

Bundessozialgericht

3 RK 60/62

Im Namen des Volkes

In dem Rechtsstreit

Verkündet am
28. April 1965

.....
Klägers und Revisionsklägers,

g e g e n

.....
Beklagte und Revisionsbeklagte,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf die
mündliche Verhandlung vom 28. April 1965 durch

Senatspräsident Prof. Dr. B o g s
als Vorsitzenden,

die Bundesrichter R i c h t e r und
Dr. S c h u b e r t sowie
die Bundessozialrichter L e p i n s k i und
Dr. F e t z e r
als ehrenamtliche Beisitzer,

für Recht erkannt:

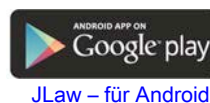
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts Baden-Württemberg vom 3. August 1962
wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß seine Beru-
fung gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 13.
November 1959 als unbegründet zurückgewiesen wird.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind
nicht zu erstatten.

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

G r ü n d e :

Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) dem klagenden Fürsorgeträger (Träger der Sozialhilfe) Aufwendungen zu erstatten hat, die ihm seit 1. August 1956 durch die Unterbringung einer geisteskranken Versicherten in dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus Schussenried entstanden sind.

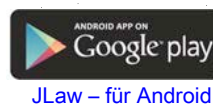
Die im Jahre 1894 geborene Invalidenrentnerin Lina G. wurde am 18. März 1947 von dem praktischen Arzt Dr. med. H. in die Staatliche Heilanstalt Weinsberg eingewiesen. Sie litt an einem "Restzustand nach einer Schizophrenie mit katatonen Zügen" und hatte nach dem Tode ihrer Eltern niemand, der sie versorgt hätte. Die AOK Crailsheim sagte der Heilanstalt zunächst die Übernahme der Kosten zu. Am 30. April 1947 teilte sie jedoch dem Kläger unter Hinweis auf § 11 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner (VO über die KVdR) vom 4. November 1941 (RGBl I 689, AN 1941, 440) mit, daß sie die Kosten nicht übernehmen könne. Die Anstaltskosten wurden zunächst aus der Invalidenrente und aus dem Barvermögen der Rentnerin bezahlt. Nachdem die Rentnerin in das Psychiatrische Landeskrankenhaus Schussenried verlegt worden war, erkannte der Kläger vom 1. September 1949 an ihre Hilfsbedürftigkeit an; er kommt seit dieser Zeit für die Unterbringungskosten auf.

Nach der Neuregelung des Rechts der Krankenversicherung der Rentner durch das Gesetz über Krankenversicherung der Rentner (KVdR) vom 12. Juni 1955 (BGBl I 500) setzte die Rentnerin die Krankenversicherung bei der Beklagten nach Art. 2 § 8 KVdR freiwillig fort. Der Kläger beantragte daraufhin am 10. Dezember 1956 bei der Beklagten die Übernahme der Unterbringungskosten bis zur Aussteuerung und für die Zeit danach die Zahlung des Abgeltungs-

- 3 -



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



JLaw - für Android



JLaw - für iOS

- 3 -

betrages nach Abschn. III des Erlasses des Reichsarbeitsministers (RAM) über Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Verbesserungserlaß) vom 2. November 1943 (AN 1943, 485) vom Inkrafttreten des KVdR - 1. August 1956 - an. Diesen Antrag lehnte die Beklagte am 20. Dezember 1956 unter Hinweis auf § 216 Abs. 1 Nr. 4 der Reichsversicherungsordnung (RVO) ab.

Am 17. Juli 1958 verlangte der Kläger wiederum von der Beklagten unter Berufung auf den Erlaß des RAM und des Reichsministers des Innern (RMdJ) betr. die Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken (sog. Halbierungserlaß) vom 5. September 1942 (AN 1942, 490) die Zahlung der Hälfte der Pauschbeträge nach §§ 1533, 1524 RVO vom 1. August 1956 an bis zur Aussteuerung sowie des halben täglichen Abgeltungsbetrages (0,50 DM) für die Zeit danach. Da die Beklagte die Zahlung abermals ablehnte, erhob der Kläger am 31. Oktober 1958 vor dem Sozialgericht (SG) Ulm Klage mit dem Antrage, die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 1. August 1956 an bis zur Aussteuerung für den Unterhalt der Rentnerin G. im Krankenhaus vier Sechzehntel und für Krankenpflege drei Sechzehntel des Grundlohns sowie für die Zeit danach täglich 0,50 DM zu ersetzen.

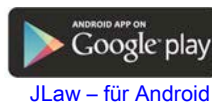
Die Beklagte beantragte die Abweisung der Klage. Sie berief sich darauf, daß der Ersatzanspruch nicht begründet sei, weil es sich bei der Rentnerin um einen Pflegefall handle und die Krankenkasse dafür nicht aufzukommen habe. Der Halbierungserlaß könne schon deshalb nicht zur Anwendung kommen, weil die AOK Crailsheim die Rentnerin in die Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen habe und deshalb eine Einweisung durch eine "andere Stelle" im Sinne des Halbierungserlasses nicht vorliege.

Das SG hat mit Urteil vom 13. November 1959 die Beklagte zum

- 4 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 4 -

Ersatz der Krankenpflegekosten für die Zeit vom 1. August 1956 an bis zur Aussteuerung in Höhe von drei Sechzehnteln des Grundlohns und von 0,50 DM für jeden Kalendertag in der Zeit danach verurteilt. Soweit die Klägerin den Ersatz von vier Sechzehnteln des Grundlohns für den Unterhalt bis zur Aussteuerung verlangte, hat es die Klage abgewiesen.

Gegen dieses Urteil haben beide Parteien fristgemäß Berufung eingelegt. Der Kläger hat beantragt, unter Abänderung des Urteils des SG die Beklagte auch zur Zahlung von vier Sechzehnteln des Grundlohns bis zur Aussteuerung zu verurteilen. Die Beklagte hat beantragt, in Abänderung des Urteils des SG die Klage in vollem Umfange abzuweisen.

Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 3. August 1962 die Berufung des Klägers als unzulässig verworfen. Auf die Berufung der Beklagten hat es das Urteil des SG Ulm abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen. Die Revision wurde zugelassen.

Zur Begründung seiner Entscheidung hat das LSG im wesentlichen ausgeführt: Die Berufung des Klägers sei nach § 149 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ausgeschlossen, weil der Beschwerdewert 500,-- DM nicht übersteige. Der Kläger sei nur insoweit beschwert, als der von ihm in Höhe von vier Sechzehnteln = ein Viertel des Grundlohns vom 1. August 1956 an bis zur Aussteuerung (26 Wochen = 6 Monate oder 182 Tage) geltend gemachte Anspruch abgewiesen worden sei. Der in Betracht kommende Grundlohn berechne sich für pflichtversicherte Rentner nach § 385 Abs. 2 Nr. 1 RVO und habe ungekürzt für das Jahr 1956 monatlich 285,08 DM (Bekanntmachung des Bundesministers für Arbeit - BMA - vom 1. August 1956, DOK 1956, 388)

- 5 -



- 5 -

und für das Jahr 1957 monatlich 303,87 DM (Bekanntmachung des EMA vom 19. Januar 1957, DOK 1957, 91) betragen. Hieraus berechne sich die Berufungssumme ($5 \times 285,08 = 1425,40 + 1 \times 303,87 = 1729,27 : 4$) auf 432,32 DM. Die Berufung sei auch nicht durch Zulassung seitens des SG oder infolge Rüge eines wesentlichen Mangels des Verfahrens (§ 150 Nr. 1 und Nr. 2 SGG) zulässig geworden. Eine falsche Rechtsmittelbelehrung durch das SG bedeute keine Zulassung der Berufung.

Dagegen sei die Berufung der Beklagten zulässig, weil sie nicht nur zum Ersatz in Höhe von drei Sechzehnteln des Grundlohns, sondern auch zur Zahlung des Abgeltungsbetrages in Höhe von 0,50 DM für jeden Tag der Dauer der Unterbringung in dem Landeskrankenhaus verurteilt worden sei. Damit sei der Beschwerdewert von 500,-- DM bei weitem überschritten.

Die Berufung der Beklagten sei auch begründet. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch sei § 1531 RVO in Verbindung mit dem Halbierungserlaß. Dieser Anspruch sei aber schon deshalb nicht gegeben, weil in dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen des Halbierungserlasses erfüllt gewesen seien und der Ersatzanspruch hätte entstehen können, den Leistungen des Klägers kein entsprechender Leistungsanspruch der Rentnerin gegen die Beklagte gegenübergestanden hätte. Der Anspruch der Rentnerin, die sich seit 1947 aus pflegerischen Gründen in der Staatlichen Heilanstalt Weinsberg und seit 1949 im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Schussenried befinde, sei bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit und bei Beginn der Unterstützungsleistungen des Klägers nach § 11 der VO über die KVdR ausgeschlossen gewesen. Auch die Neuregelung des Rechts der Krankenversicherung der Rentner durch das KVdR habe für die Rentnerin keinen Anspruch begründet, der den Aufwendungen des Klägers entspräche. Das Pflichtversicherungsverhältnis der Rentnerin sei zwar mit dem In-

- 6 -



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



- 6 -

krafttreten dieses Gesetzes erloschen und sei nach Art. 2 § 8 KVdR freiwillig von ihr festgesetzt worden. Der Entstehung eines neuen Leistungsanspruchs, der den Aufwendungen des Klägers entsprechen könnte, stehe aber der Grundgedanke des § 310 Abs. 2 RVO entgegen, der hier entsprechend angewendet werden müsse. Allein der Übergang von der gesetzlichen zur freiwilligen Versicherung könne für einen vor dem Übergang bereits eingetretenen Versicherungsfall einen Leistungsanspruch, der bis dahin nicht bestanden habe, nicht begründen. Ob und inwieweit die Rentnerin Leistungsansprüche geltend machen könne, wenn neue Krankheiten gelegentlich Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hätten, oder ob § 215 Abs. 1 Nr. 4 RVO entsprechend anzuwenden wäre, brauche nicht entschieden zu werden.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Revision eingelegt mit dem Antrage:

Die Urteile des SG Ulm vom 13. November 1959 und des LSG Baden-Württemberg vom 3. August 1962 werden aufgehoben.

Die Beklagte hat dem Kläger vom 1. August 1956 an bis zur Aussteuerung 7/16 des Grundlohnes und für die Zeit nach der Aussteuerung einen Abgeltungsbetrag von 0,50 DM für jeden Tag der Unterbringung der Lina Göller im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Schussenried zu zahlen.

Zur Begründung der Revision hat der Kläger im wesentlichen vorgetragen: Das LSG habe seine Berufung, die zumindest als Anschlußberufung hätte beurteilt werden müssen, zu Unrecht als unzulässig verworfen. In sachlich-rechtlicher Hinsicht sei davon auszugehen, daß durch die Aufhebung des § 11 der VO vom 4. November 1941 und durch die frei-

- 7 -



- 7 -

willige Fortsetzung der Versicherung nach Art. 2 § 8 KVdR ein neuer Anspruch der Rentnerin entstanden sei, der auf Grund des Halbierungserlasses den Anspruch auf Ersatz der halben Pauschbeträge rechtfertige. Die Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO sei auf freiwillig versicherte Rentner nicht anwendbar.

Die beklagte AOK hat beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II.

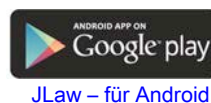
Die Revision ist begründet, soweit der Kläger die Verwerfung seiner Berufung als unzulässig rügt. Soweit sie sich jedoch gegen die Sachentscheidung des LSG wendet, muß sie als unbegründet zurückgewiesen werden.

Das LSG ist zwar mit Recht davon ausgegangen, daß der Kläger durch das Urteil des SG nur in Höhe von 432,32 DM beschwert war und somit eine selbständige Berufung nach § 149 SGG unzulässig war. Sie ist auch nicht durch die unrichtige Rechtsmittelbelehrung im Urteil des SG zulässig geworden (BSG 2, 121, 125; 8, 154, 158). Das LSG hätte die Berufung des Klägers jedoch als unzulässige Anschlußberufung deuten müssen. Die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Anschließung an die Berufung sind im sozialgerichtlichen Verfahren entsprechend anwendbar (§ 202 SGG i.V.m. § 521 der Zivilprozeßordnung -ZPO-); die Anschlußberufung stellt einen angriffsweise wirkenden Antrag des Berufungsbeklagten innerhalb der zulässigen Berufung des Gegners dar (BSG 2, 229, 232; 19, 265, 266; SozR RVO § 1444 aF Nr. 1). Da die Beklagte fristgemäß eine zulässige Beru-

- 8 -



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



- 8 -

fung eingelegt hatte, war eine unselbständige Anschlußrevision für den Kläger möglich. Er hat zwar die von ihm eingelegte Berufung nicht als "Anschlußberufung" bezeichnet, sondern wollte sie in erster Linie als selbständige Berufung behandelt wissen. Jedoch auch eine als selbständiges Rechtsmittel eingelegte Berufung kann als unselbständige Anschlußberufung angesehen werden, wenn nach den Umständen der Wille des Berufungsbeklagten erkennbar ist, zumindest hilfsweise zu erreichen, daß sein Antrag auch in seiner Abhängigkeit von der zulässigen Berufung des Gegners in der Berufungsinstanz mit berücksichtigt werde (BGH JZ 1955, 218; ZZP Bd. 71, 84). Dieser Wille des Klägers ist hier daraus ersichtlich, daß er in der mündlichen Verhandlung vor dem LSG trotz des Hinweises auf den nicht erreichten Beschwerdewert an seinen Anträgen festgehalten hat. Damit hat er dem Gericht gegenüber zu erkennen gegeben, daß ihm an der rechtlichen Überprüfung des erstinstanzlichen Urteils in jedem Falle auch insoweit gelegen war, als er selbst dadurch beschwert wurde. Das LSG hätte deshalb auch über den vom SG abgewiesenen Teilanspruch des Klägers eine Sachentscheidung treffen müssen. Das Urteil war daher insoweit aufzuheben, als es die Berufung des Klägers als unzulässig verworfen hat. Eine Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Berufungsgericht erübrigt sich, da es um die Entscheidung über einen einheitlichen Rechtsanspruch geht und neue tatsächliche Feststellungen hierfür nicht erforderlich sind (§ 170 Abs. 2 SGG).

Der von dem klagenden Fürsorgeträger (Träger der Sozialhilfe) erhobene Anspruch ist vom Berufungsgericht im Ergebnis zu Recht abgewiesen worden.

Das LSG ist in Übereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des Senats (grundlegend BSG 9, 112) davon aus-

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

- 9 -



- 9 -

gegangen, daß der Halbierungserlaß eine Rechtsverordnung darstellt, die wirksam zustand gekommen ist und weiterhin gilt. Eine der Voraussetzungen für seine Anwendung, daß nämlich die geisteskranke Rentnerin von einer anderen Stelle als dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in das Landeskrankenhaus Schussenried eingewiesen wurde, ist gegeben. Ob die bei Einweisung der Rentnerin in die Staatliche Heilanstalt Weinsberg im Jahre 1947 durch die AOK Crailsheim zugesagte Kostenübernahme wirksam widerrufen werden dürfte, kann hier dahinstehen. Jedenfalls wurde die Rentnerin im Jahre 1949 in das Landeskrankenhaus Schussenried verlegt, ohne daß die nunmehr zuständige beklagte AOK zugestimmt oder die Kosten übernommen hätte. Das Recht zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung steht einer Krankenkasse auch bei Verlegung eines Versicherten in ein anderes Krankenhaus innerhalb ihres eigenen Zuständigkeitsbereichs zu (BSG 16, 84). Das muß erst recht dann gelten, wenn der Versicherte durch die Verlegung Mitglied einer anderen AOK wird (vgl. § 1 der Verordnung über KVdR). Hat daher, wie im vorliegenden Fall, die beklagte AOK der Verlegung nicht zugestimmt, so ist die Geisteskranke durch eine andere Stelle als den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in das Landeskrankenhaus eingewiesen worden. Da vom 1. September 1949 an die Fürsorgebehörde als Kostenträger aufgetreten ist, lagen insoweit die Voraussetzungen des Halbierungserlasses von diesem Zeitpunkt an vor.

Der im Rahmen des Halbierungserlasses i.V.m. §§ 1531 ff RVO gegebene Ersatzanspruch setzt aber voraus, daß die Geisteskranke zur Zeit der Unterstützung durch die Fürsorgebehörde selbst einen Anspruch auf Krankenpflege gegenüber der AOK gehabt hat. Ein solcher Anspruch hat jedoch nicht bestanden. Die geisteskranke Rentnerin war zunächst bei der Beklagten nach dem Gesetz über die Ver-

- 10 -



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



- 10 -

besserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24. Juli 1941 (RGBl I 443) i.V.m. der VO über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (RGBl I 689) pflichtversichert. Sie hatte daher gegen die AOK grundsätzlich Anspruch auf Krankenpflege (§ 182 RVO aF) und - beim Vorliegen der Voraussetzungen - auf Krankenhauspflege (vgl. BSG 9, 112, 123 f) bis zur Dauer von 26 Wochen (§ 184 RVO aF i.V.m. Abschn. I Nr. 2 b des Verbesserungserlasses vom 2. November 1943). Dieser Anspruch wurde jedoch durch ihre Unterbringung im Psychiatrischen Landeskrankenhaus ausgeschlossen; denn nach § 11 der VO über die Krankenversicherung der Rentner, wurden Versicherten, die in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer ähnlichen Anstalt untergebracht waren, in der sie im Rahmen ihrer gesamten Betreuung Krankenpflege erhielten, Leistungen nicht gewährt. Da während dieser Zeit den Leistungen des Fürsorgeträgers kein entsprechender Anspruch der Versicherten gegen die beklagte AOK i. S. des § 1531 RVO gegenüberstand, konnte der Fürsorgeträger auch nicht den Ersatz der halben Unterbringungskosten nach dem Halbierungserlaß verlangen.

An dieser Rechtslage hat sich auch dadurch nichts geändert, daß die geisteskranke Rentnerin nach dem Inkrafttreten des KVdR am 1. August 1956 und ihrem Ausscheiden aus dem Kreise der pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 und 4 RVO) von der Möglichkeit der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach Art. 2 § 8 KVdR Gebrauch gemacht hat. Diese Änderung im Charakter der Versicherung hat nicht zur Folge gehabt, daß ein bisher pflichtversicherter Rentner, der im Hinblick auf die Betreuung in einer Heil- und Pflegeanstalt und die dort gewährte Krankenpflege keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hatte, nunmehr durch

- 11 -



- 11 -

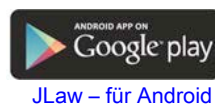
die freiwillige Fortsetzung der Versicherung einen solchen Anspruch erwirbt. Nach der durch Art. 1 Nr. 12 KVdR eingefügten Vorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO ruht die Krankenhilfe für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 bezeichneten Versicherten und deren "anspruchsberechtigte" Familienangehörige, solange sie in einer Anstalt dauernd zur Pflege untergebracht sind, in der sie im Rahmen ihrer gesamten Betreuung Krankenpflege erhalten. Diese Vorschrift bezieht sich zwar ihrem Wortlaut nach nur auf die pflichtversicherten Rentner. Ihr Zweck, eine doppelte Inanspruchnahme von Krankenhilfe zu vermeiden (vgl. Jantz, Krankenversicherung der Rentner; Anm. zu Art. 1 Nr. 12 KVdR), wäre aber nur unvollkommen erfüllt, wenn man sie auf Rentner, die ihre bisherige Pflichtversicherung nach Art. 2 § 8 KVdR freiwillig fortgesetzt haben und die nach § 11 der VO über KVdR unter der dort genannten Voraussetzung keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatten, nicht entsprechend anwenden wollte.

§ 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO bedeutet zwar, soweit es sich um die Einschränkung der Leistungen handelt, gegenüber dem bisherigen Rechtszustand (§ 11 VO über KVdR) insofern eine Besserstellung der Rentner "als das Ruhen der Krankenhilfe während des Aufenthalts in einer Heil- und Pflegeanstalt oder eines nur vorübergehenden Krankenhausaufenthalts beseitigt wird, wenn der Rentner nicht nur zur Pflege in der Anstalt untergebracht ist" (so die amtliche Begründung zu § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO in BT-Drucks. Nr. 1234, 2. Wahlp. S. 11). Das Ruhen sollte hiernach bei vorübergehender Unterbringung sowie in allen Fällen einer Heilbehandlung nicht mehr eintreten (vgl. BSG 21, 244, 246 mit weiteren Nachweisen). Es spricht aber nichts dafür, daß der Gesetzgeber denjenigen Rentnern, die von dem Recht Gebrauch machen, ihre bisherige Pflichtversicherung nach Art. 2 § 8 KVdR fortzusetzen, gegenüber den in § 165 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 RVO

- 12 -



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



- 12 -

bezeichneten pflichtversicherten Rentnern eine günstigere Rechtsposition verschaffen wollte. Eine derartige Besserstellung wäre weder sachlich gerechtfertigt noch mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Versicherten vereinbar. Die Fassung des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO stimmt wörtlich mit Art. 1 Nr. 16 des Regierungsentwurfs des KVdR überein. Der Regierungsentwurf sah aber noch nicht die Versicherungsberechtigung derjenigen Rentner vor, die nicht zu den in § 165 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 bezeichneten Personen gehören; deren Versicherungsberechtigung hat erst im Hinblick auf die Änderungsvorschläge des Bundesrates (vgl. BT-Drucks. Nr. 1234, 2. Wahlp., Anlage 2) in § 176 Abs. 1 Nr. 4 RVO ihren gesetzlichen Niederschlag gefunden. Möglicherweise ist in dem späteren Gesetzgebungsverfahren eine Anpassung des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO an das durch die Einfügung des § 176 Abs. 1 Nr. 4 RVO geänderte Recht versehentlich unterblieben. Es bedarf jedoch im vorliegenden Falle keiner Entscheidung, ob die Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO trotz ihres Wortlauts auch diejenigen Rentner erfaßt, die der Versicherung nach § 176 Nr. 4 RVO beigetreten sind. Jedenfalls ist es aus den oben dargelegten Gründen geboten, die durch das KVdR eingeführte Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO auf diejenigen Rentner entsprechend anzuwenden, die ihre bis zum Inkrafttreten des KVdR bestehende Pflichtversicherung nach Art. 2 § 8 dieses Gesetzes freiwillig fortgesetzt haben.

Die Anwendung dieser Ruhensvorschrift auf krankenversicherte Rentner steht nicht im Widerspruch zum Halbierungserlaß, der nur den Streit darüber beseitigen wollte, ob die Einweisung in eine Heil- oder Pflegeanstalt ganz oder überwiegend durch das eigene Interesse des Kranken geboten war oder ob sich die Unterbringung überwiegend aus Gründen der öffentlichen Sicherheit als notwendig erwies. Die An-

- 13 -



- 13 -

wendung des Halbierungserlasses setzt - wie oben dargelegt - voraus, daß der Versicherte selbst einen Anspruch auf Krankenpflege hat. Ruht aber dieser Anspruch, weil der in einer Anstalt dauernd zur Pflege untergebrachte Versicherte dort im Rahmen der gesamten Betreuung Krankenpflege erhält, so steht dem Fürsorgeträger (Träger der Sozialhilfe), der die Kosten der Unterbringung des Versicherten getragen hat, gegenüber der Krankenkasse kein Anspruch auf Ersatz dieser Kosten zu (§ 1531 RVO).

Aus den tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts geht hervor, daß die versicherte G. nach dem Tode ihrer Eltern mangels Betreuung durch andere Familienangehörige im Jahre 1947 in der Staatlichen Heilanstalt Weinsberg untergebracht und im Jahre 1949 in das Psychiatrische Landeskrankenhaus Schussenried verlegt worden ist, wo sie sich zur Zeit der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht (also im August 1962) noch befunden hat. Nach den von der Revision nicht angegriffenen Feststellungen des LG wurde die Versicherte in der Anstalt aus pflegerischen Gründen untergebracht und nicht etwa deshalb, weil der "Restzustand nach Schizophrenie mit katatonen Zügen" ihre Behandlungsbedürftigkeit zur Folge gehabt hätte. An diesem Zustand ist, wie das LSG ferner festgestellt hat, im Laufe der Jahre keine Änderung eingetreten. Es handelt sich demnach um eine dauernde Unterbringung in einer Anstalt, bei der im Hinblick auf die Art des Leidens der Versicherten die Pflege zumindest im Vordergrund steht. Die Versicherte erhält, wie es in einem Psychiatrischen Krankenhaus üblich ist, im Rahmen ihrer gesamten Betreuung auch Krankenpflege. Nur soweit diese nicht sichergestellt wäre, käme die Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO nicht zur Anwendung (vgl. BSG 21, 244). Das Vorbringen der Beteiligten gibt jedoch keinen Anlaß anzunehmen, daß die Krankenpflege durch den von der Fürsorgebehörde gezahlten Pflegesatz nicht sichergestellt wäre.

- 14 -



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



- 14 -

Der Anspruch des klagenden Fürsorgeverbandes auf Ersatz der Hälfte der von ihm getragenen Unterbringungskosten für die Dauer von 26 Wochen seit dem 1. August 1956 und des halben Abgeltungsbetrages (0,50 DM täglich) für die Zeit danach ist deshalb nicht begründet. Ob, wie das LSG meint, dem Anspruch des Klägers auch der Grundgedanke des § 310 Abs. 2 RVO entgegensteht, bedarf keiner Entscheidung. Die Revision des Klägers ist mit der Maßgabe zurückzuweisen, daß seine Berufung gegen das erstinstanzliche Urteil als unbegründet zurückgewiesen wird.

Die Entscheidung über die außergerichtlichen Kosten beruht auf § 193 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung 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](#)