

Bundessozialgericht

- 3 RK 10/79 -

Verkündet am
28. April 1981

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

1)
2)
.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

.....

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. April 1981
für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom
16. November 1978 werden zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind
nicht zu erstatten.



- 2 -

G r ü n d e :

I

Der Kläger zu 1) ist bei der Beklagten als Angestellter mit einem die Krankenversicherungspflicht übersteigenden Einkommen freiwillig in einer Beitragsgruppe mit Familienhilfe- und Krankengeldanspruch weiterversichert. Die Klägerin zu 2) - seine Ehefrau - war in der hier maßgeblichen Zeit vom 10. August 1970 bis zum 31. Juli 1975 als Rentenbewerberin bei der Beklagten pflichtversichert. Mit Schreiben vom 28. Juli 1976 beantragten die Kläger, für ihre drei Kinder sowie für sich aus der jeweils noch nicht in Anspruch genommenen Versicherung Arzt-, Arznei- und Fahrtkosten sowie Kosten für Haushaltshilfe, Kuren und Krankenhausaufenthalt für die Zeit vom 10. August 1970 bis zum 31. Juli 1975 bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten zu erstatten. Sie bezogen sich dazu auf Fotokopien von Erstattungsbelegen, aus denen die Beklagte anhand der im einzelnen bezeichneten Anträge die näheren Umstände ermitteln könne. Hilfsweise beantragte der Kläger zu 1), ihm den von ihm für die Zeit vom 10. August 1970 bis zum 31. Juli 1975 entrichteten Beitragszuschlag für die Familienhilfe in Höhe von 900,-- DM zurückzuerstatten. Die Beklagte lehnte den Antrag ab.

Mit Urteil vom 2. Juni 1977 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Das Landessozialgericht (LSG) hat am 16. November 1978 die Berufungen der Kläger zurückgewiesen.

Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, der Antrag sei hinreichend bestimmt; die einzelnen Leistungsfälle ließen sich anhand der von den Klägern vorgelegten Belege feststellen. Soweit die Klägerin zu 2) Familienhilfeleistungen aus ihrer

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

- 3 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

Versicherung für den Kläger zu 1) begehre, sei der Anspruch schon deshalb nicht begründet, weil der Kläger zu 1) gegenüber seiner Ehefrau nicht unterhaltsberechtigter sei. Sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst übersteige die Versicherungspflichtgrenze für die Krankenversicherung. Ebenso stünden dem Kläger zu 1) keine weiteren Familienhilfeleistungen für die Klägerin zu 2) zu. Soweit sie Sachleistungen empfangen habe, seien keine Kosten ungedeckt geblieben. Soweit sie Kostenerstattungen erhalten habe, sei der Anspruch nach § 29 der Versicherungsbedingungen der Beklagten ausgeschlossen. Danach setze nämlich der Familienhilfeanspruch voraus, daß der Angehörige nicht anderweitig einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege habe. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) verdränge allerdings die eigene gesetzliche Krankenversicherung eines Rentners nicht die im Rahmen der Familienhilfe zu gewährenden wesentlich günstigeren Leistungen einer zusätzlichen freiwilligen Versicherung seines Ehegatten. Ein Vergleich der Ansprüche der beiden Kläger nach den Versicherungsbedingungen zeige indessen, daß ihnen gleiche Leistungen zustünden. Auch für die Kinder seien weitere Familienhilfeansprüche nicht begründet. Soweit die Klägerin zu 2) für die Kinder bereits Sachleistungen in Anspruch genommen habe, seien keine zu deckenden Restkosten verblieben. Umgekehrt sei nach einer Behandlung mit Kostenerstattung aus dem Versicherungsverhältnis des Klägers zu 1) kein Raum mehr für eine Sachleistung aus dem Versicherungsverhältnis der Klägerin zu 2) gegeben. Schließlich sei ein doppelter Anspruch auf Familienhilfe auch insoweit nicht gegeben als die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) und die Versicherungsbedingungen Kostenerstattungsansprüche beider Kläger zuließen. Nach § 205 Abs 4 RVO idF des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Reha-AnglG)

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

- 4 -



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

[JLaw – für Android](#)[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) werde die Leistung nur einmal gewährt, wenn ein Anspruch der Familienhilfe gegen mehrere Krankenkassen oder gegen eine Krankenkasse mehrfach begründet sei. Der Grundsatz dieser Bestimmung gelte auch beim Zusammentreffen von Ansprüchen aus einer freiwillig begründeten Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse und einer beitragslosen Rentnerkrankenversicherung bei eben dieser Kasse. Dies ergebe sich aus dem Sinn und Zweck des § 205 RVO.

Die Kläger haben Revision eingelegt und machen geltend, § 205 Abs 4 RVO gelte hier nicht. Der Kläger zu 1) habe den Anspruch auf Familienhilfe nur dadurch erworben, daß er einen zusätzlichen Versicherungsbeitrag für diesen Zweck entrichtete. Nach den Versicherungsbedingungen der Beklagten seien Doppelleistungen nicht ausgeschlossen, zumal die Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis des Klägers und dem der Klägerin zu 2) nicht gleichartig seien.

Die Kläger beantragen sinngemäß,

die Beklagte unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Bescheide vom 18. Oktober und 25. Oktober 1976 idF der Widerspruchsbescheide vom 20. Dezember 1976 dem Grunde nach zu verurteilen, entsprechend ihrem Antrag vom 28. Juli 1976, aber beschränkt auf die Zeit vom 10. August 1970 bis zum 30. September 1974 Doppelleistungen für die Kinder Dagmar, Claudia und Harald sowie - bei Leistungen für einen der beiden Kläger - an den jeweils anderen zu gewähren, hilfsweise, dem Kläger zu 1) den Beitragszuschlag zum Erwerb des Anspruchs auf Familienhilfe für die Zeit vom 10. August 1970 bis 30. September 1974 zurückzuzahlen.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Beklagte beantragt,

die Revisionen der Kläger zurückzuweisen.

II

Die Revisionen sind unbegründet. Im Rahmen der Revisionsanträge hat das LSG die Berufung der Kläger gegen das **klagabweisende Urteil** des SG mit Recht zurückgewiesen.

Gegenstand des Rechtsstreits zum Hauptantrag sind mehrere Ansprüche, nämlich Ansprüche des Klägers zu 1) auf Familienhilfeleistungen für die Klägerin zu 2) und für die Kinder sowie Ansprüche der Klägerin zu 2) auf Familienhilfeleistungen für den Kläger zu 1) und ebenfalls für die Kinder. Zutreffend hat das LSG zwischen diesen Ansprüchen unterschieden. Seine Ausführungen zu den einzelnen Ansprüchen hält der Senat im wesentlichen für zutreffend.

Ansprüche der Klägerin zu 2) auf Familienhilfeleistungen für den Kläger zu 1) bestehen nicht, weil der Kläger zu 1) ein die Krankenversicherungspflichtgrenze übersteigendes Einkommen hat. Das Bundessozialgericht (BSG) hat mehrfach entschieden, daß für Familienangehörige mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst über der Versicherungspflichtgrenze nach § 165 Abs 1 Nr 2 RVO kein Anspruch auf Familienhilfe besteht (BSG SozR 2200 § 205 RVO Nr 8; vgl auch BSG SozR 2200 § 205 RVO Nr 15). Das gilt auch für nicht versicherungspflichtige Mitglieder einer Ersatzkasse (BSGE 32, 13). Diese Rechtsprechung ist verfassungskonform (BVerfG SozR 2200 § 202 RVO Nr 16).



Ein Anspruch des Klägers zu 1) auf Familienhilfeleistungen für seine Ehefrau ist deshalb nicht gegeben, weil die Ehefrau einen eigenen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege gehabt hat. Nach § 29 Nr 2 Abs 1 der Versicherungsbedingungen der Beklagten in der hier maßgebenden Fassung ist Voraussetzung für die Gewährung der Familienhilfe gewesen, daß der Angehörige nicht anderweitig einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege gehabt hat. Allerdings mag der günstigere Familienhilfeanspruch für einen Rentner und in gleicher Weise für einen Rentenbewerber nicht durch seinen eigenen ungünstigeren Anspruch auf Krankenpflege verdrängt werden (vgl BVerfG SozR 2200 § 205 RVO Nr 4). Der Anspruch auf Familienhilfe für die Klägerin zu 2) und ihr eigener gesetzlicher Krankenpflegeanspruch sind aber nach den Versicherungsbedingungen gleich, wobei es allein auf Höhe und Dauer der Leistungen ankommt, nicht aber darauf, ob der Anspruchsberechtigte versicherungspflichtig ist oder nicht.

Für ihre Kinder haben die Kläger ebenfalls keine Ansprüche auf weitere Leistungen der Familienhilfe für die Zeit vor Inkrafttreten des Reha-AnglG. In dieser Zeit galt § 507 Abs 4 RVO idF des Gesetzes vom 27. Juli 1969 (BGBl I 946), der für Mitglieder der Ersatzkassen lediglich die Geltung des § 205 Abs 1 Sätze 2 und 3 nicht aber § 205 Abs 4 RVO vorschrieb. Die Versicherungsbedingungen der Beklagten haben in dieser Zeit ebenfalls mehrfache Leistungen der Familienhilfe nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Nach § 29 Nr 2 Abs 1 der Versicherungsbedingungen war Voraussetzung für die Gewährung der Familienhilfe lediglich, daß die Angehörigen nicht anderweitig einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege haben und sich gewöhnlich im Inland aufhalten. Die Kinder der Kläger hatten keine anderweitigen gesetzlichen Ansprüche auf Krankenpflege. Lediglich kann jeweils der andere Kläger einen Anspruch auf Familienhilfe gehabt haben.

Von vornherein ausgeschlossen sind auch in der Zeit vor dem



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

1. Oktober 1974 die geltend gemachten Ansprüche, soweit der Klägerin zu 2) für die Kinder Familienhilfe als Sachleistung zustand. Wenn die Klägerin zu 2) Sachleistungen der Familienhilfe empfangen hat, so ist damit ihr Anspruch auf die ausreichende, zweckmäßige und das notwendige Maß nicht übersteigende Krankenpflege (§ 182 Abs 2 RVO, § 13 Abs 2 Nr 2 der Versicherungsbedingungen) erfüllt. Der Kläger zu 1) kann nach einer Sachleistung an seine Ehefrau für diese Leistung keinen Anspruch auf Kostenerstattung haben, da für die Sachleistung dem Versicherten keine Kosten entstehen. Sollte die Klägerin zu 2) für ein Kind im Einzelfall neben der Sachleistung weitergehende ärztliche oder sonstige Leistungen in Anspruch genommen haben, so würde der Anspruch des Klägers zu 1) auf Erstattung der Kosten daran scheitern, daß sich sein Anspruch auch nur auf die ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Krankenpflege richtet. Wenn umgekehrt der Kläger zu 1) als erster an die Beklagte herangetreten ist und Kostenerstattung für eine Maßnahme der Familienhilfe erhalten hat, so ist kein Raum mehr für eine Sachleistung aus dem Familienhilfeanspruch der Klägerin zu 2), die sie im übrigen auch gar nicht begehrt.

Die geltend gemachten Ansprüche sind schließlich auch in den Fällen unbegründet und vom ISG mit Recht abgelehnt worden, in denen die Bestimmungen der RVO und der Versicherungsbedingungen Kostenerstattungsansprüche beider Kläger zulassen. An Hand der Feststellungen des ISG kann der Senat nicht ausschließen, daß sich die geltend gemachten Ansprüche teilweise auf solche Fälle beziehen. Auch dann können aber die Kläger keine zusätzlichen Leistungen der Familienhilfe beanspruchen.

Die Beklagte gewährt nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern der Beitragsklasse 621, zu denen der Kläger zu



1) nach den Feststellungen des LSG gehört, ärztliche Behandlung und andere Maßnahmen der Krankenpflege nicht als Sachleistung. Vielmehr haben diese Mitglieder Anspruch auf Vergütung in Höhe der Vertragssätze oder nach Richtlinien des Vorstands. Damit ist der Charakter der geschuldeten Leistung bestimmt. Eine Aufstockung der Vergütung bis auf 100 % der im Einzelfall dem Versicherten entstandenen Kosten oder gar darüberhinaus Doppelleistungen schuldet die Beklagte nicht, auch nicht, wenn mehrere Familienhilfeansprüche nebeneinander bestehen. Die Kläger, die beide für dieselben Kinder Anspruch auf Familienhilfe haben, sind hinsichtlich des Anspruchs auf Vergütung in Höhe der Vertragssätze oder nach den Richtlinien des Vorstandes Gesamtgläubiger iS des § 428 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Die Leistung hat die Beklagte deshalb nur einmal zu erbringen.

Die Gesamtgläubigerschaft mehrerer Versicherter mit Ansprüchen auf Familienhilfe für dieselbe Person folgt aus dem Wesen der Familienhilfe. Danach hat nämlich der Versicherte nicht wie in der privaten Krankenversicherung die Wahl, ob er seine Angehörigen mitversichern will; er hat auch keine diesem zusätzlichen Versicherungsschutz entsprechende Gegenleistung zu erbringen. Die Mitglieder der Beklagten haben nach § 29 der Versicherungsbedingungen Anspruch auf Leistungen der Familienhilfe für die unterhaltsberechtigten Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Dafür bedarf es keiner besonderen Vereinbarung mit der Beklagten. Die Beklagte bietet Versicherungsschutz nur einschließlich der Familienkrankenhilfe an, wenn Angehörige im Sinn der Versicherungsbedingungen vorhanden sind. Für Mitglieder mit Familienhilfeanspruch hat sie allerdings in der hier streitigen Zeit einen um etwa 10 % höheren Beitrag erhoben. Diese - für den Versicherten unfreiwillige - Beitragserhöhung ist aber nicht etwa als eine den Aufwendungen der Kasse entsprechende Gegenleistung für den Anspruch auf Familienkrankenhilfe zu verstehen. Dafür ist der Unterschied zwischen den Beiträgen von Versicherten mit und ohne Familienhilfeanspruch zu gering.



Vor allem aber spricht gegen den Charakter einer kosten-deckenden Gegenleistung der Umstand, daß die Zahl der Familienangehörigen überhaupt nicht berücksichtigt wird. Trotz des höheren Beitrages, den die Beklagte von Mitgliedern mit Familienhilfeanspruch erhebt, handelt es sich also dabei überwiegend um eines der bei den verschiedenen Versicherten bestehenden ungleichen Risiken, die die Solidargemeinschaft ausgleicht.

Die Solidargemeinschaft der Mitglieder der Beklagten gleicht bei nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern das Risiko des behandlungsbedürftigen Krankheitsfalles durch eine Vergütung in Höhe der Vertragssätze oder nach Richtlinien des Vorstands aus. Dem Sinn und Zweck dieses Risikoausgleichs würde es widersprechen, ein Mitglied besser zu stellen als andere, nur weil für den Krankheitsfall seines Angehörigen mehrfacher Versicherungsschutz besteht. Es geht nicht um eine Zahlung von Geld als Gegenleistung für den Beitrag, sondern um den Ausgleich eines Bedarfs in bestimmter Höhe, im besonderen Fall um den Ausgleich einer Unterhaltsverpflichtung. Dieser Bedarf besteht unabhängig davon, wie oft das Risiko versichert ist.

Aus allen diesen Gründen können die Kläger die Versicherungsleistungen nicht mehrfach begehren und mit dem Hauptanspruch keinen Erfolg haben.

Unbegründet ist auch der Hilfsantrag. Der Senat hat bereits ausgesprochen, daß eine Differenzierung der Beiträge von Ersatzkassenmitgliedern mit und ohne Familienhilfeanspruch vor dem Inkrafttreten des Reha-AnglG am 1. Oktober 1974 möglich war, weil die Familienhilfe nach dem damals geltenden Recht von den Ersatzkassen als satzungsmäßige Mehrleistung gewährt wurde (BSGE 48,134,137 = SozR 5428 § 4 12. AufbVO Nr 6). Weder aus der RVO noch



- 10 -

aus anderen Gesetzen oder allgemeinen Rechtssätzen hat sich in dieser Zeit ein Verbot ergeben, von Mitgliedern mit Ansprüchen auf Familienhilfe höhere Beiträge zu erheben als von anderen Mitgliedern.

Die Revision konnte deshalb keinen Erfolg haben. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)