

Aktenzeichen: 5 AZR 394/89

Bundesarbeitsgericht 5. Senat Urteil vom 25. Juli 1990
- 5 AZR 394/89 -

I. Arbeitsgericht Urteil vom 21. Juli 1988
Minden - 1 Ca 1149/87 -

II. Landesarbeitsgericht Urteil vom 13. April 1989
Hamm - 17 Sa 1519/88 -

Für die Amtliche Sammlung: Ja
Für die Fachpresse: Ja
Für das Bundesarchiv: Ja



Entscheidungsstichwort:

Chefarzt - Änderung der Gebührenordnung

Gesetz: BGB §§ 133, 157, § 611 Arzt-Krankenhaus-Vertrag, § 242 Geschäftsgrundlage, § 611 Abs. 1; ZPO § 256, § 565 a; Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - vom 12. November 1982 i. d. F. der Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I, S. 1680) § 6 a; Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 i. d. F. der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I, S. 1680) § 3 Abs. 2, Satz 2, § 6 Abs. 3, § 18 Abs. 6 Satz 2; Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV) vom 21. August 1985 (BGBl. I, S. 1666) §§ 3, 5, 7, 8, 9, 11, 13

Leitsätze:

1. Die durch § 6 a GOÄ eingeführte Gebührenminderung für stationäre privatärztliche Leistungen hat keinen Einfluß auf eine zwischen Arzt und Krankenhaus vereinbarte Erstattung von Kosten für die Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen des Krankenhauses durch den privat liquidierenden Arzt.
2. Der in § 13 Abs 3 Nr 6 BPflV festgelegte pauschale Abschlag von den Pflegesätzen als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen sagt nichts darüber aus, ob die zwischen Arzt und Krankenhaus vertraglich vereinbarte Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen angemessen ist.



5 AZR 394/89

17 Sa 1519/88 Hamm

Verkündet am
25. Juli 1990

Clobes,

Amtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

Urteil

In Sachen

pp.

hat der Fünfte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25. Juli 1990 durch den Vorsitzenden Richter Professor Dr. Thomas, die Richter Dr. Gehring und Dr. Olderog sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Koffka und Werner für Recht erkannt:



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

- 2 -

1. Die Revision des Klägers gegen das Urteil
des Landesarbeitsgerichts Hamm vom 13. April
1989 - 17 Sa 1519/88 - wird zurückgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten der Revision zu
tragen.

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

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten darüber, ob der Kläger an den Beklagten nach Änderung des Rechtszustandes nur noch einen geringeren als den vertraglich vereinbarten Prozentsatz von seinem ärztlichen Honorar abzuführen braucht, das er bei der persönlichen stationären Behandlung von Privatpatienten erzielt.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1985 bestimmt § 6 a der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - vom 12. November 1982 (BGBl I S. 1522) - im folgenden kurz GOÄ 1982 - in der Fassung vom 20. Dezember 1984 (BGBl I S. 1680) für die Berechnung der Gebühren bei stationärer Behandlung folgendes:

- " 1. Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen sind die ... Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern
2. Neben den nach Absatz 1 Satz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen;"



- 3 -

Nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 GOÄ 1982 i. d. F. vom 20. Dezember 1984 ist diese 15 %ige Minderung auf den Arztrechnungen anzugeben und der Rechnungsbetrag entsprechend zu kürzen.

Ebenfalls mit Wirkung vom 1. Januar 1985 (BGBl I S. 1680) wurde § 3 Abs. 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung - BPflV - vom 25. April 1973 (BGBl I S. 333, 419) - im folgenden kurz BPflV 1973 - wie folgt neu gefaßt:

Für Patienten, denen ärztliche Wahlleistungen nach § 6 gesondert berechnet werden, ist der allgemeine Pflegesatz um 5 vom Hundert zu ermäßigen.

§ 18 Abs. 6 Satz 2 BPflV 1973 erhielt folgende neue Fassung:

Als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nach § 6, die von Ärzten des Krankenhauses berechnet werden, ist das 1,2fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge nach § 3 Abs. 2 Satz 2 abzuziehen.

Die geänderte BPflV 1973 wurde zum 1. Januar 1986 durch die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 21. August 1985 - BPflV 1986 - (BGBl I S. 1666) abgelöst. In der BPflV 1986 ist u.a. folgendes geregelt:

" § 3

Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

(1) Die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) vereinbaren zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach Maßgabe der §§ 4 bis 6

1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) und Pflegesätze nach § 5, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,



2.

- (2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

.....

§ 5

Pflegesätze

- (1) Für jedes Krankenhaus wird auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung ein allgemeiner Pflegesatz vereinbart.

(2)

(3)

.....

§ 7

Wahlleistungen

- (1) Neben den Pflegesätzen dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist.

(2)

- (3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus der Gebührenordnung für Ärzte ergibt.

- (4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.



- 5 -

§ 8

Pflegesatzabschläge

Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist um 5 vom Hundert zu ermäßigen

1.
2. für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 (Wahlarztabschlag).
-

§ 9

Berechnung der Pflegesätze

- (1) Für allgemeine Krankenhausleistungen sind, soweit sich aus dieser Verordnung nichts anderes ergibt, ausschließlich die Pflegesätze zu berechnen ohne Rücksicht darauf, wer zur Zahlung verpflichtet ist. Pflegesatzabschläge sind in der Rechnung auszuweisen.
- (2) bis (4)

§ 11

Kostenerstattung der Ärzte

- (1) Soweit Ärzte zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhausträger die im Pflegezeitraum entstehenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 4 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.
- (2)
- (3) Soweit Ärzte des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 selbst berechnen können, sind sie insgesamt verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.
- (4) bis (5)



- 6 -

- (6) Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch den Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 5 nicht berührt.

.....

§ 13

Selbstkosten der geförderten Krankenhäuser

- (1) bis (2)

- (3) Zur Ermittlung der Selbstkosten des Krankenhauses werden für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, nach näherer Bestimmung im Kosten- und Leistungsnachweis von den Gesamtkosten insbesondere folgende Kosten des Krankenhauses abgezogen:

1. bis 5.

6. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 das 1,2fache der Summe der für den Pflege-satzzeitraum geltenden Wahlarztabschläge nach § 8 Satz 1 Nr. 2,

7.

8. die Kosten der nichtärztlichen Wahlleistungen nach § 7; als Kostenabzug sind für gesondert berechenbare Unterkunft die darauf entfallenden Berechnungstage mit folgenden Umrechnungsfaktoren zu gewichten:

- a) Einbettzimmer
- b) Einbettzimmer
- c) Zweibettzimmer

- (4)

....."

Der am 30. Mai 1929 geborene Kläger ist aufgrund Vertrages vom 9. November 1967 (sog. Altvertrag) seit dem 1. Dezember 1967 im Krankenhaus des Beklagten als Chefarzt der Anästhesieabtei-



lung beschäftigt. Als Vergütung ist ein Gehalt entsprechend der Vergütungsgruppe I b, später I a BAT vereinbart. Der Kläger ist zur Selbstliquidation berechtigt. Dazu heißt es im Vertrag wie folgt:

" § 4

Herrn Dr. N wird gestattet, auf eigene Rechnung und Gefahr

- a) Patienten der I. und II. Pflegeklasse auf seinem Fachgebiet zu behandeln bzw. zu versorgen. Die Höhe der Liquidation bestimmt er selbst. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Patienten sind zu berücksichtigen.
- b) Im Krankenhaus ambulante und gutachterliche Tätigkeiten auszuüben.

Die Forderungen für die ärztlichen Leistungen aus dieser Nebentätigkeit werden von Herrn Dr. N selbst berechnet und eingezogen. Die Verwaltung des Zweckverbandes stellt die Sachkosten bei stationärer und ambulanter Behandlung in Rechnung und zieht sie ein, sofern die Abrechnungsbestimmungen der Versicherungsträger nichts anderes vorsehen. Sind ärztliche Leistungen und Sachkosten pauschal abzurechnen oder hat Herr Dr. N die Sachkosten dem Kostenträger in Rechnung gestellt (z.B. Gutachten), sind zwischen dem Arzt und der Verwaltung in bezug auf den Anteil der Sachkosten Sondervereinbarungen zu treffen. Herr Dr. N hat der Verwaltung alle Abrechnungsunterlagen nach Beendigung der Behandlung zur Verfügung zu stellen. Die Ausarbeitung von Gutachten kann Assistenzärzten übertragen werden.

§ 5

In allen Fällen darf Herr Dr. N bei der Ausübung der in § 4 genehmigten Nebentätigkeit Personal und Einrichtung der Anästhesie-Abteilung in Anspruch nehmen. Herr Dr. N gibt dem Zweckverband als Ausgleich für das Vorhalten der Einrichtungen für die Nebentätigkeit folgenden Anteil aus den Nebeneinnahmen ab:

- a) aus der stationären Behandlung = 20 % vom ärztlichen Honorar
- b) aus der ambulanten und gutachterlichen Tätigkeit = 20 % vom ärztlichen Honorar.



- 8 -

Die Abrechnungen mit der Verwaltung des Zweckverbandes sind mit Ablauf eines jeden Monats vorzunehmen. Zu den nichtabgabepflichtigen Nebeneinnahmen gehören die Einkünfte aus wissenschaftlicher und literarischer Tätigkeit. Die Inanspruchnahme der Einrichtungen, Benutzung der Räume, Apparate, Instrumente und des Personals des Zweckverbandes in einem zumutbaren Rahmen ist Voraussetzung.

§ 6

Die Versorgung der stationären Kranken ist Hauptaufgabe, sie darf nicht durch die Nebentätigkeit beeinträchtigt werden. Gegebenenfalls bleibt eine Einschränkung der Nebentätigkeit ausdrücklich vorbehalten.

Der Kläger war bis zum 31. Dezember 1984 der einzige Chefarzt der Anästhesieabteilung. Zum 1. Januar 1985 stellte der Beklagte mit Einwilligung des Klägers zwei weitere mit dem Kläger gleichberechtigte Chefärzte der Anästhesieabteilung ein.

Der Kläger erzielte im Jahre 1984, als er noch allein als Chefarzt für die Anästhesieabteilung tätig war, eine Liquidationseinnahme im stationären Bereich von 966.663,26 DM. Von 1985 bis 1987 einschließlich wurden von den nunmehr drei Chefärzten insgesamt folgende Liquidationseinnahmen im stationären Bereich erreicht:

1985 = 818.615,57 DM
1986 = 870.974,46 DM
1987 = 1.014.495,-- DM.

Dabei entfielen auf den Kläger folgende Beträge:

1985 = 559.807,75 DM
1986 = 393.527,42 DM
1987 = 439.049,66 DM.



Seit dem 1. Januar 1985 führt der Kläger die 20 %ige Abgabe aus seinen Liquidationseinnahmen im stationären Bereich (§ 5 Satz 2 Buchst. a seines Dienstvertrages) nur noch unter dem Vorbehalt einer Rückforderung ab.

Der Kläger hat geltend gemacht, er sei ab dem 1. Januar 1985 nicht mehr verpflichtet, an den Beklagten die ursprünglich vereinbarte Abgabe von 20 % aus seinen Liquidationseinnahmen im stationären Bereich abzuführen. Durch § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV 1986 sei verbindlich festgeschrieben, daß die Gesamtheit der Chefärzte nur noch 6 % des allgemeinen Pflegesatzes als Abgabe von ihren Liquidationserlösen im stationären Bereich an den Krankenhausträger zu entrichten hätten. Zumindest müsse § 5 Satz 2 Buchst. a seines Chefarztvertrages wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage dahin angepaßt werden, daß er dem Beklagten nur noch diese Abgabe zu erbringen habe.

Der Gesetz- und Verordnungsgeber habe mit der ab 1. Januar 1985 geltenden Rechtsänderung zu verstehen gegeben, daß mit der Minderung des Arzthonorars um 15 % bei liquidationsberechtigten Krankenhausärzten und dem gleichzeitigen Pflegesatzabschlag von 5 % für den Krankenhausträger die Sachkosten und die nichtärztlichen Personalkosten, die bei der Behandlung von Privatpatienten entstehen, voll abgedeckt seien. Dieser gesetzlichen Neuregelung seien die Chefarztverträge anzupassen, da man sonst dem Willen des Gesetzgebers nicht gerecht werden würde.



Aus § 5 seines Vertrages folge, daß er, soweit er in Ausübung des ihm eingeräumten Liquidationsrechts im stationären Bereich Einrichtungen des Beklagten in Anspruch nehme, nur zur Kostenerstattung verpflichtet sei. Mit der vereinbarten Zahlung von 20 % seiner Liquidationseinnahmen habe er keinen Vorteilsausgleich für die Bereitstellung von Einrichtungen des Beklagten abzugelten. Bis 1972 hätten die Krankenhausträger bei der Kalkulierung ihrer Pflegesätze die Liquidationsabgaben ihrer Chefärzte nicht zu berücksichtigen brauchen. Erst danach seien sie verpflichtet worden, 70 % der Liquidationsabgaben bei der Berechnung in Ansatz zu bringen, so daß sie 30 % dieser Abgaben als Interessenausgleich zur Verfügung gehabt hätten. Aufgrund der Änderung in der BPflV 1973 bzw. BPflV 1986 ab dem 1. Januar 1985 hätten die Krankenhausträger jedoch nur noch 6 % des ungekürzten Pflegesatzes als Kostenerstattung ihrer liquidationsberechtigten Ärzte bei der Berechnung ihrer Pflegesätze in Anrechnung zu bringen. Damit habe der Beklagte bei der Fortgeltung der Abführung von 20 % seiner Liquidationseinnahmen im stationären Bereich einen durch den Gesetz- und Verordnungsgeber nicht gewollten Gewinnvorteil, während er durch die Honorarminderung um 15 % einen nicht hinnehmbaren finanziellen Nachteil erleide.

Unter Berücksichtigung der Honorarminderung um 15 % und einer weiteren Kostenerstattung an den Beklagten von 20 % von diesen Liquidationseinnahmen habe er 1985 einen Nettoverlust an Liquidationseinnahmen im stationären Bereich von 79.033,-- DM, 1986 von 55.567,-- DM und 1987 von 61.983,-- DM zu verzeichnen. Bezogen auf seine Bruttoliquidationseinnahmen in diesen Jahren



ergebe dies durchschnittlich ein Minus von 13,83 %. Würde dieser Satz von dem vereinbarten Kostenerstattungsbetrag von 20 % abgezogen, hätte er nur noch 6,17 % an Kosten zu erstatten. Da jedoch auch der Beklagte seinen Pflegesatz ab dem 1. Januar 1985 um 5 % kürzen müsse, sei er bereit, ab dem 1. Januar 1985 9,82 % von seinen Liquidationsbeträgen im stationären Bereich an Kosten-erstattung abzuführen. Ausgehend hiervon habe ihm der Beklagte daher von der unter Vorbehalt für 1985 bis 1987 erbrachten Abgabe den Betrag von 189.749,-- DM zu erstatten.

Der Kläger hat beantragt,

1. festzustellen, daß er ab 1. Januar 1985 entgegen § 5 Buchst. a seines Dienstvertrages für seine stationäre wahlärztliche Tätigkeit lediglich verpflichtet ist, an den Beklagten den Betrag zu zahlen, der sich für ihn bei der Aufteilung des Kostenabzugs nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV entsprechend dem prozentualen Verhältnis der Bruttolohneinnahmen der liquidationsberechtigten Ärzte des Beklagten für Leistungen im stationären Bereich zueinander ergibt;
2. den Beklagten zu verurteilen, an ihn von der in den Jahren 1985 bis 1987 unter Vorbehalt geleisteten Liquidationsabgabe den Betrag von 189.749,-- DM nebst 4 % Zinsen ab Klagezustellung zurückzuzahlen;
3. hilfsweise
 - a) den Beklagten zu verurteilen, der nachfolgenden Änderung seines Dienstvertrages vom 9. November 1967 zuzustimmen:

§ 5 Buchst. a seines Privatdienstvertrages vom 9. November 1967 erhält folgende Fassung:

Aus der stationären Behandlung = 10 % vom ärztlichen Honorar,
 - b) den Beklagten zu verurteilen, von der von ihm in den Jahren 1985 bis 1987 unter Vorbehalt geleisteten Liquidationsabgabe an ihn den Betrag von 139.233,-- DM nebst 4 % Zinsen ab Klagezustellung zurückzuzahlen.

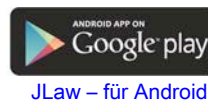


Der Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Er hat vorgetragen, für das Klagebegehren fehle jede Rechtsgrundlage. Durch die Änderungen des Rechtszustandes ab dem 1. Januar 1985 sei keine Rechtspflicht für die Krankenhausträger dahin geschaffen worden, die Kostenabgaben ihrer liquidationsberechtigten Ärzte auf 6 % des Pflegesatzes festzuschreiben. Vielmehr sei durch die Änderungen bewußt nicht in bestehende Vereinbarungen von Chefarztverträgen eingegriffen worden.

Auf eine Anpassung seines Vertrages könne sich der Kläger nicht berufen. Früher seien die Sachkosten für die stationären ärztlichen Liquidationstätigkeiten des Klägers zusätzlich zu der 20 %igen Abgabe nach den Pflegekostentarifen abgerechnet worden. Erst ab dem 1. Januar 1975 habe er diese zusätzliche Berechnung nicht mehr vornehmen können. Hieraus und auch aus der alten Regelung in der BPflV 1973, wonach ihm 30 % der Arztabgaben aus dem stationären Liquidationsbereich bei der Berechnung des Pflegesatzes anrechnungsfrei geblieben seien, folge, daß die Abgaben des Klägers von seinen Liquidationserlösen von Beginn an nicht nur der reinen Kostenerstattung, sondern auch dem Vorteilsausgleich für das Bereithalten der Krankeneinrichtungen und der Mithilfe der nachgeordneten Ärzte gedient hätten. Die hierfür anfallenden Kosten hätten sich jedoch nach dem 1. Januar 1985 nicht verringert, sondern erhöht, weil die vom Kläger erbrachte Anzahl an Anästhesien von 1985 bis 1987 gestiegen sei. Demgegenüber habe er, der Beklagte, wegen der Minderung der Arzthonorare des Klägers ab dem 1. Januar 1985 auch weniger an Abgabeleistung je



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



[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Dagegen richtet sich die Revision, mit der der Kläger sein Klageziel weiterverfolgt.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die Revision bleibt ohne Erfolg. Dem Landesarbeitsgericht ist darin beizutreten, daß der Kläger auch nach dem 1. Januar 1985 verpflichtet ist, den vertraglich vereinbarten Prozentsatz seines Honorars an den Beklagten abzuführen. Damit entfällt gleichzeitig eine Anspruchsgrundlage für Vertragsanpassung und Rückzahlung.

I. Die Neuregelung des Krankenhausrechts ab 1. Januar 1985 hat in bestehende Vertragsverhältnisse nicht eingegriffen. Das hat das Landesarbeitsgericht zutreffend erkannt und ausgeführt. Sein Ergebnis und seine Begründung werden von der Revision auch ausdrücklich nicht mehr angegriffen.

1. Die mit dem 1. Januar 1985 in Kraft getretene Rechtsänderung im Krankenhauswesen verfolgte das Ziel, die zahlungspflichtigen Privatpatienten vor doppelten Kostenberechnungen zu schützen (BR-Drucks. 574/84, S. 1). Denn bislang wurden Personal- und Sachkosten ärztlicher Leistungen sowohl durch die BPflV als auch durch die GOÄ abgegolten. Doppelte Kostenberechnungen sollten nunmehr durch eine entsprechende Abstimmung der beiden Rechtsverordnungen verhindert werden (aaO, S. 6).



Dabei berücksichtigte die Minderung der ärztlichen Gebühren nach § 6 a GOÄ Personal- und Sachkosten nur teilweise; ein Teil der den privatärztlichen stationären Leistungen zuzuordnenden Kosten des Krankenhauses wird wie bisher mit der ärztlichen Gebühr abgegolten (aaO, S. 8). Im Verlaufe des Verfahrens über die Neuregelung der Kostenbelastung war durch die Ländervertretung - un widersprochen - geltend gemacht worden, erst bei einem Abschlag von 25 % bzw. - bei bestimmten Leistungen - von 35 % von den in der GOÄ festgesetzten ärztlichen Gebühren werde die ungerechtfertigte Doppelbelastung der Privatpatienten mit Personal- und Sachkosten stationär erbrachter privatärztlicher Leistungen vermieden. Ein Beschluß des Bundesrates vom 13. Juli 1984 forderte deshalb eine entsprechende Fassung des § 6 a GOÄ. Bei dieser Höhe der Gebührenminderung sah der Bundesrat dann auch keine Grundlage mehr für eine Kostenerstattung der liquidierenden Ärzte an das Krankenhaus (vgl. zum Ganzen BR-Drucks. 269/84 - Beschluß -). Es ist jedoch schließlich nur zu der eingangs dargestellten Regelung des § 6 a GOÄ mit einem Abschlag von 15 % gekommen.

Deshalb ordnete § 18 Abs. 6 Satz 2 BPflV 1973 i. d. F. vom 20. Dezember 1984 bei ärztlichen Wahlleistungen einen pflegesatzmindernden Kostenabzug von 6 v. H. des allgemeinen Pflegesatzes an für noch verbleibende Teile von mit den ärztlichen Gebühren abgegoltenen Sach- und Personalkosten (vgl. BR-Drucks. 574/84, S. 8). § 18 Abs. 6 Satz 2 BPflV 1973 i. d. F. vom 20. Dezember 1984 löste die frühere Regelung ab, wonach 70 % der tatsächlichen Abgaben der Ärzte in die Selbstkostenrechnung des Krankenhauses



gers einzustellen waren. Nunmehr hatte der Krankenhausträger bei der Berechnung seines Pflegesatzes die Kostenerstattungsbeträge seiner im stationären Bereich liquidationsberechtigten Ärzte in die Selbstkostenrechnung mit 6 % der ungekürzten Wahlleistungspflegesätze einzustellen. Die Höhe der Abgabenzahlungen der Ärzte spielte jetzt keine Rolle mehr. Diese Regelung gilt mit Wirkung ab 1. Januar 1986 als § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV 1986 weiter.

2. Jedoch bestimmt § 11 Abs. 3 Satz 1 BPflV 1986, daß Krankenhausärzte, soweit sie wahlärztliche Leistungen selbst berechnen können, insgesamt verpflichtet sind, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden und nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV 1986 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Diese Kostenerstattung kann pauschaliert werden (§ 11 Abs. 3 Satz 2, Abs. 1 Satz 2 BPflV 1986). Stehen vertragliche Regelungen dieser Kostenerstattungspflicht entgegen, müssen sie angepaßt werden.

Diese Anpassungsregelung (§ 11 Abs. 3 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 3 BPflV 1986) betrifft aber nur diejenigen Arztverträge, die bisher eine Kostenbeteiligung der liquidationsberechtigten Ärzte nicht kannten. Nicht erfaßt werden dagegen alle diejenigen Arztverträge, in denen eine höhere Kostenbeteiligung vereinbart ist. Für diese Verträge verlangt die Verordnung keine Anpassung, etwa in der Weise, daß die liquidationsberechtigten Ärzte nunmehr nur noch höchstens 6 % der ungekürzten Wahlleistungspflegesätze als Kostenbeteiligung zu erstatten brauchten.



II. Zutreffend weist die Revision darauf hin, daß die im stationären Bereich tätigen liquidationsberechtigten Ärzte unmittelbar von der Neuregelung betroffen sind, die sich aus § 6 a GOÄ i. d. F. vom 20. Dezember 1984 ergibt. Nach dieser Bestimmung sind bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen die Gebühren um 15 v. H. zu mindern. Die Honorarminderung wirkt sich im Fall des Klägers allerdings nur in Höhe von 12 v. H. seiner Bruttoliquidationseinnahmen aus, weil er 20 v. H. dieser Einnahmen vertraglich an den Beklagten abführen muß. Diese Honorarminderung will der Kläger im Verhältnis zum Beklagten nicht hinnehmen. Er ist der Auffassung, daß die in § 5 seines Dienstvertrages vereinbarte Ausgleichspflicht im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung so geändert werden muß, daß die Honorarminderung auf die dem Krankenhausträger geschuldeten Abgaben zu verrechnen ist. Dem kann jedoch nicht gefolgt werden.

1. Die Voraussetzungen für eine ergänzende Vertragsauslegung liegen nicht vor. Eine ergänzende Vertragsauslegung nach § 157 BGB kommt in Betracht, wenn zu einem bestimmten Punkte eine Vereinbarung der Parteien nicht vorliegt oder wenn sich durch beim Vertragsabschluß nicht erkennbare Umstände später aufgrund der weiteren Entwicklung der Rechtsbeziehungen der Vertragspartner eine Vertragslücke ergibt (vgl. BGHZ 26, 204, 211; 11, 16, 24; 15, 224, 228 f.; BAG Urteil vom 8. November 1972 - 4 AZR 15/72 - AP Nr. 3 zu § 157 BGB, m.w.N.). Ob überhaupt eine Vertragslücke entstanden ist, kann das Revisionsgericht beantworten (BAGE 37, 26, 28 f. = AP Nr. 8 zu § 75 HGB, zu I 2 der Gründe).



Wird eine Vertragslücke festgestellt, muß sie geschlossen werden. Dabei kommt es entscheidend darauf an, was die Parteien, hätten sie die spätere Entwicklung vorausgesehen, nach Treu und Glauben und unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der übrigen Vertragsbestimmungen vereinbart hätten (§ 157 BGB; vgl. BAG Urteil vom 2. September 1965 - 5 AZR 24/65 - AP Nr. 4 zu § 128 ZPO, zu II 3 der Gründe).

Im Streitfall kommt eine ergänzende Vertragsauslegung nicht in Betracht, weil der Dienstvertrag des Klägers weder bei Vertragsabschluß in einem Punkt lückenhaft gewesen ist, noch weil sich eine Lücke im Laufe der Entwicklung der Rechtsbeziehungen der Vertragspartner ergeben hat. § 4 des Vertrages gestattet dem Kläger, in bestimmten Fällen seine ärztliche Leistung selbst zu liquidieren. Der Beklagte hat dagegen keine Garantie für den Bestand der Berechnungsgrundlagen oder für eine bestimmte Liquidationshöhe übernommen. Diese Punkte fallen in die Sphäre des Klägers.

Soweit der Verordnungsgeber Einfluß auf die Höhe der Gebühren nimmt, betrifft dieser Umstand den Kläger als zur eigenen Berechnung befugten Arzt. Eine Lücke in den Vertragsbeziehungen der Parteien ist jedoch nicht entstanden. § 4 des Vertrages des Klägers bleibt bestehen.

2. Ebenso kommt eine Vertragsanpassung aus dem rechtlichen Gesichtspunkt des Wegfalls der Geschäftsgrundlage nicht in Betracht.



a) Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesarbeitsgerichts sind Geschäftsgrundlage die bei Abschluß des Vertrages zu Tage getretenen, dem anderen Teil erkennbar gewordenen und von ihm nicht beanstandeten Vorstellungen einer Partei oder die gemeinsamen Vorstellungen beider Parteien vom Vorhandensein oder dem künftigen Eintritt gewisser Umstände, sofern der Geschäftswille der Parteien hierauf aufbaut (BGHZ 25, 390, 392; BAGE 52, 273, 276 = AP Nr. 7 zu § 242 BGB Geschäftsgrundlage, zu 2 b der Gründe, m.w.N.). Anerkannt ist in der Rechtsprechung, daß Gesetzesänderungen die Geschäftsgrundlage eines bürgerlich-rechtlichen Vertrages so verändern können, daß Leistung und Gegenleistung nicht mehr in dem zuvor vereinbarten Verhältnis stehen und daß die vertraglichen Absprachen dann nach den Regeln über den Wegfall oder die Änderung der Geschäftsgrundlage anzupassen sind (BAGE 42, 336, 343 = AP Nr. 12 zu § 611 BGB Arzt-Krankenhaus-Vertrag, zu I 1 der Gründe, mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Die Anpassung ist dann geboten, wenn der Vertrag selbst keine Regelung darüber enthält, wie bei einer Änderung der Geschäftsgrundlage zu verfahren ist, und wenn einer Partei das weitere Festhalten am Vertrag nicht mehr zuzumuten ist (BGH Urteil vom 29. September 1961 - V ZR 136/60 (Celle) - NJW 1962, 29, 30, m.w.N.).

Diese Grundsätze hat der Senat bereits mehrfach auf Fallgestaltungen anzuwenden gehabt, welche die Anpassung eines Chefarztvertrages mit Liquidationsbefugnis für Leistungen im Belegarztbereich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung betrafen. Darüber hinaus hat der Senat die Grundsätze über den Wegfall der



Geschäftsgrundlage auch in einem Fall angewandt, bei dem bestimmte Vergütungsteile eines Chefarztes infolge Änderung der Gebührenordnung für Ärzte zurückgingen (vgl. Urteil vom 3. Mai 1989 - 5 AZR 310/88 -, zur Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung und in der Fachpresse bestimmt). Auch hier spielte die Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 in der Fassung vom 20. Dezember 1984 (BGBl I S. 1680) eine Rolle.

b) Im Streitfall sind (ebenso wie in dem am 3. Mai 1989 entschiedenen Rechtsstreit) die Voraussetzungen für den Wegfall der Geschäftsgrundlage des Dienstvertrages des Klägers jedoch nicht erfüllt. Der Kläger könnte nur dann mit seiner Klage durchdringen, wenn zur Geschäftsgrundlage seines Dienstvertrages entweder die Vorstellung einer bestimmten Einkommenshöhe oder die Vorstellung gehörte, die bei Vertragsabschluß gültige Gebührenordnung für Ärzte werde sich in Zukunft nicht ändern.

Beide Voraussetzungen liegen nicht vor. Daß die Parteien von einer bestimmten Einkommenshöhe bei den in § 4 des Dienstvertrages des Klägers geregelten Wahlleistungen und Gutachterhonoraren ausgegangen wären, ist von keiner der Parteien vorgetragen und auch sonst nicht ersichtlich. Der Vertrag sagt dazu nichts aus.

Welchen Einfluß eine Änderung der Gebührenordnung für Ärzte auf die Vertragsbeziehungen der Parteien haben sollte, ist im Vertrag ebenfalls nicht geregelt. Andererseits können die Parteien bei Vertragsabschluß am 9. November 1967 nicht davon ausge-



gangen sein, daß die Gebührenordnung für Ärzte für alle Zukunft - zumindest aber für die Dauer ihrer Vertragsbeziehungen - unverändert bestehen bleiben werde. Selbst wenn man wegen der Neuregelung der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 20. Dezember 1984 sowie weiter wegen der Änderung des Pflegesatzrechts von einer Änderung der Geschäftsgrundlage des Dienstvertrages des Klägers ausgehen wollte, könnte eine Vertragsanpassung nur dann in Betracht kommen, wenn dem Kläger das weitere Festhalten am Vertrag nicht mehr zumutbar wäre. Das läßt sich jedoch bei einer Honorarminderung von effektiv 12 v. H. auf bestimmten Liquidationsgebieten nicht bejahen. Zu berücksichtigen ist dabei zunächst, daß mit der Änderung der Gebührenordnung für Ärzte gerade eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen angestrebt wurde. Weiter ist es entgegen dem Vortrag der Revision durchaus zutreffend, daß die Gebührenminderung bezweckte, die Privatpatienten von Kosten zu entlasten, die ihrerseits im Pflegesatz enthalten waren, weil sie beim Krankenhaus anfielen und Personal- und Sachkosten betrafen, die der privat liquidierende, im Krankenhaus tätige Arzt nicht aufzuwenden hat (vgl. dazu oben zu I 1).

c) Soweit der Kläger die in § 5 seines Dienstvertrages niedergelegte Abgabepflicht von 20 % seiner Privatliquidation aus stationärer Behandlung mit heranzieht, um in Verbindung mit der Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ zu begründen, daß die Geschäftsgrundlage für die unverändert fortbestehende Abgabepflicht entfallen sei, kann ihm auch insoweit nicht gefolgt werden.



Trotz der Gebührensenkung erhält der nach der GOÄ liquidierende Arzt weiterhin Anteile für Personal- und Sachkosten, die bei dem im stationären Bereich tätigen Arzt nicht anfallen (vgl. dazu die oben zu I 1 wiedergegebenen Erklärungen des Verordnungsgebers). Deshalb sieht § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV 1986 einen Pflegesatzabschlag von 6 % der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge nach § 3 Abs. 2 Satz 2 BPflV 1984 bei der Ermittlung der Selbstkosten des Krankenhauses vor. Dieser, die Höhe des Pflegesatzes beeinflussende Abschlag soll Doppelleistungen der Privatpatienten bei nichtärztlichen Personalkosten und Sachkosten abmildern, die einerseits im Pflegesatz unterzubringen sind, andererseits nach wie vor in den Gebühren nach der GOÄ ihren Niederschlag finden. Die Höhe des Abschlags von 6 % der Summe praktisch der Liquidationserlöse der zur gesonderten Berechnung ihrer Dienstleistungen berechtigten Ärzte regelt allein die Frage, wie im Verhältnis zu den dem Krankenhaus gegenüber Leistungsverpflichteten die doppelte Kostenbelastung abgefangen werden soll.

Aus dieser Regelung kann der Kläger für die Höhe seiner vertraglichen Abgabepflicht nichts herleiten, zumal da bei § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV mit seiner Pauschalierung offen bleibt, inwieweit – auch im Hinblick auf die vom Bundesrat gewollten Gebührenminderungen (vgl. oben zu I 1) – die Abschläge die Doppelbelastung ausgleichen. Deshalb kann der Kläger nicht unter Hinweis auf § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV 1986 geltend machen, seine Abgabepflicht sei nach § 242 BGB zu mindern.



III. Soweit der Kläger Verfahrensrügen erhoben hat, hält der Senat diese nicht für durchgreifend. Von einer Begründung wird gemäß § 565 a ZPO, § 72 Abs. 5 ArbGG abgesehen.

Dr. Thomas

Dr. Gehring

Dr. Olderog

Dr. Koffka

Werner

