

Aktenzeichen:

3 RK 49/55

Verkündet
25. Januar 1956

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

In Sachen

der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Stade, ver-
treten durch den Geschäftsführer,

Beklagten und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

gegen

die kaufmännische Angestellte

Klägerin und Revisionsbeklagte,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf die
mündliche Verhandlung vom 25. Januar 1956, an der
mitgewirkt haben

Senatspräsident	Prof. Dr. B o g s	
	als Vorsitzender,	
die Bundesrichter	Dr. S c h r a f t	und
	Dr. L a n g k e i t	sowie
die Bundessozialrichter	Dr. P o e p k e	und
	M o g k	

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des
Landessozialgerichts Celle vom 26. Mai 1955 mit
den ihm zugrundeliegenden Feststellungen aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht Celle zurückverwiesen.

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



T a t b e s t a n d

Die Klägerin erlitt Anfang 1952, während sie bei der Barmer Ersatzkasse versichert war, einen Unfall (doppelten Unterarmbruch und äußere Knöchelfraktur links). Nachdem sie die Arbeit wiederaufgenommen hatte, mußte sie sich im August 1952 einer Blinddarmoperation unterziehen; dabei wurde eine Bauchfelltuberkulose festgestellt. Wegen dieses Leidens war sie bis zum 23. Dezember 1953 mit geringen Unterbrechungen - während deren die Arbeitsunfähigkeit fortbestand - in Krankenhaus- und Heilstättenbehandlung. Am 23. Dezember 1953 wurde sie aus dem Krankenhaus zu ihren Angehörigen nach Hause entlassen, - ob als geheilt oder weiterhin behandlungs- oder gar krankenhauspflegebedürftig, ist vom Landessozialgericht nicht festgestellt worden. Vom 4. Januar 1954 bis zum 30. Januar 1954 ist die Klägerin zur Nachbehandlung des 1952 erlittenen Armbruchs wiederum im Krankenhaus gewesen.

Der vorliegende Streit betrifft die Kosten für diese letzte Krankenhausbehandlung. Die Klägerin ist nämlich bei der Barmer Ersatzkasse - nach den Feststellungen des Vorderrichters am 27. August 1953 - ausgesteuert worden und ist - nach Bewilligung des Ruhegeldes der Angestelltenversicherung wegen Berufsunfähigkeit - als Rentnerin Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse geworden. Von dieser verlangt sie Erstattung der durch die Krankenhausbehandlung im Januar 1954 entstandenen Kosten in Höhe von 237,50 DM. Die Beklagte lehnte diesen Antrag ab und begründete die Ablehnung mit der bereits bei der Barmer Ersatzkasse eingetretenen Aussteuerung; diese wirke auch für die Rentnerkrankenversicherung fort. Mit der darauf beim Sozialgericht Stade erhobenen Klage beantragte die Klägerin, die Beklagte zur Übernahme der Krankenhauspflegekosten für die Zeit vom 4. Januar bis 30. Januar 1954 zu verurteilen. Das Sozialgericht verurteilte die Beklagte antragsgemäß.

Die gegen dieses Urteil eingelegte Berufung der Beklagten wies das Landessozialgericht mit Urteil vom 26. Mai 1955 zurück, und zwar unter Zulassung der Revision. Dabei hat es offengelassen, ob die am 4. Januar 1954 begonnene Behandlung



wegen der Bauchfell-Tuberkulose oder wegen der Folgen des Unfalls durchgeführt worden ist; denn nach Ansicht des Berufungsgerichts ist der Klageanspruch schon deswegen begründet, weil mit dem Eintritt der Klägerin in die Krankenversicherung der Rentner der Lauf einer neuen Aussteuerungsfrist begonnen habe. Diese sei aber bei der Klägerin bis zum 30. Januar 1954 noch nicht erschöpft gewesen, da die Zeit der Krankenhausbehandlung vom 27. August 1953 bis zum 23. Dezember 1953 auf die neue Frist nicht anzurechnen sei; die Kosten hierfür habe nämlich die Landesversicherungsanstalt Hannover im Rahmen der Tuberkulosehilfe getragen.

Gegen dieses am 6. Juli 1955 zugestellte Urteil hat die Beklagte durch ihren Prozeßbevollmächtigten Direktor E. B., Geschäftsführer des Verbandes der Ortskrankenkassen für die Länder Niedersachsen und Bremen, am 1. August 1955 Revision eingelegt. Sie beantragt Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Feststellung, daß sie nicht leistungspflichtig sei. Die Revisionsklägerin (Beklagte) macht unter Berufung auf die Bekanntmachung des Arbeitsministers des Landes Nordrhein-Westfalen vom 28. Oktober 1947 (Arbeits- und Sozialpolitik Nr. 17 S. 5) und unter Hinweis auf ein Urteil des Österreichischen Verwaltungsgerichtshofs vom 2. Juni 1954 (Soziale Sicherheit, Wien, 1954 S. 365) geltend, die Krankenversicherung der Rentner erweitere lediglich den Personenkreis der Krankenversicherung nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung (RVO); sie bezwecke hingegen nicht, den Schutz der Krankenversicherung zu verlängern, und erfülle somit etwa den gleichen Zweck wie die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Grund freiwilliger Versicherung beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Nach § 9 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (VO über KVdR) müsse die Vorschrift des § 212 RVO auf versicherte Rentner Anwendung finden, die vorher bei einer anderen Krankenkasse versichert waren. Danach habe die Klägerin infolge der zum 27. August 1953 wirksam gewordenen Aussteuerung bei der Barmer Ersatzkasse keinen Anspruch auf Leistungen für die Zeit der Krankenhausbehandlung vom 4. Januar 1954 bis 30. Januar 1954. Wollte man ihr trotz der Aussteuerung bei der Bar-



mer Ersatzkasse einen neuen Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber der Beklagten einräumen, so würde im Hinblick auf andere ausgesteuerte Kassenmitglieder der Gleichheitsgrundsatz verletzt werden.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

I.

Die Revision ist im Hinblick auf die Zulassung durch das Berufungsgericht nach § 162 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Sie ist auch in gehöriger Form eingelegt, obwohl die Revisionsschrift nicht von einem gesetzlichen Vertreter der Beklagten oder einem Rechtsanwalt oder Verwaltungsrechtsrat, sondern von dem bevollmächtigten Direktor des Landesverbandes der Ortskrankenkassen unterzeichnet ist, dem die Beklagte als Mitglied angehört. Im Schrifttum ist hierzu die Auffassung vertreten worden, die Krankenkassen und andere Versicherungsträger könnten sich vor dem Bundessozialgericht nur durch Prozeßbevollmächtigte vertreten lassen, die zu dem in § 166 Abs. 2 SGG bestimmten Kreise von zugelassenen Prozeßbevollmächtigten gehören, also insbesondere durch Rechtsanwälte (Fischer, Wege zur Sozialversicherung, 1955 S. 365). Demgegenüber ist der Senat der Auffassung, daß § 166 Abs. 2 SGG den Kreis der Prozeßbevollmächtigten nur insoweit festlegt, als nach dem SGG vor dem Bundessozialgericht überhaupt Vertretungszwang besteht. Davon sind aber die Behörden sowie die Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts gerade ausgenommen (§ 166 Abs. 1 SGG). Unterliegen diese mithin nicht dem Vertretungszwang, so sind sie, wenn sie sich vor dem Bundessozialgericht vertreten lassen wollen, nicht auf den Kreis der in § 166 Abs. 2 SGG genannten Prozeßbevollmächtigten beschränkt; sie sind vielmehr im allgemeinen Rahmen des § 73 Abs. 1 SGG in der Wahl ihrer Prozeßbevollmächtigten frei. Diese Sonderstellung der Behörden sowie der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts hat einen guten Sinn, da bei ihnen erwartet werden kann, daß sie in sachgemäßer Weise darüber befinden werden,



ob und gegebenenfalls durch wen sie sich vertreten lassen wollen, während eine solche Erwartung bei den übrigen Beteiligten nicht allgemein gerechtfertigt erscheint (vgl. Amtl. Begründung zum SGG, Bundestagsdrucksache der ersten Wahlperiode Nr. 4357 S. 31). Es wäre auch eine nicht verständliche Regelung der Frage der Prozeßvertretung durch das Sozialgerichtsgesetz, wenn gerade die Vertreter von Verbänden der Versicherungsträger, die über ein besonderes Fachwissen auf dem Gebiete der zu entscheidenden sozialrechtlichen Fragen verfügen, vom Verhandeln vor dem Bundessozialgericht ausgeschlossen wären, während die Verbandsvertreter der übrigen Beteiligten, also etwa die Vertreter der Gewerkschaften und die Vertreter der Arbeitgeberverbände, für ihre Mitglieder vor dem Bundessozialgericht auftreten können. Demnach gilt die Vorschrift des § 166 Abs. 2 SGG über den Kreis der vor dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozeßbevollmächtigten - wofür auch die Fassung des Gesetzes spricht - nur für die in § 166 Abs. 1 angeführten Fälle eines Vertretungszwanges, dem die Versicherungsträger nach dieser Vorschrift jedoch nicht unterliegen. - Es kann in diesem Zusammenhang nicht darauf eingegangen werden, ob sich die gleiche Rechtsfolge nicht auch aus Art. 1 (§ 414e Buchst. e RVO) des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 17. August 1955 (EGBI. I S. 524) ergibt, wonach die Übernahme der Vertretung vor Gerichten zu den Aufgaben gehört, die den Landesverbänden obliegen; denn dieses Gesetz ist nach Art. 5 erst am 1. September 1955 in Kraft getreten, während die Revision der Beklagten bereits am 1. August 1955 eingelegt und begründet worden ist.

II.

Die hiernach zulässige Revision ist auch begründet.

Das Landessozialgericht ist davon ausgegangen, daß mit dem Eintritt der Klägerin in die Krankenversicherung der Rentner ein neues Versicherungsverhältnis mit neuen Leistungsansprüchen begründet worden sei, die bis zum 30. Januar 1954, dem Zeitpunkt der Beendigung der neuerlichen Krankenhauspflege, noch nicht erschöpft gewesen seien. Demgegenüber hat der erkennende Senat am 20. Juli 1955 entschieden (BSG 1, S. 158), daß die Versicherung nach dem Zweiten Buch der RVO und die Rentnerkrankenversicherung nach der VO vom 4. November 1941 eine einheitliche Krankenversicherung darstellen, bei



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 6 -

der die im Rahmen desselben Versicherungsfalles hier oder dort genossenen Leistungen nach § 212 RVO (§ 9 der VO über KVdR) anzurechnen sind. Der Senat hält an dieser Auffassung fest. Das Berufungsurteil beruht somit auf der irrtümlichen Auslegung des Rechts der Krankenversicherung der Rentner, insbesondere des § 9 der VO über KVdR. Die Revision der Beklagten ist deshalb begründet.

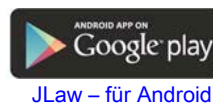
Der erkennende Senat hat davon abgesehen, in der Sache selbst zu entscheiden (§ 170 Abs. 2 Satz 1 SGG), weil die vom Landessozialgericht lediglich unter Zugrundelegung seines eigenen Rechtsstandpunkts getroffenen Feststellungen eine abschließende Beurteilung des Streitfalls nicht zulassen. Das angefochtene Urteil war daher mit den getroffenen Feststellungen aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen (§ 170 Abs. 2 SGG).

Bei der erneuten Verhandlung wird das Landessozialgericht zunächst einige Feststellungen seines Urteils klarstellen müssen; die Bemerkung in dem angefochtenen Urteil "die Akten der Vorinstanz und der Beklagten haben vorgelegen", die als eine Verweisung auch hinsichtlich des Tatbestandes gewürdigt werden kann, ersetzt nicht die für die Nachprüfung des Revisionsgerichts notwendige eindeutige Feststellung, welchen Sachverhalt das Berufungsgericht für erwiesen erachtet. So wird das Landessozialgericht insbesondere zu prüfen haben, wie sich die Feststellungen in dem Tatbestand des angefochtenen Urteils zueinander verhalten, daß die Klägerin erst mit dem 27. August 1953 von der Barmer Ersatzkasse ausgesteuert wurde, während sie bereits am 10. Juli 1953 als Rentnerin der Angestelltenversicherung Mitglied der für die Durchführung der Krankenversicherung der Rentner zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse, der Beklagten, geworden sein soll; es liegt nahe anzunehmen, daß der Rentenbezug erst mit der Aussteuerung der Klägerin begonnen hat und ihre Krankenversicherung nach § 2 der Verordnung über die KVdR erst am 28. August 1953 ihren Anfang genommen hat.

- 7 -



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

Ferner bedarf es der Klarstellung, ob die Klägerin nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus am 23. Dezember 1953 bis zur erneuten Krankenhausaufnahme am 4. Januar 1954 nicht krank, also nicht behandlungsbedürftig war. In einem solchen Falle würde die am 4. Januar wieder eingetretene Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ohne Rücksicht auf die Art des Leidens, das die Krankenhauspflege erforderlich machte, einen neuen Versicherungsfall darstellen, so daß der Klägerin ohne Rücksicht auf ihre vorher bezogenen Leistungen erneut Krankenhauspflege bis zu 26 Wochen gewährt werden könnte.

Aber auch wenn die Klägerin in der Zwischenzeit (23. Dezember 1953 bis 4. Januar 1954) zwar behandlungsbedürftig, aber nicht krankhauspflegebedürftig gewesen sein sollte, könnte ihr erneut Krankenhauspflege bis zu 26 Wochen bewilligt werden, sofern die erneute Krankenhausaufnahme durch eine "neue Krankheit" im Sinne von Ziff. I Nr. 2 Buchst. a des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943 (zu § 183 RVO), betr. Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (AN 1943 S. 485) bedingt war. Denn nach dieser gemäß § 9 der VO über KVdR jedenfalls sinngemäß auch für versicherte Rentner geltenden Vorschrift kann Krankengeld von neuem für 26 Wochen gewährt werden, wenn ein arbeitsunfähiger Versicherter wieder arbeitsfähig geworden, aber noch behandlungsbedürftig geblieben ist und nunmehr wegen einer "neuen Krankheit" wieder arbeitsunfähig wird; in diesen Fällen kann dem Versicherten, wenn seine Behandlung in einem Krankenhaus notwendig ist, gemäß § 184 RVO an Stelle des Krankengeldes und der Krankenpflege Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt werden. Da versicherte Rentner kein Krankengeld beziehen (§ 9 der VO über KVdR), bei ihnen auch - wie der Senat in seiner Entscheidung vom 21. Dezember 1955 - 3 RK 47/55 - dargelegt hat - von einer Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen nicht gesprochen werden kann, sie andererseits aber hinsichtlich der nicht baren Leistungen der Krankenversicherung grundsätzlich nicht schlechter gestellt sein sollen als andere Versicherte (vgl. das angeführte Urteil des erkennenden Senats), so sind die Voraussetzungen für die erneute Gewährung von Krankenhauspflege bei einem versicherten Rentner auch dann als er-



füllt anzusehen, wenn er nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin behandlungsbedürftig bleibt und nunmehr infolge der "neuen Erkrankung" wiederum die Notwendigkeit der Krankenhauspflege eintritt. Ist mithin ein Rentner nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr krankenhauspflegebedürftig, wohl aber noch behandlungsbedürftig und wird er wegen einer neuen Krankheit erneut krankenhauspflegebedürftig, so kann ihm nach § 9 der VO über KVdR in Verbindung mit dem erwähnten Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943 (zu § 183 RVO) erneut Krankenhauspflege bis zur Dauer von 26 Wochen gewährt werden. Diese Voraussetzung für die Gewährung von erneuter Krankenhauspflege wäre im vorliegenden Falle gegeben, wenn die Klägerin im Januar 1954 wegen eines vorher noch nicht oder nicht mehr bestehenden Leidens in das Krankenhaus aufgenommen worden wäre, wenn also die Krankenhauspflege bis zum 23. Dezember 1953 nicht wegen des komplizierten Armbruchs durchgeführt worden wäre, der der alleinige Grund für die Krankenhausbehandlung der Klägerin im Januar 1954 gewesen ist.

Sollte die Klägerin dagegen in der Zeit zwischen den beiden Krankenhausbehandlungen (23. Dezember 1953 bis 4. Januar 1954) weiterhin krankenhauspflegebedürftig gewesen sein, also etwa nur aus der Krankenhausbehandlung wegen des Weihnachtsfestes "beurlaubt" gewesen sein, so würde der Eintritt eines neuen Versicherungsfalles und damit die Möglichkeit, der Klägerin erneut für 26 Wochen Krankenhauspflege zu gewähren, ausgeschlossen sein.

Über die Frage, ob und für welche Zeit die bis zum 23. Dezember 1953 gewährte Krankenhauspflege im Rahmen der Tbc-Hilfe zu Lasten der Landesversicherungsanstalt Hannover gewährt worden ist und ob gegebenenfalls solche zu Lasten der Landesversicherungsanstalt gewährte Krankenhauspflege als Leistung der Krankenversicherung anzusehen und daher für die Aussteuerung zu berücksichtigen ist, wird das Landessozialgericht nur zu befinden haben, wenn sich herausstellen sollte, daß bei der Krankenhausaufnahme am 4. Januar 1954 keine "neue Krankheit" in dem dargelegten Sinne vorgelegen oder die



Krankenhauspflegebedürftigkeit nach der Entlassung am 23. Dezember 1953 fortbestanden hat, und wenn ferner bei Nichtanrechnung der zu Lasten der Landesversicherungsanstalt gewährten Krankenhauspflege eine Aussteuerung noch nicht eingetreten sein sollte. Da nach den bisherigen Feststellungen des Landessozialgerichts nicht zu übersehen ist, ob es bei der Entscheidung auf diese Frage ankommt, hatte der Senat in dem vorliegenden Falle keinen Anlaß, zu der Frage Stellung zu nehmen, welchen Einfluß die Gewährung von Tbc-Hilfe auf die dem Versicherten zu gewährenden Versicherungsleistungen hat.

Die Kostenentscheidung war der hiernach erforderlichen weiteren Entscheidung des Vordergerichts vorzubehalten.

Prof. Dr. Bogs

Dr. Langkeit

Dr. Schraft



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)