

Aktenzeichen:

3 RK 15 / 54

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

Verkündet
am 20. Februar 1957

In Sachen

.....

Beklagten und Revisionsklägerin,

gegen

.....

Kläger und Revisionsbeklagten,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf
die mündliche Verhandlung vom 20. Februar 1957

- für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil
des Hessischen Landessozialgerichts vom 10. Novem-
ber 1954 aufgehoben und die Berufung des Klägers
gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom
21. Mai 1954 als unbegründet zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind 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
[\(mobile App\)](#)



G r ü n d e :

I.

Der bei der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse als Pflichtmitglied versichert gewesene Kläger litt seit 8. September 1952 an einem Nierenleiden. Er war arbeitsunfähig und erhielt von der Beklagten vom 15. September 1952 bis 22. Dezember 1952 und vom 3. März bis zu seiner Aussteuerung und Abmeldung bei der Beklagten am 12. März 1953 Krankenhauspflege. Anschließend war er weiter arbeitsunfähig krank und blieb bis zum 12. November 1953 in stationärer Krankenhausbehandlung. Auf Grund eines dem Kläger Ende Juli zugestellten Rentenbescheids der Landesversicherungsanstalt (LVA.) Hessen vom 29. Juli 1953 wurde die beklagte Krankenkasse für den Kläger als Rentner zuständig. Hiernach beantragte der Kläger die Übernahme der ihm weiterhin bis zum 12. November 1953 entstandenen Krankenhauskosten durch die Beklagte. Der Kläger wandte sich gegen den die Übernahme ablehnenden Bescheid der Beklagten mit Antrag von 17. Dezember 1953 an das Versicherungsamt Melsungen. Nach Übergang der Sache auf das Sozialgericht (§ 215 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -) wies dieses die Klage mit der Begründung ab, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung seien begrenzt und die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sei nicht geschaffen worden, um den Rentnern höhere Leistungen als den anderen Mitgliedern einzuräumen.

Auf die Berufung des Klägers erkannte das Hessische Landessozialgericht (LSG.) über den nunmehr streitigen Anspruch auf Kostenerstattung für die Krankenhausbehandlung in der Zeit von Ende Juli bis 12. November 1953 im Sinne der Klage: Die Beklagte habe dem Kläger einen neuen Bescheid zu erteilen und habe dabei davon auszugehen, daß ihm als Rentner kraft Gesetzes trotz der früheren Aussteuerung nach pflichtgemäßem Ermessen der Beklagten erneut Krankenhauspflege bis zu 26 Wochen gewährt werden könne (§ 4 Abs. 1 des Gesetzes



über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24. Juli 1941, RGBI. I S. 443). Die Versicherungsansprüche der Rentner gegen die Krankenkassen entstünden kraft Gesetzes und ohne Zusammenhang mit einer früheren Pflichtversicherung; die frühere Pflichtmitgliedschaft und die Versicherung als Rentner vermöchten kein einheitliches Versicherungsverhältnis zu begründen, so daß eine Anrechnung der früher gewährten Krankenhauspflege auf die Leistungen aus der Krankenversicherung der Rentner nicht in Betracht komme. Durch diese gesetzliche Regelung werde auch der Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG nicht verletzt.

Gegen dieses Urteil des LSG. wendet sich die Revision der Beklagten mit dem Antrage, das Urteil des LSG. aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Sie führt zur Begründung aus: Zwischen der KVdR und der allgemeinen Krankenversicherung bestehe ein enger Zusammenhang, weil bis zum Eintritt in die KVdR in der Regel eine Pflichtmitgliedschaft bestanden habe. Wenn der Übergang zur KVdR als ein Kassenwechsel (§ 212 RVO) angesehen werde mit der Folge, daß die bisher genossenen Leistungen anzurechnen seien, so könne sich niemand benachteiligt fühlen, da die KVdR in Wirklichkeit eine "Anschlußversicherung" an die Pflichtversicherung darstelle. Die gegenteilige Annahme würde den Gleichheitsgrundsatz verletzen.

II.

Die Revision ist frist- und formgerecht eingelegt und begründet worden. Das LSG. hat sie zugelassen, sie ist demnach statthaft (§ 162 Abs. 1 Nr. 1 SGG). Das Vordergericht hat auch mit Recht die Berufung als zulässig betrachtet. Die Krankenhauspflege umfaßt im vorliegenden Fall einen Zeitraum von mehr als dreizehn Wochen (§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG); sie ist nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats keine einmalige (§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG),



sondern eine wiederkehrende Leistung (§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG). Der Charakter der Krankenhauspflege als wiederkehrende Leistung ist für die Frage der Zulässigkeit der Berufung auch maßgebend, wenn es sich um die Kostenübernahme für schon gewährte Krankenhauspflege handelt (zu vgl. Urteil des BSG. vom 20.12. 1956 - 3 RK 22/56 -). Die Berufung ist somit nicht nach § 144 SGG ausgeschlossen, sondern nach § 143 SGG zulässig.

Da bei der Entscheidung des Revisionsgerichts bereits das die Rentnerkrankenversicherung neu regelnde Gesetz über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (BGBl. I S.500) in Kraft war, hatte der Senat zunächst zu prüfen, ob das streitige Rechtsverhältnis noch nach dem bis dahin geltenden, vom Vordergericht angewandten materiellen Recht oder nach neuem Recht zu beurteilen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu dieser Frage, der sich das Bundessozialgericht (BSG.) angeschlossen hat, ist auch vom Revisionsgericht grundsätzlich das bei der Verkündung seiner Entscheidung geltende Recht anzuwenden (BGHZ. 9, 101). Voraussetzung dafür ist aber, daß das neue Recht nach seinem zeitlichen Geltungswillen das streitige Rechtsverhältnis erfaßt. Art. 4 Abs. 1 des Gesetzes vom 12. Juni 1956, der als Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes den 1. August 1956 bestimmt, gestattet jedoch nicht, seinen Geltungsbereich auf die Vergangenheit zu erstrecken. Auch Schmatz-Pöhler (Die Rentnerkrankenversicherung, Berlin 1956) vertreten die Ansicht, daß die Leistungen der Krankenversicherung bis zum Inkrafttreten des Gesetzes im bisherigen Umfang und nach den bisherigen Vorschriften zu gewähren seien (a.a.O. S. 107, XI 1.). Der Senat hat bei der Beurteilung des Streitfalles demnach das auch vom Berufungsgericht seiner Entscheidung zugrundegelegte bisher geltende Recht, nämlich die Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (RGBl.



I, 689) angewandt (vgl. auch BSG. 2 S. 188).

Nach § 9 dieser Verordnung konnte dem Kläger weitere Krankenhauspflege von der Beklagten nicht gewährt werden. Wie der Senat bereits in mehreren Entscheidungen ausgesprochen hat (vgl. BSG. 1 S. 158, 2 S. 135 [T41], 2 S. 159 [T61]), sind Leistungen, die auf Grund einer Versicherung nach der RVO bezogen sind, bei Fortbestehen der Behandlungsbedürftigkeit nach § 9 a.a.O. in Verbindung mit § 212 Abs. 1 RVO auf Leistungen anzurechnen, die dem Rentner auf Grund einer Versicherung nach der Verordnung über die KVdR vom 4. November 1941 zu gewähren sind. Der Senat hat sich dabei von der Erwägung leiten lassen, daß die gesetzliche Krankenversicherung in dem ganzen Umfang dieses Versicherungszweiges eine Einheit darstellt, die sowohl die Krankenversicherung nach den Vorschriften der RVO (alter Fassung) als auch die Krankenversicherung der Rentner nach der angeführten Verordnung umfaßt. Der Einführung der Krankenversicherung der Rentner lag nicht der Gedanke der Schaffung einer neuen Versicherung, sondern der Erweiterung der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen neuen Personenkreis zu Grunde. Dieser Gedanke der Einheit der allgemeinen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner, der nunmehr in dem auf den vorliegenden Fall noch nicht anzuwendenden Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 eindeutigen Ausdruck gefunden hat, berechtigt dazu, auch beim Wechsel von der allgemeinen Krankenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner die Vorschrift des § 212 Abs. 1 RVO anzuwenden, und zwar auch in den Fällen, in denen die Versicherung als Rentner bei der gleichen Kasse fortgeführt wird, bei der der Rentner vor Zustellung des Rentenbescheids gegen Krankheit versichert war (vgl. BSG. 2 S. 135 [T41 ff.]). Durch diese Auslegung des Gesetzes wird der Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG nicht verletzt (vgl. BSG. 1 S. 158 ff.).

Dem Kläger kann demnach auf Grund seiner durch den Rentenbescheid der LVA vom 29. Juli 1953 erworbenen Mitgliedschaft bei der be-



klagten Krankenkasse nicht erneut Krankenhauspflege gewährt werden, da er bereits auf Grund des gleichen Leidens, wegen dessen er nunmehr wiederum Erstattung der Kosten für Krankenhauspflege begehrt, von der Beklagten ausgesteuert worden ist. Dabei ist es, wie der Senat schon in der Entscheidung Id. 1 S. 158 (162) zum Ausdruck gebracht hat, rechtlich unerheblich, ob zwischen dem Beginn der Versicherung als Rentner und der Beendigung der früheren Versicherung als Arbeitnehmer eine gewisse Zeitspanne liegt. Auch in Fällen solcher Art setzt die Anwendung des § 212 Abs. 1 RVO lediglich voraus, daß während der Zwischenzeit der Versicherungsfall fortbestanden hat. Es bedarf daher keiner Prüfung, ob mit der Aussteuerung des Klägers am 12. März 1953, der Beendigung seines Beschäftigungsverhältnisses und seiner Abmeldung bei der Beklagten, auch die Mitgliedschaft bei der Beklagten beendet worden ist. Auch wenn man dies annimmt (vgl. § 311 RVO und Erl. des RAM. vom 2. November 1943, AN. 1943 S. 485, zu § 183 und § 311 Satz 1 RVO), würde dadurch die Anrechnung der auf Grund der bisherigen Mitgliedschaft gewährten Krankenhauspflege auf die Leistungen der Krankenversicherung als Rentner nicht ausgeschlossen sein, da während der ganzen Zeit nach der Feststellung des LSG. bei dem Kläger Arbeitsunfähigkeit fortbestanden hat. Auch die Tatsache, daß der Kläger vom Zeitpunkt seiner Aussteuerung an - 13. März 1953 - bis zum Beginn seiner Krankenversicherung als Rentner (auf Grund des Bescheides der Beklagten vom 29. Juli 1953), also etwa 4 1/2 Monate hindurch, von der Beklagten weder Krankengeld noch Krankenhauspflege oder sonstige Leistungen erhalten hat, steht der Anrechnung der auf Grund des gleichen Versicherungsfalles früher bereits bezogenen Leistungen auf die Leistungen nach der Krankenversicherung als Rentner nicht entgegen. Andernfalls hätten es die Versicherten in der Hand, sich allein durch Nichtinanspruchnahme von Leistungen während gewisser Zeit trotz bestehender Behandlungsbedürftigkeit neue Ansprüche auf Leistungen zu erwerben. Zeitliche Unterbrechungen des Leistungsbezugs allein schließen somit, auch wenn sie wie im vorliegenden Fall etwa 4 1/2 Monate andauern, das Fortbe-



stehen des Versicherungsfalls und damit die Möglichkeit der Anrechnung von schon gewährten Leistungen nach § 212 Abs. 1 RVO nicht aus.

Demnach hing die Gewährung von Krankenhauspflege im vorliegenden Fall entgegen der Auffassung des LSG. nicht von einer Ermessensentscheidung des Versicherungsträgers ab, vielmehr war der Beklagten die Gewährung erneuter Krankenhauspflege nach § 9 der Verordnung vom 4. November 1941 in Verb. mit § 212 Abs. 1 RVO rechtlich verwehrt, da der Kläger bereits auf Grund des gleichen Versicherungsfalls für 26 Wochen Krankenhauspflege erhalten hatte.

Die Revision der Beklagten ist somit begründet. Das Urteil des LSG. war daher aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das seinen Anspruch zurückweisende Urteil des Sozialgerichts als unbegründet zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

