

Urtenzeichen:

3 RK 10/56

I m N a m e n d e s V o l k e s

In Sachen

Verkündet

am 21. März 1961

Klägers und Revisionsklägers,

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf die
mündliche Verhandlung vom 21. März 1961, an der
mitgewirkt haben

Senatspräsident

Prof. Dr. B o g s
als Vorsitzender,

die Bundesrichter

R i c h t e r und

Dr. L a n g k e i t

sowie die Bundessozialrichter T i e d t und

N e u w a l d

für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des
Bayerischen Landessozialgerichts vom 7. Oktober 1955
wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander Kosten des Revisions-
verfahrens nicht zu erstatten.

V o n R e c h t s w e g e n .



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

I.

Der Kläger gehörte als Pflichtversicherter der beklagten Krankenkasse bis zum 31. März 1951 an. Vom 1. April 1951 an war er nach dem Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Art. 131 des Grundgesetzes (GG) fallenden Personen vom 11. Mai 1951 von der Versicherungspflicht befreit. Jedoch wurden für ihn wegen der verzögerten Durchführung dieses Gesetzes Pflichtbeiträge noch bis zum 31. Juli 1951 abgeführt.

Am 31. Juli 1951 erkundigte sich der Kläger bei der beklagten Krankenkasse nach den Bedingungen einer Weiterversicherung und erhielt darauf einen ersten, allgemein gehaltenen Bescheid in dem ihm insbesondere eröffnet wurde, daß ihm auf Antrag im Hinblick auf die ihm bei Arbeitsunfähigkeit gewährte Gehaltsfortzahlung eine niedrigere Lohnstufe eingeräumt werden würde, als sie sich sonst nach seinem Einkommen ergeben würde (Schreiben vom 3. August 1951). Auf eine erneute Anfrage, in der er auch die Frage stellte, ob er bei einer späteren Einkommenserhöhung einen höheren Monatsbeitrag zu entrichten habe, teilte ihm die beklagte Krankenkasse mit (Schreiben vom 14. August 1951), seinem monatlichen Bruttoeinkommen von 346,20 DM entspreche die Lohnstufe XI/2 mit einem Monatsbeitrag von 15,84 DM; auf Antrag werde ihm die Lohnstufe VII/2 mit 10,08 DM Monatsbeitrag eingeräumt, der sich auf 7,20 DM ermäßigen würde, solange seine Ehefrau Mitglied der Kasse sei; eine Beitragserhöhung bei eventueller Gehaltserhöhung werde nicht eintreten, wenn er nicht selbst höhere Einstufung beantrage.

Am 21. August 1951 meldete sich der Kläger bei der beklagten Krankenkasse auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck "zur Fortsetzung der Mitgliedschaft" an und stellte dabei formularmäßig den Antrag auf Einstufung in eine niedrigere Lohnstufe entsprechend seinen Einkommensverhältnissen. Die Beklagte bestätigte die Anmeldung mit Schreiben vom 27. August 1951 und stufte ihn antragsgemäß niedriger ein, nämlich in Lohnstufe VII/2 mit einem Monatsbeitrag von 10,08 DM; für den Fall des Übertritts der Ehefrau des Klägers, die bei einer Ersatzkasse versichert war, zur beklagten Krankenkasse wurde eine Lohn-



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

stufenänderung in Aussicht gestellt.

Ende 1953 teilte die beklagte Krankenkasse dem Kläger mit, daß sie im Hinblick auf die seit 1951 eingetretenen Veränderungen des Lohn- und Preisgefüges und die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von 375,- auf 500,- DM genötigt sei, ihn mit einem höheren Monatsbeitrag einzustufen, und forderte ihn auf, sein derzeitiges Einkommen anzugeben. Als sich der Kläger weigerte dies zu tun, stufte ihn die beklagte Krankenkasse mit Bescheid vom 12. Januar 1954 vom 1. Januar 1954 an in Lohnstufe XII mit einem Monatsbeitrag von 17,28 DM ein, wobei sie davon ausging, daß sein Monatseinkommen mindestens 460,- DM betrage. Tatsächlich belief es sich auf etwa 485,- DM. Trotz Gegenvorstellungen des Klägers beharrte die beklagte Krankenkasse auf ihrer Auffassung, drohte ihm das Erlöschen der Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzuges an und teilte ihm schließlich mit (Schreiben vom 11. März 1954), daß seine Mitgliedschaft wegen Nichtzahlung der geschuldeten Beiträge nach § 314 der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 6. März 1954 erloschen sei. Der Widerspruch des Klägers hatte Erfolg, soweit es sich um das Erlöschen der Mitgliedschaft handelte. Hingegen wies die Widerspruchsstelle den Widerspruch des Klägers gegen die Einstufung in Lohnstufe XII als unbegründet zurück (Bescheid vom 25. März 1954).

Auf die Klage hob das Sozialgericht (SG) Nürnberg durch Urteil vom 13. Januar 1955 den Widerspruchsbescheid auf, soweit er den Widerspruch zurückgewiesen hatte, und stellte fest, daß der Kläger nicht verpflichtet sei, nach dem 31. Dezember 1953 für die freiwillige Krankenversicherung höhere Beiträge als nach Stufe VII an die beklagte Krankenkasse zu entrichten. Gegen dieses Urteil legte die beklagte Krankenkasse beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung ein.

Das LSG (Urteil vom 7. Oktober 1955) hob das Urteil des SG auf und wies die Klage ab. Es ließ offen, ob die Höherstufung des Weiterversicherten nach § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO in das Ermessen der Krankenkasse gestellt sei oder ob es sich um eine Pflichthandlung der Krankenkasse handele. Auch wenn die Ausübung der Ermächtigung eine Ermessensentscheidung sei, könne



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

jedenfalls nicht von einer fehlerhaften Anwendung des Ermessens gesprochen werden. Die nach der bisherigen Lohnstufe VII entrichteten Beiträge hätten zum Gesamteinkommen des Klägers zu Beginn des Jahres 1954 und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen in erheblichem Mißverhältnis gestanden. Das Einkommen des Klägers sei gegenüber dem Stande bei Beginn der Weiterversicherung um 40 % gestiegen; die von ihm im Krankheitsfalle zu erwartenden Kassenleistungen früher und jetzt stünden im Verhältnis von 100 zu 120 bis 130. Daß die Kasse dabei den Durchschnitt der auf einen Versicherten entfallenden Sachleistungen zugrunde gelegt habe, sei nicht zu beanstanden, da eine individuelle, auf den Versicherten abstellende Vergleichsmöglichkeit weder theoretisch noch praktisch gegeben sei. Die beklagte Krankenkasse hätte sowohl gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung der Mitglieder als auch den Gedanken des sozialen Rechtsstaats verstoßen, wenn sie die Angleichung des Pflichtenstandes des weiterversicherten Klägers an den allgemeinen Pflichtenstand der Versichertengemeinschaft unterlassen hätte. An der Einhaltung dieser Verpflichtung sei sie durch ihre Erklärung im Schreiben vom 14. August 1951, daß sie ohne Antrag des Klägers von einer Höhereinstufung bei Gehaltserhöhung absehen werde, nicht gehindert gewesen. Mit dem Schreiben sei eine Auskunft erteilt, aber keine hoheitliche Maßnahme zur Regelung eines Einzelfalles getroffen worden. Als Verwaltungsakt könne diese Erklärung auch deshalb nicht angesehen werden, weil am 14. August 1951 kein öffentlich-rechtliches Verhältnis der Gewaltunterworfenheit zwischen dem Kläger und der beklagten Krankenkasse bestanden habe. Auch nach dem Grundsatz von Treu und Glauben sei die beklagte Krankenkasse nicht auf ihre Erklärung im Schreiben vom 14. August 1951 festgelegt worden, da es an einem Schulverhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten fehle. Das Weiterversicherungsverhältnis werde allein durch die Weiterversicherungsanzeige zu den in Gesetz und Satzung festgesetzten Bedingungen, nicht aber durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag begründet.

Mit der - vom LSG zugelassenen - Revision hat der Kläger beantragt,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

das angefochtene Urteil und den Widerspruchsbescheid vom 25. März 1954, soweit er den Widerspruch gegen die Einstufung in die Lohnstufe XII zurückweist, aufzuheben und festzustellen, daß der Kläger nicht verpflichtet ist, nach dem 31. Dezember 1953 höhere Beiträge als nach Lohnstufe VII zu entrichten.

Er rügt 1.) als Verfahrensrängel:

- a) Der vom Kläger vorgetragene Sachverhalt sei im Tatbestand des angefochtenen Urteils unvollständig wiedergegeben. Nicht erwähnt und auch nicht berücksichtigt sei der vom SG ausdrücklich festgestellte Umstand, daß seine Ehefrau der beklagten Krankenkasse beigetreten sei und ihm demgemäß sogar ein Anspruch auf Beitragssenkung, wie im Schreiben vom 14. August 1951 vorgesehen, zugestanden habe, falls er einen solchen Antrag gestellt hätte. Das LSG habe damit gegen seine Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts verstoßen.
- b) Auch habe das LSG den Sachverhalt insofern ungenügend aufgeklärt, als es nicht ermittelt habe, daß der Anstoß zur Weiterversicherung von der Beklagten mit einem Schreiben vom 19. Juli 1951 - und nicht erst vom Kläger mit seinem Schreiben vom 31. Juli 1951 - ausgegangen sei.

2.) als Verletzung des materiellen Rechts:

- a) Das LSG habe zu Unrecht bei der Frage, ob die Beiträge des Klägers in erheblichem Mißverhältnis zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen stünden (§ 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO), Durchschnittssätze angewandt. Es hätte vielmehr die individuellen Risikominderungen - Wegfall des Krankengeldes infolge Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit des Klägers und die Eigenversicherung der Ehefrau des Klägers bei der beklagten Krankenkasse - berücksichtigen müssen. Bei richtiger Würdigung des Verhältnisses von Beitrag und



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Leistungen hätte das LSG keine Pflicht der Krankenkasse zur höheren Einstufung des Klägers annehmen dürfen.

- b) Zu Unrecht habe das LSG sich in diesem Zusammenhang auf § 7 Abs. 1 des Gesetzes über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung (GSv) vom 22. Februar 1951 (BGBl. I, 124) berufen, wonach die Mitglieder der Organe eines Versicherungsträgers für getreue Geschäftsführung wie Vormünder ihren Mündeln haften. Von ungetreuer Geschäftsführung könne keine Rede sein, wenn die Organmitglieder bei Entscheidungen über Beitragsgestaltung die Besonderheiten des Einzelfalles in Rechnung stellten und die Entwicklung des Risikos möglicherweise falsch beurteilt hätten.
- c) Der Gedanke des sozialen Rechtsstaats sei durch die Überbewertung der sozialen Bindungen des Einzelnen vom LSG verkannt worden. Die soziale Gerechtigkeit gebiete nicht, von einem Mitglied der Kasse, das nur beschränkt Anspruch auf Kassenleistungen habe und dessen Ehefrau bei derselben Kasse pflichtversichert sei, die gleichen Beitragsleistungen wie von einem Mitglied zu fordern, dem alle in Betracht kommenden Leistungen der Kasse zustünden.
- d) Rechtsirrig sei der Standpunkt des LSG, ein Versicherungsträger könne einen Verwaltungsakt gegenüber einem Versicherten erst erlassen, wenn das Versicherungsverhältnis begründet sei. Jedenfalls könne sie bereits vor Begründung des öffentlich-rechtlichen Gewaltverhältnisses bindende Zusagen erteilen.



- 7 -

Auf solche Erklärungen der Verwaltung müsse sich der Staatsbürger verlassen können. Treu und Glauben verlangten, daß die Verwaltung Erklärungen gegen sich gelten lassen müsse, die für den Einzelnen bestimmend gewesen seien, das Rechtsverhältnis einzugehen.

Die beklagte Krankenkasse hat um

Zurückweisung der Revision

gebeten. Sie weist darauf hin, daß die Beiträge des Klägers Ende 1953 in erheblichem Mißverhältnis sowohl zu dem Einkommen des Klägers als auch zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen gestanden hätten. Deshalb sei sie zur Höherstufung des Klägers verpflichtet gewesen. Anderenfalls hätte sie den Grundsatz der Gleichberechtigung aller Mitglieder verletzt und dem Zweckgedanken des § 313 a RVO zuwidergehandelt, wonach die Beiträge der Weiterversicherten die von der Kasse im Krankheitsfall zu gewährenden Leistungen möglichst decken sollen. Ihre Erklärung im Schreiben vom 14. August 1951, die auch sie für einen bedauerlichen Fehlgriff halte, sei eine bloße Auskunftserteilung, jedoch kein Verwaltungsakt. Selbst wenn sie aber als Verwaltungsakt anzusehen sei, habe sie widerrufen werden können, weil sie dem geltenden Recht widersprochen habe.

Während des Revisionsverfahrens zeigte der Kläger an, daß die beklagte Krankenkasse ihm am 11. Juli 1956 eröffnet habe, daß sein Monatsbeitrag ab 1. Juli 1956 19,44 DM betrage, da die Vertreterversammlung eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes von 6 auf 6,7 % und des ermäßigten von 4,8 auf 5,4 % beschlossen habe.

II.

- 1.) Die verfahrensrechtlichen Rügen der Revision greifen nicht durch.

Der Kläger vermißt im Tatbestand des angefochtenen Urteils die Wiedergabe der von ihm vorgetragenen - und im Urteil erster



JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

Instand auch festgestellten - Tatsache, daß seine Ehefrau zur beklagten Krankenkasse übergetreten ist, er aber die ihm für diesen Fall im Schreiben der Beklagten vom 14. August 1951 in Aussicht gestellte weitere Beitragsherabsetzung nicht in Anspruch genommen hat. Daß eine Berichtigung des Tatbestands des angefochtenen Urteils (§ 139 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) nicht über eine Revisionsrüge erreicht werden kann, ist dem Kläger offenbar bewußt; denn er trägt diesen Sachverhalt unter dem Gesichtspunkt der ungenügenden Sachaufklärung (§ 103 SGG) vor. Das LSG hätte aber nur dann gegen seine Pflicht zur Sachaufklärung verstoßen, wenn es von seinem Rechtsstandpunkt aus auf diesen Sachumstand angekommen wäre. Das ist aber nicht der Fall. Das LSG ist der Auffassung, daß die Höherstufung eines Versicherten nicht von seinen individuellen, das Krankheits- und Leistungsrisiko beeinflussenden Verhältnissen abhängt. Hiernach war der Übertritt der Ehefrau des Klägers zur beklagten Krankenkasse unerheblich.

Ebenso war nach dem Rechtsstandpunkt des LSG für dessen Entscheidung die Frage bedeutungslos und deshalb nicht aufklärungsbedürftig, ob die beklagte Kasse den Kläger auf die Möglichkeit der Weiterversicherung hingewiesen hatte, bevor dieser sich bei ihr nach den näheren Bedingungen erkundigte; denn das LSG ist davon ausgegangen, daß alle vor Abgabe der Weiterversicherungsanzeige liegenden Erklärungen der beklagten Krankenkasse diese nicht daran gehindert haben, eine Höherstufung des Klägers vorzunehmen.

2.) Auch die sachrechtlichen Rügen der Revision sind unbegründet.

Angefochten ist der - durch den Widerspruchsbescheid bestätigte - Bescheid der beklagten Krankenkasse vom 12. Januar 1954, durch den diese den Kläger, der bisher der Lohnstufe VII mit einem Monatsbeitrag von 10,08 DM angehört hatte, vom 1. Januar 1954 an in die Lohnstufe XII mit einem Monatsbeitrag von 17,28 DM versetzte. Zu Unrecht nimmt die Revision an, daß die Beklagte die Höherstufung schon deshalb nicht vornehmen durfte, weil sie in ihrem Schreiben vom 14. August 1951 dem Kläger zugesagt hatte, bei einer Gehaltserhöhung seinen Beitrag nur zu erhöhen, wenn er dies selbst beantrage.

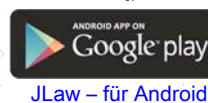


Zutreffend hat das LSG abgelehnt, auf diesen Sachverhalt die Grundsätze des allgemeinen Verwaltungsrechts über die Rücknahme fehlerhafter begünstigender Verwaltungsakte anzuwenden, und zwar schon deshalb, weil hier kein Verwaltungsakt vorliegt. Das Schreiben der beklagten Kasse vom 14. August 1951 enthält Auskünfte und Zusagen über die Beitragsbedingungen, die der Kläger zu erwarten habe, falls er von seinem Recht zur Weiterversicherung Gebrauch machen wolle. Diese Erklärung hatte für sich genommen - ohne Hinzutreten eines weiteren Sachverhalts - keine unmittelbaren Rechtswirkungen. Das Pflichtversicherungsverhältnis des Klägers war beendet; ob es zu einer Weiterversicherung kommen würde, stand in seinem Belieben. Die Erklärung der beklagten Krankenkasse vom 14. August 1951 konnte demnach - wenn überhaupt - nur Rechtswirkungen entfalten, wenn - durch Weiterversicherung des Klägers - ein Versicherungsverhältnis begründet werden und eine Erhöhung des Einkommens des Klägers eintreten würde. Es fehlte ihr somit die unmittelbare rechtliche Wirkung, die für die Annahme eines Verwaltungsakts unerlässlich ist (vgl. Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 7. Aufl. Bd. 1 § 11 Abschn. 1 S. 182; Wolff, Verwaltungsrecht I, 2. Aufl. S. 221). Im Rahmen eines bestehenden öffentlich-rechtlichen Verhältnisses der Über- und Unterordnung kann zwar auch die Erklärung der Behörde über ihr künftiges Verhalten - z.B. daß eine ärztliche Nachuntersuchung nicht mehr beabsichtigt sei - einen rechtsgestaltenden, den Adressaten begünstigenden Verwaltungsakt darstellen; denn "sie präzisiert und konkretisiert das Rechtsverhältnis, das zwischen der ... Behörde und dem Berechtigten als öffentlich-rechtliches Dauerschuldverhältnis besteht, mit gestaltender Wirkung" (BSG 6, 175, 178). Wenn aber im Zeitpunkt der Erklärung der Behörde noch völlig offen ist, ob das Versicherungsverhältnis, das erst dem Versicherungsträger die Möglichkeit zu hoheitlichem Handeln gegenüber einem Versicherten gibt, überhaupt zur Entstehung gelangen wird, liegt eine "schlichte Verwaltungsaussäuerung" (BSG 6, 172) und kein Verwaltungsakt vor.

Indessen kann auch eine solche Erklärung der Verwaltung für den Begünstigten Rechte, für die Verwaltung Pflichten be-



JLaw - Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



gründen. Zutreffend hat das LSG allerdings abgelehnt, auf diesen Fall die bürgerlich-rechtlichen Grundsätze über das Verschulden vor Vertragsschluß (culpa in contrahendo) anzuwenden, weil das Versicherungsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Weiterversicherten nicht auf Vertrag beruht. Das Weiterversicherungsverhältnis, das das Gesetz als eine Fortsetzung des Pflichtversicherungsverhältnisses ansieht (§ 313 Abs. 2 Satz 1 RVO: "Wer Mitglied bleiben will, ..."), entsteht kraft Gesetzes auf Grund der Anzeige des Berechtigten (§ 313 Abs. 2 Satz 1 RVO) oder der Zahlung der satzungsmäßigen Beiträge (§ 313 Abs. 2 Satz 3 RVO), wenn die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind. Einer Annahme dieser Anzeige durch den Versicherungsträger bedarf es nicht.

Kann somit das Verhalten der beklagten Krankenkasse auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines vorvertraglichen Verschuldens beurteilt werden, so bleibt doch zu prüfen, ob nicht Treu und Glauben die beklagte Krankenkasse daran hinderten, von ihrer Erklärung über die künftige Beitragsgestaltung abzurücken. Das Reichsversicherungsamt (RVA) hat sich wiederholt mit der Frage auseinandergesetzt, wie sich der Grundsatz von Treu und Glauben auswirkt, wenn der Versicherungsträger irrtümlich die Versicherungspflicht eines Arbeitnehmers verneint hatte, aber doch Entrichtung der Beiträge vom Arbeitsgeber forderte, und es ist dabei für die Rentenversicherung und die Krankenversicherung zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen (vgl. Grunds. Entsch. Nr. 2783 in AN 1924, 34 und Grunds. Entsch. Nr. 5054 in AN 1937, 73; vgl. auch EuM 46, 288 und 47, 156). Die genannten Entscheidungen beziehen sich jedoch nur auf Fälle der Nachentrichtung von Beiträgen und haben keinen unmittelbaren Bezug zu dem hier vorliegenden Sachverhalt, bei dem eine Erklärung des Versicherungsträgers über sein Verhalten bei einem erst in der Zukunft liegenden Sachverhalt - Gehaltserhöhung - zu beurteilen ist. Es kann daher auch auf sich beruhen, ob die Rechtsprechung des RVA - insbesondere im Hinblick auf § 77 SGG - uneingeschränkt in ihrem Anwendungsbereich übernommen werden könnte.

Ob ein Versicherungsträger rechtswirksam Zusagen über die künftige Gestaltung des Beitrags des Versicherten machen kann,



hängt davon ab, ob er überhaupt Gestaltungsfreiheit in dieser Hinsicht hat. Liegt eine Entscheidung im Ermessensbereich der Verwaltung, so ist es ihr grundsätzlich unbenommen, Bindungen für die Zukunft einzugehen, sofern sie dabei die gesetzlichen Grenzen ihres Ermessens einhält und keinen fehlerhaften Gebrauch von ihrem Ermessen macht. Zwar wird es in der Regel für die Verwaltung untunlich sein, ihre Entscheidung vorwegzunehmen, worauf die Bindung an ihre Zusage hinausläuft. Doch besteht nicht selten im modernen Rechtsleben ein dringendes Bedürfnis des Staatsbürgers dafür, eine Gewähr für die künftige Entscheidung der Verwaltung zu erhalten, um seinerseits Entscheidungen – häufig mit erheblichem Aufwand an Kosten und Mühe – treffen zu können (vgl. die vom BVerwG entschiedenen Fälle einer Wohnsiedlungsgenehmigung in Verbindung mit einer Bauerlaubnis – DVBl 1955, 293 – und der Genehmigung eines Einfuhr- und Ausfuhrgeschäfts – BVerwG 3, 199, Nr. 53 –). Erteilt die Verwaltung in einem solchen Fall eine Zusage, so fordert es der Grundsatz von Treu und Glauben, daß das Vertrauen des Staatsbürgers auf die Zusage geschützt wird (BVerwG in den genannten Entscheidungen, vgl. auch Pr. OVG 97, 189). Besteht auch kein Vertrag, so folgt doch aus der Zusage in Verbindung mit dem auch das öffentliche Recht bestehenden Grundsatz von Treu und Glauben, daß die Behörde zu ihrem Wort stehen muß.

Eine solche Verpflichtung ist jedoch nur im Rahmen des Erlaubten zulässig. Wie das LSG zutreffend erwogen hat, ist den §§ 134, 138 des Bürgerlichen Gesetzbuches – BGB – der allgemeine Rechtsgedanke zu entnehmen, daß sich niemand zu ungesetzlichem Handeln verpflichten kann. Was für die Privatperson rechtens ist, gilt erst recht für die Verwaltung. Eine Zusage, die die Verwaltung über ihr künftiges Tun oder Unterlassen abgibt, ist unverbindlich, wenn dieses Verhalten einem gesetzlichen Gebot oder Verbot widerspricht (so auch BVerwG 3, 203; vgl. auch BVerwG in DVBl 1955, 293). Das schließt nicht aus, daß das Vertrauen des Staatsbürgers auf die Zusage der Verwaltung auf andere Weise – als durch Nötigung der Verwaltung zu einem gesetzwidrigen Verhalten – geschützt wird. Es kann eine Haftung der öffentlichen Hand aus unerlaubter Handlung wegen Amtspflichtverletzung in Frage kommen, wenn es sich dabei auch



[JLaw - Gesetze und Urteile](#)
(mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

nur um den Ersatz des Vermögensschadens handelt, der dadurch entstanden ist, daß der Staatsbürger auf die Gültigkeit der Zusage gebaut hat.

Für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits ist somit ausschlaggebend, ob es im Ermessen der beklagten Krankenkasse stand, bei Veränderungen des Einkommens des Klägers durch Gehaltserhöhungen von einer Beitragserhöhung abzugehen. Das ist zu verneinen. § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO spricht zwar davon, daß die Krankenkasse die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe unter den dort genannten Voraussetzungen anordnen "kann", was auch der Auffassung Raum ließe, daß es in ihrem Ermessen stünde, ob sie - bei Vorliegen der Voraussetzungen - den Beitrag des Weiterversicherten erhöht oder nicht erhöht. Indessen kann die Tragweite einer Ermächtigung des Versicherungsträgers, wie sie § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO darstellt, nur aus dem Zusammenhang und der Zweckbestimmung der Vorschrift erschlossen werden (vgl. für den ähnlichen Fall des § 1293 Abs. 2 RVO aF BSG 7, 85, 86, vgl. ferner BSG 9, 199, 203 f und BVerfG 7, 129, 154). Bei § 313 a RVO zeigt der Zusammenhang deutlich, daß diese Vorschrift Ausnahmen von dem Grundsatz festsetzt, daß der Weiterversicherte in seiner Lohnstufe oder Klasse Mitglied bleibt (§ 313 Abs. 1 RVO). Somit bringt § 313 a RVO zunächst nur zum Ausdruck, daß der Grundsatz des § 313 RVO im Einzelfall unter bestimmten Voraussetzungen durchbrochen werden kann und daß die Abweichung von der Regel eine Entscheidung des Versicherungsträgers erfordert (vgl. zur Problematik der "Kann-Vorschriften" im Sozialversicherungsrecht Jerosch, Sozialgerichtsbarkeit 1957, 1 und Knobloch, BABl 1957, 659, 665). Daß diese Entscheidung bei Vorliegen der in § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO genannten Voraussetzung zur Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe führen muß, ergibt sich aus dem Zweckgedanken der Vorschrift, daß durch die Beiträge der Weiterversicherten die ihnen von der Kasse im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen möglichst gedeckt werden, ferner auch aus dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller Mitglieder (so auch das RVA im Bescheid vom 17. April 1936, DOK S. 690, und in einer mit zustimmender Äußerung des Reichs-



arbeitsministers versehenen Stellungnahme - Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 10. Oktober 1941 in AN 1941, 415 -).

Allerdings bleibt der Kasse ein Beurteilungsspielraum, soweit es sich um das Ausmaß der Beitragerhöhung handelt. Die Voraussetzung hierfür, daß die Beiträge des Weiterversicherten in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen mit zu den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen stehen, ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der nicht völlig objektivierbar ist, sondern dem Versicherungsträger einen gewissen "gerichtsfreien Beurteilungsspielraum" oder ein "kognitives Ermessen" läßt (vgl. dazu im einzelnen BSG 11, 102, 118 mit weiteren Nachweisen). Nur in diesem Sinne kann von einem "Ermessen" gesprochen werden, wie es auch in dem schon zitierten Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 10. Oktober 1941 (AN 1941, 415) und in dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Juni 1959 (BSG 10, 78, 81) geschieht. Jedenfalls handelt es sich hier nicht um Ausübung von Handlungsermessen, sondern um die Erfüllung einer den Krankenkassen auferlegten Verpflichtung, ein erhebliches Mißverhältnis zwischen Beiträgen des Weiterversicherten einerseits und seinem Gesamteinkommen sowie den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen andererseits zu beseitigen mit dem alleinigen Ziel, dem Rechtsgehalt des in § 313a Abs. 1 Satz 2 RVO verwandten unbestimmten Rechtsbegriffs gerecht zu werden.

Im vorliegenden Rechtsstreit hat die beklagte Krankenkasse zu Recht angenommen, daß ein erhebliches Mißverhältnis in dem genannten Sinne besteht. Zutreffend ist sie davon ausgegangen, daß bei der Abwägung nicht das individuelle - von dem Kläger selbst und den mitversicherten Familienangehörigen abhängige - Versicherungswagnis zugrunde zu legen ist. Eine individuelle Berücksichtigung des Risikos, die zur Folge hätte, daß die gute Risiken darstellenden Versicherten niedrigere Beiträge als die mit schlechten Risiken zu zahlen hätten, ist nach geltendem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung fremd. Auch die Weiterversicherung gehört zur gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb gilt auch für sie der die Krankenversicherung beherrschende Grundgedanke der Solidarität der Beteiligten, wonach



"der einzelne sich einer billigen Beteiligung an den Lasten der Gemeinschaft nicht entziehen darf" (so schon Hahn in Arbeiterversorgung 1922, 33, 37 zu § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO anlässlich der Einführung dieser Vorschrift durch das Gesetz über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921, RGBl 1922, 5). Überdies wäre es auch dem Versicherungsträger kaum möglich, das mit dem jeweiligen Weiterversicherten verbundene Versicherungswagnis genauer abzuschätzen. Nach dem Gesetz der großen Zahlen läßt sich zwar für eine größere Gruppe eine statistische Durchschnittswahrscheinlichkeit errechnen; auf den Einzelnen bezogen ist das Risiko kaum berechenbar.

Demnach können nur solche Besonderheiten des Weiterversicherungsverhältnisses bei der Prüfung des "erheblichen Mißverhältnisses" nach § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO Berücksichtigung finden, die das Gesetz selbst unbeschadet seines Grundgedankens bei der Bemessung der Beiträge für berücksichtigungsfähig erklärt. Das ist der Fall, wenn der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält und deswegen der Anspruch auf Kranken- und Hausgeld ruht (§ 189 Abs. 1 Satz 1 RVO). Für solche Versicherten hat die Satzung die Beiträge entsprechend zu kürzen (§ 189 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz RVO). Diese Vorschrift gilt auch für Weiterversicherte (Erl. des Reichsarbeitsministers vom 15. Dezember 1939 in AN 1939, 554). Deshalb ist die Fortzahlung des Lohns an den Weiterversicherten während seiner Krankheit auch bei Prüfung des "erheblichen Mißverhältnisses" nach § 313 a Abs. 2 Satz 1 RVO zu berücksichtigen, nicht aber Krankheitsanfälligkeit und Familienstand.

Werden somit nach geltendem Recht die dem Weiterversicherten im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen das "erhebliche Mißverhältnis" des § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO grundsätzlich nur unter dem Gesichtspunkt bestimmen, ob der Weiterversicherte Anspruch auf Lohnfortzahlung während seiner Erkrankung hat, so wird sein "Gesamteinkommen" zum entscheidenden Faktor für eine Heraufstufung des Weiterversicherten (so auch RVA und Reichsarbeitsminister im Erlaß vom 10. Oktober 1941 in AN 1941 S. 415 mit dem Hinweis darauf, daß ein Kassenleiter



- 15 -

bei Verletzung seiner sich aus § 313 a Abs. 1 Satz 2 RVO ergebenden Pflicht - nämlich den Weiterversicherten in eine seinem Gesamteinkommen entsprechende Lohnklasse oder --stufe einzureihen - nach § 23 RVO -jetzt § 7 Abs. 1 GSV- haftet). Das entspricht auch dem Wesen der Weiterversicherung, die eine Fortsetzung der Pflichtversicherung darstellt (§ 313 Abs. 1 RVO). Während der Grundlohn, der sowohl bei Pflichtversicherten als auch bei freiwillig Versicherten die Bemessungsgrundlage für die Beiträge darstellt (§ 385 Abs. 1 Satz 2 RVO), sich bei den Pflichtversicherten nach dem Arbeitsentgelt richtet (§ 180 Abs. 1 Satz 2 RVO), ist er somit bei Weiterversicherten von ihrem Gesamteinkommen abhängig. Nur dadurch, daß die Beitragsdifferenzierung auf wenige, vom Gesetz ausdrücklich hervorgehobene Fälle (§ 189 Abs. 1 Satz 2, § 215 Abs. 3 RVO, vgl. auch § 385 Abs. 2 RVO) beschränkt ist, im übrigen aber die Beiträge nur nach dem Einkommen - sei es dem Arbeitseinkommen, sei es dem Gesamteinkommen - abgestuft sind, ist es möglich, die Grundvorstellung des Gesetzes von der Solidarität aller Versicherten einschließlich der Weiterversicherten zu verwirklichen.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze erweist sich der angefochtene Bescheid der beklagten Krankenkasse vom 12. Januar 1954 als rechtmäßig. Im Zeitpunkt des Erlasses dieses Bescheids standen die Beiträge des Klägers in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen. Sein Gesamteinkommen in Gestalt seines Gehalts war auf etwa 485,- DM monatlich gestiegen. Ohne Hinzutreten eines eine niedrigere Einstufung rechtfertigenden Umstandes hätte der Kläger in Lohnstufe XVI eingestuft werden müssen, was auch bei ihm als Weiterversicherten nach Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf 6.000,- DM jährlich (§ 2 Satz 1, 1. Halbsatz des Gesetzes über die Erhöhung der Einkommensgrenzen usw. vom 13. August 1952 - BGBl I, 437 -) grundsätzlich zulässig gewesen wäre. Beim Kläger war jedoch zu berücksichtigen, daß er Anspruch auf Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfalle hatte und demgemäß die Beiträge



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 16 -

"entsprechend" (§ 189 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz RVO) zu kürzen waren. Das hat die Beklagte beachtet. Sie hat dem Kläger mit Rücksicht hierauf den ermäßigten Beitragssatz von 4,8 % (statt 6 %) des Grundlohns gewährt, der in Ansatz zu bringen war, wenn dem Versicherten im Falle der Erkrankung der Lohn länger als drei Wochen fortgezahlt wurde. Darüber hinaus hat sie den Kläger aus dem gleichen Grund vier Lohnstufen niedriger eingestuft, als seinem Gesamteinkommen entsprochen hätte, nämlich in Lohnstufe XII. Die beklagte Krankenkasse hat somit denselben Umstand zweimal zugunsten des Klägers berücksichtigt. Der Kläger ist dadurch jedenfalls nicht beschwert. Die in § 189 Abs. 1 Satz 2 RVO vorgeschriebene "entsprechende" Kürzung der Beiträge ist ihm im Übermaß zuteil geworden. Demnach ist die Anfechtung des Beitragsbescheides der beklagten Krankenkasse vom 12. Januar 1954 nicht begründet.

Die Revision des Klägers ist somit als unbegründet zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

**JLaw – Gesetze und Urteile**

Kostenlos

Über 200 Gesetze

Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)