

|                            |    |                |
|----------------------------|----|----------------|
| Für das Nachschlagewerk!   | ja | } auszugsweise |
| Für die Fachpresse!        | ja |                |
| Für die amtliche Sammlung! | ja |                |

-----

Gesetz: ZPO § 128 Abs. 2, § 160 Abs. 2 Nr. 6, §§ 164, 310, 315  
Abs. 3, § 551 Nr. 5 u. 7; RVO §§ 368 ff.; BGB §§ 133, 157

#### Leitsätze:

Wird ein Urteil nach mündlicher Verhandlung trotz Anberaumung eines Verkündungstermins nicht verkündet, sondern ohne Einverständnis der Parteien mit einem schriftlichen Verfahren gemäß § 310 Abs. 2 ZPO zugestellt, so berührt dieser Bekanntmachungsfehler die rechtliche Existenz der Entscheidung nicht. Es liegt lediglich ein Verfahrensmangel vor, der gerügt werden muß, auf dem das Urteil aber regelmäßig nicht beruht.

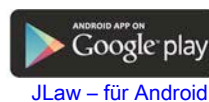
Aktenzeichen: 5 AZR 24/65

Urteil des BAG vom 2. September 1965

LAG Bayern



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



5 AZR 24/65

1 Sa 758/63 Bayern

Urteilstenor zugestellt  
am 2. September 1965

gez. Henkelmann,  
Regierungsssekretärin  
als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

# Im Namen des Volkes!

## Urteil

In Sachen

hat der Fünfte Senat des Bundesarbeitsgerichts gemäß  
§ 128 Abs. 2 ZPO in der Sitzung vom 26. August 1965  
durch die Bundesrichter Wichmann, Dr. Schröder und  
Dr. Auffarth sowie den Bundesarbeitsrichter Seiler  
und die Bundesarbeitsrichterin Kempe für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil  
des Landesarbeitsgerichts Bayern vom 28. De-  
zember 1964 - 1 Sa 758/63 - wird zurückge-  
wiesen.

Der Beklagte trägt auch die Kosten der Re-  
vision.

V o n R e c h t s   w e g e n !

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand:

Der Beklagte war seit dem 1. April 1948 als Leiter der Inneren Abteilung des Krankenhauses der Klägerin tätig. Er führte die Bezeichnung Chefarzt. Am 24. Januar 1959 wurde er zunächst vom Dienst suspendiert und am 22. April 1959 fristlos entlassen. Seine gegen diese Kündigung erhobene Klage blieb in allen Instanzen ohne Erfolg.

Durch schriftlichen Vertrag vom 29. März 1954 (Arztvertrag) war das Rechtsverhältnis zwischen den Parteien mit Wirkung vom 1. April 1953 an neu geregelt worden. Der Vertrag enthält u.a. folgende Bestimmungen:

## § 1

Herr Dr. D ist seit 1. April 1948 als leitender Arzt der Inneren Abteilung der Städt. Krankenanstalten tätig. Er führt seine Tätigkeit aus, ohne in ein Beamten- oder Angestelltenverhältnis zur Stadt zu treten; seine Dienstbezeichnung ist Chefarzt. Die Vertragsteile sind sich darüber einig, daß die sich aus diesem Vertrag ergebenden Rechtsbeziehungen ausschließlich nach bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen zu beurteilen sind.

.....

## § 7

Dr. D ist berechtigt, in den ihm im Krankenhaus dazu bereitgestellten Räumen eine ambulante Praxis einzurichten. Er verpflichtet sich, hierbei ausschließlich die Apparate und Geräte des Krankenhauses zu verwenden. Außerdem ist Herrn Dr. D die Konsiliar- und Gutachtertätigkeit gestattet; jede anderweitige ärztliche Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses bedarf der Genehmigung der Stadtgemeinde. Die Abgrenzung der stationären gegenüber der ambulanten Tätigkeit wird in der Dienstordnung niedergelegt. Die ambulante Tätigkeit sowie die Konsiliar- und Gutachtertätigkeit darf die stationäre Behandlung der Kranken und die übrige Anstaltstätigkeit nicht beeinträchtigen.

.....

## § 8

Als Vergütung für die stationäre Tätigkeit wird Herrn Dr. D gewährt:

a) das unbeschränkte Liquidationsrecht - unbeschadet



- 3 -

der Bestimmungen von Abs. 3 dieses Paragraphen - bei allen selbstzahlenden Patienten der I., II. und III. Verpflegsklasse.

- b) das Liquidationsrecht bei Patienten von RVO-Kassen insoweit, als ärztliche Leistungen mit einer Preugo-Mindestgebühr von 10,- DM und höher anfallen.
- c) das Liquidationsrecht bei Patienten von Fürsorgeverbänden (ausgenommen BFV T -Stadt) mit der Einschränkung von Buchstabe b.
- d) das Liquidationsrecht bei Patienten der LVA Obb. und zwar bei Pneumothoraxanlagen, Thoracokautik, KKG und Bluttransfusionen. Die übrigen ärztlichen Leistungen werden durch ein Betten-geld von 0,50 DM pro Tag und belegtes Bett abge-golten.
- e) das Liquidationsrecht bei Patienten von sonsti-gen öffentlichen Kostenträgern nach den für diese geltenden Bestimmungen.

Mit den vorstehend eingeräumten Liquidationsrechten sind die ärztlichen Grundleistungen bei Patienten von RVO-Kassen, Fürsorgeverbänden und sonstiger öffentli-cher Kostenträger, soweit sie nicht nach Abs. 1 Buchstabe b - e gesondert liquidiert werden können, abgefunden. Bei der Festsetzung des ärztlichen Unko-stenbeitrages (§ 9) wurde die Abgeltung der sog. ärztlichen Grundleistungen für Patienten der öffentli-chen Kostenträger entsprechend berücksichtigt.

zu § 8

Die Abänderungen der bestehenden Verträge mit Kassen werden, soweit es sich dabei um das Liquidations-recht des Herrn Dr. D handelt, nur dann rechts-wirksam, wenn sich Herr Dr. D damit einverstanden erklärt.

.....

§ 9

Herr Dr. D leistet für die Inanspruchnahme der Räume, der Einrichtungen und des Personals des Kranken-hauses einen Unkostenbeitrag in Höhe von jährlich 8 400.- DM, der sich wie folgt zusammensetzt:

.....

§ 10

Die Einziehung der Sachunkosten für die technischen Leistungen des Krankenhauses erfolgt sowohl für die stationären als auch für die ambulanten Patienten nach folgender Regelung:

.....

- 4 -



- 4 -

zu § 10

Die Verrechnung der von Herrn Dr. D einzuziehenden stationären und ambulanten und Gutachtens-Unkosten erfolgt nach folgenden Maßstäben:

.....

§ 11

Zur Erledigung der schriftlichen Arbeiten (Gutachten für LVA, Röntgen-, KKG- und Endberichte sowie Anfragen der AOK) wird Herrn Dr. D eine Schreibkraft zur Verfügung gestellt. Von dem anfallenden jährlichen Bruttoaufwand einschließlich Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung und zur Zusatzversicherung trägt Herr Dr. D 50 %.

Der Beklagte rechnete seine stationären Leistungen für Patienten der RVO-Kassen bis zum 31. März 1956 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ab, soweit Leistungen mit einer Preugo-Mindestgebühr - unter Zugrundelegung der vor der Änderung der Preugo ab 1. Januar 1953 (VOPR 74/52 v. 11. Dezember 1952) geltenden Gebührensätze - von 10,-- DM und höher angefallen waren. Ab 1. April 1956 entfiel die Möglichkeit einer Abrechnung dieser stationären Leistungen mit der KVB, weil dem Beklagten, ebenso wie den übrigen Chefärzten des Städt. Krankenhauses der Klägerin, die Vollzulassung als Kassenarzt mit der Begründung entzogen wurde, die freipraktizierende Tätigkeit des Chefarztes sei lediglich Teilfunktion des allein ausgeübten Berufes des Krankenhausarztes, der seine Arbeitskraft überwiegend dem Krankenhaus zur Verfügung stellen müsse und damit ausreichend ausgelastet sei.

Die Klägerin verhandelte daraufhin mit der AOK Bad R über eine Änderung des mit dieser bestehenden Vertrages über die Pflegesätze. Unter dem 1. August 1956 wurde schließlich eine "Zusatzvereinbarung" abgeschlossen, in welcher u.a. folgendes bestimmt ist:

I. Die Stadtgemeinde T gewährt der AOK Bad R im Hinblick auf deren Anteil an den Gesamtpflegetagen auf die im Vertrag vom ..... vereinbarten Pauschalpflegesätze einen Mengenabschlag von:

- 5 -



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



- 5 -

- 1) Für die Zeit vom 1. Oktober 1955 bis 31. März 1956  
-----

.....

neben vorbezeichneten Pflegesätzen werden nachstehende Nebenleistungen zusätzlich vergütet:

.....

ferner können verrechnet werden:

.....

- c) die Kosten für ärztliche Behandlung mit der KVB, Bezirksstelle Oberbayern, soweit diese nach den Mindestsätzen der Preugo (alt) mit 10,-- DM und mehr bewertet werden.
- 2) Für die Zeit ab 1. April 1956

.....

Zur Abgeltung der ärztlichen Leistungen ab 10,-- DM Mindestgebühr Preugo (alt) wird ein Pauschalbetrag je Verrechnungstag von 0,76 DM vergütet. Bei den Belegärzten, die über die KVB abrechnen können, wird der Pauschalleistungsbetrag von 0,76 DM nicht verrechnet.

In einem weiteren Vertrag zwischen der Klägerin und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen vom 11./19. Oktober 1956, der ab 1. Oktober 1955 gelten sollte, wurde unter § 3 lit. c folgendes bestimmt:

Folgende am Krankenhaus tätigen, nicht fest angestellten und nicht besoldeten Vertragsärzte liquidieren ihre Leistungen während der stationären Behandlung nach § 9 Ziffer 2 des mit Wirkung ab 1. Januar 1950 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossenen Vertrages:

Dr. D , Internist.....

.....

Mit Wirkung ab 1. April 1956 entfällt für die nachstehend aufgeführten Ärzte das besondere Liquidationsrecht:

Dr. D , Internist,  
Dr. F , Chirurg,  
Dr. G , Haut,  
Dr. K , Frauen,  
Dr. S , Röntgen.

- 6 -



Für die Fälle dieser Ärzte gilt von diesem Zeitpunkt ab als Abgeltung der ärztlichen Tätigkeit eine Pauschale von 1,30 DM.

Die aufgrund dieser Verträge von der AOK und den Ersatzkassen ab 1. April 1956 an die Klägerin entrichteten Pauschalbeträge von 0,76 DM bzw. 1,30 DM pro Verpflegungstag zahlte die Klägerin an den Beklagten und die anderen Chefärzte aus, und zwar nach einem Verteilungsschlüssel, den sie sich von der KVB hatte ausarbeiten lassen. Dieser Verteilungsschlüssel basierte auf den von der KVB an die Chefärzte im Jahre 1955 ausgezahlten Vergütungen für die damals noch unmittelbar mit der KVB abgerechneten stationären Leistungen ab 10,- DM Mindestgebühr Preugo (alt). Nach dem Verhältnis dieser früher von der KVB an die leitenden Ärzte ausgezahlten Gebühren wurde der von den Kassen bezahlte Gesamtpauschalbetrag von der Klägerin an die leitenden Ärzte aufgeteilt. Auf den Beklagten entfiel hierbei nur ein im Verhältnis zu seinen Kollegen sehr geringer Anteil, der sich in den Abrechnungszeiträumen der Jahre 1956 bis 1959 auf Beträge um 80,- DM belief. Auch in der Zeit vor dem 1. April 1956, als die Chefärzte noch unmittelbar mit der KVB abrechneten, waren die Vergütungen des Beklagten für seine stationären Leistungen gering. Der Grund hierfür war, daß in der Inneren Abteilung nur wesentlich weniger ärztliche Leistungen mit einem Satz von 10,- DM und höher nach der Preugo (alt) anfielen als etwa in der Chirurgischen oder Gynäkologischen Abteilung.

Mit der Klage verlangt die Klägerin von dem Beklagten die Zahlung von Unkostenbeiträgen gem. § 9 des Arztvertrages in Höhe von insgesamt 11.092,09 DM nebst Zinsen.

Der Beklagte bestreitet die Klageforderung nicht, behauptet jedoch, daß die Klägerin ihm gem. § 8 b des Arztvertrages noch Vergütungen in Höhe von insgesamt 71.587,20 DM für die Zeit vom 1. April 1956 bis zum 31. März 1959 schulde. Er hat mit dieser Forderung gegen den



- 7 -

Klageanspruch aufgerechnet und verlangt mit der Widerklage von der Klägerin die Zahlung des Differenzbetrages von 62.754,94 DM nebst Zinsen. Diesen Betrag errechnet der Beklagte aus den Gebühren für seine stationären Leistungen, die in der ab 1. Januar 1953 geltenden VOPR vom 11. Dezember 1952 (Preugo neu) mit 10,- DM und höher bewertet sind. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um die Erstellung von Blutbildern, für welche in der Preugo (neu) eine besondere Ziffer für einen Gesamtblutstatus mit einer Gebühr von 12,- DM angesetzt ist. Der Beklagte ist der Meinung, ihm sei gemäß § 8 b des Arztvertrages ein Liquidationsrecht für alle stationären Leistungen eingeräumt, die nach der Preugo (neu) mit 10,- DM und höher bewertet würden. Ein Vertrag, in dem die Preugo schlechthin als Berechnungsgrundlage erwähnt werde, lasse nach dem eindeutigen und deshalb auch keiner anderweitigen Interpretation fähigen Wortlaut nur die Auslegung zu, daß die Vertragsparteien von der zur Zeit des Vertragsabschlusses geltenden Preugo, also der Preugo (neu), ausgehen wollten. Für seine Rechtsbeziehungen zur Klägerin sei allein der Arztvertrag maßgebend mit der Folge, daß die Klägerin ihm nach teilweisem Wegfall seiner kassenärztlichen Zulassung für stationäre Leistungen die in dem Vertrag vereinbarten Vergütungen zu zahlen habe. Mit der von der Klägerin nach dem 1. April 1956 angewandten Abrechnungsmethode habe er sich nie einverstanden erklärt. Sein Vertragsverhältnis mit der Klägerin sei auch nicht durch die zwischen dieser und den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge berührt worden.

Die Klägerin bestreitet den von dem Beklagten geltend gemachten Vergütungsanspruch. Sie ist der Meinung, gemäß § 8 b des Arztvertrages habe dem Beklagten nur ein Liquidationsrecht gegenüber Patienten bzw. deren Kassen zugestanden. Bis zum 1. April 1956 habe sich die Liquidation gegenüber der KVB als Verteilerstelle für die Kopypauschale vollzogen. Der Beklagte habe nach Wegfall der kassenärztlichen Zulassung nicht mehr mit der KVB ab-

- 8 -



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



rechnen können, so daß sie, die Klägerin, als Vertreterstelle an die Stelle der KVB getreten sei. Zahlungspflichtig seien aber gegenüber dem Beklagten nach wie vor die Patienten bzw. deren Kassen geblieben. Durch die von ihr angewandte Abrechnungsmethode sei der Beklagte nicht schlechter gestellt worden als früher. Da der Beklagte früher die Blutbilder mit der KVB nicht abgerechnet habe - offenbar im Hinblick auf ein Rundschreiben der KVB vom 20. Oktober 1953 -, hätten diese Leistungen auch nicht bei der Festlegung der Tagespauschale berücksichtigt werden können. Der Beklagte habe an den Verhandlungen über die Einführung des ab 1. April 1956 angewandten Zahlungsmodus teilgenommen und keinen Widerspruch erhoben. Erst im Jahre 1958 habe er sich darüber beklagt, daß er zu wenig erhalte, jedoch dabei nicht die Abrechnungsmethode als solche angegriffen.

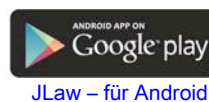
Das Arbeitsgericht hat der Klage stattgegeben und die Widerklage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die von dem Beklagten eingelegte Berufung zurückgewiesen. Mit der Revision verfolgt der Beklagte seinen Klageabweisungsantrag und seinen Widerklageantrag weiter. Er rügt die unrichtige Auslegung des § 8 b des Arztvertrages. Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Beide Parteien haben sich mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt.

### Entscheidungsgründe:

I. Das angefochtene Urteil des Landesarbeitsgerichts kann Grundlage einer Sachentscheidung des Revisionsgerichts sein. Denn es handelt sich trotz der Mängel bei seiner Bekanntmachung weder um einen Urteilsentwurf noch um ein Scheinurteil.

1. Laut Sitzungsniederschrift vom 1. Oktober 1964 hat die erkennende Kammer des Landesarbeitsgerichts nach Stellung der Anträge durch die Parteien Termin zur Ver-



kündigung einer Entscheidung auf den 3. Dezember 1964 anberaumt. Statt einer Sitzungsniederschrift über den Verkündungstermin vom 3. Dezember 1964 befindet sich bei den Gerichtsakten nur eine von dem Vorsitzenden und den Landesarbeitsrichtern unterschriebene Urteilsformel mit vollständigem Rubrum sowie dem vom Urkundsbeamten unterschriebenen Vermerk "verkündet am 3. Dezember 1964". Auf dem Urteilsformular sind andererseits die Worte "auf die mündliche Verhandlung vom" durchgestrichen und mit Schreibmaschinenschrift durch die Worte "gemäß § 128 Abs. 2 ZPO" ersetzt worden. Ebenso lautet das Rubrum der vollständigen bei den Gerichtsakten befindlichen Urteilsausfertigung. Die Empfangsbekanntnisse der Prozeßbevollmächtigten (§ 212 a ZPO) über das "Urteil vom 3. Dezember 1964" sind auf den 23. bzw. 28. Dezember 1964 datiert.

2. Bei diesem Sachverhalt ist davon auszugehen, daß das angefochtene Urteil nicht verkündet, sondern nach § 128 Abs. 2, § 310 Abs. 2 ZPO zugestellt wurde, wie auch im Urteilseingang vermerkt ist. Der Verkündungsvermerk des Urkundsbeamten gemäß § 315 Abs. 3 ZPO auf dem Urteil genügt demgegenüber nicht zum Nachweis dafür, daß die Entscheidung tatsächlich verkündet worden ist. Dieser Nachweis kann nach § 160 Abs. 2 Ziff. 6, § 164 ZPO vielmehr nur durch die hier nicht vorhandene Sitzungsniederschrift geführt werden (Stein-Jonas, ZPO, 18. Aufl., § 310 Anm. I 1; Wieczorek, ZPO, § 310 Anm. C II b 3). Daß andererseits der Urkundsbeamte nicht in sinngemäßer Anwendung der §§ 128 Abs. 2, 310 Abs. 2 ZPO auf dem Urteil den Tag der Zustellung anstelle der Verkündung vermerkt hat, ist unschädlich, sofern nur die Entscheidung tatsächlich von Amts wegen zugestellt worden ist (BGHZ 8, 303 [308 f.]). Das ist hier der Fall.

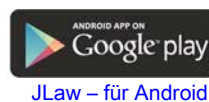
3. Die Parteien hatten zwar nicht ihr Einverständnis mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren gemäß § 128 Abs. 2 ZPO erklärt, das Voraussetzung für eine Er-



setzung der an sich mündlich zu verkündenden durch eine schriftliche Entscheidung ist. Selbst wenn aber die Parteien mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden gewesen wären, so hätte hier doch das Urteil nicht im schriftlichen Verfahren zugestellt werden dürfen. Wenn nämlich der Rechtsstreit zur Endentscheidung reif ist (§ 500 Abs. 1 ZPO), muß auf Grund einer stattgefundenen mündlichen Verhandlung nunmehr das Urteil sofort in mündlicher Verhandlung oder in einem alsbald anzuberaumenden Termin verkündet werden (§ 510 Abs. 1 ZPO, § 60 Abs. 1 ArbGG). Zum schriftlichen Verfahren darf nicht lediglich zu dem Zweck übergegangen werden, um rein formell die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß Urteile ohne Fristbindung zu einem beliebigen Termin verlautbart werden (vgl. BGHZ 17, 118 [120 f.]).

Die hier trotzdem durch Zustellung des Urteils verlautbarte Entscheidung des Berufungsgerichts ist aber rechtlich existent und auch wirksam. Die Prozeßordnung sieht die Bekanntmachung eines Urteils sowohl durch Verkündung als auch ersatzweise durch Zustellung der Urteilsformel vor. Die letztere an sich rechtlich mögliche Form der Verlautbarung hat das Landesarbeitsgericht hier gewählt und gewahrt. Es lagen lediglich die prozessualen Voraussetzungen für diese Art der Verlautbarung nicht vor.

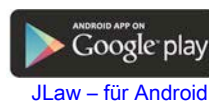
4. Ein derartiger Bekanntmachungsfehler berührt die Wirksamkeit des Urteils an sich nicht (Stein-Jonas, aaO, § 510 Anm. I 3 a; Wieczorek, § 510 Anm. C I - C II a). Die Entscheidung ist aus diesem Grunde nicht nichtig, sondern nur anfechtbar. Es handelt sich um einen Verfahrensmangel, der nur auf eine den Erfordernissen des § 554 Abs. 3 Nr. 2 b ZPO entsprechende Rüge hin vom Revisionsgericht nachgeprüft werden kann, die hier nicht erhoben ist. Ob für das Verfahren vor den Arbeitsgerichten in erster Instanz, das eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nicht kennt (§ 46 Abs. 2



Satz 2 ArbGG), etwas anderes zu gelten hat, ist hier nicht zu entscheiden.

Die früher vom Reichsgericht und der überwiegenden sonstigen Rechtsprechung vertretene gegenteilige Meinung (vgl. RGZ 133, 215) hat auch der Bundesgerichtshof aufgegeben (vgl. Beschluß des Großen Senats vom 14. Juni 1954, BGHZ 14, 39 ff. und BGH in BGHZ 17, 118 ff.). In dem vom Großen Senat des Bundesgerichtshofs entschiedenen Fall wurde das Urteil nicht in dem anberaumten und den Parteien bekannt gegebenen Verkündungstermin, sondern in einem anderen, den Parteien nicht bekannt gegebenen Termin verkündet. Bei dieser Sachlage besteht die wenn auch vielleicht nicht sehr naheliegende Möglichkeit, daß eine Partei von der Existenz des Urteils überhaupt nichts erfährt und alle Fristen zur Einlegung von Rechtsmitteln und zur Stellung eines Wiedereinsetzungsantrags versäumt werden. Gleichwohl hat der Bundesgerichtshof diese Bedenken aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit zurückgestellt und die Gefahr für schwerwiegender erachtet, daß Urteile, deren Mängel äußerlich nicht zu erkennen sind, unter Umständen noch nach Jahren plötzlich als nicht existent angesehen werden könnten.

Zu Recht weist der Bundesgerichtshof darauf hin, daß die ZPO selbst bei viel schwerwiegenderen Mängeln Urteile nicht als nichtig erachtet, sondern solche Mängel nur als absolute Revisionsgründe oder Wiederaufnahmegründe ansieht. Das gilt zum Beispiel für den Verfahrensmangel, daß gegen eine Partei ein Urteil ergeht, die nicht gesetzmäßig vertreten war (§ 551 Nr. 5, § 579 Nr. 4 ZPO), oder daß eine Entscheidung nicht mit Gründen versehen ist (§ 551 Nr. 7 ZPO). Selbst dann soll nach dem Grundgedanken der Prozeßordnung keineswegs ein Nichturteil vorliegen. Dann kann aber von einem Nichturteil oder Scheinurteil um so weniger die Rede sein, wenn eine Entscheidung in einem nach der Prozeßordnung vorgesehenen Verfahren für sich betrachtet ordnungsgemäß zugestellt und damit



existent wird und die Parteien deshalb durchaus wissen, wann und mit welchem Inhalt ein Urteil ergangen ist.

In dem hier vorliegenden Fall besteht nicht einmal die Gefahr, daß die Parteien in Unkenntnis über eine ergangene Entscheidung Fristen versäumen. Dann liegt aber lediglich ein Verfahrensmangel vor, der keinen absoluten Revisionsgrund darstellt, gerügt werden müßte und nur Erfolg haben könnte, wenn die Entscheidung bei Vermeidung des Mangels anders hätte ausfallen können. Abgesehen davon, daß eine dahingehende Verfahrensrüge nicht erhoben ist, ist aber auch kaum der Fall denkbar, daß die angefochtene Entscheidung anders hätte ausfallen können, wenn sie statt zugestellt zu werden mündlich verkündet worden wäre (vgl. BGHZ 14, 39 [52]; BGHZ 17, 118 [122]).

II. In der Sache selbst ist dem Urteil des Landesarbeitsgerichts im Ergebnis beizutreten. Da die Klagerforderung nach Grund und Höhe unstreitig ist, kommt es allein darauf an, ob der mit der Widerklage geltend gemachte Anspruch des Beklagten besteht. Das ist nicht der Fall.

1. Bis zum 31. März 1956 war der Beklagte sowohl hinsichtlich seiner stationären Tätigkeit im Krankenhaus als auch für seine ambulante Arztpraxis als Kassenarzt zugelassen. Er konnte das in § 8 Buchst. b des Arztvertrages vorgesehene Liquidationsrecht bei Patienten von RVO-Kassen nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) geltend machen. Die Zulassung als Kassenarzt bewirkte, daß der Beklagte als Mitglied der KVB zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet war und die vertraglichen Abmachungen zwischen der KVB und den Krankenkassen (§ 368 g RVO) für ihn verbindlich waren (§ 368 a Abs. 4 RVO). Die Krankenkassen zahlen für die gesamte Kassen-



- 13 -

ärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die KV, die diese nach einem bestimmten Schlüssel auf die Ärzte verteilt (§ 368 f Abs. 1 RVO).

Zwar beschränkt sich die kassenärztliche Versorgung grundsätzlich auf die ambulante ärztliche Behandlung (§ 368 Abs. 2 RVO), während für die stationäre ärztliche Betreuung in Krankenhäusern Verträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern geschlossen werden (§ 371 RVO). Gemäß § 368 g Abs. 4 RVO ist aber die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, die insoweit auch besondere Bestimmungen enthalten müssen (§ 368 f Abs. 5 RVO), als sie durch Kassenärzte erfolgt und deren Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird. Gemeint sind hier Kassenärzte als sogenannte frei praktizierende oder Belegärzte, die nicht in einem Angestelltenverhältnis zum Krankenhaus stehen und deshalb von diesem auch nicht honoriert werden, indem das Krankenhaus den sogenannten großen Pflegesatz von den Krankenkassen erhält und daraus die ärztlichen Leistungen abgilt (vgl. Heinemann-Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl., § 368 g Anm. 16; Jantz-Prange, Das gesamte Kassenarztrecht, § 368 g, S. 10). Die Rechtslage war in Bayern auch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) grundsätzlich die gleiche.

2. Gemäß dem vorstehend geschilderten Kassenarztrecht ist beim Beklagten hinsichtlich seiner stationären Leistungen ab 10,- DM Preugo bis zum 31. März 1956 verfahren worden. Der Beklagte wurde nach § 1 des Arztvertrages als frei praktizierender, nicht als angestellter Arzt angesehen, der sich gemäß § 2 des Vertrages verpflichtete, alle Patienten seiner Abteilung zu behandeln. Die Vergütung für die Behandlung von Patienten der RVO-Kassen sollte bei größeren ärztlichen Leistungen ab 10,- DM nach Wortlaut und Sinn des § 8 Buchst. b des Arztvertrages im Ergebnis

- 14 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 14 -

durch die KVB erfolgen, hinsichtlich der ärztlichen Grundleistungen aber, die offenbar im Pflegesatz des Krankenhauses mitenthalten waren, durch die Liquidationsrechte des Beklagten und eine entgegenkommende Festsetzung des von ihm an das Krankenhaus zu zahlenden ärztlichen Unkostenbeitrages (§ 9 Arztvertrag) abgegolten sein (vgl. § 8 Abs. 2 des Arztvertrages). Diese Art der Vergütung durch Eigenliquidation ist oft Teil des vertraglichen Entgeltes des Chefarztes (BAG 11, 225 [229] = AP Nr. 24 zu § 611 BGB Ärzte, Gehaltsansprüche). Eigene Zahlungen wollte die Klägerin insoweit nicht erbringen.

3. Mit dem Entzug der Kassenzulassung des Beklagten für seine stationäre Tätigkeit ab 1. April 1956 entfiel die Möglichkeit, insoweit künftig noch bei der KVB zu liquidieren. Denn die Tätigkeit des Beklagten als eines insoweit nicht zugelassenen Arztes konnte nicht mehr Gegenstand von Verträgen zwischen der KVB und den Krankenkassen über die kassenärztliche Versorgung sein (§ 368 g Abs. 4 RVO). Durch diese Entwicklung der Verhältnisse wurde die vertragliche Regelung des § 8 Buchst. b des Arztvertrages insoweit lückenhaft, als der bisherige Weg der Liquidation der ärztlichen Bemühungen mit einem Freugosatz ab 10,- DM nicht mehr möglich war. Die insoweit entstandene Vertragslücke ist im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung zu schließen.

Dabei ist maßgebend, was die Parteien, hätten sie die Lücke erkannt, nach Treu und Glauben und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnes und Zweckes der übrigen Vertragsbestimmungen vereinbart hätten (§ 157 BGB). Auch das Revisionsgericht hat eine ergänzende Vertragsauslegung nachzuholen, wenn dies durch den Tatsachenrichter, wie es hier der Fall ist, nicht geschehen ist und der festgestellte Sachverhalt dazu ausreicht

- 15 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

(BAG AP Nr. 3 zu § 63 RegelungsG), was im Streitfall ebenfalls zutrifft.

4. Die danach hier rechtlich gebotene und mögliche Vertragsergänzung führt im Ergebnis dazu, daß der Beklagte von der Klägerin auf Grund des § 8 Buchst. b des Arztvertrages nicht mehr verlangen kann, als er erhalten hat. Nach den Feststellungen des angefochtenen Urteils hat die Klägerin unstreitig alle Beträge, die sie von den Krankenkassen ab 1. April 1956 für die stationären Leistungen der Chefarzte zusätzlich erhalten hat, an diese unter Zugrundelegung des bisherigen Verteilungsschlüssels der KVB ausgezahlt. Zu weitergehenden Leistungen an den Beklagten ist die Klägerin nicht verpflichtet.

Die Auffassung des Beklagten, er könne seine ärztlichen Leistungen mit einer Mindestgebühr ab 10,- DM für die Patienten von RVO-Kassen unter Ansetzung der vollen Preugosätze (neu) ab 1. April 1956 von der Klägerin honoriert verlangen, verkennt grundlegend Wortlaut und Sinn des Arztvertrages und insbesondere seiner Vergütungsregelung. Danach wollte die Klägerin, abgesehen von dem Bettengeld von 0,50 DM pro Tag nach § 8 Buchst. d, gerade nicht Schuldner einer Vergütung für die ärztliche Behandlung von Kassenpatienten sein. Die Parteien gingen zur Zeit des Vertragsabschlusses im Frühjahr 1954 offensichtlich davon aus, der Beklagte habe sich wegen der Leistungen nach § 8 Buchst. b an die KVB zu halten, die entsprechend den von den Krankenkassen eingehenden Geldern und gemäß ihrem Verteilungsschlüssel Zahlungen leisten sollte und geleistet hat. So ist jahrelang verfahren worden. Der Beklagte hat von der KVB insoweit nur sehr geringe Beträge erhalten, zuletzt 1955/1956 nur 50,- DM, weil nämlich die Blutbilder von der KVB weder vor noch nach Inkrafttreten der erhöhten Preugosätze honoriert wurden. Die Einkünfte des Beklagten nach § 8 Buchst. b des Arztvertrages fielen gegenüber den Gesamteinnahmen,

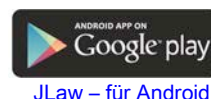


die die Klägerin unwidersprochen auf 50.000 bis 60.000,- DM jährlich beziffert hat, überhaupt nicht ins Gewicht.

Durch den teilweisen Entzug der Kassenzulassung trat eine Veränderung der Verhältnisse nur insoweit ein, als der Beklagte nunmehr nicht mehr bei der KVB liquidieren konnte. Damit trat die Notwendigkeit ein, einen anderen Weg für die Liquidierung dieser ärztlichen Leistungen zu finden. Dies geschah dadurch, daß die Klägerin an die Stelle der KVB trat, weil sie nunmehr von den Krankenkassen die Beträge für ihre Chefärzte erhielt, die bisher der KVB zuflossen und dieser nunmehr abgezogen wurden. Nicht erforderlich und nach Wortlaut und Sinn des Arztvertrages auch gar nicht möglich war eine Erhöhung der Zahlungen zu Lasten der Klägerin über die Beträge hinaus, die sie von den Kassen erhielt.

Dasselbe gilt hinsichtlich einer Änderung des Verteilungsschlüssels. Diese Punkte bedurften nicht einer ergänzenden Vertragsauslegung, weil sich insoweit die Verhältnisse nicht geändert hatten. Wenn der Beklagte auch insoweit eine Abänderung der Vergütungsregelung erstrebte, so hätte dies einer einverständlichen Vertragsänderung bedurft. Eine derartige Änderung hat der Beklagte auch angestrebt, aber nicht erreicht. Es geht nicht an, das von den Parteien vereinbarte Gleichgewicht der gesamten Vergütungsregelung aufzuheben, indem nunmehr eine zusätzliche Zahlung von über 70.000,- DM für drei Jahre verlangt wird, während für die gleichen Leistungen die KVB zuletzt jährlich 50,- DM zahlte.

Es ist letzten Endes auch unerheblich, ob in § 8 Buchst. b des Arztvertrages mit einer Preugomindestgebühr von 10,- DM die Sätze der Preugo (alt) gemeint waren oder die mit Wirkung vom 1. Januar 1953 an erhöhten



Preugosätze. Die KVB hat jedenfalls die Blutbilder bei stationärer Behandlung vor wie nach dem 1. Januar 1953 mit der Begründung nicht honoriert, diese seien mit dem Pflegesatz abgegolten. Es kann hier dahinstehen, ob diese Handhabung der KVB rechtmäßig war. Jedenfalls kam zur Zeit des Vertragsabschlusses zwischen den Parteien im Frühjahr 1954 ein Liquidationsrecht des Beklagten für die Blutbilder tatsächlich nicht in Betracht. Dann kann aber der Beklagte diese Blutbilder nicht nunmehr von der Klägerin vergütet verlangen, weil sich lediglich der Liquidationsweg geändert hat.

Etwas anderes könnte nur gelten, falls die Klägerin bei ihren Verhandlungen mit den Kassen die Interessen der Chefärzte nicht genügend wahrgenommen hätte. Insoweit hat aber der Beklagte nichts vorgetragen und die Klägerin unwidersprochen ausgeführt, daß sie von diesem Sachverhalt erst während dieses Rechtsstreits erfahren habe. Es wäre Sache des Beklagten gewesen, der nach seinem eigenen Vorbringen mindestens an einer Unterredung der Chefärzte mit dem Oberbürgermeister im November 1955 teilgenommen hat, auf diesen Punkt hinzuweisen, falls wirklich die Blutbilder zu Unrecht nicht von der KVB honoriert wurden.

gez. Wichmann      Dr. Schröder      Dr. Auffarth  
                                 Seiler                                   Kempe

