhe von maximal 5000 € jährlich erfordere. Ausweislich des Vertrags hätten die Eltern des Klägers dessen umfassende Betreuung bis an sein Lebensende erreichen wollen. Sie seien erkennbar davon ausgegangen, mit der Betreuung des Klägers und damit auch mit der Sorge um dessen Gesundheit nicht weiter belastet zu werden; der Beigeladene sollte diese Verpflichtung für sie übernehmen. Dies werde auch aus dem vertraglich vereinbarten Pauschbetrag ersichtlich, mit dem sämtliche die Inobhutnahme betreffenden Kosten abgegolten werden sollten. Schließlich hätten die Eltern mit der Inobhutnahme den Kontakt zu dem Kläger abgebrochen. Dass der Beigeladene seit 1968 für die Gesundheitssorge des Klägers tatsächlich eingetreten sei, beruhe nicht auf dessen diakonischem Selbstverständnis, sondern auf der vertraglich eingegangenen Verpflichtung. Gemäß dem Vertragszweck habe er dem Kläger letztlich entsprechend den Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII Leistungen erbracht. Daneben habe er sich bereiterklärt, im Falle einer zu Stande kommenden Versicherung bei der Beklagten die Versicherungsbeiträge zu übernehmen. Der Beigeladene handele damit rechtlich betrachtet wie ein Sozialhilfeträger (§§ 53 ff. und § 32 SGB XII). Zur modernen Sozialhilfe gehöre aber auch die Hilfe bei Krankheit gemäß § 48 SGB XII. Die Leistungen nach dieser Rechtsvorschrift entsprächen den Leistungen zur Krankenbehandlung nach dem SGB V. Sollte der Beigeladene hiervon abweichend tatsächlich nicht von der vertraglichen Verpflichtung zur Krankenfürsorge ausgegangen sein, sei es unverständlich, warum er gegenüber den Eltern des Klägers oder seinem Betreuer niemals Regressansprüche geltend gemacht habe.

Im Übrigen trage derjenige die Beweislast für das Vorliegen der Versicherungspflicht, der sich auf diese berufe.

Das sozialgerichtliche Verfahren wurde zwischenzeitlich für die Durchführung eines Güterichterverfahrens ruhend gestellt. In dessen Rahmen gab die schriftlich angehörte Mutter des Klägers mit Schreiben vom 16. Mai 2018 an, die Frage einer Absicherung ihres Sohnes im Krankheitsfall nicht mehr mit Gewissheit beantworten zu können. Sie wisse aber mit Sicherheit, dass ihr damaliger Ehemann, der Vater des Klägers, nicht krankenversichert gewesen sei. Er habe einen so genannten „privaten“ Hausarzt gehabt, den er bezahlt und der bei Bedarf auch die Kinder betreut habe. Deswegen gehe sie davon aus, dass auch diese damals nicht versichert gewesen seien. Bei Übergabe der Kinder an den Rechtsvorgänger der Beigeladenen habe es nur geheißen, sie seien dort jetzt „auf Lebenszeit eingekauft“.

Der Beigeladene hat das Schreiben nach dem erfolglosen Abschluss des Güterichterverfahrens ins Hauptverfahren eingebracht; die anderen Beteiligten haben dem nicht widersprochen.

Am 28. Januar 2022 entschied das Oberlandesgericht Frankfurt am Main (25 U 90/18) rechtskräftig über die Berufung in der zivilgerichtlichen Auseinandersetzung zwischen dem

Kläger und dem Beigeladenen um die Anpassung des in 1968 geschlossenen Vertrages. Hierbei stellte es in den Entscheidungsgründen fest, dass der Beigeladene (und dortige Kläger) nach den Grundsätzen der Störung der Geschäftsgrundlage (§ 313 BGB) einen Anspruch gegen den Kläger (den dortigen Beklagten) auf Anpassung des Vertrages vom 25. April 1968 und hieran anschließend auf Zahlung eines weiteren Betrages in Höhe von 254.188,84 Euro habe. Zwar müsse bei Vereinbarung eines lebenslangen Heimvertrages jeder Vertragsteil damit rechnen, dass die als Berechnungsgrundlage zugrunde gelegte Lebenserwartung nicht der tatsächlichen Lebensdauer des Hilfsbedürftigen entspreche, sondern diese – teilweise sogar erheblich – unter- oder überschritten werden könne. Vorliegend bestünden aber zugleich Anhaltspunkte dafür, dass die Vertragsparteien übereinstimmend davon ausgegangen seien, dass sich die aus der Einmalzahlung erzielbaren Kapitalzinsen und die Steigerung des Pflegesatzes während der gesamten Betreuungszeit in etwa die Waage halten würden. In Anbetracht der zwischenzeitlich eingetretenen erheblichen Veränderungen dieser bei Vertragsschluss zugrunde gelegten gemeinsamen Vorstellungen, nämlich Lebenserwartung, Entwicklung der Pflegekosten (tatsächlicher Anstieg des jährlichen Pflegesatzes: von im Jahr 1968 [umgerechnet] 2.847 Euro bis zum Jahr 2020 auf 73.923,45 Euro) und Entwicklung der Zinsen, sei vorliegend wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls von einer Äquivalenzstörung des Vertrages auszugehen. Die Anpassung erfolge nach den Grundsätzen der unter Berücksichtigung der Risikoverteilung bestehenden Zumutbarkeit. Eventuelle Kosten der Krankenfürsorge wurden in der Entscheidung nicht berücksichtigt.

Mit Urteil vom 23. November 2022 wies das Sozialgericht die Klage als unbegründet ab. Der Bescheid der Beklagten vom 11. April 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. September 2015 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger unterliege nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, so dass auch keine Pflichtmitgliedschaft bei der Beklagten zu 1) gegeben sei. Die Versicherungspflicht aus § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sei als Auffangtatbestand nachrangig gegenüber allen anderen Formen der Versicherung. Sie greife vorliegend nicht ein, da mit dem zugunsten des Klägers geschlossenen Vertrag aus dem Jahr 1968 eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für den Kläger bestehe. Diese müsse nicht das Versicherungsniveau der GKV bieten und müsse nicht zwingend in der Form einer Versicherung vorliegen. Nach dem Wortlaut des § 1 des Vertrages habe der Beigeladene den Kläger bis an sein Lebensende nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik betreuen und ihm alle in der Anstalt üblichen Leistungen gewähren sollen, die zu seinem Wohle dienten, einschließlich der eventuell notwendig werdenden Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik. Diese Regelung habe auch die medizinische Betreuung des Klägers umfasst. Der Beigeladene habe bereits bei Vertragsschluss über medizinische Einrichtungen verfügt, die in der „Anstalt üblichen Leistungen“ hätten auch eine medizinische Versorgung im Allgemeinen umfasst. Die Regelung habe dem Wortlaut nach auch die Aufnahme und Behandlung in einer Spezialklinik vorgesehen. Sinn und Zweck der Regelung im Jahr 1968 sei es für die Vertragsschließenden gewesen, dass der Kläger bis an sein Lebensende vollumfänglich versorgt sei. Diese Versorgung habe auch die medizinische Betreuung umfasst. Davon sei auch der Beigeladene ausgegangen, als er die erforderlichen Kosten für die in den letzten Jahrzehnten angefallene Behandlungskosten bis ins Jahr 2016 übernommen habe. Eine Anpassung des Vertrages sei diesbezüglich bisher nicht erfolgt, stattdessen seien im Verfahren vor dem Oberlandesgericht nur weitere Vergütungsansprüche geklärt worden. Die zuletzt unter Vorbehalt erfolgte

Kostenübernahme habe den Vertragsinhalt nicht verändert. Dieser Umstand spreche für das Gericht dafür, dass eine Absicherung im Krankheitsfall gewollt gewesen und gelebt worden sei. Es bestehe eine der Krankenhilfe im Sozialhilferecht vergleichbare Regelung. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall setze (nur) einen bestehenden Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall voraus, der den Anforderungen des § 194 Abs. 1 BGB genüge und gerichtlich durchsetzbar sei. Dies sei hier der Fall. Nach den Grundsätzen der modernen Sozialhilfe und Heilpädagogik sei davon auszugehen, dass die Vertragsparteien aufgrund der Regelungen in § 1 des Vertrages auch vergleichbare Leistungen des Fünften Buches (Hilfen zur Gesundheit) erfasst hätten. Davon seien die Vertragsparteien auch jahrzehntelang ausgegangen. Da damit keine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gegeben sei, ergebe sich auch keine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung (§ 20 SGB XI).

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 24. April 2023 zugegangene Urteil hat der Kläger am 16. Mai 2023 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Der Kläger sei gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied der Beklagten zu 1. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne dieser Vorschrift sei nicht gegeben. Die vertraglich vereinbarten „in der Anstalt üblichen Leistungen“ seien solche, die typischerweise, also regelmäßig, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht würden wie etwa Teilhabeleistungen und die damit verbundenen Pflegeleistungen. Eine medizinische Versorgung im Sinne des SGB V gehöre hierzu üblicherweise nicht. Das Sozialgericht habe seine Annahme, dass der Beigeladene bereits bei Vertragsschluss über medizinische Einrichtungen verfügt habe, durch nichts belegt. Auch sei das Oberlandesgericht Frankfurt am Main an keiner Stelle seiner Entscheidung davon ausgegangen, dass der Beigeladene dem Kläger eine – ggf. auswärts einzukaufende – Absicherung im Krankheitsfall schulde. Vielmehr habe es den im Rahmen der Vertragsanpassung ausgeurteilten Betrag alleine unter Berücksichtigung von Leistungen der Pflege und Eingliederungshilfe ermittelt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 23. November 2022 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. April 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. September 2015 aufzuheben und festzustellen, dass der Kläger seit dem 1. April 2007 bei der Beklagten zu 1 gesetzlich krankenversichert und bei der Beklagten zu 2 sozial pflegeversichert ist.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Der Umstand, dass sich der Beigeladene bis zum Jahr 2013 nicht gegen die Tragung der Krankenbehandlungskosten gewehrt habe, belege, dass auch er davon ausgegangen sei, diese mit dem Vertrag von 1968 übernommen zu haben. Die Vertragsparteien hätten damals die gesamte Sorge um den Kläger von dessen Eltern auf den Beigeladenen übertragen wollen.

Der Beigeladene hat angegeben, die Krankenbehandlungskosten des Beigeladenen – ohne Anerkennung einer Rechtspflicht – den Leistungserbringern gegenüber bis heute zu begleichen. Zu der Frage, über welche medizinischen Versorgungseinrichtungen er bei Vertragsschluss im Jahre 1968 verfügte bzw. bis heute verfüge, hat er vorgetragen, dass –

soweit aufklärbar – der Beigeladene bis 1963 ein allgemeines Krankenhaus betrieben habe. Für die Folgezeit könnten nur noch Mutmaßungen angestellt werden. Vermutlich habe es für eine Weile noch eine kleine Chirurgie für die Bewohner und eine Abteilung für Neurologie und Psychiatrie gegeben. In einem Einzelschriftstück seien zudem eine Nervenlinik sowie eine nervenklinische Abteilung für Knaben erwähnt. Aus dem Jahr 1989 existiere ein Versorgungsbescheid über eine neurologische Klinik mit 90 Planbetten. Heute betreibe der Beigeladene eine Fachklinik für Neurologie mit Schlaganfall-Station und eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zur stationären Behandlung. Hinzu kämen eine Psychiatrische Tagesklinik sowie eine Psychiatrische Institutsambulanz. Es bestehe außerdem ein eigener Gesundheitsdienst mit Ärzten und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen sowie Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen für die in A-Stadt lebenden Klienten und Klientinnen mit geistigen Behinderungen. Diese würden dort im Bedarfsfall behandelt. Die erbrachten Leistungen würden, wie im Falle jeglicher ärztlichen Behandlung der Bewohner, nach den Regelungen des SGB V mit der jeweiligen Krankenversicherung oder gegebenenfalls privat abgerechnet. Wie bereits von der Klägerseite vorgetragen, fielen unabhängig von der Trägerschaft der medizinischen Einrichtungen Arztrechnungen auch für den Kläger an.

Der Beigeladene hat einen eigenen Antrag nicht gestellt.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat Erfolg. Sie ist zulässig und begründet. Das Urteil des Sozialgerichts war abzuändern und festzustellen, dass der Kläger seit dem 1. April 2007 im Rahmen der sog. Auffangpflichtversicherung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei der Beklagten zu 1 gesetzlich krankenversichert und dem folgend gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI bei der Beklagten zu 2 sozial pflegeversichert ist.

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (eingefügt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG> vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378) sind seit dem 1. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und (lit. a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder (lit. b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten. Die so genannte Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V tritt wie jede Pflichtversicherung kraft Gesetzes ein. Sie beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland und setzt weder den Abschluss eines Vertrages voraus noch fordert sie Kenntnis von der Versicherungspflicht. Der Mitgliedschaft folgt eine entsprechende, auch rückwirkende Beitragspflicht. Kosten, die zwischenzeitlich in der Annahme, nicht versichert zu sein, angefallen sind, sind nach § 13 Abs. 3 SGB V zu erstatten (nur LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19. Februar 2020 – L 9 KR 54/17 –, juris, Rn. 43).

Der Kläger verfügt über keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine solche anderweitige Absicherung folgt insbesondere nicht aus dem zwischen den Eltern des Klägers und dem Beigeladenen im April 1968 geschlossenen Vertrag.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bestimmt nicht selbst, was unter einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall im Sinne dieser Vorschrift zu verstehen ist. Einzelne Tatbestände einer „anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ benennt § 5 Abs. 8a SGB V, der das (negative) Tatbestandsmerkmal in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V damit konkretisiert, jedoch nicht abschließend zu verstehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, juris, Rn. 19). Nach § 5 Abs. 8a SGB V fällt danach nicht unter die Auffangpflichtversicherung, wer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 SGB V versichert ist (Satz 1) oder wer Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches, dem Teil 2 des Neunten Buches oder Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes ist (Satz 2). Keine dieser Tatbestandsalternativen trifft auf den Kläger zu.

Die Gesetzesbegründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führt darüber hinaus aus, dass ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall insbesondere die nicht gesetzlich oder privat krankenversicherten Personen seien, die zugleich keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 Achten Buch Sozialgesetzbuch, § 48 SGB XII, § 264 SGB V, auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge hätten, die nicht beihilfeberechtigt seien, keinem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehörten und auch keinen Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen hätten (BT-Drs. 16/3100, S. 94). „Insbesondere“ meint insoweit – abweichend von der grammatikalischen Satzkonstruktion – nicht, dass es noch weitere Fallgruppen nicht anderweitig Abgesicherter gibt, sondern dass die nachfolgende Auflistung der anderweitigen Formen von Absicherung, die eine Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließen, nicht abschließend zu verstehen ist (nur BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, juris, Rn. 19).

Der Begriff des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist damit weder gesetzlich noch im Rahmen der Gesetzesbegründung abschließend definiert. Systematisch ergibt sich jedoch, dass § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst dann eingreifen soll, wenn alle anderen denkbaren Absicherungsmöglichkeiten ausscheiden. Es handelt sich also um eine subsidiäre Absicherung für Personen, die anderenfalls die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen selbst tragen müssten. Trotz seiner Nachrangigkeit gegenüber anderweitigen Ansprüchen auf Absicherung genügt § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – jedenfalls in Verbindung mit der zeitgleich eingeführten Versicherungspflicht im PKV-System – dem danach zentralen Regelungsziel, wonach in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein sollte. Für die Nachrangigkeit des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V spielt es damit etwa keine Rolle, ob eine anderweitige Absicherung auf der Grundlage ausländischen oder deutschen Rechts besteht (zu allem BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, juris, Rn. 14 m.w.N.). Möglich ist auch eine Absicherung, die weder dem System der gesetzlichen noch dem der privaten Krankenversicherung im Sinne des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) zuzuordnen ist (vgl. etwa BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, juris, Rn. 19 f. für die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

durch eine betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bundesbahn als Körperschaft des öffentlichen Rechts). Entscheidend ist, dass eine dem Regelungsziel entsprechende Entlastung von den im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen erfolgt (BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, juris, Rn. 14) und mit einer dauerhaften Erfüllung der Ansprüche gerechnet werden kann und damit ein späteres ersatzweises Eintreten der Fürsorge bzw. gesetzlicher oder privater Krankenversicherung ausgeschlossen ist (so Gerlach, in Hauck/Noftz, SGB V, Stand: 3. EL 2025, § 5 Rn. 608). Nicht erforderlich ist demgegenüber, dass die anderweitige Absicherung hierbei qualitativ dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Maßgeblich ist vielmehr ein die Voraussetzungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllendes Sicherungsniveau (ausführlich BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, juris, Rn. 15 ff. m.w.N.). Dieses umfasst mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung (nicht für Zahnbehandlungen oder Zahnersatz; auch keine Absicherung von Pflegeleistungen), bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist.

Nach der Konzeption des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist indes eine solche die Auffangpflichtversicherung ausschließende Absicherung im Krankheitsfall durch eine Vereinbarung zwischen Privaten, die – wie hier – weder der Versicherungswirtschaft angehören noch Versicherungsleistungen im Rahmen eines irgendwie gearteten, hierfür geschaffenen und gesetzlich anerkannten institutionellen Rahmens erbringen, unabhängig vom Willen und konkreten Inhalt der Vereinbarung zur Überzeugung des Senats rechtlich von vornherein ausgeschlossen.

Für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind die Vermögensverhältnisse der zu versichernden Person ohne Relevanz. Finanzielle Solvenz führt nicht zur Versicherungsfreiheit. Hieran kann der zu Versichernde auch nichts dadurch ändern, dass er die Tragung seiner zukünftigen Krankenbehandlungskosten vertraglich auf einen solventen privaten Dritten überträgt. Der einmalige Einkauf letztlich unbegrenzter Versicherungsleistungen gegen einen Festbetrag – wie hier – widerspricht in einer solchen Konstellation nicht nur dem zivilrechtlichen Äquivalenzprinzip, sondern stellt sich zugleich der Konzeption des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gegenüber als systemwidrig dar.

Dabei erachtet der Senat es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Eltern des Klägers über die mit dem Beigeladenen geschlossene vertragliche Vereinbarung erreichen wollten, zu keinem Zeitpunkt und in keiner Weise mehr durch die Existenz ihres Sohnes belastet zu werden, und dass in diesem Zusammenhang nicht nur die gesundheitliche Fürsorge, sondern auch die mit dieser entstehenden Kosten ab Vertragsschluss auf den Beigeladenen übergehen sollten. Für ein entsprechendes Vertragsverständnis der Beteiligten spricht auch, dass der Beigeladene über Jahrzehnte hinweg für Kosten der Krankenbehandlung keinerlei Erstattungsansprüche gegen den Kläger, seine Eltern oder Dritte geltend machte. Zugleich änderte sich mit dieser vertraglichen Vereinbarung aber nicht die rechtliche Qualität der Einstandspflicht, die die Eltern des Klägers von sich auf den Beigeladenen übertrugen. Hätten bei Inkrafttreten des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 1. April 2007 noch immer die Eltern des Klägers – etwa im Wege einer unterhaltsrechtlichen Verpflichtung – für dessen gesundheitliche Absicherung verantwortlich gezeichnet, so hätte dies dem Eintritt der gesetzlichen Pflichtversicherung in keiner Weise entgegengestanden. Nichts anderes gilt – das

Obenstehende zugrunde gelegt – aufgrund der Übernahme dieser Einstandspflicht durch den Beigeladenen, einen privaten Verein, der kein Versicherungsgeschäft mit einem entsprechenden Versicherungskollektiv und den damit verbundenen institutionellen Sicherungen nach dem VVG und dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) betreibt, sondern satzungsgemäß im Rahmen der Behindertenhilfe tätig ist und die Verpflichtung zur Gesundheitsversorgung nur in einem Einzelfall vertraglich übernommen hat. Auf eine weitere Auslegung – oder auch nachträgliche Anpassung – des Vertrages von 1968 kommt es damit vorliegend nicht an.

Der Senat geht weiter davon aus, dass der Kläger zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert war und damit ein Fall des § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b SGB V gegeben ist. Zu diesem Ergebnis gelangt der Senat nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast.

Ob die für den klägerseitig geltend gemachten Anspruch – hier: das Bestehen eines Pflichtversicherungsverhältnisses in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – maßgeblichen Tatsachen vorliegen oder nicht, entscheidet das Gericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung (§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Erst wenn die Möglichkeiten zur weiteren Erforschung des Sachverhalts ausgeschöpft sind und sich bestimmte für den geltend gemachten Anspruch relevante Tatsachen nicht zur Überzeugung des Gerichts feststellen lassen, greifen auch im Sozialrecht die allgemeinen Regeln der objektiven Beweislast (nur Meyer-Ladewig u.a., SGG, 13. Auflage, 2020, § 103 SGG Rn. 19a m.w.N.). Danach ist zu Lasten desjenigen, der aus einer nicht feststellbaren Tatsache eine für ihn günstige Rechtsfolge ableitet, anzunehmen, dass diese Tatsache nicht gegeben ist (nur BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 – 10 RV 945/55 –, juris, Rn. 18). Somit liegt die objektive Beweislast für alle anspruchsbegründenden Tatbestandsmerkmale grundsätzlich bei demjenigen, der den Anspruch geltend macht, also regelmäßig beim Kläger, und zwar auch dann, wenn es um das Fehlen bestimmter Umstände (sog. negative Tatbestandsmerkmale) geht (BSG, Urteil vom 8. November 2005 – B 1 KR 18/04 R –; Meyer-Ladewig u.a., a.a.O.; jeweils m.w.N.). Für den vorliegenden Fall hätte dies zur Folge, dass der Kläger, der die Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b SGB V begehrt, grundsätzlich auch die Beweislast für das Tatbestandsmerkmal „bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert“ trägt.

Diese pauschale Betrachtungsweise bedarf im Hinblick auf negative Tatsachen indes einer Differenzierung, den das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg aus Sicht des Senats – dort im Hinblick auf einen aus einem (streitigen) Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V abgeleiteten Vergütungsanspruch – zutreffend begründet und ausdifferenziert hat (Urteil vom 11. Mai 2017 – L 9 KR 494/14 –, juris, Rn. 38 ff.):

„[...] Insoweit kann nicht außer Acht gelassen werden, dass der Grundsatz, dass negative Tatsachen nicht zu beweisen sind („negativa non sunt probanda“), in vielen Bereichen des Rechts anerkannt ist, z.B. im Verwaltungsverfahrensrechts im Hinblick auf die Behauptung, ein Schreiben sei nicht zugegangen (BSG, Urteil vom 26. Juli 2007 – B 13 R 4/06 R; Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 21. Juni 2012 – 12 A 828/12 –, BFH, Urteil vom 14. März 1989 – VII R 75/85 –, alle juris), im Recht der Arbeitsförderung (Landessozialgericht für das Saarland, a.a.O.), im Rentenversicherungs- (Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 16. September 2003 – L 6 RJ 102/03 –, juris) und

Unfallversicherungsrecht (Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht / Ricke, Stand: März 2017, SGB VII § 162 Rn. 22a), im Strafrecht (Vogel in: Laufhütte u.a., Strafgesetzbuch – Leipziger Kommentar, 2007, § 15 StGB, Rd. 70) oder im Steuerrecht (Urban, DStZ 2016, 747). Im vom Beibringungsgrundsatz geprägten Zivilprozess wird dem mit einer abgestuften Darlegungs- bzw. Bestreitenslast Rechnung getragen. Danach hat der Beklagte im Zusammenhang mit dem Bestreiten eines anspruchsbegründenden negativen Tatbestandsmerkmals – etwa „ohne rechtlichen Grund“ (§ 812 Abs. 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch <BGB> oder das Unterlassen einer geschuldeten Aufklärung – auch Umstände (z.B. den rechtlichen Grund i.S.v. § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB) darzulegen, auf deren Widerlegung sich die Beweislast des Klägers dann konkretisiert (Balzer, Beweisaufnahme und Beweiswürdigung im Zivilprozess, 2011, Ziff. 1.2.2.).

Eine abgestufte Darlegungs- und Beweislast ist dem dem Amtsermittlungsgrundsatz verpflichteten öffentlichen Recht nicht fremd (BSG, Urteil vom 29. Januar 2009 – B 3 P 7/08 R –, Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 24. Juni 2009 – L 1 KR 76/08 –, Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 08. Juni 2017 – L 30 P 22/12 KL –, Sächsisches Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 11. April 2017 – 5 B 262/16 –, alle juris; Zieglmeier, DB 2004, 1830) und wird Konstellationen der vorliegenden Art in besonderer Weise gerecht. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Ermittlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser typischerweise stark eingeschränkt sind (Flachsbarth, PKR 2012, 2; Braun a.a.O.). Für Informationen durch Verwandte oder andere nahestehende Personen nicht auskunftsfähiger Patienten sind die Krankenhäuser auf deren freiwillige Mitarbeit angewiesen. Auch Auskunftsansprüche gegenüber Behörden stehen Krankenhäusern – i.d.R. wegen datenschutzrechtlicher Belange – nicht zu, wohl aber den Krankenkassen. Nicht zuletzt dieses Ungleichgewicht bei den Ermittlungsmöglichkeiten rechtfertigt es, den Krankenkassen eine besondere Darlegungslast aufzuerlegen.

Haben daher – wie hier – die Ermittlungen einen Anspruch des Krankenhauspatienten auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht beweisen können, muss die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Krankenversicherung festgestellt wurde, einen bei verständiger Betrachtung und nach allgemeiner Lebenserfahrung naheliegenden Sachverhalt darlegen, aus dem sich eine anderweitige Absicherung ergeben kann. Kommt sie dem nach, trägt das Krankenhaus die Beweislast dafür, diesen Sachverhalt nicht widerlegen zu können. Entspricht das Krankenhaus dieser Obliegenheit hingegen nicht, ist zu seinen Lasten davon auszugehen, dass kein Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht.“ (vgl. dem folgend auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 29. März 2023 – L 10 KR 610/20 –, juris, Rn. 63).“

Der Senat schließt sich diesen Ausführungen zunächst aus eigener Überzeugung vollumfänglich an, ohne indes zu verkennen, dass die vorliegende Fallkonstellation sich von der durch das LSG Berlin-Brandenburg entschiedenen in mehrfacher Hinsicht unterscheidet. Vergleichbar ist indes, dass der Kläger hier aus eigener Kraft zur weiteren Sachverhaltsaufklärung nichts mehr beitragen kann. Die seitens seiner Prozessbevollmächtigten beigebrachte Erklärung seiner Mutter spricht für seinen Anspruch. Diese gibt an, von einer Versicherung des Klägers zu keiner Zeit gewusst zu haben. Sie könne jedoch sicher sagen, dass ihr früherer Ehemann nicht über eine Krankenversicherung verfügt habe. Dieser habe einen privaten, von ihm bezahlten Hausarzt gehabt, der bei Bedarf auch die Kinder betreut habe. Diese Schilderung spricht aus Sicht des Senats stark dafür, dass eine

Krankenversicherung des Klägers vor 1968 nicht bestand. Die Beklagte hat nichts vorgetragen bzw. vortragen können, was eine andere Annahme wahrscheinlich machen würde und – als alternativ möglicher Geschehensablauf – gegebenenfalls durch den Kläger widerlegt werden könnte bzw. müsste. Auch aus Sicht des Senats sind anderweitige Hinweise nicht erkennbar. Die letztlich fortbestehende Nichtbeweisbarkeit des Bestehens bzw. Nichtbestehens eines gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsverhältnisses des Klägers in den Jahren 1960 bis 1968 geht damit hier mit der Beklagten nach Hause.

Schließlich gehört der Kläger auch nicht zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen.

Die Voraussetzungen der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b SGB V sind damit gegeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG, die Zulassung der Revision aus § 160 Abs. 2 SGG.

Entscheidung 5 –BSG Urt. v. 18.12.2024 – B 8 SO 1/24 R:

Tenor:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Dezember 2023 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin auch ihre außergerichtlichen Kosten für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Erstattungsbescheids der Beklagten.

Die 1962 geborene Klägerin erhielt seit Mai 2010 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Auf ihren Antrag hin bewilligte ihr die Beklagte für den Monat Juli 2010 ergänzende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch – Sozialhilfe – (SGB XII, Bescheid vom 25.5.2010). Der Bescheid enthielt den Hinweis, dass nach Ablauf des Bewilligungszeitraums die Leistungen jeweils für einen Monat weiterbewilligt würden, wenn sich die wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse nicht geändert hätten. Auch über Juli 2010 hinaus erfolgte monatlich eine Auszahlung des ursprünglich bewilligten Betrages.

Ab dem 28.10.2010 lebte die Klägerin nicht mehr an ihrer im Antrag angegebenen Adresse, sondern an einer anderen Adresse in U. Überdies lebte sie zunächst in eheähnlicher und seit dem 1.4.2011 in ehelicher Lebensgemeinschaft mit ihrem Partner. Sie teilte diese Änderungen der Beklagten nicht mit. Eine monatliche Auszahlung der Leistungen erfolgte unverändert.

Mit Schreiben vom 12.1.2011 forderte die Beklagte die Klägerin unter Hinweis auf eine jährliche Pflicht zur Überprüfung des Leistungsanspruchs zur erneuten Antragstellung bzw. -ausfüllung und Einreichung aktueller Unterlagen bezüglich ihrer Lebensverhältnisse auf. Dabei wies die Beklagte darauf hin, dass über eine Weitergewährung und -zahlung der Leistungen ab dem 1.4.2011 erst nach Eingang aller angeforderten Unterlagen entschieden werden könne. Die Klägerin äußerte sich nicht. Dennoch überwies die Beklagte über den 1.4.2011 hinaus ohne weiteren Bescheid monatliche Zahlungen auf deren Konto. Die Sachbearbeitung hatte es versäumt, ein Häkchen in der EDV-Fachanwendung zu entfernen, wodurch der weitere Zahlungslauf veranlasst worden ist.

Im Zuge einer internen Prüfung erlangte die Beklagte im Januar 2016 Kenntnis von den veränderten Lebensumständen der Klägerin. Sie hörte die Klägerin hinsichtlich der beabsichtigten Leistungseinstellung und Rückforderung der seit dem 1.1.2011 gezahlten Hilfe zum Lebensunterhalt an und forderte zugleich zur Darlegung und zum Nachweis der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Ehemanns auf (Schreiben vom 26.1.2016). Die Klägerin äußerte sich dahingehend, dass die Leistungen im März 2011 eingestellt worden

seien, da sie auf die Aufforderung der Beklagten vom 12.1.2011 hin keine weiteren Leistungen beantragt habe.

Die Beklagte nahm darauf den Bewilligungsbescheid vom 25.5.2010 zurück und forderte die Klägerin zur Rückzahlung eines im Zeitraum vom 28.10.2010 bis zum 30.11.2015 gezahlten Betrages von 15.033,56 Euro auf (Bescheid vom 16.2.2016; Widerspruchsbescheid vom 2.12.2016).

Das Sozialgericht (SG) Itzehoe hat die Klage abgewiesen, soweit die Rückzahlungsforderung einen Betrag von 14.917,79 Euro nicht überstieg (Urteil vom 8.1.2019). Im Übrigen hat es den Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid aufgrund eines Rechenfehlers der Beklagten aufgehoben. Das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht (LSG) hat das erstinstanzliche Urteil und den Rückforderungsbescheid insoweit aufgehoben, als diese die Zahlungen im Zeitraum zwischen dem 1.4.2011 und 30.11.2015 betreffen (Urteil vom 13.12.2023). Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte habe ihr Ermessen fehlerhaft ausgeübt, indem sie den behördlichen Fehler, der wesentlich zur Überzahlung geführt habe, nicht in ihre Ermessensabwägung eingestellt habe.

Hiergegen wendet sich die Beklagte mit ihrer Revision. Sie ist der Auffassung, ein „normaler“ Behördenfehler, wie er hier vorliege, sei mit der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht in die Ermessensabwägung einzustellen. Ein normaler Verwaltungsfehler allein sei nicht geeignet, die Annahme schutzwürdigen Vertrauens zu rechtfertigen; erst Recht nicht, wenn zur Verantwortlichkeit der Behörde hinsichtlich der Rechtswidrigkeit des Verwaltungsakts eine solche des Begünstigten hinzutrete.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Dezember 2023 abzuändern und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 8. Januar 2019 insgesamt zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

II.

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet (§ 170 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz <SGG>).

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 16.2.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2.12.2016, mit dem die Beklagte den Bewilligungsbescheid vom 25.5.2010 zurückgenommen hat und soweit sie für den Zeitraum vom 1.4.2011 bis zum 30.11.2015 erbrachte Leistungen in Höhe von 13.472,09 Euro zurückfordert.

Die erhobene Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGG) ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Von Amts wegen zu berücksichtigende Verfahrenshindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen.

Die Revision hat in der Sache aber keinen Erfolg. Das LSG hat zu Recht angenommen, dass der angegriffene Aufhebungs- und Erstattungsverwaltungsakt der Beklagten hinsichtlich des noch streitigen Zeitraums rechtswidrig ist und die Klägerin in ihren Rechten verletzt. Rechtsgrundlage für den noch streitigen Zeitraum ist § 50 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X). Danach sind Leistungen, soweit sie ohne Verwaltungsakt zu Unrecht erbracht worden sind, zu erstatten. §§ 45 und 48 SGB X gelten entsprechend.

Der Bescheid ist formell rechtmäßig. Die Beklagte war für die Entscheidung örtlich und sachlich zuständig (§ 3 Abs. 2, § 97 Abs. 1 SGB XII iVm § 1 Abs. 1 Satz 1, § 2 Abs. 1 des schleswig-holsteinischen Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch <AG-SGB XII>, § 98 Abs. 1 SGB XII). Die erforderliche Anhörung (§ 24 Abs. 1 SGB X) hat ordnungsgemäß stattgefunden. Dem steht nicht entgegen, dass die Beklagte dabei auf §§ 45, 50 Abs. 1 SGB X als Ermächtigungsgrundlage abgestellt hat (im Einzelnen sogleich); denn diese sind auf dasselbe Ziel wie § 50 Abs. 2 SGB X gerichtet (vgl. nur BSG vom 10.9.2013 – B 4 AS 89/12 R – BSGE 114, 188 = SozR 4-4200 § 11 Nr. 62, RdNr. 14).

Der hinreichend bestimmte (§ 33 Abs. 1 SGB X) Aufhebungs- und Erstattungsbescheid ist materiell rechtswidrig. Zwar sind die Tatbestandsvoraussetzungen des § 50 Abs. 2 SGB X erfüllt. Die Entscheidung leidet jedoch an einem Ermessensfehler und ist deshalb insoweit aufzuheben (vgl. BSG vom 23.2.2023 – B 8 SO 9/21 R – SozR 4-3500 § 93 Nr. 1 RdNr. 28). Die Auszahlungen an die Klägerin beruhen auf einem groben behördlichen Fehler, der in die Ermessensabwägung hätte eingestellt werden müssen.

Dabei führt der Umstand, dass die Beklagte ihre Aufhebungs- und Erstattungsentscheidung für den streitigen Zeitraum in unzutreffender Weise auf § 45 Abs. 2 iVm § 50 Abs. 1 SGB X gestützt hat, nicht zur Rechtswidrigkeit. Der streitige Verwaltungsakt kann nach § 43 Abs. 1 SGB X umgedeutet werden. Voraussetzung für eine Umdeutung ist, dass der neue Verwaltungsakt auf das gleiche Ziel gerichtet ist wie der ursprüngliche fehlerhafte Verwaltungsakt, der neue Verwaltungsakt von der erlassenden Behörde in der geschehenen Verfahrensweise und Form rechtmäßig hätte erlassen werden können und die Voraussetzungen für dessen Erlass vorliegen. Dies ist dann der Fall, wenn die beiden Verwaltungsakte die gleiche materiell-rechtliche Tragweite aufweisen. Regelungszweck und Regelungsinhalt müssen für den Adressaten im Wesentlichen gleichartig sein (vgl. BSG vom 25.5.2018 – B 13 R 33/15 R – SozR 4-2600 § 89 Nr. 4 RdNr. 16; Leopold in jurisPK-SGB X, 3. Aufl. 2020, § 43 SGB X, RdNr. 31 mwN, Stand 15.11.2023). Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Sowohl § 45 Abs. 2 iVm § 50 Abs. 1 SGB X als auch § 50 Abs. 2 SGB X sind auf die Rückabwicklung überzahlter Leistungen gerichtet. Zudem gelten für beide vergleichbare Wertungen, da § 50 Abs. 2 SGB X den § 45 SGB X für entsprechend anwendbar erklärt und beide Konstellationen auf Rechtsfolgende Ermessenserwägungen vorsehen (vgl. BSG vom 24.1.1995 – 8 RKn 11/93 – BSGE 75, 291 = SozR 3-1300 § 50 Nr. 17 zur Umdeutung eines Verwaltungsakts nach § 50 Abs. 2 SGB X in einen solchen nach §§ 45, 50 Abs. 1 SGB X).

Die Beklagte hat die Leistungen im maßgeblichen Zeitraum zu Unrecht erbracht. Dies ist der Fall, wenn die Leistungserbringung weder formell auf einer ausgesprochenen Bewilligung noch materiell auf einem gesetzlichen Anspruch des Empfängers beruht (vgl BSG vom 11.9.2019 – B 6 KA 13/18 R – SozR 4-7610 § 812 Nr. 9, SozR 4-1200 § 42 Nr. 4, SozR 4-1300 § 50 Nr. 6, RdNr. 15).

Dass die Regelung des § 50 Abs. 2 SGB X nicht schon allein aufgrund eines formellen Mangels von einer Erstattungspflicht ausgeht, ergibt sich aus dem verfolgten Zweck der Norm. § 50 Abs. 2 SGB X zielt auf die Herstellung rechtmäßiger Zustände ab und ermöglicht zur Erreichung dieses Ziels die Rückforderung ungerechtfertigt bereichernder Vermögensverschiebungen. Eine Erstattung allein wegen formeller Mängel könnte aber im Widerspruch zur materiellen Rechtslage stehen. Denn lagen die materiellen Voraussetzungen der Leistungserbringung von Beginn an vor, stand die tatsächliche Leistung insoweit in Einklang mit der Rechtslage. Der Leistungsträger wäre dann zur tatsächlichen Deckung des bestehenden Bedarfs verpflichtet gewesen und eine Erstattung wegen des bloßen Fehlens eines zugrundeliegenden Verwaltungsakts wäre ein unsachgemäßer Formalismus.

Die an die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum gezahlten Leistungen wurden ohne Verwaltungsakt erbracht. Es fehlt bereits an einer Regelung iS des § 31 SGB X, weil ein dafür erforderlicher schriftlich, mündlich oder durch konkludentes Handeln zum Ausdruck gebrachter behördlicher Willensentschluss zur Handlung und Rechtsfolgensetzung fehlt. Für den betreffenden Zeitraum liegt weder eine ausdrückliche Leistungsbewilligung vor, noch kann den erfolgten Zahlungen ein konkludenter behördlicher Willensentschluss zur Leistung beigemessen werden.

Neben der Zahlung als schlichter Realhandlung sind keine weiteren Umstände gegeben, die einen konkludenten Willen zur Bewilligung hinreichend zu begründen vermögen. Dies ergibt die Auslegung des ursprünglichen Bewilligungsbescheids vom 25.5.2010 in Verbindung mit dem Schreiben der Beklagten vom 12.1.2011 am Maßstab des objektiven Empfängerhorizonts (vgl BSG vom 28.10.2008 – B 8 SO 33/07 R – SozR 4-1500 § 77 Nr. 1, SozR 4-3500 § 54 Nr. 2, SozR 4-1300 § 43 Nr. 1, RdNr. 15). Soweit ein behördlicher Wille für (konkludente) Folgebewilligungen im Bescheid vom 25.5.2010 in Gestalt des Hinweises angelegt ist, dass die Leistungen nach Ablauf des Bewilligungszeitraums grundsätzlich jeweils für einen Monat weiterbewilligt würden, kann dies für den noch streitigen Zeitraum nicht angenommen werden. Aus dem Schreiben vom 12.1.2011 ergibt sich, dass bei weiterhin gewollter Inanspruchnahme der Leistung ein neuer Antrag zu stellen sei und entsprechende Unterlagen zum Nachweis der Bedürftigkeit beigebracht werden müssten. Über die Weitergewährung und Zahlung der Leistung ab dem 1.4.2011 könne erst nach Eingang dieser Unterlagen entschieden werden. Damit hat die Beklagte hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht, dass eine weitere Bewilligung und Leistung unter dem Vorbehalt erneuter positiver Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen stehen sollte und sie somit von ihrer ursprünglichen Willensäußerung abgewichen ist. So ist dies nach den Feststellungen des LSG auch von der Klägerin verstanden worden. Sie beruft sich selbst darauf, gerade keinen neuen Leistungsantrag gestellt zu haben und insofern nicht von einer Weiterbewilligung und -zahlung über März 2011 hinaus ausgegangen zu sein, sodass die erfolgten Zahlungen schlichtes Realhandeln bleiben. Eine formelle Bewilligung lag den ausgezahlten Leistungen deshalb nach Ablauf des 31.3.2011 nicht mehr zugrunde.

Die Leistungen wurden auch zu Unrecht erbracht, weil die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum keinen materiellen Leistungsanspruch hatte. Diesem steht hier – unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen insbesondere des Ehemanns der Klägerin – bereits entgegen, dass die Klägerin im streitigen Zeitraum Leistungen weder begehrte, noch diese ihr aufgedrängt werden durften. Zwar unterliegen Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII keiner Antragspflicht (vgl BSG vom 27.7.2021 – B 8 SO 10/19 R – SozR 4-1500 § 88 Nr. 4 RdNr. 9). Der Sozialhilfeträger hat grundsätzlich Leistungen an Bedürftige zu erbringen, sobald ihm das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen bekannt wird (§ 18 Abs. 1 SGB XII, Kenntnisgrundsatz). Für die Vermittlung der erforderlichen Kenntnis ist es insoweit erforderlich aber auch ausreichend, dass die Notwendigkeit der Hilfe dargetan oder sonst wie erkennbar ist (BSG vom 28.8.2018 – B 8 SO 9/17 R – BSGE 126, 210 = SozR 4-3500 § 18 Nr. 4, RdNr. 18; BSG vom 2.2.2012 – B 8 SO 5/10 R – SozR 4-3500 § 62 Nr. 1 RdNr. 18). Die weitere Sachverhaltsaufklärung obliegt dann als Folge des Amtsermittlungsgrundsatzes (§ 20 SGB X) grundsätzlich dem Sozialhilfeträger (BSG vom 26.8.2008 – B 8/9b SO 18/07 R – SozR 4-3500 § 18 Nr. 1 RdNr. 23).

Die einmal erlangte und zum eigenständigen Ermitteln der Leistungsvoraussetzungen verpflichtende Kenntnis entfaltet jedoch unter bestimmten Voraussetzungen keine Wirkung mehr (BSG vom 5.9.2019 – B 8 SO 20/18 R – SozR 4-3500 § 18 Nr. 5 RdNr. 15; Hohm in GK-AsylbLG, § 6b RdNr. 24, Stand September 2024; Deckers in Grube/Wahrendorf/Flint, SGB XII, 8. Aufl 2024, § 18 RdNr. 31). So rechtfertigt etwa die Erklärung, keine Leistungen (mehr) zu beanspruchen, weil anderweitig Hilfe gewährt wird, die Annahme, dass Bedürftigkeit nicht (mehr) vorliegt. Ebenso ist der Träger der Sozialhilfe im Falle einer ernstlichen Weigerung des (potenziell) Leistungsberechtigten, Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder im Falle einer mit einer Antragsrücknahme verbundenen Erklärung, keine Leistungen (mehr) zu wünschen, nicht leistungspflichtig. Einem Leistungsberechtigten sind ohne besondere gesetzliche Ermächtigung keine Leistungen aus Fürsorgegründen aufzudrängen (BSG vom 5.9.2019 – B 8 SO 20/18 R – SozR 4-3500 § 18 Nr. 5 RdNr. 15; BSG vom 23.8.2013 – B 8 SO 19/12 R – BSGE 114, 161 = SozR 4-5910 § 121 Nr. 1, RdNr. 27).

Infolge einer solchen Erklärung bzw Antragsrücknahme endet das Verwaltungsverfahren (vgl Filges in jurisPK-SGB XII, 4. Aufl 2024, § 18 RdNr. 44, Stand 3.7.2024). Der Sozialhilfeträger muss weder die Gründe für das Verhalten des Berechtigten feststellen, sofern an der Ernsthaftigkeit der Erklärung keine Zweifel bestehen, noch muss er die materielle Rechtslage näher ermitteln, weil die Motivation des Leistungsberechtigten aus den oben genannten Gründen (keine aufgedrängten Leistungen) irrelevant ist und nicht hinterfragt werden muss (BSG vom 5.9.2019 – B 8 SO 20/18 R – SozR 4-3500 § 18 Nr. 5 RdNr. 15).

Als ernstliche, ausdrückliche Erklärung, keine Leistungen zu begehren, auf deren Basis die ursprüngliche Kenntnis der Beklagten von einer Bedürftigkeit der Klägerin keine Wirkung mehr entfaltet, ist in der Gesamtschau das Schreiben der Klägerin vom 27.1.2016 zu sehen. Nach den Feststellungen des LSG bekräftigte sie unter Bezugnahme auf das Aufforderungsschreiben der Beklagten ausdrücklich, dieses wie von der Beklagten intendiert so verstanden zu haben, dass sie im Falle einer gewünschten Weiterbewilligung ab 1.4.2011 einen neuen Antrag hätte einreichen sollen, den sie aber (bewusst) nicht mehr gestellt habe. Auch nach Vorstellung der Klägerin sollte die ausbleibende Reaktion den Erklärungsgehalt aufweisen, keine weiteren Leistungen mehr zu begehren. Anhaltspunkte für die fehlende Ernsthaftigkeit dieser Erklärung oder fehlenden Bewusstseins für deren Tragweite bestehen

nicht. Die dahinterstehende Motivationslage ist unerheblich und war von der Beklagten nicht zu ermitteln. Unschädlich ist, dass die Erklärung der Klägerin erst im Jahr 2016 erfolgte. Zu diesem Zeitpunkt lief das Verwaltungsverfahren noch, welches durch das Schweigen der Klägerin nicht beendet wurde. Es liegt deshalb auch keine Verzichtserklärung iS des § 46 Abs. 1 SGB I vor, die dem Schriftformerfordernis unterfällt und nur für zukünftige, noch nicht erbrachte Leistungen Wirkung entfalten kann (BSG vom 24.7.2003 – B 4 RA 13/03 R – SozR 4-1200 § 46 Nr. 1). Die Klägerin hat im Jahr 2016 keinen neuen Willen zum Leistungsverzicht gebildet. Aus den Feststellungen des LSG wird deutlich, dass sie lediglich ihren schon im März 2011 gefassten Willen, ab April 2011 keine Leistungen von der Beklagten mehr beziehen zu wollen, bekräftigte.

Ein materieller Anspruch folgt auch nicht aus einer ggf zwischenzeitlich wiederaufgelebten Bedarfslage. In Anbetracht der ab April 2011 entfallenen Wirkung der Kenntnis von in der Vergangenheit bestandener Bedürftigkeit der Klägerin hätte es für einen erneuten Leistungsbezug erst einer Aktualisierung der behördlichen Kenntnis von einem bestehenden Bedarf erfordert (BSG vom 5.9.2019 – B 8 SO 20/18 R – SozR 4-3500 § 18 Nr. 5 RdNr. 15). Eine solche Aktualisierung seitens der Klägerin ist nicht festgestellt und dies auch nicht als fehlerhaft gerügt. Auf die Vermutungsregel des § 39 Satz 1 SGB XII kommt es schon deshalb hier nicht an.

Auch die nach § 50 Abs. 2 Satz 2 SGB X entsprechend geltenden tatbestandlichen Voraussetzungen des § 45 Abs. 2 SGB X liegen vor. Die Verweisung auf § 45 und § 48 SGB X bedeutet, dass die Schranken, die jene Vorschriften für eine Rücknahme bzw Aufhebung mit Wirkung für die Vergangenheit aufstellen, entsprechend für die Rückforderung solcher Leistungen gelten, die ohne bewilligenden Verwaltungsakt erbracht werden (vgl BSG vom 24.1.1995 – 8 RKn 11/93 – BSGE 75, 291 = SozR 3-1300 § 50 Nr. 17 = juris RdNr. 16). Dem Begünstigten soll ein vergleichbares Schutzniveau zuteilwerden. Aus der entsprechenden Geltung des § 45 SGB X ist zu folgern, dass in den Fällen einer Leistung ohne Verwaltungsakt an die Stelle des Verwaltungsaktes die Leistung selbst – hier in Form des überwiesenen Geldbetrags – tritt. Bei einer Rückforderung nach § 50 Abs. 2 SGB X ist also zu prüfen, ob die zu Unrecht erbrachte Leistung, wäre sie durch Verwaltungsakt erbracht worden, gemäß § 45 SGB X zurückgefordert werden könnte (vgl BSG vom 23.3.1999 – B 4 RA 41/98 R – SozR 3-1300 § 31 Nr. 13; K. Lang in LPK-SGB X, 6. Aufl 2023, § 50 SGB X RdNr. 38; Rieker, NZS 2013, 653, 654).

Die Klägerin kann sich nicht auf ein schutzwürdiges Vertrauen iS des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB X in den Bestand der erbrachten Leistungen berufen. Nach den Feststellungen des LSG hatte sie angesichts ihrer monatlichen Geldabhebungen, die den ihr im Wege der Erwerbsminderungsrente zur Verfügung stehenden Betrag weiter deutlich überstiegen, Kenntnis von den fortgesetzten Zahlungen der Beklagten. Diese Feststellung ist nicht zu beanstanden. Es ist weder im Wege zulässiger Rügen dargelegt noch ersichtlich, dass das Berufungsgericht Tatsachen nicht berücksichtigt hat, Beweiserhebungen unterlassen, oder gegen allgemeine Erfahrungs- oder Auslegungsgrundsätze verstoßen hätte (vgl Fichte in Fichte/Jüttner, SGG, 3. Aufl 2020, § 163 RdNr. 25). Soweit sich die Klägerin auch im Rahmen der Revision erneut auf eine Unkenntnis hinsichtlich des Leistungszuflusses beruft, kann sie mit diesem Einwand nicht gehört werden. Denn es handelt sich dabei um eine reine Tatsachenfrage. Insoweit ist das BSG aber gemäß § 163 SGG an die in dem angefochtenen Urteil getroffenen tatsächlichen Feststellungen gebunden.

Die Klägerin kannte die Rechtswidrigkeit der Leistungen infolge grober Fahrlässigkeit nicht (§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X). Das LSG hat den Begriff der Fahrlässigkeit richtig erkannt und insbesondere den Begriff der groben Fahrlässigkeit zutreffend abgegrenzt. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt wird. Maßgeblich ist, ob die begünstigte Person hinsichtlich der Abschätzung der Rechtsfolgen im Wege einer Parallelwertung in der Laiensphäre nach ihrem individuellen Verständnishorizont wissen muss, dass ihr die zuerkannte Leistung so nicht zusteht bzw die Fehlerhaftigkeit mit ganz nahe liegenden Überlegungen einleuchten und auffallen muss (vgl BSG vom 6.5.2009 – B 11 AL 10/08 R – SozR 4-4300 § 144 Nr. 19 RdNr. 29; BSG vom 26.8.1987 – 11a RA 30/86 – BSGE 62, 103 = SozR 1300 § 48 Nr. 39, juris RdNr. 17 ff; Schütze in Schütze, SGB X, 9. Aufl 2020, § 45 RdNr. 65). Ob ein bestimmter Verschuldensgrad (Fahrlässigkeit, grobe Fahrlässigkeit, Vorsatz) vorliegt, ist im Wesentlichen eine Tatfrage. Die hierzu vom Tatsachengericht aufgrund der von ihm getroffenen tatsächlichen Feststellungen vorgenommene Würdigung darf das Revisionsgericht nur darauf überprüfen, ob der jeweilige Rechtsbegriff richtig erkannt worden ist und ob die Würdigung der Umstände hinsichtlich des individuellen Verschuldens den Denkgesetzen und allgemeinen Erfahrungssätzen entspricht, insbesondere bei der Bewertung offensichtlich fehlerhaft verfahren ist, oder nicht alle dafür in Betracht kommenden Umstände gewürdigt hat (BSG vom 24.6.2003 – B 2 U 39/02 R – SozR 4-2700 § 105 Nr. 1 – juris RdNr. 24; BSG vom 28.11.1978 – 4 RJ 130/77 – BSGE 47, 180 = SozR 2200 § 1301 Nr. 8, juris RdNr. 11).

Hier hat das LSG zugrunde gelegt, dass die Klägerin die Beklagte trotz Kenntnis von der beabsichtigten Leistungseinstellung nicht über die tatsächlich fortlaufend auf ihrem Konto eingehenden Zahlungen informierte. Die vom LSG getroffene Annahme grober Fahrlässigkeit der Klägerin ist damit revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Seine konkrete Einordnung des Verhaltens der Klägerin verstößt weder gegen Denk- noch gegen allgemeine Erfahrungssätze.

Zudem ist nicht ersichtlich, dass für die Bewertung in Betracht kommende Umstände außer Acht gelassen wurden.

Die Beklagte hat die Frist des § 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X gewahrt, da sie die Erstattungsentscheidung binnen eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, welche die Erstattung für die Vergangenheit rechtfertigen, getroffen hat.

Als Rechtsfolge sieht § 45 Abs. 1 SGB X eine Ermessensentscheidung („darf“) vor. Dies gilt auch im Rahmen der entsprechenden Anwendung über § 50 Abs. 2 Satz 2 SGB X, da der gesetzliche Anwendungsbefehl sich in systematischer Hinsicht auch auf die Rechtsfolge des § 45 SGB X erstreckt (BSG vom 18.8.1983 – 11 RZLw 1/82 – BSGE 55, 250 = SozR 1300 § 50 Nr. 3, juris RdNr. 10; BSG vom 26.3.2014 – B 10 EG 13/13 R – SozR 4-7837 § 2 Nr. 29 RdNr. 35; Schütze in Schütze, SGB X, 9. Aufl 2020, § 50 RdNr. 27 mwN; aA Pohl in Koppenfels-Spies/Wenner, SGB X, 3. Aufl 2020, § 50 RdNr. 8). Ermessensentscheidungen unterliegen nur in eingeschränktem Umfang der gerichtlichen Kontrolle. Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB I ist das Ermessen dem Zweck der Ermächtigung entsprechend auszuüben, die gesetzlichen Grenzen sind einzuhalten. Das Gericht hat insofern eine Überprüfung der Entscheidung auf Fehler in Form des Ermessensnichtgebrauchs, der Ermessensüberschreitung oder des Ermessensfehlgebrauchs vorzunehmen (vgl § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG).

Die Beklagte war sich des ihr zustehenden Ermessens im Rahmen der Erstattungsentscheidung bewusst und hat Erwägungen angestellt. Ihre Entscheidung leidet aber an einem Ermessensfehlgebrauch infolge eines Abwägungsdefizits. Ein solches liegt ua vor, wenn die Behörde nicht alle Ermessensgesichtspunkte, die nach der Lage des Falls zu berücksichtigen sind, in die Entscheidungsfindung einbezogen hat (BSG vom 23.2.2023 – B 8 SO 9/21 R – SozR 4-3500 § 93 Nr. 1 RdNr. 23). Die Beklagte hätte hier ihren eigenen behördlichen Fehler als wesentlichen Abwägungsbelang in die Ermessensentscheidung einstellen müssen. Zwar ist nach der Rechtsprechung des BSG im Rahmen der (direkten) Anwendung des § 45 SGB X ein „normaler“ Fehler der Behörde nicht als relevanter Belang in die Ermessensentscheidung miteinzubeziehen, wenn der Begünstigte die Rechtswidrigkeit des zurückgenommenen Verwaltungsakts kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte (BSG vom 30.10.2013 – B 12 R 14/11 R – SozR 4-1300 § 45 Nr. 15 RdNr. 35 ff). Unabhängig von der Frage, ob diese Rechtsprechung auch bei § 50 Abs. 2 SGB X Anwendung findet, hat entgegen der Auffassung des LSG das Verhalten der Beklagten vorliegend das Maß eines „normalen“ Fehlers überschritten und stellt sich als „grober“ Fehler dar. Hinsichtlich der Bewertung der Fehlerintensität ist der Senat nicht an die Einschätzung des LSG gebunden. Es handelt sich insoweit um eine objektive Wertung im Rahmen der Auslegung der Ermessensanforderungen des § 50 Abs. 2 iVm § 45 SGB X, die der Senat selbst vornehmen kann.

Hierzu ist eine objektive Gesamtbetrachtung und -würdigung bzgl aller Umstände vorzunehmen, die zu den fehlerhaften Leistungen geführt haben. Für die Frage der Fehlerqualität ist daher nicht allein auf die versäumte Handlung der Sachbearbeitung abzustellen, in der EDV-Fachanwendung ein Häkchen zu entfernen, welches die fortlaufende Zahlung veranlasste, was womöglich noch als „normaler“ Fehler zu werten ist. Vielmehr und vor allem ist zu berücksichtigen, dass die Beklagte ihrer Pflicht zur regelmäßigen Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen bei laufenden Bewilligungen/Zahlungen ab März 2011 jahrelang nicht mehr nachgekommen ist. Eine solche hätte jedoch weiter erfolgen müssen, weil dasungsverfahren noch nicht beendet war. Die Beklagte hat durch ihre interne Organisation sicherzustellen, dass offene bzw laufende Verwaltungsverfahren einer regelmäßigen Prüfung zugeführt werden, zB im Wege automatischer Wiedervorlage.

Spätestens mit Verstreichen des Zeitraums von einem Jahr kann sich die Beklagte nicht mehr auf ein einfach fahrlässiges Handeln ihres Amtswalters zurückziehen. Ausgehend davon, dass bei § 50 Abs. 2 Satz 2 iVm § 45 SGB XII die Rechtmäßigkeitsprüfung danach erfolgt, ob ein fiktiver begünstigender Verwaltungsakt aufgehoben werden dürfte (dazu oben), sind die daran zu stellenden Anforderungen auch für den an die regelmäßige Prüfung der Leistungsvoraussetzungen anzulegenden Maßstab zu berücksichtigen. Eine gesetzliche Vorgabe zum Bewilligungs- und Prüfungszeitraum von einem Jahr besteht insoweit mit § 44 Abs. 3 SGB XII zwar nur für Leistungen des 4. Kapitels des SGB XII. Die gesetzgeberische Erwägung zu § 44 Abs. 3 SGB XII, dass bei auf Dauer bestehendem Leistungsbedarf nur selten Veränderungen der Verhältnisse der Leistungsbeziehenden zu erwarten sind (vgl BT-Drucks 14/4595 S. 71), legt jedoch einen Erst-RechtSchluss der Anwendung einer jährlichen Höchstfrist zur Überprüfung auch bei Leistungen nach dem hier einschlägigen 3. Kapitel mit nur vorübergehende Notlagen mit sich verändernden persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (vgl Kirchhoff in Hauck/Noftz SGB XII, Stand Mai 2024, § 44 RdNr. 29) nah.

Jedenfalls aber hat die Beklagte hier im Schreiben vom 12.1.2011 selbst auf eine jährliche Pflicht zur Überprüfung der Voraussetzungen für Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII hingewiesen und insofern einen eigenen Prüfungsturnus als Maßstab gesetzt, an dem sie sich messen lassen muss. Vorliegend sind über einen Zeitraum von mehr als vier Jahren ohne Rechtsgrund und offenbar unentdeckt Gelder abgeflossen. Insgesamt genügte damit die Beklagte den Anforderungen an ihre eigene Organisation nicht. Das womöglich nur „normale“ Versäumnis der Sachbearbeitung in Kombination mit über Jahre hinweg unzureichenden innerbehördlichen Kontrollmechanismen zur Fehlervermeidung bzw -aufdeckung, klassifiziert der Senat insgesamt als groben Fehler. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Verwaltungshandeln der Beklagten typischerweise mit solchen Fehlern behaftet ist (so auch schon BSG vom 26.6.1986- 7 RAr 126/84 – SozR 1300 § 48 Nr. 25 – juris RdNr. 16).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 SGG.

Entscheidung 6 – LSG Schleswig-Holstein Urt. v. 11.9.2024 – 9 SO 11/21:

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 23. November 2020 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Sozialhilfeleistungen für G für den Zeitraum Juni 2016 bis einschließlich Oktober 2016 in Höhe von 7.256,15 EUR zu erstatten. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger 9/10 und die Beklagte 1/10.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 83.629,05 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Im Streit steht ein Anspruch auf Kostenerstattung zweier Leistungsträger und hierbei die Frage der örtlichen Zuständigkeit.

Die Beklagte gewährte dem inzwischen am 21. Dezember 2021 verstorbenen Herrn G (im weiteren: Herr G.) bis zum 11. Juni 2016 Leistungen nach dem Vierten Kapitel Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) sowie Hilfen zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII. Die Pflege wurde durch einen Pflegedienst in der Wohnung des Hilfeempfängers im Gebiet der Beklagten durchgeführt. Dabei erschöpften sich die Leistungen in einer pflegerischen Versorgung. Den Hintergrund bildete der Umstand, dass Herr G. unter den Folgen eines Schlaganfalls in der Form einer Halbseitenlähmung und einer Sprachstörung litt. Zunächst war es ihm noch möglich, die Toilettengänge und die Erwärmung bzw. Zubereitung seiner Mahlzeiten selbstständig zu übernehmen. Er erhielt lediglich bei der Reinigung der Wohnung sowie bei der Wäschepflege und dem Kochen Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Mit der Zeit verschlechterte sich sein Zustand. Zuletzt gewährte ihm die Beklagte mit Bescheid vom 3. März 2016 Pflegeleistungen für die Verrichtungen der folgenden Leistungskomplexe:

- kleine Toilette ohne Aufstehhilfe,
- große Toilette ohne Aufstehhilfe,
- Lagern/Betten,
- Darm- und Blasenentleerung, kleine Hilfe,
- Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung bei Bedarf,
- Begleitung bei Aktivitäten bei Bedarf,
- Reinigung der Wohnung,

- Wechsel/Waschen der Wäsche,
- Zubereiten einer warmen Mahlzeit.

Am 11. Juni 2016 zog Herr G. zu seiner Tochter in deren Einfamilienhaus nach T im Gebiet des Klägers. Dieser bewilligte Herrn G. ab dem 21. Juni 2016 Hilfen zur Pflege in Form der Kostenübernahme der Einsätze eines Pflegedienstes, Garantiepflegegeld sowie Hilfsmittel.

Ab November 2016 erfolgte eine Umstellung von Pflegesachleistungen zu Pflegegeld. Gleichzeitig wurde Herr G. in eine Tagespflegeeinrichtung aufgenommen und dort bis September 2018 tageweise tagsüber betreut.

Mit Schreiben vom 17. Oktober 2016 meldete der Kläger bei der Beklagten gemäß § 105 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) einen Erstattungsanspruch für die an Herrn G. erbrachten Leistungen nach dem SGB XII an. Er habe die Leistungen an Herrn G. als unzuständiger Leistungsträger erbracht, weil die Voraussetzung des § 98 Abs. 5 SGB XII erfüllt seien und die Beklagte auch nach dem Umzug nach Tastrup für die Gewährung von Leistungen an Herrn G. zuständig geblieben sei.

Die Beklagte erwiderte hierauf mit Schreiben vom 8. November 2016, dass ihre örtliche Zuständigkeit nach § 98 Abs. 5 SGB XII nicht gegeben sei. Die Sonderzuständigkeit ergebe sich, wenn es um Leistungen in ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten gehe. Hiermit seien besondere Wohnformen gemeint, die von öffentlichen oder privaten Trägern organisiert würden. Mit dieser Bestimmung solle sichergestellt werden, dass eine Kostenentlastung für die Verwaltung eintrete, in deren Bereich solche Wohnformen betrieben würden. Ferner ergebe sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. August 2011 zum Az. B 8 SO 7/10 R, dass es sich bei der Betreuung nicht um eine vorwiegend medizinische oder pflegerische Betreuung handeln dürfe. Vielmehr müsse die Hauptzielsetzung der Leistung die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sein. Bezogen auf Herrn G. sei festzuhalten, dass sich zwar die Räumlichkeit verändert habe, nicht aber die Versorgungsform. Von einer ambulant betreuten Wohnmöglichkeit könne nicht ausgegangen werden.

Am 15. Mai 2018 hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Schleswig erhoben. Er hat neben der Erstattung der gegenüber Herrn G. bereits erbrachten Sozialhilfeleistungen auch die Feststellung begehrt, dass die Beklagte verpflichtet sei, ihm die künftig aufzuwendenden Kosten der Sozialhilfe zu erstatten.

Er hat geltend gemacht, dass die Beklagte nach § 98 Abs. 5 SGB XII für die Leistungen nach dem Sechsten bis Achten Kapitel des SGB XII zuständig sei. Das Bundessozialgericht halte nach seinem Urteil vom 30. Juni 2016 zum Az. B 8 SO 6/15 R nicht mehr daran fest, dass die Hauptzielrichtung der Leistung die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sei. In Anbetracht dessen komme es nicht darauf an, dass vorliegend der Schwerpunkt in der Pflege liege. Im Übrigen habe zwar ab November 2016 keine Betreuung mehr durch den Pflegedienst stattgefunden, sondern es sei Pflegegeld geleistet worden. Der Hilfeempfänger sei jedoch von November 2016 bis September 2018 in die Tagespflege aufgenommen worden.

Der Kläger hat beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, ihm die gegenüber Herrn G im Zeitraum vom 21. Juni 2016 bis zum 31. Oktober 2020 erbrachten Leistungen der Sozialhilfe in Höhe von insgesamt 78.877,30 EUR zu erstatten,

2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm ab dem 1. November 2020 aufgewendete Kosten der Sozialhilfe für Herrn G zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ihre Argumentation vertieft, dass § 98 Abs. 5 SGB XII vorliegend nicht einschlägig sei. Auch die seitens des Klägers genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ändere daran nichts. Der Entscheidung vom 30. Juni 2016 habe bereits ein abweichender Sachverhalt zugrunde gelegen. Über einen Fall, in dem ein Hilfeempfänger in einer privat angemieteten Wohnung lebte und dort lediglich Hilfe zur Pflege in Form der häuslichen Pflege erhielt, sei durch das BSG nicht entschieden worden. Bei den erforderlichen Betreuungsleistungen i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII müsse es sich ihrer Art nach um solche handeln, deren Hauptzielrichtung in der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft liege und nicht vorwiegend in der rein medizinischen oder pflegerischen Betreuung. Es sei nicht nachvollziehbar, warum in den Fällen, in denen Leistungsempfänger in einer selbst angemieteten Wohnung lebten und nur durch einen ambulanten mobilen Pflegedienst versorgt würden, eine Verlagerung der örtlichen Zuständigkeit angezeigt sei. § 98 Abs. 5 SGB XII ziele als Sonderregelung zur örtlichen Zuständigkeit auf eine Kostenentlastung derjenigen örtlichen Träger der Sozialhilfe ab, in deren Gebiet Einrichtungen bzw. Anbieter ambulant betreuter Wohnformen vorhanden seien. Ähnlich der Regelung des § 98 Abs. 2 SGB XII solle hiermit ein Schutz der Träger der Sozialhilfe vor einer übermäßigen Belastung einhergehen, die sich aufgrund der von diesen Einrichtungen/Angeboten ausgehenden Sogwirkung ergeben könnte. In den Fällen der häuslichen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sei nicht ersichtlich, dass von diesen Einrichtungen/Angeboten eine derartige Sogwirkung ausgehe. Anders als etwa klassische Wohnformen des betreuten Wohnens dürfte die pflegerische Versorgung durch einen mobilen Pflegedienst flächendeckend vorhanden sein. Ferner handele es sich bei mobilen Pflegediensten nicht um Einrichtungen/Anbieter, die hauptsächlich vorhanden seien, um etwaige Sozialhilfebedarfe abdecken zu können. Der Kläger habe insofern auch nicht dargelegt, inwieweit Herr G. in der Zeit, in der er bei seiner Tochter lebte, ggf. solche Betreuungsleistungen, die sich ihrer Art nach nicht auf die rein pflegerische Bedarfsdeckung beschränkten, erhalten habe. Dem Verwaltungsvorgang sei lediglich zu entnehmen, dass Herr G. auch dort Hilfe zur Pflege in der Form der häuslichen Pflege erhalten habe, welche wiederum zunächst durch einen externen ambulanten Pflegedienst erbracht worden sei. Darüber hinaus seien dem Leistungsempfänger Hilfsmittel zur bedarfsgerechten Ausstattung gewährt worden. Zumindest die Höhe des geltend gemachten Erstattungsanspruchs sei nach Auffassung der Beklagten nicht nachvollziehbar.

Mit Urteil vom 23. November 2020 hat das Sozialgericht Schleswig die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt:

„Die Klage ist hinsichtlich des Klageantrags zu 1) als echte Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG und hinsichtlich des Klagantrags zu 2) als Feststellungsklage gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG

statthaft. Bezogen auf die erhobene Feststellungsklage über die in die Zukunft gerichtete Erstattungsverpflichtung der Beklagten besteht ein Feststellungsinteresse (vgl. BSG, Urteil vom 01. März 2018 – B 8 SO 22/16 R –, SozR 4-3250 § 14 Nr. 28). Schließlich ist die Klage auch im Übrigen zulässig.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Dem Kläger steht gegenüber der Beklagten kein Anspruch auf Erstattung der gegenüber dem Hilfeempfänger im Zeitraum vom 21. Juni 2016 bis zum 31. Oktober 2020 erbrachten und darüber hinaus noch zu erbringenden Leistungen der Sozialhilfe zu.

Als Rechtsgrundlage für den seitens des Klägers begehrten Erstattungsanspruch kommt vorliegend allein § 105 Abs. 1 SGB X in Betracht. Hiernach ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs. 1 SGB X vorliegen, soweit der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

An diesen Voraussetzungen fehlt es vorliegend. Der Kläger hat zwar ab dem 21. Juni 2016 gegenüber dem Hilfeempfänger Sozialhilfeleistungen, insbesondere Hilfen zur Pflege, erbracht. Für diese war er jedoch auch sachlich und örtlich zuständig.

Der Kläger ist für die seinerseits erbrachten Leistungen sachlich zuständig. Die sachliche Zuständigkeit der Landrätinnen und Landräte der Kreise sowie der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisfreien Städte für die Hilfe zum Lebensunterhalt, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die Hilfen zur Gesundheit, die Hilfe zur Pflege und die Hilfe in anderen Lebenslagen (§ 8 Nummer 1 bis 5 und 7 SGB XII) sowie für die ambulante Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 8 Nr. 6 SGB XII) ergibt sich aus § 97 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII).

Der Kläger ist auch örtlich zuständig. Gemäß § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ist für die Sozialhilfe der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich die Leistungsberechtigten tatsächlich aufhalten, örtlich zuständig. Diese Zuständigkeit bleibt bis zur Beendigung der Leistung auch dann bestehen, wenn die Leistung außerhalb seines Bereichs erbracht wird (§ 98 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Eine Ausnahme hiervon sieht § 98 Abs. 5 SGB XII vor. Nach dieser Vorschrift ist für Leistungen nach dem SGB XII an Personen, die Leistungen nach dem Sechsten bis Achten Kapitel in Formen ambulanter betreuter Wohnmöglichkeiten erhalten, der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt zuständig war oder gewesen wäre.

Vorliegend gilt es zunächst festzuhalten, dass der Kläger die Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII in originärer örtlicher Zuständigkeit nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII erbracht hat, da sich der Leistungsempfänger zumindest seit der Leistungsbewilligung durch den Kläger in dessen Bereich aufhält und eine abweichende Zuständigkeitsregelung insofern nicht einschlägig ist.

Aber auch hinsichtlich der seitens des Klägers erbrachten Hilfen zur Pflege verbleibt es bei einer örtlichen Zuständigkeit des Klägers nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII. Der Hilfeempfänger

erhält die Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII nicht in der Form einer ambulant betreuten Wohnmöglichkeit.

Der Begriff der ambulant betreuten Wohnmöglichkeit ist gesetzlich nicht definiert. Nach der ursprünglichen Gesetzesbegründung orientiert sich der Begriff an dem des § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX in seiner bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung. In § 55 SGB IX wurden die einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dargestellt. Seit dem 1. Januar 2018 spricht das SGB IX von Leistungen zur sozialen Teilhabe (§ 76 SGB IX). Betreute Wohnmöglichkeiten werden seither nicht mehr ausdrücklich genannt. Gleichwohl werden die Betreuungsleistungen als „Assistenzleistungen“ im Sinne des § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX erfasst (vgl. Luthé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 76 SGB IX (Stand: 9. November 2020), Rn. 3, 35ff.). Gegenstand der betreuten Wohnmöglichkeit ist dabei die wohnbezogene Betreuung des behinderten Menschen. Hierdurch soll der behinderte Mensch so weit wie möglich befähigt werden, alle wichtigen Alltagsverrichtungen in seinem Wohnbereich selbstständig vornehmen zu können, sich im Wohnumfeld zu orientieren oder zumindest dies alles mit sporadischer Unterstützung Dritter zu erreichen (vgl. ebda. Rn. 38). In Anbetracht dessen hatte das BSG zunächst noch angenommen, dass es sich bei der Art der Betreuung um Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft handeln muss und nicht um eine vorwiegend pflegerische Betreuung (vgl. BSG, Urteil vom 25. August 2011 – B 8 SO 7/10 R –, juris). Diese einschränkende Rechtsauslegung modifizierte das BSG in der Folge dahingehend, dass sämtliche Leistungen der ambulanten Betreuung nach dem Sechsten bis Achten Kapitel des SGB XII mit der Zielrichtung der Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei Erledigung der alltäglichen Angelegenheiten im eigenen Wohn- und Lebensbereich gleichgestellt sein sollen (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2016 – B 8 SO 6/15 R –, juris). Nach der Fassung des § 98 SGB XII, die die Norm durch das Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 2. Dezember 2006 – BGBl I 2670 – erhalten hat, sei es systematisch ausgeschlossen, eine Begrenzung auf Eingliederungshilfeleistungen des betreuten Wohnens vorzunehmen. So wurden seither ausdrücklich auch Leistungen nach dem Siebten und Achten Kapitel des SGB XII einbezogen.

Unter Berücksichtigung dieser Maßgaben ist die Unterbringung des Hilfeempfängers in dem Haushalt seiner Tochter ab dem 11. Juni 2016 nicht als ambulant betreute Wohnform anzusehen. Zwar hat das BSG in der vorstehend zitierten Entscheidung vom 30. Juni 2016 klargestellt, dass auch eine pflegerische Versorgung die Anforderungen an eine ambulant betreute Wohnform erfüllen kann. Dem schließt sich die Kammer ausdrücklich an. Gleichwohl ist zu fordern, dass die Qualität der Leistungserbringung gesichert ist (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. Dezember 2016 – L 8 SO 119/15 –, juris). Dies kann vorliegend bei einer Betreuung durch die Tochter des Hilfeempfängers nicht festgestellt werden. Der Hilfeempfänger wurde lediglich in den Haushalt seiner Tochter eingebunden und versorgt. Eine fachliche Betreuung kann darin nicht gesehen werden. Nach Lage der Akten und dem Vortrag der Beteiligten ist die Tochter des Hilfebedürftigen für die Erbringung von Pflegeleistungen nicht derart befähigt, dass von einer ausreichenden Qualitätssicherung ausgegangen werden kann. So hat sie sich auch nach dem Umzug des Hilfebedürftigen in ihren Haushalt nur familiär gekümmert. Diese Unterstützung ihres Vaters erfolgte bereits zuvor in der Zeit, in der der Hilfeempfänger noch in der eigenen Häuslichkeit lebte. Zu dieser Zeit erhielt der Hilfeempfänger bereits Leistungen seitens eines Pflegedienstes. Ergänzend waren auch weitere Familienmitglieder regelmäßig vor Ort. Es kann in Anbetracht dessen nicht davon ausgegangen werden, dass die seitens der Tochter des Hilfeempfängers

erbrachten Hilfestellungen ab dem 11. Juni 2016 derart konzipiert waren, dass hierdurch die Verwirklichung einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung hätte gefördert werden konnte. Die Kammer geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass alltägliche Hilfestellungen durch Familienangehörige nicht die Voraussetzungen einer ambulant betreuten Wohnform erfüllen. In diesem Fall könnte bereits jede über längere Dauer angelegte Unterstützungsleistung von Familienmitgliedern und Freunden eine Änderung in der Zuständigkeit nach § 98 Abs. 5 SGB XII bewirken. Nach Auffassung der Kammer ist dies nicht von der mit § 98 Abs. 5 SGB XII verfolgten Zwecksetzung getragen. Zwar verhält sich die Gesetzesbegründung insofern nicht ausdrücklich. Unter Berücksichtigung des Regelungszwecks in § 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII erachtet es die Kammer aber als logisch konsequent, dass durch § 98 Abs. 5 SGB XII der für die ambulante betreute Wohnmöglichkeit an sich örtlich zuständige Sozialhilfeträger vor einer überproportionalen finanziellen Belastung durch zugezogene Bedürftige geschützt werden soll (vgl. Schlette in: Hauck/Noftz, SGB, 08/19, § 98 SGB XII, Rn. 94. m.w.N.). Wenn man darüber hinaus auch die Förderung des Auf- und Ausbaus von Strukturen des betreuten Wohnens mit einbezieht (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2016, a.a.O.), so würde es dieser Zwecksetzung widersprechen, sollten bereits private Hilfestellungen die Voraussetzung einer ambulant betreuten Wohnform erfüllen.

Aber auch unter Berücksichtigung der seitens des Pflegedienstes erbrachten Pflegeleistungen vermag die Kammer vorliegend keine ambulant betreute Wohnform zu erkennen. So steht der Annahme einer ambulant betreuten Wohnform bei der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst bereits allgemein entgegen, dass hierdurch keine ausreichende Verknüpfung zu dem maßgeblichen Wohnort besteht. Die Kammer schließt sich in diesem Zusammenhang zwar den Ausführungen des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 30. Juni 2016 dahingehend an, dass es nicht auf eine institutionelle Verknüpfung von Betreuung und Wohnen ankommt. Im Falle der Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst tritt jedoch der Ort der Betreuung derart in den Hintergrund, dass es lediglich vom Zufall abhängt, wessen örtliche Zuständigkeit vorliegend eröffnet ist. In diesem Sinne fordert die Kammer keine institutionelle Verknüpfung, sondern vielmehr eine zielgerichtet auf den Ort der Betreuung ausgerichtete Pflege. Bei einem ambulanten Pflegedienst ist dies nicht gegeben, da dieser seine Leistungen nicht auf einen bestimmten Betreuungsort zuschneidet. Vielmehr erweist sich die Leistungsversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst gerade als dezentral. So hat auch vorliegend der ambulante Pflegedienst der C den Hilfeempfänger sowohl zunächst in Flensburg als auch nach dem Umzug nach Tastrup betreut. Ein spezifischer Zusammenhang zu dem Wohnort kann damit nicht hergestellt werden.

Darüber hinaus wird berücksichtigt, dass der Umfang der erbrachten Pflegeleistungen bei Aufnahme des Hilfebedürftigen in die Wohnung seiner Tochter geringer ausgestaltet war als noch in seiner eigenen Häuslichkeit in Flensburg. Insofern umfasste die pflegerische Versorgung durch den Pflegedienst gemäß dem Bescheid des Klägers vom 31. August 2016 ab dem 21. Juni 2016 nur noch folgende Positionen:

- kleine Morgen-/Abendtoilette – 12 x wöchentlich,
- große Morgen-/Abendtoilette – 2 x wöchentlich,
- Darm- und Blasenleerung, kleine Hilfe – 2 x täglich,

- Reinigung der Wohnung.

Der Umfang ab dem Zuzug zu seiner Tochter genügt somit nicht, um eine relevante Betreuungsleistung darzustellen, die auf die Verwirklichung einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung ausgerichtet ist. Dies erfolgte allenfalls durch die Tochter des Hilfeempfängers, deren Leistungen aber gemäß den vorstehenden Ausführungen im Rahmen des § 98 Abs. 5 SGB XII wegen fehlender Qualität nicht berücksichtigt werden können.

Im Übrigen kann auch nicht zielführend auf eine Betreuung in der Tageseinrichtung des D Flensburg abgestellt werden. Entsprechende Betreuungsleistungen wurden erst ab dem 3. November 2016 erbracht. Da der Hilfeempfänger jedoch bereits zum 11. Juni 2016 in das Zuständigkeitsgebiet des Klägers umgezogen ist, kann selbst bei der Annahme einer ambulant betreuten Wohnform keine Zuständigkeit der Beklagten nach § 98 Abs. 5 SGB XII begründet werden. Örtlich zuständig ist nach der vorstehenden Norm der Träger, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt zuständig war. Bei Annahme einer ambulant betreuten Wohnform ab dem 3. November 2016 verbliebe es mithin bei einer Zuständigkeit des Klägers. (...)“

Gegen das ihm am 22. Januar 2021 zugestellte Urteil hat der Kläger am 18. Februar 2021 Berufung beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingelegt.

Zur Begründung führt er aus, dass das Sozialgericht zwar zutreffend davon ausgehe, dass es sich beim ambulant betreuten Wohnen nicht um eine Leistung zur Teilhabe an der Gesellschaft handeln müsse, sondern das auch eine pflegerische Versorgung die Anforderung an eine ambulant betreute Wohnform erfüllen könne. Auch erkenne das Gericht an, dass eine institutionelle Verknüpfung zwischen Betreuung und Wohnen nicht notwendig sei. Dies entspreche auch der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung des 9. Senats des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts, wie sie insbesondere in der Entscheidung vom 9. November 2022 (Az. L 9 SO 4/20) zum Ausdruck komme. Das Sozialgericht schränke den Anwendungsbereich des § 98 Abs. 5 SGB XII unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der „Einrichtungsorte“ jedoch unzutreffend ein, indem es sich auf die Notwendigkeit einer zielgerichtet auf den Ort der Betreuung ausgerichteten Pflege durch einen Pflegedienst beziehe. Es gehe zudem unzutreffend davon aus, dass die Tochter und die seitens des Pflegedienstes erbrachten Leistungen jeweils separat zu betrachten seien. Sofern das Sozialgericht die Leistungen der Tochter nicht als „Pflege“, sondern als lediglich „private alltägliche Hilfeleistungen“ einordne, werde übersehen, dass die Tochter die gleichen Leistungen teilweise übernommen habe, die vorher vom Pflegedienst übernommen worden seien. Nur aus diesem Grund hätten auch die Leistungen des Pflegedienstes in der Folge reduziert werden können. Es sei daher vorstellbar, dass auch durch die Familie erbrachte Pflegeleistungen die Voraussetzungen einer ambulant betreuten Wohnform erfüllen könnten. Auch eine gewisse Qualitätssicherung bestehe, da die häusliche Pflege durch Angehörige alle sechs bis zwölf Monate durch einen Pflegedienst überprüft werde und Fortbildungsangebote bestünden. Einen eindeutigen Ausschluss von häuslichen Pflegeleistungen durch Angehörige regle § 98 Abs. 5 SGB XII nicht. Soweit das Sozialgericht hinsichtlich der zunächst auch in seinem Gebiet erbrachten Leistungen des Pflegedienstes die Voraussetzungen einer ambulant betreuten Wohnform deshalb verneine, weil die Leistung nicht auf einen bestimmten Ort der Betreuung zugeschnitten sei, setze es sich nicht hinreichend mit dem Umstand auseinander, dass es ambulante Pflegedienste auszeichne, an unterschiedlichen Orten Pflegeleistungen zu

erbringen. Letztlich bewirke die einschränkende Auslegung durch das Sozialgericht doch wieder eine institutionelle Verknüpfung zwischen Wohnen und Betreuung als Voraussetzung des ambulant betreuten Wohnens, die höchststrichterlich gerade nicht gefordert und vom Sozialgericht vermeintlich auch nicht vorausgesetzt werde. Der Gesetzeszweck gebiete auch keine einschränkende Auslegung. Es sei gerade typisch, dass ältere pflegebedürftige Menschen in die Nähe oder ggf. zu ihren Kindern zögen. Dabei zögen sie häufig auch in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Sozialhilfeträgers. Dies gelte sowohl für stationäres Wohnen als auch für eine ambulante Pflege in der eigenen Wohnung oder die Pflege in der Wohnung der Kinder. § 98 Abs. 5 SGB XII verhindere durch eine weite Anwendung eine einseitige Kostenverlagerung. § 98 Abs. 5 SGB XII solle zudem nicht nur die Einrichtungsorte und deren Infrastruktur schützen, sondern stelle auch eine allgemeine Zuständigkeitsbestimmung dar. Das Gericht habe selbst bei Zugrundelegung seiner eigenen Argumentation nicht hinreichend gewürdigt, dass die Verwirklichung einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung nur durch eine Kombination des Einsatzes des Pflegedienstes einerseits und des Pflegeeinsatzes der Tochter andererseits habe gewährleistet werden können. Der Ort der Betreuung sei gerade nicht soweit in den Hintergrund getreten, dass es lediglich vom Zufall abhängig gewesen sei, wessen örtliche Zuständigkeit eröffnet sei. § 98 Abs. 1 SGB XII finde auch ab November 2016 keine Anwendung. Es sei zwar richtig, dass ab November 2016 keine Betreuung mehr durch einen Pflegedienst erfolgt, sondern Pflegegeld gezahlt worden sei. Dafür sei Herr G. jedoch in die Tagespflege aufgenommen und die Tagespflege durch den Kläger als Pflegeleistung entsprechend finanziert worden.

Mit Schriftsatz vom 26. August 2024 hat der Kläger mitgeteilt, dass Herr G. am 21. Dezember 2021 verstorben ist und die von ihm erbrachten Leistungen unter Übersendung einer Aufstellung abschließend mit 83.629,05 EUR beziffert. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 112 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 23. November 2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die von Juni 2016 bis Dezember 2021 geleistete Sozialhilfe an Herrn G in Höhe von 83.629,05 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil. Bei Anwendung des § 98 Abs. 5 SGB XII auf Sachverhalte wie dem in Streit stehenden, würde die dem Schutzgedanken des Leistungsortes entsprechende Beschränkung auf bestimmte örtliche Verhältnisse weitgehend aufgegeben. § 98 Abs. 5 SGB XII ziele als Sonderregelung zur örtlichen Zuständigkeit auf eine Kostenentlastung derjenigen örtlichen Träger der Sozialhilfe ab, in deren Gebiet Einrichtungen bzw. Anbieter ambulant betreuter Wohnformen vorhanden seien. Ähnlich der Regelung des § 98 Abs. 2 SGB XII sollten die Träger der Sozialhilfe vor einer übermäßigen Belastung geschützt werden, die sich aufgrund der von diesen Einrichtungen/Angeboten ausgehenden Sogwirkung ergeben könnte. In den Fällen der häuslichen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst sei nicht ersichtlich, dass von diesen Angeboten eine derartige Sogwirkung ausgehe, dass

Pflegebedürftige um die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen zu können, regelmäßig ihren Wohnort wechseln müssten, so dass in der Folge der Zuzugsort vor übermäßiger Belastung geschützt werden müsste. Vielmehr dürfte die pflegerische Versorgung durch einen mobilen Pflegedienst, wie bereits in dem angegriffenen Urteil ausgeführt, flächendeckend vorhanden sein. Dies gelte ebenso für Einrichtungen der Tagespflege. Zudem handele es sich bei ambulanten Pflegediensten um Anbieter, die nicht hauptsächlich vorhanden seien, um etwaige Sozialhilfebedarfe abdecken zu können. Soweit der Kläger vortrage, dass es geradezu typisch sei, dass ältere pflegebedürftige Menschen in die Nähe und ggfs. zu ihren Kindern ziehen würde, spreche dies umso mehr dafür, im Hinblick auf die örtliche Zuständigkeit nicht vom Grundsatz abzuweichen, dass örtlich zuständig der Träger sei, in dessen Leistungsbereich sich der Hilfeempfänger aufhalte. Es sei auch schon aus diesem Grund nicht davon auszugehen, dass einzelne Orte verstärkt durch den Zuzug von Empfängern von Leistungen der Sozialhilfe durch ihr vorgehaltenes Angebot überproportional belastet werden würden. Umso mehr gelte das auch für die Versorgung des Leistungsempfängers durch die eigene Tochter in deren Haushalt. Ein ambulanter Anbieter entfalle hier gänzlich. Aufsuchendes fachlich geschultes Personal sei nicht mehr beteiligt. Die Gewährung von Pflegegeld diene gerade nicht der „Entlohnung“ bei Pflege durch nahestehende Personen, denn diese sei ihrem Wesen nach unentgeltlich. Soweit der Kläger darauf verweise, dass der Leistungsempfänger ab November 2016 ergänzend eine Einrichtung der Tagespflege besucht habe, führe dies zu keinem anderen Ergebnis. Der Besuch einer Tagespflege führe nicht zum Vorliegen einer ambulant betreuten Wohnform. Zudem befinde sich die aufgesuchte Tagespflege im Stadtgebiet der Beklagten. Im November 2016 sei nur die Übernahme für einen Besuch wöchentlich erfolgt. Seit Oktober 2018 habe der Leistungsempfänger die Einrichtung der Tagespflege gar nicht mehr besucht.

Hilfsweise macht die Beklagte geltend, dass die bisher vorgelegte Abrechnung bezüglich einzelner Positionen nicht korrekt gewesen sei. Außerdem könne ein Erstattungsanspruch, so denn seine Voraussetzungen dem Grunde nach vorliegen sollten, erst ab Kenntnis bestehen. Der Erstattungsanspruch sei erst mit Schreiben vom 17. Oktober 2016 geltend gemacht worden, der bei ihr am 20. Oktober 2016 eingegangen sei. Dass sie – die Beklagte – bereits vor dem Umzug mit der Angelegenheit befasst gewesen sei, begründe keine Kenntnis i.S. des § 105 Abs. 3 SGB X, denn mit der Abgabe eines Hilfefalles trete grundsätzlich ein Wegfall der Kenntnis ein.

Dem Senat haben die Leistungsakten des Klägers und der Beklagten vorgelegen. Auf diese Akten und auf die Gerichtsakte wird wegen des der Entscheidung zugrundeliegenden Sachverhalts ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat nur zu einem betragsmäßig geringen Anteil Erfolg.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht erhoben worden (§ 151 Abs. 1 und 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Die Berufung ist zulassungsfrei statthaft, weil der Wert des Beschwerdegegenstands die Grenze von 10.000,00 EUR deutlich überschreitet (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG).

Beteiligte des Berufungsverfahrens sind der Kläger und die Beklagte, die als Behörden die Bezeichnung „Kreis Schleswig – Der Landrat“ bzw. „Stadt Flensburg – Der Bürgermeister“ führen. Der Senat folgt der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) dahingehend, dass die Klage gegen die Behörde zu richten ist, sofern das Landesrecht nach Maßgabe des § 70 Nr. 3 SGG die Beteiligtenfähigkeit von Behörden anerkennt (vgl. nur BSG, Urteil vom 29. September 2009 – B 8 SO 19/08 R – SozR 4-3500 § 54 Nr. 6, juris Rn. 14; zur Geltung in Erstattungsstreitverfahren vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 2008 – B 8 SO 23/07 R – BSGE 102,10 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 2, juris Rn. 12). Dies ist in Schleswig-Holstein der Fall (§ 62 Landesjustizgesetz [LJG] vom 17. April 2018 [GVOBl. S. 231]). Soweit der 8. Senat des BSG allerdings in ständiger Übung für die Behörden schleswig-holsteinischer Kreise die irreführende Behördenbezeichnung „Der Landrat des Kreises...“ verwendet und die Meinung vertritt, „dass es auf Einzelheiten der Behördenbezeichnung nicht ankomm[e]“ (zuletzt BSG, Urteil vom 23. Februar 2023 – B 8 SO 8/21 R – SozR 4-3500 § 98 Nr. 8, juris Rn. 11), ist dies sachlich unzutreffend. Denn diese Behördenbezeichnung führt der Landrat nach Landesrecht ausschließlich in der Funktion, die er im Wege der Organleihe als allgemeine untere Landesbehörde – d.h.: als Behörde des Landes und gerade nicht als Behörde des Kreises – ausübt (§ 7 Nr. 3 Landesverwaltungsgesetz [LVwG] vom 2. Juni 1992 [GVOBl. 243, 534] i.V.m. §§ 1 Abs. 2, 3 Abs. 1 und 2 Gesetz über die Errichtung allgemeiner unterer Landesbehörden in Schleswig-Holstein vom 3. April 1996 [GVOBl. S. 406]). Zu den Aufgaben des Landrats als allgemeine untere Landesbehörde zählt die Sozialhilfe aber gerade nicht. Sie ist vielmehr den Kreisen und kreisfreien Städten als – pflichtige (vgl. § 2 Abs. 2 Kreisordnung [KrO] vom 28. Februar 2003 [GVOBl. S. 94]) – Selbstverwaltungsaufgabe (§ 1 Abs. 1 Satz 2 Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch [AG-SGB XII] vom 31. März 2015 [GVOBl. S. 90]) bzw. – soweit Leistungen nach dem Vierten Kapitel in Rede stehen – als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung (vgl. § 3 Abs. 1 KrO) zugewiesen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 AG-SGB XII), die in den Kreisen vom Landrat als Behörde des Kreises (§ 11 LVwG) wahrgenommen wird (§ 51 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1, Abs. 5 Satz 1 KrO). In dieser Funktion führt die Behörde ausschließlich die Bezeichnung „Kreis ... – Der Landrat“.

Die Berufung ist zu einem geringeren Teil begründet, im Übrigen ist sie als unbegründet zurückzuweisen.

Streitgegenstand ist, nachdem Herr G. während des Berufungsverfahrens am 21. Dezember 2021 verstorben ist, nur noch der Erstattungsanspruch für aufgewendete Kosten der Sozialhilfe, den der Kläger für den Zeitraum zwischen Juni 2016 und Dezember 2021 abschließend mit 83.629,05 EUR beziffert hat. Der erstinstanzlich darüber hinaus geltend gemachte Feststellungsanspruch, der prozessual mit der allgemeinen Feststellungsklage (§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG) verfolgt worden ist, ist mit dem Abschluss des Leistungsfalls hinfällig geworden.

Die nunmehr allein statthafte und auch im Übrigen zulässige Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) hat das Sozialgericht zu Unrecht in vollem Umfang als unbegründet abgewiesen. Dabei ist es, da es hier um Leistungen der Hilfe zur Pflege bzw. der Krankenhilfe und damit nicht um Rehabilitationsleistungen geht, zutreffend davon ausgegangen, dass § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X die richtige Anspruchsgrundlage ist. Hat danach ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs. 1 SGB X vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers

Kenntnis erlangt hat. Diese Voraussetzungen sind nach Überzeugung des erkennenden Senats vorliegend nur für den Zeitraum zwischen dem 11. Juni und dem 31. Oktober 2016 erfüllt.

In diesem Zeitraum ist die Beklagte bei unstreitiger sachlicher Zuständigkeit noch der örtlich zuständige Leistungsträger gewesen. Zwar richtet sich die örtliche Zuständigkeit nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII grundsätzlich nach dem Ort des tatsächlichen Aufenthalts. Dies war ab 11. Juni 2016 Tastrup im Gebiet des Klägers. Für die Leistungen nach diesem Buch an Personen, die Leistungen nach dem Siebten und Achten Kapitel in Formen ambulanter betreuter Wohnmöglichkeiten erhalten, ist jedoch (weiterhin) der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt zuständig war oder gewesen wäre (§ 98 Abs. 5 Satz 1 SGB XII). Dies ist vorliegend die Beklagte, soweit Herr G. seit 11. Juni 2016 Leistungen noch in einer „Form ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten“ erhalten hat, was nach Überzeugung des Senats nur bis zum 31. Oktober 2016 der Fall war.

Der Begriff der ambulant betreuten Wohnmöglichkeit ist gesetzlich nicht definiert. Nach der ursprünglichen Gesetzesbegründung orientiert sich der Begriff an dem des § 55 Abs. 2 Nr. 6 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) in seiner bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung (a.F.). In § 55 SGB IX a.F. wurden die einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dargestellt. Seit dem 1. Januar 2018 spricht das SGB IX von Leistungen zur sozialen Teilhabe (§ 76 SGB IX). Betreute Wohnmöglichkeiten werden nicht mehr ausdrücklich genannt. Gleichwohl werden die Betreuungsleistungen als „Assistenzleistungen“ i.S. des § 76 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX erfasst (vgl. Luthé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl., § 76 SGB IX Rn. 3, 35ff.). Gegenstand der betreuten Wohnmöglichkeit ist dabei die wohnbezogene Betreuung des behinderten Menschen. Hierdurch soll der behinderte Mensch so weit wie möglich befähigt werden, alle wichtigen Alltagsverrichtungen in seinem Wohnbereich selbständig vornehmen zu können, sich im Wohnumfeld zu orientieren oder zumindest dies alles mit sporadischer Unterstützung Dritter zu erreichen (vgl. ebda. Rn. 38). Das BSG hat auf dieser Grundlage zunächst noch angenommen, dass es sich bei der Art der Betreuung um Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft handeln müsse und nicht um eine vorwiegend pflegerische Betreuung (vgl. BSG, Urteil vom 25. August 2011 – B 8 SO 7/10 R – juris Rn. 15). Diese einschränkende Rechtsauslegung hat die höchstrichterliche Rechtsprechung in der Folge dahingehend modifiziert, dass sämtliche Leistungen der ambulanten Betreuung nach dem Sechsten bis Achten Kapitel des SGB XII mit der Zielrichtung der Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei Erledigung der alltäglichen Angelegenheiten im eigenen Wohn- und Lebensbereich gleichgestellt sein sollen (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2016 – B 8 SO 6/15 R – BSGE 121, 293 = SozR 4-3500 § 98 Nr. 4, juris Rn. 13). Nach der Fassung des § 98 Abs. 5 SGB XII, die die Norm durch das Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 2. Dezember 2006 (BGBl I 2670) erhalten hat, sei es systematisch ausgeschlossen, eine Beschränkung der Regelung auf Eingliederungshilfeleistungen des betreuten Wohnens vorzunehmen. Ausdrücklich weist das BSG darauf hin, dass „nach dem ausdrücklichen und unzweideutigen Willen des Gesetzgebers auch die Gewährung von ambulanten Leistungen der Hilfe zur Pflege einen Leistungsfall des ‚Betreuten-Wohnens‘ im Sinne des § 98 Abs. 5 SGB XII darstellen [kann], weil die Sicherung der Selbstbestimmung im eigenen Wohn- und Lebensbereich damit einhergeht“ (BSG, a.a.O., Rn. 13).

Hiernach ist die Eingrenzung der von dieser Leistungsform umfassten Hilfen in erster Linie anhand des Zwecks der Hilfen vorzunehmen. Allein maßgeblich ist, ob durch die bestehende

Wohnform die Verselbständigung der Lebensführung der leistungsberechtigten Person in ihrem eigenen Wohn- und Lebensumfeld erreicht werden soll. Es genügt mithin, ist aber auch erforderlich, dass durch die geleistete Hilfe das selbständige Leben und Wohnen ermöglicht werden soll, damit die leistungsberechtigte Person durch den Verbleib in der eigenen Wohnung einen Freiraum für die individuelle Gestaltung seiner Lebensführung erhält (vgl. BSG, Urteil vom 1. März 2018 – B 8 SO 22/16 R – SozR 4-3250 § 14 Nr. 28, juris Rn. 24). Ob und wie sich eine Einrichtung oder ein Wohnprojekt bezeichne, sei für die rechtliche Qualifikation der Leistung ebenso wenig von Belang, wie die Bezeichnung der Leistungen in einem „Wohn- und Nutzungsvertrag“. Ferner komme es auf die institutionelle Verknüpfung von Betreuung und Wohnen nicht an (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juni 2016 – B 8 SO 6/15 R – BSGE 121, 293-297 = SozR 4-3500 § 98 Nr. 4, Rn. 15), so dass auch eine allgemeine Konzeption des Angebots durch den ambulanten Leistungserbringer nicht entscheidend sein könne.

Dieser Rechtsprechung hat sich der Senat in seinem Urteil vom 9. November 2022 – L 9 SO 4/20 – dem Grunde nach angeschlossen, das ebenfalls zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits ergangen war. Angesichts der dort vorgenommenen abstrakten Wertungen sieht sich der Senat außer Stande, die (bloße) Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst im häuslichen Umfeld allgemein wie auch unter Berücksichtigung der hier vorliegenden Besonderheiten des konkreten Einzelfalls aus dem Begriff ambulant betreute Wohnmöglichkeit i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII auszunehmen. Denn auch im vorliegenden Fall zielte die Versorgung des Herrn G. durch den ambulanten Pflegedienst im Haushalt seiner Tochter auf die Verselbständigung der Lebensführung im eigenen Wohn- und Lebensumfeld, wäre doch als Alternative die stationäre Pflege in einem Pflegeheim und damit außerhalb des eigenen, familiär geprägten Wohn- und Lebensumfelds in Betracht gekommen. Dass Herr G. seine eigene Wohnung in Flensburg hatte aufgeben und in den Haushalt der Tochter ziehen müssen, um dort ambulant (mit zusätzlicher Unterstützung durch die Tochter) gepflegt zu werden, bewirkte nach Überzeugung des Senats keine Lösung vom eigenen Wohn- und Lebensumfeld, sondern trug offensichtlich dem Wunsch des Herrn G. Rechnung, wenn nicht in seiner eigenen Wohnung, so doch in seinem familiären Umfeld zu leben. Auch die Tatsache, dass eine Pflege in diesem familiären Umfeld später (ab 1. November 2016) durch die Inanspruchnahme von Pflegegeld und teilstationärer Tagespflege und damit ohne die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen realisiert werden konnte, ändert nichts daran, dass die ambulanten Pflegeleistungen auf die Erhaltung des eigen Wohn- und Lebensumfelds zielte und insoweit als Leistungen der Hilfe zur Pflege auch rechtmäßig erbracht wurden.

Der Senat verkennt nicht, dass die tatsächlichen Verhältnisse, die der Senatsentscheidung vom 9. November 2022 zugrunde gelegen haben, andere gewesen sind als im vorliegenden Fall. So war dort sogar eine institutionelle Verknüpfung von Wohnen und Pflegeleistung insoweit gegeben, als der dortige Leistungsberechtigte mit dem Vermieter einen Mietvertrag und darüber hinaus auch einen Betreuungsvertrag abgeschlossen hatte, der nach den vertraglichen Regelungen während der gesamten Dauer des Mietverhältnisses bestehen bleiben musste. Für die Wohnung war Rufbereitschaft vereinbart. Ebenso wenig verkennt der Senat, dass die bisherige BSG-Rechtsprechung andere Sachverhaltskonstellationen zum Gegenstand hatten als den Fall einer bloßen Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes im eigenen Wohnumfeld. So ging es in dem Verfahren zum Az. B 8 SO 6/15 R um die Unterbringung einer an Alzheimer erkrankten schwerbehinderten Person in einer Demenz-WG und nicht lediglich um die Gewährung ambulanter Pflegeleistungen im

häuslichen Umfeld. Für die Herleitung und Begründung der in dieser Entscheidung formulierten abstrakten Rechtssätze, die der Senat auf den hier zugrundeliegenden konkreten Einzelfall anwendet, haben diese Besonderheiten aber offenbar keine Rolle gespielt; vielmehr hebt das BSG explizit das „weite Begriffsverständnis“ des Begriffs der ambulanten Betreuung i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII hervor und zieht Einschränkungen lediglich für Fälle nur punktueller Betreuung bzw. für Fälle niedrigschwelliger Pflege z.B. bei Pflegestufe Null in Betracht (BSG, Urteil vom 30. Juni 2016 – B 8 SO 6/15 R – BSGE 121, 293 = SozR 4-3500 § 98 Nr. 4, juris Rn. 13). Es solche Ausnahmekonstellation ist hier jedoch nicht gegeben.

Wie die Beklagte geht auch der Senat davon aus, dass es nicht das Ziel des Gesetzgebers gewesen sein dürfte, die ambulante Pflege im häuslichen Umfeld als ambulant betreute Wohnform in den Anwendungsbereich der der Verlängerung des Schutzes der Einrichtungsorte dienenden Vorschrift des § 98 Abs. 5 SGB XII einzubeziehen. Für die Ursprungsfassung ergibt sich dies augenfällig aus der Gesetzesbegründung, die dezidiert auf Eingliederungsleistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX (dazu oben) abstellte (BT-Drucks. 15/1514, S. 67). Vor dem Hintergrund, dass die Änderungen mit dem Gesetz zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 2. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2670) lediglich der „Klarstellung des Gewollten“ dienen sollten (BT-Drucks. 16/2711, S. 13), kann der Senat dem BSG in der Einschätzung, seine Auslegung entspreche „dem ausdrücklichen und unzweideutigen Willen des Gesetzgebers“ (BSG, Urteil vom 30. Juni 2016 – B 8 SO 6/15 R – BSGE 121, 293 = SozR 4-3500 § 98 Nr. 4, juris Rn. 13), deshalb auch nicht folgen. Eher wird anzunehmen sein, dass die Vorschrift dem Gesetzgeber entglitten ist, weil er bei den nachfolgenden Änderungen die systemischen Konsequenzen bestimmter Formulierungen nicht vollständig durchdacht hat. Dennoch ist die Auslegung durch das BSG nach den sonstigen Auslegungsmethoden vertretbar und daraus folgende Dysfunktionalitäten, die offenkundig auch das BSG erkennt, aber dahinstehen lässt, weil die Regelung „einer Prüfung auf Sinnhaftigkeit nicht zugänglich“ sei (BSG, a.a.O., Rn. 16), müssten nach Überzeugung des erkennenden Senats mittels Modifikation oder Streichung des § 98 Abs. 5 SGB XII durch den Gesetzgeber beseitigt werden. Bis dahin ist, um die dysfunktionale Wirkung der Vorschrift nicht noch zu verstärken, der § 98 Abs. 5 SGB XII so auszulegen, dass er eine, wenn auch nicht sinnhafte, so doch möglichst einfache und verlässliche Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den Trägern der Sozialhilfe ermöglicht. Dem trägt der Senat Rechnung, indem er grundsätzlich alle ambulanten Pflegeleistungen an leistungsberechtigte Personen der Sozialhilfe den Leistungen in Formen ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten zurechnet.

Dem wegen der bis zum 31. Oktober 2016 erbrachten Leistungen bestehenden Erstattungsanspruch steht auch § 105 Abs. 3 SGB X (hier in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung) nicht entgegen. Dies gilt insbesondere auch für den zwischen den Beteiligten streitigen Zeitraum 11. Juni bis 19. Oktober 2016. Nach § 105 Abs. 3 SGB X a.F. gelten die Absätze 1 und 2 gegenüber den Trägern der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe nur von dem Zeitpunkt ab, von dem ihnen bekannt war, dass die Voraussetzungen für ihre Leistungspflicht vorlagen. Die Regelung geht zurück auf das Gesetz vom 4. November 1982 (BGBl. I S. 1450) und diente ausweislich der Gesetzesbegründung seinerzeit – Bedenken des Bundesrats aufgreifend (BT-Drs. 9/95 S. 39) – dem Zweck, dass „der bisherige Rechtszustand (§ 5 BSHG) aufrechterhalten wird“ (BT-Drs. 9/1753 S. 44), also der sozialhilferechtliche Kenntnisgrundsatz (jetzt: § 18 SGB XII) auch im Erstattungsverhältnis wirksam sein sollte. § 105 Abs. 3 SGB X blieb seitdem im Wesentlichen unverändert.

Dementsprechend ist der Begriff der Kenntnis so auszulegen, wie er im Rahmen des § 18 SGB XII auszulegen ist, wobei die Zurechnung der Kenntnis eines anderen Sozialleistungsträger – hier etwa der Kenntnis des Klägers – naturgemäß nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 8. Dezember 2022 – B 7/14 AS 11/21 R – BSGE 135, 181 = SozR 4-1300 § 105 Nr. 9, juris Rn. 30). Erforderlich ist dementsprechend die positive Kenntnis vom Leistungsfall, also von Bedarf und Bedürftigkeit dem Grunde nach, ohne dass es auf den genauen Betrag ankommt (vgl. nur Groth in: BeckOK-SozR, 73. Edition, § 18 SGB XII Rn. 2).

Eine derartige Kenntnis hatte die Beklagte im vorliegenden Fall. Denn ihr war bekannt, dass sich Bedarf und Bedürftigkeit durch den Wechsel des Aufenthaltsorts des Herrn G. nicht wesentlich änderten. Dokumentiert in der Leistungsakte der Beklagten ist ein Telefonat zwischen der dortigen Sachbearbeiterin und der Tochter des Herrn G. am 17. Juni 2016, in dem letztere auf eine Neuantragstellung im Zuständigkeitsbereich des Klägers verwiesen wurde (Bl. 498 der Leistungsakte der Beklagten). Bereits dies zeigt, dass sich die Kenntnis der Beklagten auch nach dem Ortswechsel neu manifestiert hatte, sie also nicht davon ausgehen konnte, dass mit dem Wechsel in den Haushalt der Tochter auch die Bedarfslage beendet wurde. Dementsprechend hat die Beklagte den Pflegedienst mit Schreiben vom 17. Juni 2016 über die Veränderung informiert und ihn darauf hingewiesen, dass sie – die Beklagte – ab 11. Juni 2016 keine Leistungen mehr übernehme (Bl. 501 der Leistungsakte der Beklagten). Auch dies deutet auf eine positive Kenntnis vom Fortbestehen der tatsächlichen Bedarfslage nebst weiterer Betreuung durch den bisher eingesetzten Leistungserbringer und auf das Fortbestehen der Bedürftigkeit dem Grunde nach hin.

Vor diesem Hintergrund liegt der Sachverhalt hier anders als in der von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidung des VG Karlsruhe vom 12. April 2019 – 8 K 7391/16. Es lässt sich dieser Entscheidung jedenfalls nicht der generelle Rechtssatz entnehmen, dass mit der Abgabe eines Hilfefalles grundsätzlich ein Wegfall der Kenntnis eintrete. Vielmehr hat das VG Karlsruhe den Rechtssatz formuliert: „§ 105 Abs. 3 SGB X erfordert die positive Kenntnis des auf Erstattung in Anspruch genommenen Jugendhilfeträgers vom Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen seiner Leistungspflicht; eine Kenntnisfiktion für einen unmittelbar an die Fallabgabe anschließenden Zeitraum, etwa im Hinblick auf eine Befristung des Bewilligungsbescheides oder bis zum nächsten regelmäßigen Hilfeplangespräch, kommt mangels Rechtsgrundlage nicht in Betracht.“ Auf eine Kenntnisfiktion muss vorliegend allerdings auch nicht abgestellt werden.

Für die Zeit ab 1. November 2016, in der Herrn G. Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht mehr durch einen Leistungserbringer erbracht worden sind, ihm vielmehr für die im Haushalt seiner Tochter geleistete Pflege vom Kläger nur noch Pflegegeld gezahlt worden ist, liegt hingegen zur Überzeugung des Senats keine Leistung in Form ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII mehr vor, so dass von diesem Zeitpunkt an der Kläger der zuständige Leistungsträger geworden ist und ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte von vornherein ausscheidet.

Denn für diesen Zeitraum ist Herrn G. überhaupt keine institutionelle Hilfe durch Leistungserbringer im häuslichen Umfeld mehr erbracht worden. Vielmehr ist Herr G. von da an durch seine Tochter und damit durch eine zum Haushalt gehörende nahe Familienangehörige gepflegt worden, ohne dass diese Pflegeleistungen dem Träger der Sozialhilfe als Betreuungsleistung zurechenbar wären. Das gewährte Pflegegeld ist eine

Geldleistung (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII), die die pflegebedürftige Person allein beanspruchen (vgl. nur Meßling/Coseriu in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 4. Aufl. 2024, § 64a Rn. 27) und die sie nach eigener Entscheidung verwenden kann. Insbesondere eine Verpflichtung zur Weiterleitung des Pflegegeldes an die pflegende Person besteht nicht.

Zu einer Leistung, die als Hilfe in ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII erbracht wird, wird das Pflegegeld auch nicht durch die Regelung des § 64a Abs. 1 Satz 2 SGB XII, die Zweckverfehlungen vorbeugen und insbesondere verhindern soll, dass das geleistete Geld anderweitig als für die Pflege verwendet wird. Danach setzt der Anspruch auf Pflegegeld voraus, dass die Pflegebedürftigen die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Dabei spricht der Wortlaut („selbst sicherstellen“) dafür, dass der Sicherstellungsauftrag mit der Zahlung des Pflegegeldes auf den Empfänger übergeht und so lange bei ihm verbleibt, wie die Pflege tatsächlich sichergestellt ist. Eine institutionelle Einbindung des Sozialhilfeträgers, die ihm als eigene Hilfe in einer Form ambulant betreuten Wohnens zugerechnet werden könnte, findet insoweit nicht statt. Soweit die Beklagte auf Mechanismen der Qualitätssicherung nach dem Qualitätssicherungsregime des § 37 Abs. 3, 6 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) hinweist, greift dieses für die Pflegegeldgewährung im SGB XII über § 64a Abs. 3 SGB XII ohnehin nur mittelbar; sofern – wie vorliegend – ausschließlich Pflegegeld nach dem SGB XII in Rede steht, greifen diese Vorschriften nicht (vgl. Klie in: Hauck/Noftz, SGB XII, § 64a Rn. 8).

Die Zahlung von Pflegegeld kann auch bei systematischer Betrachtung des Pflegerechts nicht mehr als Form ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten angesehen werden, da das ambulante Moment der Leistungserbringung durch Dienste außerhalb stationärer Einrichtungen hier gänzlich fehlt. So unterscheidet das Pflegeversicherungsrecht nicht zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege, sondern bewusst zwischen der Pflege im häuslichen Umfeld – und dort zwischen Pflegesachleistung und Pflegegeld – (§§ 36 ff. SGB XI), teilstationärer Pflege (§§ 41 f. SGB XI) und vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI). Der Begriff ambulant findet sich hingegen erst im Leistungserbringungsrecht in § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI und definiert dort ambulante Dienste als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe i.S. des § 36 SGB XI versorgen. § 36 SGB XI wiederum betrifft allerdings nur die Pflegesachleistung und nicht das Pflegegeld, das in § 37 SGB XI gesondert geregelt ist.

Auch der Umstand, dass Herr G. in der Zeit seit dem 1. November 2016 vorübergehend parallel zur Unterbringung im häuslichen Umfeld auch teilstationär in einer Einrichtung der Tagespflege gepflegt worden ist, macht aus der häuslichen Pflege keine Form ambulant betreuten Wohnens. Dabei hat das BSG stets deutlich gemacht, dass es zwischen den einzelnen Leistungen ihrem Charakter nach deutlich differenziert und insbesondere im Hinblick auf die Zuständigkeitsregelungen des § 98 SGB XII keine erweiternde Auslegung auf teilstationäre Einrichtungen befürwortet (vgl. nur BSG, Urteil vom 23. Juli 2015 – B 8 SO 7/14 R – SozR 4-3500 § 98 Nr. 3, juris Rn. 12 ff.). Dazu würde es aber kommen, wenn man eine Leistung im häuslichen Umfeld, die nicht als Form ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten angesehen werden kann, über eine parallel gewährte teilstationäre Leistung, die außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht wird, zu einer solchen Wohnform umdeuten wollte.

Für den Zeitraum ab 1. November 2016 ist deshalb der Kläger der nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII örtlich zuständige Träger, so dass ein Erstattungsanspruch von da an ausscheidet. Der im Tenor ausgewiesene Betrag betrifft den Zeitraum bis 31. Oktober 2016. Die bis dahin erbrachten Leistungen sind der Höhe nach zwischen den Beteiligten unstreitig. Soweit die Beteiligten über die Höhe der Leistungen gestritten haben – dieser Streit ist angesichts der mit Schriftsatz vom 26. August 2024 korrigierten Abrechnung des Klägers beigelegt – haben diese den Zeitraum seit 1. November 2016 betroffen, für die ein Erstattungsanspruch nach Überzeugung des Senats bereits dem Grunde nach ausscheidet.

Die Kostenentscheidung ergeht gemäß § 197a Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zu (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Noch nicht abschließend geklärt ist u.a. die Frage, inwieweit die ambulante Pflegeleistung einer Institutionalisierung bedarf, um als Form ambulant betreuten Wohnens i.S. des § 98 Abs. 5 SGB XII gelten zu können.

Die Entscheidung über den Streitwert ergeht gemäß §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Beklagte hat die aufgewendeten Leistungen für den im Dezember 2021 verstorbenen Herrn G. im Schriftsatz vom 26. August 2024 mit 83.629,05 EUR beziffert. Dieser Betrag ist als Streitwert für das Berufungsverfahren zugrunde zu legen.