

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
17. Juni 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 12 KR 11/99 R

Landeshauptstadt Kiel, Sozialamt,
Stephan-Heinzel-Straße 2, 24116 Kiel,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse,
Gartenstraße 9, 24103 Kiel,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

.....,

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. Juni 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. P e t e r s , den Richter B a l z e r und die Richterin H a r b e c k sowie die ehrenamtliche Richterin M ü l l e r und den ehrenamtlichen Richter Z ä h r i n g e r für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 25. August 1998 aufgehoben. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 19. August 1997 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat dem Beigeladenen die außergerichtlichen Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind außergerichtliche Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens nicht zu erstatten.



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



G r ü n d e :

I

Die Klägerin als Sozialhilfeträger und die beklagte Krankenkasse streiten um die Feststellung der Familienversicherung des Beigeladenen bei der Beklagten.

Bei dem am 4. Juli 1961 geborenen Beigeladenen besteht als Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung eine schwere geistige Behinderung. Er lebt seit 1965 in einer Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für den Beigeladenen hatte zunächst dessen Vater einen Anspruch auf Familienhilfe nach § 205 der Reichsversicherungsordnung (RVO). Nach dem Tod des Vaters im Mai 1979 bezog der Beigeladene über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus bis zum 31. Juli 1986 Halbwaisenrente und war deshalb bei der Beklagten nach § 165 Abs 1 Nr 3 RVO versichert. Die Mutter des Beigeladenen ist (seit 1974) als Mitglied bei der Beklagten versichert. 1993 wurde von der Klägerin gegenüber der Beklagten die Erstattung der Kosten für einen Rollstuhl und einen Reha-Wagen geltend gemacht. Die Klägerin berief sich auf die Familienversicherung des Beigeladenen, die auf der Mitgliedschaft seiner Mutter beruhe. Die Beklagte erklärte gegenüber der Klägerin, die Voraussetzungen der Familienversicherung lägen nicht vor. Der Beigeladene sei vor Vollendung des 18. Lebensjahres selbst als Rentenbezieher versicherungspflichtig geworden und aus der Familienversicherung ausgeschieden (Bescheid vom 14. September 1993). Den Widerspruch der Klägerin wies sie zurück und stellte fest, der Beigeladene sei nicht familienversichert (Widerspruchsbescheid vom 14. März 1995).

Die Klägerin hat Klage erhoben und die Feststellung der Familienversicherung des Beigeladenen beantragt. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 19. August 1997). Das Landessozialgericht (LSG) hat der Berufung der Klägerin stattgegeben. Es hat das Urteil des SG und den Bescheid vom 14. September 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. März 1995 aufgehoben sowie die Familienversicherung des Beigeladenen seit dem 1. Januar 1989 festgestellt (Urteil vom 25. August 1998). Im Streit sei der Versicherungsstatus des Beigeladenen. Die Beklagte habe im Widerspruchsbescheid vom 14. März 1995 allein hierüber entschieden. Dies sei auch sachgerecht, weil sich nach Klärung des Versicherungsverhältnisses über Leistungsansprüche entscheiden lasse. Die Klägerin mache sowohl ein eigenes berechtigtes Interesse an der Feststellung des Versicherungsverhältnisses als auch ein solches des Beigeladenen geltend. Ein Feststellungsinteresse bestehe. Es könnten weitere Leistungsansprüche in Betracht kommen. Die Berufung sei begründet. Der Beigeladene sei bei der Beklagten nach § 10 Abs 2 Nr 4 Satz 2 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) weiter familienversichert, denn vor seinem 18. Lebensjahr habe sein Vater für ihn einen Anspruch auf Familienhilfe gehabt. Es sei unschädlich, daß der Bei-



geladene bei Vollendung des 18., 23. und 25. Lebensjahres nicht familienhilfeberechtigt, sondern selbst versichert gewesen sei.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Beklagten. Sie rügt die Verletzung des § 10 Abs 2 Nr 4 Satz 2 SGB V.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG vom 25. August 1998 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG vom 19. August 1997 zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil für zutreffend.

Der Beigeladene hat sich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet.

Gegenstand des Revisionsverfahrens ist der von der Klägerin behauptete Anspruch auf Feststellung der Familienversicherung des Beigeladenen. Die Beklagte hat im Widerspruchsbescheid die Feststellung der Familienversicherung abgelehnt. Nur diese Entscheidung hat die Klägerin angefochten und nur die Feststellung der Familienversicherung hat die Klägerin beantragt.

Das LSG hat der Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG zu Unrecht stattgegeben. Das Urteil des SG ist im Ergebnis zutreffend. Die Klage ist als Anfechtungsklage zulässig. Die Klägerin macht geltend, als Sozialhilfeträger könne sie bei der Verfolgung von Leistungsansprüchen nach § 91a des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) die Familienversicherung des von ihr unterstützten Beigeladenen feststellen lassen. Durch die Entscheidung der Beklagten, mit der diese die Familienversicherung abgelehnt hat, ist die Klägerin iS des § 54 Abs 1 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beschwert (vgl zur Beschwer des Sozialhilfeträgers der geltend macht, ein Beitrittsrecht für einen Unterstützungsempfänger ausüben zu dürfen, BSGE 70, 72, 75 = SozR 3-5910 § 91a Nr 1 S 4 f).

Die Anfechtungsklage ist unbegründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, im Verhältnis zur Klägerin die Familienversicherung des Beigeladenen festzustellen. Der Bescheid der Beklagten ist allerdings nicht deshalb rechtmäßig, weil der Beigeladene nicht



familienversichert ist, sondern schon deswegen, weil die Klägerin diese Feststellung nicht beantragen konnte und die Beklagte deshalb den entsprechenden Antrag ablehnen mußte. Entscheidungen über die Versicherteneigenschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Statusentscheidungen, die nur gegenüber den am Versicherungsverhältnis Beteiligten ergehen, für Dritte Tatbestandswirkung haben und von diesen nicht beantragt oder angefochten werden können. Dieses ergibt die bisherige Rechtsprechung.

Der Rentenversicherungsträger oder der Träger der Kriegsopferversorgung kann als Dritter den Bescheid nicht anfechten, mit dem die Krankenkasse die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner abgelehnt hat (BSG SozR 2200 § 381 Nr 5 und BSGE 70, 99 = SozR 3-1500 § 54 Nr 15). Für den Sozialhilfeträger, der Ansprüche eines von ihm Unterstützten verfolgt, gilt nichts anderes. Das in § 91a BSHG dem Sozialhilfeträger eingeräumte Recht, Ansprüche des Unterstützten geltend zu machen, bezieht sich nur auf Leistungsansprüche und nicht auf Entscheidungen über den versicherungsrechtlichen Status. Der Sozialhilfeträger, der einen Erstattungsanspruch geltend macht, ist deshalb an die Feststellung des Beginns der freiwilligen Mitgliedschaft gebunden (BSG SozR 2200 § 176c Nr 3 - noch zu § 1531 RVO). Er ist nicht befugt, für einen Unterstützten den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung zu erklären und die Mitgliedschaft feststellen zu lassen (BSGE 70, 72, 78 = SozR 3-5910 § 91a Nr 1 S 6). Schließlich kann er nicht auf Feststellung der beitragsfreien Pflichtversicherung klagen, wenn die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten eine beitragspflichtige freiwillige Mitgliedschaft festgestellt hat (BSG SozR 3-5910 § 91a Nr 2). Die Entscheidung über einen Leistungsausschluß nach § 310 Abs 2 RVO ist als Entscheidung über die Versicherteneigenschaft eine Statusentscheidung, die für den Sozialhilfeträger Tatbestandswirkung hat, von ihm nicht angefochten werden kann und Erstattungsansprüche ausschließt (BSG SozR 3-2200 § 310 Nr 1 und Urteil vom 17. Juni 1999 - B 12 KR 27/98 R, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Der Sozialhilfeträger kann als Dritter bei der Krankenkasse auch die Feststellung des begründeten Status eines Familienversicherten nach § 10 SGB V nicht beantragen. Die Familienversicherung ist durch das SGB V als eigene Versicherung des begünstigten Familienangehörigen ausgestaltet worden. Dieser hat als Versicherter eigene Leistungsansprüche und ist insoweit den Versicherten gleichgestellt, die der Krankenversicherung als Mitglied angehören (vgl zur Rechtstellung der Familienversicherten Peters in Kasseler Komm, § 10 SGB V RdNr 3, Stand Juni 1998). Notwendige Folge dieser Regelung ist, daß über den Versichertenstatus des Angehörigen ebenso eine Entscheidung getroffen werden kann und im Streitfall getroffen werden muß wie über die Frage, ob eine Versicherung aus eigenem Recht besteht und ob dies eine Pflichtversicherung oder eine freiwillige ist. Berechtigt, eine solche Statusentscheidung zu beantragen, sind nach der Rechtsprechung des Senats der Familienversicherte selbst und das Mitglied, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird (<Stammversicherter> - BSGE 72, 292, 294 = SozR 3-2500



§ 10 Nr 2 S 3, 4; BSGE 72, 298, 299 = SozR 3-2500 § 10 Nr 3 S 10; SozR 3-2500 § 10 Nr 4).

Ein Bedürfnis, dem Sozialhilfeträger ein eigenes Recht einzuräumen, die Familienversicherung durch die Krankenkasse feststellen zu lassen, etwa für die Verfolgung von Leistungs- oder Erstattungsansprüchen, besteht nicht. Ist von der Krankenkasse bisher nicht über das Bestehen der Familienversicherung entschieden worden, so kann der Sozialhilfeträger im eigenen Namen gegenüber der Krankenkasse Leistungsansprüche eines Unterstützten nach § 91a BSHG oder Erstattungsansprüche nach den §§ 102 ff des Sozialgesetzbuchs - Verwaltungsverfahren (SGB X) geltend machen. Lehnt die Krankenkasse die Leistung oder Erstattung ab, weil keine Familienversicherung bestehe, so ist das Bestehen der Familienversicherung Vorfrage, über die im Rechtsstreit ohne Bindung an die Ansicht der Krankenkasse zu entscheiden ist. Wenn jedoch bereits eine positive oder negative Entscheidung über die Familienversicherung des Unterstützten ergangen ist, so hat der Sozialhilfeträger bei der Verfolgung von Leistungs- oder Erstattungsansprüchen diese Statusentscheidung hinzunehmen.

Die Feststellungsklage ist unzulässig. Der Klägerin fehlt dafür die Klagebefugnis. Die bisherigen Entscheidungen des Senats zur Unzulässigkeit einer Feststellungsklage betrafen allerdings Sachverhalte, bei denen eine Statusentscheidung gegenüber dem Mitglied oder Versicherten bereits ergangen war. Der Senat hat offengelassen, ob Feststellungsklagen des Sozialhilfeträgers nur in diesen Fällen oder allgemein unzulässig sind (SozR 3-5910 § 91a Nr 2 S 14). Er führt diese Rechtsprechung nunmehr dahin fort, daß die Feststellungsklage eines Dritten, sofern sie das durch eine Statusentscheidung zu regelnde Versichertenverhältnis betrifft, unzulässig ist, wenn und soweit der Dritte eine Statusentscheidung nicht anfechten könnte. Es wäre widersprüchlich, demjenigen, dem das Recht fehlt, eine Statusentscheidung des Versicherungsträgers zu beantragen oder anzufechten, das Recht einzuräumen, diesen Status durch eine Klage feststellen zu lassen. Im vorliegenden Fall, in dem bisher keine Statusentscheidung der Beklagten gegenüber dem Beigeladenen ergangen ist, wäre die Klägerin nicht gehindert, Leistungs- oder Erstattungsansprüche geltend zu machen. Die gesonderte Feststellung des Versichertenstatus des Beigeladenen ist dazu nicht erforderlich. Die Klärung des Versichertenstatus des Beigeladenen kann nur von ihm oder seiner Mutter herbeigeführt werden.

Die Mutter des Beigeladenen ist bisher als Stammversicherte nicht zum Rechtsstreit beigegeben worden, obwohl dieses notwendig ist, wenn die Familienversicherung festgestellt werden soll, und zwar auch, wenn der Familienversicherte selbst klagt. Der Senat hat hier von einer Beiladung abgesehen, weil die Klage schon aus verfahrensrechtlichen Gründen keinen Erfolg hat und eine Beeinträchtigung von Rechten der Mutter als Stammversicherter daher ausscheidet.



Auf die Revision der Beklagten war hiernach das Urteil des LSG aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG zurückzuweisen. Ob die Auffassung der Revision, der Beigeladene sei nicht familienversichert, in der Sache zutrifft, war im vorliegenden Verfahren nicht zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)