

Aktenzeichen:

3 RK 71/55

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

Verkündet

In Sachen

am 29. Januar 1959

1. ....

Klägers, Revisionsklägers  
und Revisionsbeklagten,

2. ....

Beigeladenen, Revisionsklägers  
und Revisionsbeklagten,

g e g e n

.....

Beklagte, Revisionsbeklagte  
und Revisionsklägerin,

hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf die  
mündliche Verhandlung vom 29. Januar 1959

für Recht erkannt:

Die Revisionen der am Verfahren Beteiligten gegen  
das Urteil des Landessozialgerichts Celle vom  
26. Mai 1955 werden zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander Kosten des Revisions-  
verfahrens nicht zu erstatten.

Von Rechts wegen.



- 2 -

G r ü n d e :

## I.

Der klagende Fürsorgeverband fordert von der beklagten Krankenkasse die Erstattung von Fürsorgekosten, die er für die Unterbringung einer Geisteskranken in der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück vom 11. Juni 1952 bis zum 10. Juli 1952 aufgewendet hat. Der Ehemann der Kranken war während dieser Zeit auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung bei der beklagten Kasse versichert, wurde von dieser aber wegen der Übernahme der Pflegekosten an den Kläger verwiesen. Der Kläger und das beigeladene Land (das in seiner Eigenschaft als Landesfürsorgeverband Hannover für einen Teil der Unterbringungskosten aufzukommen hätte, wenn die Beklagte nicht erstattungspflichtig wäre) sind der Ansicht, daß nicht sie, sondern die beklagte Kasse die Unterbringungskosten von insgesamt 184,- DM tragen müsse, da die Kranke als Ehefrau eines Kassenmitgliedes Anspruch auf Familienhilfe gehabt habe.

Die beklagte Krankenkasse ist nicht bereit, dem Kläger die vollen Unterbringungskosten zu erstatten. Sie hält sich auf Grund des gemeinsamen Erlasses des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern vom 5.9.1942 (sog. Halbierungserlaß) nur für verpflichtet, die  Hälfte  der nach §§ 1531 ff. RVO erstattungsfähigen Kosten zu ersetzen. Zu erstatten seien aber bei der Unterbringung von mitversicherten Familienangehörigen in einer Heilanstalt  allein  die Kosten der  Krankenpflege , nicht die Kosten für den  Unterhalt  in der Anstalt. Außerdem sehe der Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 2.11.1943 (sog. Verbesserungserlaß) eine Abgeltung der Krankenpflegekosten in Form einer Pauschale von 1,- DM je Pflegetag vor. Da hiervon nur die Hälfte zu erstatten sei und die Kranke sich 30 Tage in der Anstalt aufgehalten habe, ergebe sich mithin ein Erstattungsbetrag von  $-,50 \text{ DM} \times 30 = 15,- \text{ DM}$ , den die Beklagte an den klagenden Fürsorgeverband gezahlt hat.

Das Sozialgericht hat die beklagte Krankenkasse zur Erstattung der vollen, vom Kläger übernommenen Unterbringungskosten (Krankenpflege und Unterhalt) verurteilt. Auf ihre Berufung hat das Lan-

- 3 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 3 -

dessozialgericht sie auf Grund des Halbierungserlasses von der Verpflichtung zur Zahlung der halben Unterbringungskosten (92,- DM) freigestellt, das Urteil des Sozialgerichts daher nur in Höhe von 77,- DM (92,- DM abzüglich bereits gezahlter 15,- DM) aufrechterhalten; im übrigen hat es die Krankenkasse jedoch auch wegen der Kosten des Unterhaltes in der Anstalt als ersatzpflichtig angesehen und eine Anwendung der Abgeltungsbestimmungen des Verbesserungserlasses abgelehnt. Gegen dieses Urteil haben alle Beteiligten Revision eingelegt.

Der Kläger und das beigeladene Land wenden sich gegen die Freistellung der beklagten Krankenkasse von der Hälfte der Unterbringungskosten. Sie sind der Auffassung, der Halbierungserlaß sei nicht mehr gültig, die Erstattungspflicht der beklagten Kasse beurteile sich daher wieder allein nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 1531 ff. RVO). Danach sei die Beklagte zur Erstattung der vollen Unterbringungskosten verpflichtet. Die gleiche Verpflichtung träfe die Beklagte aber auch dann, wenn der Halbierungserlaß weiterhin gültig sein sollte. Denn die Regelung des Halbierungserlasses über die Teilung der Unterbringungskosten gelte nur für solche Fälle, in denen die Unterbringung des Kranken in der Anstalt besonderer Eile bedürfe, so daß zunächst die Fürsorge als Kostenträger einspringen müsse. In allen anderen Fällen habe dagegen die Krankenkasse die Möglichkeit und die Pflicht, vor der Anstaltsaufnahme die Übernahme der Unterbringungskosten zu prüfen. Unterlasse sie dies und verweise sie den Versicherten oder einen mitversicherten Angehörigen kurzerhand an die Fürsorge - wie hier -, obwohl sie bei pflichtmäßiger Ausübung ihres Ermessens die Anstaltspflege nicht hätte verweigern dürfen, so könne sich auf die darin liegende Rechtsverletzung auch ein Dritter, insbesondere ein Fürsorgeträger, berufen. Außerdem habe auch der Versicherte ein Recht darauf, daß die Kasse sich ihrer Leistungspflicht nicht ohne Prüfung der Sachlage entziehe, zumal eine Übernahme der Unterbringungskosten durch die Fürsorge ihn grundsätzlich mit einer Erstattungspflicht belaste. Der Kläger und der Beigeladene haben demgemäß beantragt,

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung 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](#)

- 4 -

- 4 -

unter Aufhebung des angefochtenen Urteils die beklagte Krankenkasse zur Erstattung der vollen Unterbringungskosten in Höhe von 184,- DM, abzüglich der bereits gezahlten 15,- DM, zu verurteilen.

Die beklagte Krankenkasse bittet um Zurückweisung der Revisionen des Klägers und des beigeladenen Landes und beantragt ihrerseits,

das Urteil des Landessozialgerichts aufzuheben und die Klage auf Erstattung der Hälfte der Unterbringungskosten, soweit sie den Abgeltungsbetrag von 15,- DM übersteigen, abzuweisen, hilfsweise den Rechtsstreit zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte sieht den Halbierungserlaß mit dem Berufungsgericht weiterhin als gültig an. Entgegen der Auffassung des Klägers und des beigeladenen Landes ist sie der Ansicht, daß der Erlaß alle Fälle erfasse, in denen ein Fürsorgeverband - einerlei aus welchen Gründen - die Kosten der Anstaltsunterbringung eines versicherten Geisteskranken getragen habe. Daher müsse es auch im vorliegenden Streitfall bei der Aufteilung der Unterbringungskosten bewenden. Im übrigen hält die Beklagte daran fest, daß sie nur zur Erstattung der halben pauschalierten Krankenpflegekosten (ausschließlich der Unterhaltskosten) verpflichtet sei, da sie den Angehörigen ihrer Mitglieder im Rahmen der Familienhilfe nur Krankenpflege zu gewähren brauche. Die Gewährung von Krankenhauspflege sehe ihre Satzung nur als eine Ermessensleistung vor.

## II.

Die Revisionen des klagenden Kreises und des beigeladenen Landes sind zulässig. Wie der erkennende Senat in der Sache 3 RK 7/58 (Urteil vom 4.12.1958 - SozR. SGG § 75 Bl. Da 3 Nr. 11 -) entschieden hat, kann auch ein Beigeladener, der am Verfahren beteiligt ist, weil seine berechtigten Interessen durch die Entscheidung des Gerichts berührt werden (§ 75 Abs. 1 SGG), "innerhalb der Anträge der anderen Beteiligten" (§ 75 Abs. 4 SGG) selbständig Rechtsmit-

- 5 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 5 -

tel einlegen (ebenso der 1. Senat in BSG. 6 S. 160 /1617). Der vorliegende Rechtsstreit berührt die Interessen des beigeladenen Landes in seiner Eigenschaft als Landesfürsorgeverband Hannover: nach §§ 1, 2 der Vierten Verordnung zur Vereinfachung des Fürsorgerechts vom 9.11.1944 (RGBl. I S. 323) i.d.F. der Ziff. 7, 8 der Fürsorgerechtsvereinbarung vom 3.5.1949 (vgl. Sartorius, Verfassungs- und Verwaltungsgesetze, 16. - 21. Aufl., Nr. 15 b) müssen die Landesfürsorgeverbände für den notwendigen Lebensbedarf anstaltspflege- und hilfsbedürftiger Geisteskranker in geeigneten Anstalten sorgen und die dafür erforderlichen Kosten mindestens zu einem Viertel tragen, sofern diese Kosten nicht auf eine ersatzpflichtige Krankenkasse abgewälzt werden können. Die Revisionsanträge des beigeladenen Landes halten sich auch im Rahmen der Anträge des Klägers; die Revision des Landes ist daher zulässig, ohne daß es einer Entscheidung darüber bedarf, ob das Land, wie es selbst meint, die Stellung eines notwendig Beigeladenen im Sinne des § 75 Abs. 2 SGG bekleidet.

A.

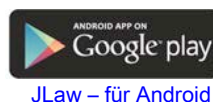
Die Revisionen des Klägers und des Beigeladenen sind jedoch nicht begründet, weil das Berufungsgericht die beklagte Krankenkasse mit Recht nur wegen der  Hälfte  der Unterbringungskosten als ersatzpflichtig angesehen hat.

1. Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Fürsorgeverband die Erstattung seiner Aufwendungen von einem Versicherungsträger verlangen kann, regelt die RVO in §§ 1531 ff. Diesen Vorschriften liegt der Gedanke zugrunde, daß bei konkurrierender Leistungspflicht eines Versicherungs- und eines Fürsorgeträgers die Verpflichtung des Versicherungsträgers derjenigen des Fürsorgeträgers vorgeht, der Träger der Fürsorge also mit der Unterstützung eines Versicherten - trotz eigener subsidiärer Leistungspflicht - eine Verpflichtung des Versicherungsträgers erfüllt und daher von diesem Ersatz beanspruchen kann. Anders als der Ersatzanspruch des auftraglosen Geschäftsführers nach §§ 677 ff. BGB (vgl. Palandt, BGB, 16. Aufl., § 677 Anm. 2 e)

- 6 -



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



setzt der Erstattungsanspruch nach § 1531 RVO jedoch voraus, daß der Fürsorgeträger selbst in Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht gehandelt, d.h. einen Hilfsbedürftigen unterstützt hat. Ob dies der Fall gewesen ist, beurteilt sich nach Fürsorgerecht, seit Er-  
laß der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13.2.1924 (RGBl. I S. 100) mithin nach dieser und den Reichsgrundsätzen über Vor-  
aussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge i.d.F. der Be-  
kanntmachung vom 1.8.1931 (RGBl. I S. 441). Danach ist hilfsbe-  
dürftig, wer den notwendigen Lebensbedarf für sich und seine unter-  
haltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus  
eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann und ihn auch nicht von  
anderer Seite, insbesondere von Angehörigen erhält (§ 5 der Reichs-  
grundsätze). Nicht als hilfsbedürftig in diesem Sinne hatte das  
früher in fürsorgerechtlichen Streitigkeiten zuständige Bundesamt  
für Heimatwesen einen Geisteskranken angesehen, für dessen "Inter-  
nierung in erster Linie die Rücksicht auf die öffentliche Sicher-  
heit bestimmend ist, während das Interesse des Kranken selbst,  
d.h. der Zweck seines Schutzes, seine Heilung oder Besserung nicht  
oder erst in zweiter Linie in Betracht kommt"; denn ein solcher  
Kranker könnte, "wenn es nicht die öffentliche Sicherheit verböte,  
... seinen Lebensunterhalt trotz der Geisteskrankheit außerhalb  
der Anstalt selbst verdienen" (so zuletzt noch in Bd. 83 seiner  
Entscheidungen S. 148 [150 f.] mit weiteren Nachweisen). Das RVA,  
hatte sich dieser Auffassung angeschlossen und daran selbst dann  
nicht festgehalten, als die Fürsorgeverbände durch Einfügung  
eines neuen § 21 b in die Verordnung über die Fürsorgepflicht  
(Gesetz vom 29.4.1935, RGBl. I S. 565) auch in den Fällen zu Ko-  
stenträgern bestimmt wurden, in denen die Unterbringung des Gei-  
steskranken "aus Gründen der öffentlichen Sicherheit" erfolgt. Die  
dadurch herbeigeführte Lastenverschiebung sollte sich nach Auffas-  
sung des RVA., die durch den Wortlaut der neuen Vorschrift und  
ihre Begründung (RABl. 1935 S. I 150) gestützt wurde, auf das  
"Verhältnis (der Fürsorge) zur Polizei" beschränken; eine Abwäl-  
zung der den Fürsorgeverbänden auf Grund des neuen § 21 b der Für-  
sorgepflicht-Verordnung entstehenden Aufwendungen auf die Versi-  
cherungsträger sollte also nicht zulässig sein. Damit verblieb es



- 7 -

im Verhältnis der Fürsorge zur Krankenversicherung auch weiterhin bei der früheren Rechtslage, wonach Hilfsbedürftigkeit dann nicht anzunehmen war, "wenn die Unterbringung eines Erkrankten in einer Heilanstalt nur oder doch überwiegend wegen seiner Gemeingefährlichkeit erfolgt" (Grunds. Entsch. Nr. 5027 des RVA. vom 16.7.1936, AN. 1936 S. 302 = EuM. Bd. 40 S. 205).

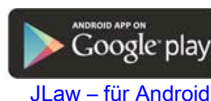
In der Praxis mußte "auf Grund dieser Rechtsprechung in jedem einzelnen Falle geprüft werden, ob die Unterbringung eines Geisteskranken in seinen eigenen Interesse erfolgte oder vorwiegend aus sicherheitspolizeilichen Gründen veranlaßt worden ist. Um die mit dieser Prüfung verbundenen Schwierigkeiten zu vermeiden und die Verwaltungsarbeit der beteiligten Stellen zu vereinfachen", ordneten der RM. und der Reichsminister des Innern am 5.9.1942 (AN. 1942 S. 490 und LBlIV. 1942 Sp. 1825) "auf Grund der Nr. V des Erlasses des Führers und Reichskanzlers über die Vereinfachung der Verwaltung vom 28. August 1939 (RGBl. I S. 1535)" bis auf weiteres folgendes an:

"Werden gegen Krankheit versicherte Geisteskranke von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen und treten die Fürsorgeverbände als Kostenträger auf, so sind die den Fürsorgeverbänden durch die Unterbringung entstandenen Kosten - ungeachtet der Gründe, auf denen die Unterbringung beruht - im Rahmen der §§ 1531 ff. RVO .... je zur Hälfte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Fürsorgeverband zu tragen. Den Fürsorgeverbänden steht danach in dieser Höhe auch dann ein Ersatzanspruch gegen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu, wenn die Unterbringung des Versicherten oder seiner anspruchsberechtigten Angehörigen überwiegend aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erfolgte. Andererseits haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Fällen, in denen sie nach der bisherigen Rechtslage nach

- 8 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

§§ 1531 ff. RVO voll ersatzpflichtig wären, nur die Hälfte des Ersatzanspruchs der Fürsorgeverbände zu decken. Eine Prüfung, ob der Geisteskranke wegen Gemeingefährlichkeit untergebracht worden ist, findet bei diesem Verfahren nicht mehr statt.

Im übrigen bleiben die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Beziehungen der Fürsorgeverbände zu einem anderen Träger der Reichsversicherung unberührt.

Der Erlaß tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft; er findet auch auf anhängige, noch nicht rechtskräftig abgeschlossene Verfahren Anwendung".

Dieser sog. Halbierungserlaß stellt sich - trotz seiner Bezeichnung als "Erlaß" - nach Form und Inhalt als eine Rechtsverordnung dar. Der Erlaß beruft sich auf eine gesetzliche Ermächtigung - den Abschn. V des sogenannten Führer-"Erlasses" vom 28.8.1939 -, er greift "auf Grund" dieser Ermächtigung mit "Anordnungen" in die bestehende Regelung der RVO über die Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Krankenkassen ein - "im übrigen" sollen die Vorschriften der RVO "unberührt" bleiben -, er bestimmt den Zeitpunkt seines "Inkrafttretens" und erstreckt seine Wirksamkeit auch auf "anhängige Verfahren". Er richtet sich demgemäß nicht nur an die Versicherungs- und Fürsorgeträger und deren Aufsichtsbehörden, sondern auch an die "Versicherungsbehörden", d.h. die früheren rechtsprechenden Instanzen der RVO (§§ 35 ff. RVO a.F.), die über Ersatzansprüche der Fürsorgeverbände gegen Versicherungsträger zu entscheiden hatten. Damit unterscheidet er sich von sonstigen ministeriellen Anweisungen, die - namentlich nach Ausbruch des Krieges - unter Berufung auf besondere, den obersten Reichsbehörden ebenfalls durch den genannten "Führererlaß" übertragene Weisungsbefugnisse ergingen, jedoch allein im Verhältnis zwischen übergeordneter und nachgeordneter "Dienststelle", d.h. im Innenverhältnis, Geltung beanspruchten, wie z.B. der "unter Bezug auf" Abschn. V des genannten "Führererlasses" an die Träger der JV. und AV. gerichtete Erlaß des RAM. vom 3.6.1944 (AN. 1944 S. 150), in



dem der Minister die Versicherungsträger "ersucht", bei der Versorgung von Tbc-Kranken nach gewissen Richtlinien zu verfahren (mit Recht hat das OVerwG. Lüneburg in Bd. 6 S. 272 /278/ seiner Entscheidung diesem in die typische Form der Verwaltungsanweisung gekleideten Erlaß normativen Charakter abgesprochen; ebenso BSG. 4 S. 75 /78 f./ und der 4. Senat des BSG. im Urteil vom 15.1.1959, 4 RJ 280/56).

Ist hiernach davon auszugehen, daß der Halbierungserlaß nach dem Willen seiner Urheber neues Recht setzen sollte, so unterlag er, um diese Wirkung entfalten zu können, auch nach dem insoweit allein maßgebenden Staatsrecht zur Zeit seines Erlasses (vgl. BSG. 3 S. 161 /163/ und BVerwG. 8 S. 114 /117/) gewissen Mindestanforderungen hinsichtlich seines Zustandekommens; insbesondere bedurfte er einer gültigen Ermächtigung und der Verkündung.

Der Halbierungserlaß ist "auf Grund" des Abschn. V des "Führererlasses" vom 28.8.1939 ergangen. Diese Vorschrift lautet in den - hier allein in Betracht kommenden - ersten beiden Absätzen:

- (1) Den obersten Reichsbehörden werden die ihrer Aufsicht unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts unterstellt. Die bisher mit Aufsichtsbefugnissen ausgestatteten nachgeordneten Behörden erhalten Weisungsbefugnis gegenüber den bisher von ihnen beaufsichtigten Dienststellen.
- (2) Die obersten Reichsbehörden bestimmen, ob und inwieweit die Arbeiten dieser Körperschaften einzustellen sind, sowie ob und welche staatlichen Aufgaben diese zu übernehmen haben.

Während der erste Absatz die Unterstellung der Körperschaften des öffentlichen Rechts unter ihre bisherigen Aufsichtsbehörden (oberste Reichsbehörden oder nachgeordnete Behörden) anordnet und diesen die Befugnis zum Erlaß von Weisungen gegenüber



den unterstellten Körperschaften verleiht, ermächtigt der zweite Absatz die obersten Reichsbehörden (nur diese!) zum Erlaß von Bestimmungen über die anderweitige Abgrenzung des Aufgabenkreises der Körperschaften. Da die Aufgaben öffentlich-rechtlicher Körperschaften vielfach, insbesondere in der Sozialversicherung und im Fürsorgewesen, gesetzlich umschrieben sind, enthält die Vollmacht zu ihrer Neuabgrenzung zugleich eine Ermächtigung zur Rechtsänderung (auch das OVerwG. Lüneburg a.a.O. spricht dem RAM. eine solche Ermächtigung auf Grund von Abschn. V des genannten "Führererlasses" nicht "allgemein" ab; die Bemerkung in BSG. 6 S. 197 /2017, der "Führererlaß" enthalte keine Ermächtigung zur Rechtsetzung, bezieht sich nur auf Abschn. V Abs. 1 des Erlasses). Berücksichtigt man weiter, daß für die Staatspraxis der Zeit nach 1933 - entsprechend dem allgemeinen Wandel der staatsrechtlichen Verhältnisse und Anschauungen (vgl. dazu BSG. 3 S. 161 /1647) - nicht so sehr der Wortlaut, als vielmehr die rechtspolitische Zielsetzung der Ermächtigung maßgebend war (vgl. BSG. 3 S. 164 und 7 S. 203 /2047), der eindeutige Zweck des "Führererlasses" vom 28.8.1939 aber in einer Vereinfachung der Verwaltung bestand, so wird man die Neuregelung der Lasten- (und indirekt auch der Aufgaben-)Verteilung, die der Halbierungserlaß den Versicherungs- und Fürsorgeträgern im Interesse der Verwaltungsvereinfachung brachte, durch die Ermächtigung in Abschn. V Abs. 2 des Führererlasses als gedeckt ansehen müssen. Daß der "Führererlaß" im übrigen selbst gültiges Recht war, hat der Senat bereits in einer früheren Entscheidung angenommen (BSG. 4 S. 200 /2047; ebenso jetzt BVerwG. 8 S. 114 /116 f.7 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BVerfG. zur "soziologischen Geltungskraft" der von den Mitgliedern der Rechtsgemeinschaft hingenommenen NS-Gesetzgebung, BVerfG. 6 S. 132 /198 f.7 S. 309 /331 f.7, S. 389 /4147).

Da auch die Verkündung des Halbierungserlasses im Reichsarbeitsblatt (An.) und im Ministerialblatt der Inneren Verwaltung den zur Zeit seines Erlasses herrschenden Publikationsgrundsätzen genügte (vgl. BSG. 6 S. 47 /51 f.7 und S. 204 /2077), bestehen keine Bedenken gegen das wirksame Zustandekommen des Halbierungserlasses als Rechtsverordnung. Auch das RVA. hat den Erlaß in der



einzigsten veröffentlichten Entscheidung, die sich mit ihm befaßt, als eine gültige Rechtsvorschrift angesehen und angewendet (Urteil vom 25.11.1943, EuM. Bd. 51 S. 116 = ArbVers. 1944 S. 67).

Der Halbierungserlaß kann entgegen der Auffassung der Revisionskläger auch nicht als eine reine Kriegsverordnung gewertet werden, die nur "bis auf weiteres", d.h. bis zur Beendigung des Kriegszustandes Geltung gehabt hat. Zwar ist er - als eine auf den "Führererlaß" vom 28.8.1939 gestützte Maßnahme - ebenso wie dieser dazu bestimmt gewesen, dem Zwecke der Verwaltungsvereinfachung zu dienen und insofern sicherlich durch die Erfordernisse des Krieges mitbedingt. Diese Zweckbestimmung ist jedoch, wie der Senat bereits früher für eine andere, ebenfalls auf Grund des "Führererlasses" ergangene Rechtsverordnung ausgeführt hat, "nicht in dem Sinn Bestandteil der Verordnung, insbesondere der ihren zeitlichen Geltungsbereich regelnden Vorschriften geworden, daß die Verordnung mit der Änderung der Verhältnisse von selbst, d.h. ohne weiteren Aufhebungsakt des Gesetzgebers, außer Kraft getreten wäre" (BSG. 4 S. 200 /2047; ebenso jetzt BVerwG. 8 S. 114 /117 f.7 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Schrifttum; Enneccerus-Nipperdey, BGB Allgem. Teil S. 176). Schließlich kann auch nicht angenommen werden, daß der Halbierungserlaß mit dem Wegfall der Ermächtigungsnorm - der "Führererlaß" vom 28.8.1939 ist durch Abschn. V des Kontrollratsgesetzes Nr. 36 vom 10.10.1946 (Amtsbl. des Kontrollrats S. 183) aufgehoben worden - automatisch seine Geltung verloren hat: eine solche innere Abhängigkeit besteht nach der herrschenden, auch vom Senat geteilten Auffassung allenfalls für Bestimmungen, die allein zur Ergänzung oder Durchführung anderer Bestimmungen erlassen werden, nicht dagegen für Vorschriften, die - wie der Halbierungserlaß - eine eigenständige, "gesetzesvertretende" Regelung darstellen (ebenso BVerwG. a.a.O. S. 119 f. mit weiteren Nachweisen).

Ist der Halbierungserlaß hiernach gültig zustandegekommen und auch in der Folgezeit nicht außer Kraft getreten (ebenso die h.M.; a.A., soweit ersichtlich, nur May /Sozialversicherung,



1955, S. 325 und 1957, S. 557, der eine ausreichende Ermächtigung vermißt), so kann dahingestellt bleiben, ob der Erlass im Gebiet der ehem. britischen Besatzungszone auch in der SVA Nr. 13 vom 28. 7. 1947 (ArbBl. Brit. Zone 1947 S. 240) eine Stütze findet oder wenigstens gewohnheitsrechtlich gilt. Die Qualifizierung des Halbierungserlasses als Rechtsverordnung schließt nicht aus, daß die Beteiligten über die Auslegung und Anwendung seiner Bestimmungen Vereinbarungen treffen, wie es bisher vor allem durch gemeinsame "Auslegungen" der beiderseitigen Spitzenverbände geschehen ist (vgl. DOK. 1950, 403; 1951, 291). Darüber hinaus sind die Beteiligten auch als befugt anzusehen, die Anwendung des Erlasses überhaupt abzudingen und durch eine andere - vertragliche - Regelung zu ersetzen. Denn die Bestimmungen des Erlasses sind nicht in dem Sinne zwingendes Recht, daß die Beteiligten auf die Geltendmachung der ihnen nach dem Erlass zustehenden Erstattungsansprüche nicht verzichten oder ihre Entstehung durch vertragliche Übereinkunft - jedenfalls mit verpflichtender Wirkung - nach Voraussetzung und Umfang nicht anderweitig abgrenzen könnten. Die Rechtslage ähnelt insofern derjenigen der Fürsorgeträger untereinander, deren Beziehungen ursprünglich ebenfalls durch eine Rechtsverordnung (die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13.2.1924) geregelt, inzwischen aber in vielen Punkten, namentlich was die Geltendmachung gegenseitiger Ersatzansprüche anlangt, durch die Fürsorgerechtsvereinbarung vom 3.5.1949, der die meisten Fürsorgeverbände beigetreten sind, auf neue rechtliche Grundlagen gestellt worden sind (vgl. dazu Jehle, Fürsorgerecht, 3. Aufl., S. 607 ff. und Stern, VerwArch. 1958 S. 106 ff. [145, 147 f.]).

2. Ist hiernach von der weiteren Gültigkeit des Halbierungserlasses auszugehen, so kann dem Kläger und dem beigeladenen Land schließlich auch darin nicht gefolgt werden, daß der Erlass jedenfalls auf Fälle der vorliegenden Art nicht anzuwenden sei.

Die Anwendung des Halbierungserlasses setzt voraus, daß "gegen Krankheit versicherte Geisteskranke von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen werden und die Fürsorgeverbände als Kosten-



träger auftreten". Diese Voraussetzungen sind hier gegeben; insbesondere gehört auch ein Kassenarzt zu den "anderen Stellen" im Sinne des Erlasses, wenn er, wie hier, einen Kranken ohne Zustimmung der Krankenkasse in eine Heilanstalt einweist (vgl. DOK. 1951 S. 292). Nach Auffassung des Klägers soll die Regelung des Halbierungserlasses im vorliegenden Falle trotzdem nicht anwendbar sein, weil die Unterbringung der Kranken hier keineswegs so eilbedürftig gewesen sei, daß die beklagte Krankenkasse nicht vorher ihre eigene Pflicht zur Übernahme der Unterbringungskosten hätte prüfen können. Dieser Auffassung ist nicht beizutreten.

Der Halbierungserlaß ist geschaffen worden, um Streitigkeiten über die Ersatzpflicht der Krankenkassen gegenüber den Fürsorgeverbänden aus Anlaß der Unterbringung von versicherten oder mitversicherten Geisteskranken in einer Heil- und Pflegeanstalt nach Möglichkeit auszuschalten. Zu diesem Zwecke sind alle Kranken, deren Unterbringungskosten bisher die Fürsorgeverbände allein getragen hatten, im wesentlichen also die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit in Verwahrung genommenen gemeingefährlichen Geisteskranken, in die Erstattungsregelung miteinbezogen worden. Auf der anderen Seite ist die Erstattungspflicht der Krankenkassen, um die bestehende Lastenverteilung zwischen ihnen und den Fürsorgeverbänden nicht grundlegend zu ändern, auf die Hälfte der den Fürsorgeverbänden entstandenen Unterbringungskosten begrenzt worden. Diese Regelung kann ihr erklärtes Ziel, die Verwaltung zu vereinfachen und Ersatzstreitigkeiten zwischen den Fürsorge- und den Versicherungsträgern auszuschließen, nur erreichen, wenn sie alle Fälle erfaßt, in denen ein Fürsorgeverband die Kosten für die Unterbringung eines versicherten Geisteskranken getragen hat. Bei Ausscheidung einzelner Fälle oder Fallgruppen aus der Kostenregelung des Halbierungserlasses würden alsbald neue Reibungsflächen zwischen den Beteiligten entstehen und damit wiederum Anlaß zu Streitigkeiten gegeben sein. Würde man etwa die "reinen Behandlungsfälle" aus der Gesamtheit der Unterbringungsfälle ausklammern und den Krankenkassen zur alleinigen Kostentragung überweisen, so würde sich sehr bald



das Problem ihrer Abgrenzung gegenüber den anderen Fällen ergeben, in denen der Geisteskranke nicht ausschließlich zur Behandlung und Heilung seiner Krankheit, sondern auch zum Schutze der Öffentlichkeit in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht wird. Die früheren Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den in erster Linie im eigenen Interesse und den vorwiegend aus polizeilichen Gründen untergebrachten Kranken, die der Halbierungserlaß gerade hatte beseitigen wollen, würden also in anderer Form wiederaufleben. Ähnliches gilt, wenn man mit dem Kläger versuchen wollte, die eilbedürftigen Unterbringungsfälle von den weniger dringlichen zu trennen und nur jene der Regelung des Halbierungserlasses zu unterstellen. Im übrigen müßte jede Einschränkung im Anwendungsbereich des Halbierungserlasses notwendig "zweiseitig" sein, da nur so das Gleichgewicht der Lastenverteilung zwischen Fürsorge und Krankenversicherung gewahrt bliebe. Würde man also nach obigem Beispiel die reinen Behandlungsfälle aus der Kostenteilung des Halbierungserlasses herausnehmen und allein den Krankenkassen übertragen, so müßte dafür auf der anderen Seite ein Ausgleich geschaffen werden, indem man etwa für die "reinen Verwahrungsfälle" allein die Fürsorgeträger zuständig sein ließe. Für eine solche Lösung böte indessen der Halbierungserlaß keine rechtliche Handhabe, da er den Fürsorgeträgern in allen Fällen, in denen sie die Kosten der Unterbringung eines versicherten Geisteskranken getragen haben, einen Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse einräumt. Was insoweit den Fürsorgeverbänden recht ist, muß umgekehrt aber auch für die Krankenkassen gelten; auch ihnen muß daher das Recht zustehen, sich in allen Unterbringungsfällen auf die Regelung des Halbierungserlasses zu berufen und den Fürsorgeverbänden gegenüber die Erstattung eines die Hälfte der Unterbringungskosten übersteigenden Betrages abzulehnen.

Entgegen der Ansicht des Klägers und des beigeladenen Landes entstehen auch den Versicherten dadurch keine rechtlichen Nachteile. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht sieht zwar in §§ 25, 25a für den Unterstützten, seinen Ehegatten und seine Eltern grundsätzlich eine Pflicht zur Rückerstattung der empfangenen Unter-



stützungsleistungen vor. Diese - schon nach den Bestimmungen der genannten Verordnung an besondere Voraussetzungen geknüpfte - Rückerstattungspflicht ist jedoch im Laufe der Zeit immer weiter eingeschränkt und nach Kriegsende für weite Bevölkerungskreise, z.B. auch für Flüchtlinge, zu denen die Kranke und ihr Ehemann gehören, ganz aufgehoben worden (vgl. die Zusammenstellung der einschlägigen Vorschriften bei Perl, Zeitschrift für Fürsorgewesen 1957 S. 19). Aber selbst dort, wo eine Rückerstattungspflicht dem Grundsatz nach noch besteht, darf ihre Erfüllung nach der Verordnung über den Ersatz von Fürsorgekosten vom 30. 1. 1951 (BGBl. I S. 154) und dem dazu ergangenen Rundschreiben des Bundesministers des Innern vom 30. 4. 1951 (GemMBI. S. 132) nur dann verlangt werden, "wenn es der Allgemeinheit gegenüber unbillig wäre, hiervon abzusehen" (Ziff. 10 des Rundschreibens). "Im Hinblick auf die sehr einengenden Vorschriften, insbesondere der §§ 3 bis 5 der Verordnung über den Ersatz von Fürsorgekosten, werden (daher) Ersatzansprüche der Fürsorgeverbände nach §§ 25 bis 25c der Verordnung über die Fürsorgepflicht gegenüber dem Unterstützten, seinem Ehegatten und seinen Eltern in der Regel ausscheiden und nur noch gegenüber den Erben ... erfolgversprechend sein" (Jehle, Fürsorgerecht, 3. Aufl., § 25 RFV Anm. 6).

Im übrigen steht keineswegs außer Zweifel, ob einem Fürsorgeverband im Falle der Unterstützung eines versicherten Geisteskranken überhaupt ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Unterstützten oder seinen Angehörigen zusteht (für Geisteskranke, die "aus Gründen der Krankenhilfe" in einer Heilanstalt untergebracht werden, wird die Frage praktisch verneint in einem Gutachten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, abgedruckt im "Nachrichtendienst" dieses Vereins, Jg. 1950 S. 50 f.; ebenso Prengel, Sozialversicherung 1958 S. 29 /317). Selbst wenn aber in diesen Fällen grundsätzlich ein Rückgriffsrecht des Fürsorgeträgers nach §§ 25, 25a der Verordnung über die Fürsorgepflicht bestehen sollte, würde sich die Rechtsstellung des Versicherten dadurch im Ergebnis nicht verschlechtern; denn in dem gleichen Umfange, wie er selbst dem Fürsorge-



verband rückerstattungspflichtig wäre, würde er von der Krankenkasse Befreiung von seiner Schuld, oder, wenn er die Schuld bereits erfüllt hat, Ersatz verlangen können. Das ergibt sich daraus, daß die Aufwendungen, für die der Fürsorgeverband von dem Versicherten Ersatz beanspruchen kann, letztlich von diesem getragen werden, so daß die Krankenkasse insoweit nicht auf Kosten des Fürsorgeverbandes, sondern des Versicherten von ihrer eigenen Verpflichtung zur Übernahme der Unterbringungskosten befreit würde. Diese - ohne rechtlichen Grund erfolgte - Vermögensverschiebung müßte ihren Ausgleich darin finden, daß nunmehr die Krankenkasse den Versicherten von seiner Schuld gegenüber dem Fürsorgeverband freistellt oder ihm den an den Fürsorgeverband gezahlten Betrag ersetzt. Dem stünde auch die Erstattungsregelung des Halbierungserlasses nicht entgegen; denn diese Regelung betrifft das Verhältnis zwischen Fürsorge- und Versicherungsträger und berührt die Ansprüche des Versicherten gegen seine Krankenkasse nur insoweit, als die Krankenkasse dem Fürsorgeverband Ersatz geleistet hat. Nach alledem hat das Berufungsgericht den Erstattungsanspruch des Klägers mit Recht nach dem Halbierungserlaß beurteilt und demgemäß die beklagte Kasse nur wegen der Hälfte der entstandenen Unterbringungskosten als ersatzpflichtig angesehen. Die Revisionen des klagenden Fürsorgeverbandes und des beigeladenen Landes sind mithin nicht begründet.

## B

Auch die Revision der beklagten Kasse kann keinen Erfolg haben; sie ist mit Recht verurteilt worden, dem Kläger die Hälfte der von ihm aufgewendeten Kosten für Krankenpflege und Unterhalt in der Heilanstalt zu erstatten.

1. Nach den Bestimmungen des Halbierungserlasses sind die den Fürsorgeverbänden durch die Unterbringung von Geisteskranken entstandenen Kosten "im Rahmen der §§ 1531 ff. RVO in Verbindung mit Abschnitt III des Erlasses des RAM. vom 20. Mai 1941" zu ersetzen. Die Verweisung auf Abschn. III des Erlasses vom 20.5.1941 ist heute überholt, da die darin angeordnete zeitliche Begrenzung von Ersatzansprüchen der Fürsorgeverbände durch den Erlaß des RAM. vom



2.11.1943 betr. Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung - sog. Verbesserungserlaß - (AN. 1943 S. 485) aufgehoben worden ist (vgl. Grünewald, AN. 1943 S. 494 [495]). Die Verweisung auf die §§ 1531 ff. RVO hat dagegen nach wie vor ihre Bedeutung behalten, namentlich soweit damit auch § 1533 RVO für anwendbar erklärt ist. Diese Vorschrift enthält den Grundsatz, daß die Krankenkassen Aufwendungen der Fürsorgeverbände nur insoweit zu ersetzen brauchen, als ihnen "entsprechende Leistungen der Krankenkasse" gegenüberstehen. Im vorliegenden Falle hat der klagende Fürsorgeverband die Kosten für die Anstaltspflege einer mitversicherten Geisteskranken getragen. Für diese Kosten würde er nach dem Halbierungserlaß in Verb. mit § 1533 RVO zur Hälfte Ersatz verlangen können, wenn der Gewährung von Heilanstaltspflege durch einen Fürsorgeverband eine Leistung der Krankenkasse entspräche. Das ist der Fall, weil zu den Leistungen der Krankenversicherung auch die Krankenhauspflege gehört (§§ 184, 205 RVO) und diese die Pflege in einer Heilanstalt einschließt (vgl. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 16. Aufl., § 184 Anm. 1c). Gleichwohl nimmt eine im Schrifttum und in der Rechtsprechung verbreitete Meinung an, die Gewährung der Krankenhauspflege nach §§ 184, 205 RVO sei nicht als eine "entsprechende Kassenleistung" im Sinne des § 1533 RVO anzusehen, weil der Versicherte keinen Rechtsanspruch auf sie habe (vgl. Wieglow-Werdin, DOK. 1953 S. 232 [234 f.] mit weiteren Nachweisen; Bensemman, DOK. 1958 S. 324).

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Richtig ist zwar, daß als entsprechende Kassenleistungen, aus denen der Fürsorgeverband Ersatz verlangen kann, nur solche Leistungen der Krankenkasse in Betracht kommen, die dem Versicherten von der Krankenkasse zu gewähren sind. Das ergibt sich aus § 1531 RVO, wonach der Fürsorgeträger nur dann ersatzberechtigt ist, wenn er einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt, für die jener "einen Anspruch nach diesem Gesetz (d.h. nach der RVO) hatte oder noch hat"; der Fürsorgeträger soll also nicht auf Kosten der Krankenkasse Leistungen erbringen dürfen, die sie selbst nach ihrem Recht nicht hätte zu erbringen brauchen. Aus § 1531



RVO ist indessen nicht zu entnehmen, daß der Fürsorgeverband, der einen Versicherten unterstützt hat, nur aus solchen Kassenleistungen Ersatz beanspruchen kann, auf die dem Versicherten ihrer Art nach ein unbedingter Rechtsanspruch zusteht. Wäre der Anspruchsbegriff in § 1531 RVO in diesem Sinne zu verstehen, so würde die Krankenhauspflege, die dem Versicherten anstelle der Krankenpflege und des Krankengeldes, seinen mitversicherten Angehörigen anstelle der Krankenpflege gewährt werden kann (§§ 184, 205 RVO), in der Tat niemals zu den "entsprechenden" Kassenleistungen gehören, an die sich der ersatzsuchende Fürsorgeverband halten könnte. Auch wenn er selbst die vollen Kosten eines Krankenhaus- oder Anstaltsaufenthaltes getragen hätte, bliebe er wegen des Ersatzes dieser Kosten stets auf die "Rechtsansprüche" des Versicherten auf Krankengeld und Krankenpflege oder bei mitversicherten Familienangehörigen, denen Krankengeld nicht zusteht, auf den Krankenpflegeanspruch beschränkt. Erstattungsfähig wären demgemäß bei der Anstaltsunterbringung mitversicherter Angehöriger allein die Kosten der Krankenpflege, nicht dagegen die Kosten für den Unterhalt in der Anstalt.

Der Senat hat sich dieser - auch von der beklagten Kasse vertretenen - Auffassung nicht anschließen können, zumal sie die neuere Entwicklung der Rechtsprechung außer acht läßt, durch die auch dem Ermessen der Krankenkasse bei der Gewährung oder Nichtgewährung von Krankenhauspflege Grenzen gezogen worden sind (vgl. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 16. Aufl., § 184 Anm. 8; Jantz, Der Krankenhausarzt 1958 S. 237 /238/; auch in BSG. 2 S. 142 /148 f./ ist eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit als zulässig angesehen worden). Soweit hiernach eine Krankenkasse ihren Mitgliedern oder deren Angehörigen Krankenhauspflege nicht verweigern darf, ohne die Grenzen ihres Ermessens zu überschreiten, haben die Versicherten im Sinne des § 1531 RVO einen "Anspruch" auf Krankenhauspflege, wie es regelmäßig bei der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Heilanstalt auf Grund ärztlicher Anordnung zutreffen wird. Ein Fürsorgeverband, der in einem solchen Falle anstelle der Krankenkasse die Krankenhauspflege gewährt, kann



daher für die von ihm aufgewendeten Kosten "aus der Krankenhauspflege" als der "entsprechenden Kassenleistung" Ersatz beanspruchen (§ 1533 RVO). Das bedeutet, daß ihm dann nicht nur die Aufwendungen für die stationäre Krankenpflege (die "Kur" i.S. des § 184 RVO), sondern auch die Kosten der "Verpflegung" (§ 184 RVO) oder des "Unterhalts im Krankenhaus" (§ 1533 Nr. 3 RVO) zu ersetzen sind.

Zu im wesentlichen gleichen Ergebnissen war im übrigen schon das RVA. in seiner neueren Rechtsprechung gelangt. So hatte es seit der Entscheidung vom 24.5.1934 (in EuM. Bd. 41 S. 391 mit abgedruckt) - im Gegensatz zu zwei älteren Urteilen (AN. 1917 S. 470 und S. 471) - die Ansicht vertreten, daß der Ersatzanspruch eines Fürsorgeverbandes, der einem versicherten Hilfsbedürftigen Krankenhauspflege gewährt habe, nicht dadurch ausgeschlossen werde, daß dem Versicherten kein im Rechtswege verfolgbarer Anspruch auf die Gewährung von Krankenhauspflege zustehe; für den Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers nach § 1531 RVO komme es nur darauf an, ob dieser die Unterstützung in der ihm obliegenden Weise gewährt habe. Treffe dies für die Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus zu, so könne sich, wie das RVA. in einer späteren Entscheidung vom 25.5.1937 (EuM. Bd. 41 S. 390) ausführt, die Krankenkasse nicht darauf berufen, daß sie zu einer solchen Leistung nicht verpflichtet gewesen sei; diese Grundsätze müßten auch für die Familien-~~en~~ Krankenhauspflege gelten, soweit die Unterbringung von Familienangehörigen im Krankenhaus durch die Kassensatzung als Kann-Leistung vorgesehen sei (ebenso der Bescheid des RVA. vom 7.12.1938, EuM. Bd. 44 S. 70). In Übereinstimmung mit dieser Rechtsprechung hat das RVA. noch in einer seiner letzten Entscheidungen (AN. 1944 S. 187) einem Fürsorgeverband Ersatz auch für die Kosten des Unterhalts im Krankenhaus zugebilligt, die dieser für Familienangehörige eines Versicherten aufgewendet hatte.

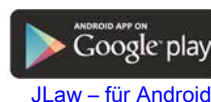
2. Sind hiernach, entgegen der Meinung der beklagten Kasse, von den Aufwendungen des Klägers sowohl die Kosten der Krankenpfle-



ge als auch die Kosten des Unterhalts in der Anstalt erstattungsfähig - ein Ausnahmefall, der die Beklagte zur Ablehnung der Heilanstaltspflege berechtigt hätte, liegt hier ersichtlich nicht vor -, so ist dem Berufungsgericht schließlich auch darin beizutreten, daß der Berechnung des Ersattungsbetrages die tatsächlich erwachsenen Unterbringungskosten zugrunde zu legen sind. Die gegenteilige Ansicht der Beklagten, die sich dafür auf die Abgeltungsbestimmungen des Verbesserungserlasses vom 2.11.1943 beruft, ist rechtsirrig.

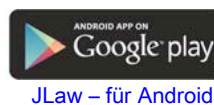
Die RVO sieht eine Pauschalabgeltung von Ersatzansprüchen eines Fürsorgeverbandes gegen eine Krankenkasse nur in den Fällen des § 1533 Nr. 2 (ambulante oder stationäre Krankenpflege) und des § 1533 Nr. 3 Satz 2 (Unterhalt im Krankenhaus) vor. Beide Vorschriften sind hier jedoch nicht anwendbar; die erste Vorschrift scheidet aus, weil sie ihre Anwendung ausdrücklich auf "Versicherte" beschränkt, für mitversicherte Angehörige also nicht gilt; die zweite Vorschrift trifft nicht zu, weil sie die Pauschale nach einem Grundlohn bemißt, mitversicherte Familienangehörige aber mangels eines Beschäftigungsverhältnisses keinen Grundlohn haben (vgl. RVA. in EuM. 41 S. 390 /391/ und AN. 1944 S. 187 /188/). Eine Pauschalierung der dem Kläger entstandenen Unterbringungskosten käme daher in der Tat nur nach Abschn. III des Verbesserungserlasses in Betracht. Auch diese Abgeltungsbestimmungen sind jedoch, wie das Berufungsgericht zutreffend ausführt, auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. Sie lauten in den hier einschlägigen Teilen:

"Für Zeiten, in denen sich der Versicherte in einem Krankenhaus oder in einer Heilanstalt befindet, aber aus der Krankenversicherung keine Krankenhauspflege erhält, hat die Kasse dem Versicherten als Ersatz der Kosten für Arznei und Heilmittel den Betrag von 25 Dpf., als Ersatz der Kosten für die ärztliche Behandlung 75 Dpf., als Ersatz der Kosten für die gesamte Krankenpflege den Betrag von 1 DM für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu zahlen, soweit die Kosten nicht bereits durch die kassenärztliche Gesamtvergütung abgegolten sind .... Das gleiche gilt für die Familienkrankenpflege ....".



Diese Abgeltungsregelung steht, wie Grünewald (AN. 1943 S. 494 f.) näher dargelegt hat, in innerem Zusammenhang mit dem Wegfall der Aussteuerung bei der Krankenpflege (Erlaß des RAM. vom 20.5.1941, Abschn. I Nr. 1 AN. 1941 S. 197; der Erlaß ist später aufgehoben aber insoweit inhaltlich bestätigt worden durch den Verbesserungserlaß vom 2.11.1943). Während die Krankenpflege seither den Versicherten und ihren mitversicherten Familienangehörigen zeitlich unbegrenzt gewährt wird (Abschn. I Nr. 1 und Abschn. II Nr. 1a des Verbesserungserlasses), ist die Dauer der Krankenhauspflege auch weiterhin grundsätzlich auf 26 Wochen beschränkt (Abschn. I Nr. 2b und Abschn. II Nr. 1c des Verbesserungserlasses). "Bleiben nun ein Versicherter oder ein berechtigter Familienangehöriger eines Mitgliedes nach der Aussteuerung noch im Krankenhaus oder suchen sie ein Krankenhaus auf, ohne daß die Krankenkasse dafür die Kosten zu tragen hat, so ist zwar die Krankenkasse zur Leistung der Krankenpflege verpflichtet, .... nicht dagegen werden die Krankenhauskosten insgesamt von der Krankenkasse getragen ... Das Mitglied will dann wenigstens einen gewissen Ersatz für die Kosten, die ihm im Krankenhaus durch die ärztliche Behandlung sowie für Arzneien und Heilmittel entstehen" (Grünewald a.a.O.). Um den Versicherten hierin entgegenzukommen, sind die Abgeltungsbestimmungen in Abschn. III des Verbesserungserlasses geschaffen worden.

Wie Grünewald a.a.O. weiter zutreffend betont, sind dadurch gleichzeitig auch die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Fürsorgeverbänden geklärt und vereinfacht worden, allerdings in anderer Weise, als die Beklagte meint. Eine Abgeltung der Krankenpflegekosten mit den Beträgen des Verbesserungserlasses soll nämlich auch den Fürsorgeverbänden gegenüber nur insoweit stattfinden, als die Versicherten (für sich oder ihre Angehörigen) auf den Abgeltungsbetrag beschränkt sind, d.h. "in den oben genannten Fällen" (Grünewald), in denen ein Versicherter oder Familienangehöriger nach der Aussteuerung noch im Krankenhaus bleibt oder ein Krankenhaus



aufsucht, ohne daß die Krankenkasse für die Krankenhauspflege die Kosten zu tragen braucht. In allen anderen Fällen dagegen, in denen sich die Kasse ihren Mitgliedern gegenüber nicht durch die Zahlung des Abgeltungsbetrages befreien kann - weil nämlich weder Aussteuerung eingetreten ist noch ein sonstiger Grund vorliegt, der die Kasse zur Verweigerung der Krankenhaus- oder Heilanstaltspflege berechtigt -, kann auch der für die Kasse eingetretene Fürsorgeträger nicht auf den Abgeltungsbetrag verwiesen werden.

Im vorliegenden Falle ist die Kranke während ihres Aufenthaltes in der Heil- und Pflegeanstalt nicht ausgesteuert gewesen. Es ist auch nicht ersichtlich, aus welchem Grunde die Krankenkasse sonst berechtigt gewesen sein könnte, die Übernahme der Anstaltspflegekosten abzulehnen. Schließlich sind keine Anhaltspunkte gegeben, daß der beklagten Kasse, wenn sie die Kranke selbst in die Anstalt eingewiesen hätte, geringere Kosten entstanden wären, als der Kläger aufgewendet hat (vgl. RVA. AN. 1918 S. 424). Der Berechnung des Erstattungsbetrages sind somit, wie das Berufungsgericht zutreffend angenommen hat, die dem Kläger tatsächlich erwachsenen Unterbringungskosten in Höhe von 184,- DM zugrunde zu legen. Da die Beklagte hiervon nach dem Halbierungserlaß nur die Hälfte zu erstatten braucht, ist sie mit Recht zur Zahlung von 92,- DM abzüglich bereits gezahlter 15,- DM verurteilt worden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

