

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

- 3 RK 32/78 -

Verkündet am
24. April 1979

Urteil

in dem Rechtsstreit

Klägerin und Revisionsklägerin,
Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Allgemeine Ortskrankenkasse Tauberbischofsheim,
vertreten durch den Geschäftsführer,
Tauberbischofsheim, Dr.-Ullrich-Straße 7,
Beklagte und Revisionsbeklagte,

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. April 1979 durch den Vorsitzenden Richter S c h r o e d e r - P r i n t z e n und die Richter Dr. R e i n h o l d und K i n k e l i n sowie die ehrenamtlichen Richter H a h n e r und B l ä t t e r m a n n für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 24. Februar 1978 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

- 2 -



- 2 -

G r ü n d e :

I

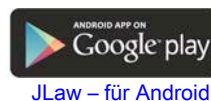
Streitig ist, ob die gesetzliche Krankenkasse dem Versicherten einen Betrag in der Höhe zu erstatten hat, um den der von ihr zu zahlende allgemeine Pflegesatz gem § 3 Abs 2 Bundespflege-satzverordnung (BPflV) iVm der Rechtsverordnung einer Landes-regierung zu kürzen ist, wenn der Versicherte die ärztliche Behandlung im Krankenhaus als gesondert berechenbare Leistung in Anspruch nimmt.

Der am 10. März 1977 verstorbene Ehemann der Klägerin war als Rentenempfänger Pflichtmitglied der beklagten Ortskrankenkasse. Vom 12. Oktober 1976 bis zu seinem Tode befand er sich wegen eines Herzleidens in stationärer Behandlung, vom 25. Oktober bis 17. November 1976 in der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg (Schrittmacher-Implantation) und in der übrigen Zeit im Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim. In diesen Krankenhäu- sern hatte er zunächst die ärztlichen Leistungen als gesondert berechenbare Leistungen in Anspruch genommen. Am 10. Dezember 1976 ließ er sich in die allgemeine Pflegeklasse verlegen. Die Beklagte übernahm - wie von den Krankenanstalten in Rechnung gestellt - die Kosten der Krankenhaus-Behandlung in Höhe der jeweils geltenden allgemeinen Pflegesätze, jedoch für die Dauer der vom Versicherten mit den Krankenanstalten bzw mit deren Ärzten vereinbarten gesondert berechenbaren ärztlichen Behandlung nur in Höhe der um einen Arztkostenabschlag verminderten allge- meinen Pflegesätze (§ 17 Abs 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhaus- pflegesätze -KHG- iVm § 3 Abs 2 BPflV).

Den Kürzungsbetrag beanspruchte der Versicherte für sich, weil ihm durch die privatärztliche Behandlung hohe Arzt- und Ope- rationskosten entstanden seien, die Krankenkasse dagegen Kosten erspart habe. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit der Begrün- dung ab, daß ein Kassenmitglied, das von der durch die Kranken- kasse zur Verfügung gestellten Leistung (Krankenhauspflege nach



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

3 -

§ 184 der Reichsversicherungsordnung -RVO-) keinen Gebrauch mache und die Unterbringung in einer höheren Pflegeklasse sowie die ärztliche Behandlung als Privatpatient wünsche, neben den Differenzkosten der Unterbringung auch die Kosten der gesamten ärztlichen Behandlung selbst zu tragen habe. Die Beklagte nahm insbesondere Bezug auf die Rechtsverordnung des Landes Baden-Württemberg vom 1. Juni 1976 (GBl f Baden-Württemberg 1976, 458), die bestimme, daß bei Privatpatienten der allgemeine Pflegesatz um 8% zu ermäßigen sei (Bescheid vom 4. Januar 1977). Der Widerspruch des Versicherten hatte keinen Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 30. März 1977).

Die nach dem Tode des Versicherten von seiner Ehefrau erhobene Klage wies das Sozialgericht (SG) ab: Für das Begehren der Klägerin gebe es keine Anspruchsgrundlage. Auf §§ 179 ff RVO lasse es sich nicht stützen, weil darin dem Versicherten bezüglich der Krankenhauspflege nur ein Sachleistungsanspruch, also kein Geldleistungsanspruch eingeräumt werde. Die BPflV regele lediglich Beziehungen zwischen dem Krankenhaus und den Zahlungsverpflichteten, also nicht Beziehungen zwischen dem Versicherten und seiner gesetzlichen Krankenkasse. Eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung des Arztkostenabschlages an den Kläger ergebe sich auch nicht aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung. Es würde das die gesetzliche Krankenversicherung beherrschende Sachleistungsprinzip unterlaufen, wenn sich Versicherte durch teilweise Nichtinanspruchnahme von Sachleistungen über die Vorschriften der RVO hinaus Ansprüche auf Geldleistungen beschaffen könnten. Es liege auch keine Bereicherung vor, da es an der Einheitlichkeit des Bereicherungsvorganges fehle. Wenn dennoch eine Bereicherung angenommen werden könnte, dann wäre sie der Krankenkasse aufgedrängt, so daß auch aus diesem Grunde eine Erstattungspflicht entfielen. Schließlich liege kein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz vor, denn die Beklagte verführe gegenüber allen ihren Versicherten einheitlich. Als selbständige öffentlich-rechtliche Körperschaft könne sie eine andere Auslegung von gesetzlichen Vorschriften vertreten und prakti-

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



zieren als andere Ortskrankenkassen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die vom SG zugelassene Sprungrevision der Klägerin. Sie rügt Verletzung materiellen Rechts: Die vom SG vorgenommene rechtliche Würdigung des unstreitigen Tatbestandes sei mit der Rechtslage gem § 184 RVO iVm Art 3 des Grundgesetzes (GG) und der gewohnheitsrechtlichen Erstattungspraxis der Beklagten bis 1. Juli 1976 nicht in Einklang zu bringen. Der von der Beklagten nicht erbrachte Teil der Sachleistung Krankenhauspflege (ärztliche Behandlung) werde aufgrund der besonderen abrechnungstechnischen Gegebenheiten im Krankenhaus durch den sogenannten Arztkostenabschlag iS des § 3 Abs 2 BPflV repräsentiert. Dieser Betrag stehe dem Versicherten zu. Bei der Verabschiedung des KHG sei der Gesetzgeber mehrheitlich davon ausgegangen, daß die Wahlfreiheit aller Patienten im Krankenhaus so weit wie möglich ausgedehnt werden sollte. Es könne deshalb nicht unterstellt werden, daß mit dem Wahlleistungsangebot des § 6 BPflV wirtschaftliche Nachteile für den Benutzer verbunden sein sollten. Die jetzige Verwaltungspraxis der Beklagten stehe im Widerspruch zu ihrer eigenen gewohnheitsrechtlichen Erstattungspraxis. Bereits seit Jahrzehnten sei es üblich, daß gesetzliche Kostenträger ihren Mitgliedern oder deren Familienangehörigen den Aufenthalt in einer höheren Pflegeklasse (heute: Ein- oder Zweibettzimmer mit oder ohne privatärztliche Behandlung) gestatten, aber nur die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse (heute: allgemeine Krankenhausleistung) übernehmen. Das habe das Bundessozialgericht (BSG) in seiner Entscheidung vom 20. Juli 1977 - 3 RK 18/76 - ausdrücklich nicht als Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip angesehen. An dieser Rechtslage habe sich nichts geändert. Lediglich die Abrechnungsgrundlagen seien durch das KHG und die BPflV iVm der Verordnung des Landes Baden-Württemberg vom 1. Juni 1976 geändert worden. Das könne aber keinen Einfluß auf die Leistungsansprüche des Versicherten haben. Es könne auch nicht der Auffassung des SG gefolgt werden, ihr verstorbener Ehemann habe von der angebotenen Krankenhauspflege als Sachleistung eine Teilleistung "ärztliche Behandlung" nicht in Anspruch genommen, denn die Übernahme der Krankenhauspflege ohne ärztliche Behandlung sei



- 5 -

nicht denkbar. Die Kostenberechnung hinsichtlich der ebenfalls als Wahlleistung in Anspruch genommenen Unterbringung mache deutlich, daß hier nicht etwa unterschiedliche Leistungen, sondern unterschiedliche Abrechnungssysteme die ablehnende Haltung der Beklagten motiviert hätten. Weil die Beklagte dem Versicherten, der von der gesetzlich eingeräumten Wahlmöglichkeit Gebrauch mache, nicht die gleichen Rechte zur Verfügung stelle wie demjenigen, der sich ausschließlich mit den allgemeinen Krankenhausleistungen begnüge, verletze sie den Gleichbehandlungsgrundsatz. Schließlich liege auch kein Verzicht des Versicherten auf Sozialleistungen gem § 46 Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil- (SGB 1) vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 24. Februar 1978 sowie den Bescheid der Beklagten vom 4. Januar 1977 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. März 1977 aufzuheben und
die Beklagte zu verurteilen, für die Zeit der stationären Krankenhausbehandlung ihres verstorbenen Ehemannes vom 12. Oktober bis 9. Dezember 1976 den Differenzbetrag zwischen allgemeinem Pflegesatz und dem um den Arztkostenabschlag verminderten Pflegesatz (§ 3 Abs 2 Satz 2 BPflV) an sie zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

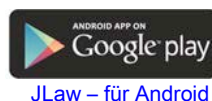
die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an die Tatsacheninstanz zurückzuverweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis für zutreffend. Sie beruft sich vor allem darauf, die ihr nach § 184 RVO obliegende Verpflichtung erfüllt zu haben, so daß der Klägerin

- 6 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

ein Folgenbeseitigungsanspruch nicht zustehe. Soweit sich ein Versicherter freiwillig durch Privatvereinbarung bestimmte Leistungen verschaffe, werde die Krankenkasse von ihrer Verpflichtung zur Sachleistung befreit. Der Versicherte könne keine Kostenerstattung verlangen, weil dies gegen das Sachleistungsprinzip und gegen den Grundsatz des "venire contra factum proprium" verstoße. Die Krankenkasse an eine "gewohnheitsrechtliche Erstattungspraxis" zu binden, sei schon deshalb nicht angängig, weil Gewohnheitsrecht hinter formellen und materiellen Gesetzen zurücktreten müsse. Sie sei aufgrund des § 363 RVO verpflichtet gewesen, sich auf die durch das KHG und die BPflV geänderten Abrechnungsgrundlagen einzustellen. Schließlich sei bisher nicht festgestellt, ob die Klägerin für einen Folgenbeseitigungsanspruch überhaupt aktiv legitimiert wäre. Da dieser Anspruch keine laufende Geldleistung betreffe, finde nicht § 56 SGB 1 -Sonderrechtsnachfolge-, sondern § 58 SGB 1 -allgemeine Rechtsnachfolge durch Vererbungs-Anwendung.

II

Die zulässige Sprungrevision ist unbegründet. Für das Begehren der Klägerin fehlt es, wie das SG zutreffend festgestellt hat, an einer entsprechenden Rechtsgrundlage; eine dasselbe stützende Anspruchsnorm gibt es nicht.

Die von der Klägerin geltend gemachte Kostenerstattung bezieht sich auf eine Krankenhausbehandlung. Für diese Versicherungsleistung sind § 179 Abs 1 Nr 2, §§ 184, 371 RVO maßgebend. Danach hat die Krankenkasse Krankenhauspflege in Form einer Sachleistung zu gewähren - seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1973 (BGBl I 1925) am 1. Januar 1974 als Anspruchsleistung, vorher als Ermessensleistung (BSGE 19, 21, 22; 42, 117, 119). Statt Sachleistungen Barleistungen zu gewähren ist grundsätzlich unzulässig. Das System der deutschen sozialen Krankenversicherung wird nicht vom Kostenerstattungs-, sondern vom Sachleistungsprinzip geprägt (BSG aaO). Ausnahmen hiervon sind gesetzlich besonders



geregelt (zB § 182 Abs 1 Nr 1 Buchst d, § 185b Abs 2 Satz 2, § 217 RVO). Hinsichtlich der ambulanten und stationären ärztlichen Behandlung läßt das Gesetz an der Verpflichtung der Krankenkasse zur Sachleistung keinen Zweifel. Die ambulante ärztliche Behandlung wird durch die kassenärztliche Versorgung sichergestellt, die auf vertraglichen Regelungen zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits beruht (§§ 368 ff RVO). Krankenhauspflege wird seit 1. Januar 1978 durch Vertragskrankenhäuser gewährt (§ 184 Abs 2 Satz 1 iVm §§ 371, 372 RVO idF des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes vom 27.6. 1977 - BGBl I 1069). Für die vorangegangene Zeit, in der die hier in Frage stehende Krankenhausbehandlung stattfand, bestand zwar keine gesetzliche Beschränkung auf Vertragskrankenhäuser, doch machten auch die damaligen Gesetzesfassungen deutlich, daß die Krankenkasse die Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser, also als Sachleistung zu gewähren hatte (§ 371 RVO aF).

Eine Kostenerstattung kommt nach der RVO nur bei ärztlicher Behandlung in Notfällen in Betracht (§ 368d RVO).

Dies gilt nicht nur für die ambulante, sondern auch für die stationäre Behandlung. Nach § 371 RVO in der vor dem 1. Januar 1978 geltenden Fassung, die hier maßgebend ist, konnte die Satzung den Vorstand der Krankenkasse ermächtigen, die Krankenhauspflege nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen. Auch in diesen Fällen handelt es sich mithin um eine Sachleistung der Krankenkasse.

Eine Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin findet sich auch nicht im KHG oder in der dazu ergangenen BPflV. Soweit sich hieraus für den Versicherten Rechte und Ansprüche ergeben, betreffen sie nur sein Verhältnis zum Krankenhaus. Durch das KHG und die BPflV werden Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Krankenhausbenutzer (dem Patienten oder seinem unterhaltspflichtigen Angehörigen oder dem zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichteten Sozialleistungsträger), aber nicht Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherten



und seiner Krankenkasse geregelt. Für diese sind die Bestimmungen der RVO maßgebend. Im Normalfall deckt sich das Leistungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse mit dem Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Der Versicherte hat Anspruch auf eine das Maß des Notwendigen nicht übersteigende, aber ausreichende und zweckmäßige Heilbehandlung (§ 182 Abs 2 RVO). Eine Krankenhauspflege in diesem Umfang wird vom Krankenhaus im Rahmen des allgemeinen Pflegesatzes erbracht (§ 3 Abs 1 BPflV). Mit der Zahlung des allgemeinen Pflegesatzes an das Krankenhaus erfüllt die Krankenkasse auch ihre Verpflichtung gegenüber dem Versicherten. Sieht man von den Sonderfällen der §§ 4 und 5 BPflV ab, so haben weder die Krankenkasse noch der Patient weitere Kosten der Krankenhausbehandlung zu tragen. Anders verhält es sich, wenn die ärztlichen Leistungen von einem Belegarzt oder auf Wunsch des Patienten als gesondert berechenbare Leistungen von einem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt erbracht werden. In diesen Fällen werden die ärztlichen Leistungen nicht mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegolten, sondern auf andere Weise vergütet. Der Pflegesatz ist deshalb entsprechend zu kürzen (§ 17 Abs 2 KHG iVm § 3 Abs 2 BPflV und der dazu ergangenen Verordnung -VO- der Landesregierung des Landes Baden-Württemberg vom 1. Juni 1976 aaO).

Ob nun die Vergütung der ärztlichen Leistungen die Krankenkasse oder der Versicherte zu tragen hat, ist eine krankenversicherungsrechtliche Frage. Hinsichtlich der Vergütung des Belegarztes findet § 368g Abs 4 RVO in der vor dem 1. Juli 1977 geltenden Fassung Anwendung. Wählt der Versicherte die ärztliche Behandlung im Krankenhaus durch einen Arzt, der nicht an der kassen- oder vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, so können keine anderen Grundsätze gelten als für den Fall, daß der Versicherte eine ambulante privatärztliche Behandlung wählt (vgl. BSGE 44, 41); der Versicherte hat mithin diese Kosten selbst zu tragen. Ein Kostenerstattungsanspruch steht ihm nicht zu. Auch insoweit ist dem Krankenversicherungsrecht keine Verpflichtung der Krankenkasse zur Kostentragung bzw Kostenerstattung zu entnehmen.



Eine solche Verpflichtung läßt sich auch nicht in einem auf den Arztkostenabschlag beschränkten Umfang aus der dem § 6 BPflV zugrunde liegenden Absicht des Gesetzgebers herleiten, dem Patienten die freie Wahl von Krankenhausleistungen zu erleichtern. Aus dieser Absicht des Gesetzgebers folgt die Klägerin zu Unrecht, mit dem Wahlleistungsangebot des § 6 BPflV dürften keine wirtschaftlichen Nachteile verbunden sein. Träfe das zu, dann wäre im Bereich der Versicherungsleistung "Krankenhauspflege" das Sachleistungsprinzip weitgehend vom Kostenerstattungsprinzip verdrängt. In diese Richtung gingen jedoch die Absichten des Gesetzgebers nicht. Solche Absichten hätten ihren Niederschlag vor allem in der RVO finden müssen. Richtig ist, daß dem Patienten die Inanspruchnahme einer bestimmten Wahlleistung eines Krankenhauses erleichtert werden sollte. Nach § 6 Satz 3 BPflV darf eine gesondert berechenbare Unterkunft (zB in einem Ein- oder Zweibettzimmer) nicht von einer Vereinbarung über sonstige gesondert berechenbare Leistungen abhängig gemacht werden. Die früher üblich gewesene Koppelung der besseren Unterkunft mit der ärztlichen Behandlung als Privatpatient wurde beseitigt, um die Wahl der besseren Unterkunft nicht durch eine damit verbundene Übernahme hoher Arztkosten zu erschweren. Die Kosten der vom Versicherten gewählten gesondert berechenbaren Leistungen sind aber von ihm selbst zu tragen, bei Wahl der Unterkunft in einem Ein- oder Zweibettzimmer der Aufschlag für diese bessere Unterbringung, bei besonders vereinbarter Inanspruchnahme liquidationsberechtigter Ärzte die gesamten Kosten dieser ärztlichen Behandlung.

Unzutreffend ist die sich daran anschließende Schlußfolgerung der Klägerin, die Beklagte habe somit einen Teil der ihr obliegenden Krankenhauspflege, nämlich die ärztliche Behandlung, nicht erbracht; dieser Teil werde aufgrund der besonderen abrechnungstechnischen Gegebenheiten im Krankenhaus durch den sogenannten Arztkostenabschlag des § 3 Abs 2 BPflV repräsentiert, der der Klägerin zustehe. Wenn ein Versicherter von der ihm von seiner Krankenkasse angebotenen ärztlichen Behandlung im Krankenhaus keinen Gebrauch macht, sondern statt dessen



eine gesondert berechenbare ärztliche Behandlung durch liquidationsberechtigte Ärzte in Anspruch nimmt, so ist die ihn treffende Kostenbelastung und eine damit eventuell verbundene "Kostensparnis" der Krankenkasse nicht die Folge abrechnungstechnischer Gegebenheiten, sondern die Folge des im Krankenversicherungsrecht geltenden Sachleistungsprinzips. Zudem ist in diesem Zusammenhang eine betragsmäßig bestimmte Kostenersparnis der Krankenkasse fragwürdig, denn die gesonderte Kostenberechnung der Behandlung durch liquidationsberechtigte Ärzte kann zu einer Erhöhung der Selbstkosten des Krankenhauses und damit auch zu einer Erhöhung des allgemeinen Pflegesatzes führen.

Die Klägerin kann sich zur Begründung ihres Begehrens nicht auf die vom Senat vertretene Auffassung berufen, daß sich der Versicherte nicht in allen Fällen mit der durch das Maß des Notwendigen begrenzten Leistung der Krankenkasse begnügen muß, sondern daß es mit dem Sachleistungsprinzip durchaus zu vereinbaren ist, wenn er zur Erlangung eines die Leistungspflicht der Krankenversicherung übersteigenden Gegenstandes einen bestimmten Eigenanteil trägt (BSGE 42, 229, 230) oder wenn die Krankenkasse die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse übernimmt, es aber im Zusammenwirken mit dem Krankenhaus dem Versicherten ermöglicht, eine höhere als die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch zu nehmen (BSGE 42, 117, 120). Diese Art der Kostengestaltung setzt voraus, daß der Krankenkasse die Gewährung der ihr obliegenden Sachleistung möglich bleibt. Das ist bei Inanspruchnahme von gesondert berechenbaren Krankenhausleistungen iS des § 6 BPflV nur zum Teil der Fall. Wünscht ein Versicherter eine bessere Unterkunft, als sie aus medizinischen Gründen notwendig ist, so hat er die Mehrkosten, aber auch nur diese zu tragen; denn die allgemeine Krankenhausleistung "Unterkunft" wird dadurch nicht wesentlich verändert. Dem entspricht auch die kostenrechtliche Behandlung: Es ist zum allgemeinen Pflegesatz nur ein Zuschlag zu zahlen. Anders verhält es sich aber, wenn der Versicherte mit dem Krankenhaus oder bzw mit liquidationsberechtigten Ärzten eine gesondert berechenbare ärztliche Behandlung vereinbart. Daß hierbei die von der Krankenkasse zur Verfügung gestellte ärztliche Leistung nicht nur aufgestockt, sondern ersetzt wird, ergibt sich aus den besonderen



Vertrauensbeziehungen zwischen Arzt und Patient, die das Behandlungsverhältnis wesentlich bestimmen. Dem steht nicht entgegen, daß durch die Wahl der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistung die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden dürfen (§ 6 Satz 2 BPflV). Damit soll lediglich das Ziel der Krankenhausbehandlung sichergestellt werden. Mit seiner Wahl hat der Versicherte die ärztliche Behandlung bestimmten liquidationsberechtigten Ärzten anvertraut und damit dem allgemeinen Behandlungsbetrieb des Krankenhauses entzogen. Dementsprechend wird für die gesondert berechenbare ärztliche Leistung – anders als bei der Unterkunft – nicht lediglich ein Kostenzuschlag erhoben, sondern in vollem Umfang eine getrennte Kostenberechnung vorgenommen. Nur die ärztliche Wahlleistung macht deshalb eine Kürzung des allgemeinen Pflegesatzes erforderlich (§ 17 Abs 2 KHG, § 3 Abs 2 BPflV).

Allgemeine Rechtsgrundsätze, die einen Erstattungsanspruch rechtfertigen könnten, finden im vorliegenden Fall keine Anwendung. Ein Folgenbeseitigungsanspruch setzt ua ein rechtswidriges Verwaltungshandeln voraus (BSGE 34, 124, 126; siehe auch BSGE 41, 126, 127 sowie 260, 261; BVerwGE 38, 336, 346). Die Beklagte hat hier jedoch rechtmäßig gehandelt, denn sie hat die ihr nach Gesetz obliegenden Leistungen zur Verfügung gestellt. Ebensowenig sind die Voraussetzungen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs erfüllt. Dieser kann zwar auch einer Privatperson gegenüber einer öffentlich-rechtlichen Verwaltung zustehen, er ist jedoch nur gegeben, wenn im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose unmittelbare Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSGE 38, 46, 47). Daß diese Voraussetzungen hier nicht erfüllt sind, wurde bereits dargelegt. Für die Heranziehung der bürgerlich-

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



rechtlichen Vorschriften über die ungerechtfertigte Bereicherung ist im Anwendungsbereich des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs kein Raum (BSGE 38, 46, 47 mwN).

Schließlich beanstandet die Klägerin zu Unrecht eine Verletzung gewohnheitsrechtlicher Verwaltungspraxis und einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz. Die Beklagte ist an eine Verwaltungsübung, die sich zu einem früheren Rechtszustand entwickelt hat, nach Änderung der Rechtslage nicht gebunden. Eine solche Änderung der Rechtslage ist - wie erörtert - durch das KHG, die BPflV und die Verordnung der Landesregierung des Landes Baden-Württemberg vom 1. Juni 1976 herbeigeführt worden. Der von der Klägerin herangezogene Vergleich mit einem Patienten, der keine gesondert berechenbare ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt, zeigt bereits, daß hier unterschiedliche Sachverhalte vorliegen, die eine Gleichbehandlung nicht gebieten.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)