

Aktenzeichen: 5 AZR 435/91  
Bundesarbeitsgericht 5. Senat

Urteil vom 19. August 1992  
- 5 AZR 435/91 -

I. Arbeitsgericht  
Oldenburg

Urteil vom 24. Januar 1990  
- 2 Ca 610/88 -

II. Landesarbeitsgericht  
Niedersachsen

Urteil vom 18. Juni 1991  
- 13 Sa 474/90 -

---

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

---

Entscheidungsstichwort:

Abrechnungstreit Arzt-Krankenhaus

Gesetz:

BGB §§ 133, 157, § 611 Arzt-Krankenhaus-Vertrag; ZPO § 287,  
§ 563

Leitsätze:

k e i n e



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

5 AZR 435/91

-----  
13 Sa 474/90 Niedersachsen

Verkündet am  
19. August 1992

Clobes,  
Amtsinspektor  
als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

U r t e i l

In Sachen

pp.

hat der Fünfte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der münd-  
lichen Verhandlung vom 19. August 1992 durch den Vorsitzenden

- 2 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Richter Prof. Dr. Thomas, die Richter Dr. Gehring und Dr. Reinecke sowie die ehrenamtlichen Richter Liebsch und Kreienbaum für Recht erkannt:

1. Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landesarbeitsgerichts Niedersachsen vom 18. Juni 1991 - 13 Sa 474/90 - wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte 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 in der Revisionsinstanz noch darüber, ob der Kläger, ein leitender Arzt für Chirurgie, verpflichtet ist, der beklagten Stiftung, einem Krankenhausträger, Kosten für Sprechstundenbedarf in Höhe von 39.304,68 DM zu erstatten.

Der Kläger war vom 1. September 1987 bis zum 31. März 1988 als Arzt für Chirurgie, Teilgebietsbezeichnung Gefäßchirurgie, bei der Beklagten beschäftigt. Er führte die Dienstbezeichnung leitender Arzt. Grundlage des Arbeitsverhältnisses war der Dienstvertrag vom 28. August 1987. Gemäß § 4 Abs. 1 des Dienstvertrages (im folgenden: DV) erhielt der Kläger Dienstbezüge nach VergGr. I AVR. Nach § 4 Abs. 3 DV hatte er das stationäre Liquidationsrecht für Patienten, die Arztwahlleistungen in Anspruch nahmen. 40 % der Einnahmen aus dieser Liquidation standen der Beklagten zu, 60 % dem Kläger (§ 4 Abs. 5 DV). In § 5 DV ist u.a. bestimmt:



### Genehmigte Nebentätigkeiten

- (1) Der leitende Arzt ist berechtigt, neben seiner dienstlichen Hauptaufgabe folgende Nebentätigkeiten auf dem Teilgebiet Gefäßchirurgie (Varicen und Ulcusvenosum) auszuüben:
- a) ambulante Diagnostik, Therapie, Beratung und Behandlung
  - b) ambulante Gutachtertätigkeit
  - c) Konsiliartätigkeit
  - ...
- (5) Der leitende Arzt hat die dem Krankenhaus durch die Nebentätigkeiten entstehenden Kosten zu ersetzen. Abrechnungsgrundlage sind die Ergebnisse der Kosten- und Leistungsrechnung, die vom Krankenhaus im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen geführt wird.
- (6) Der leitende Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus alle für die Liquidation der Leistungen gemäß Abs. 1 erforderlichen Abrechnungsunterlagen monatlich zur Verfügung zu stellen.

Die Abrechnung, Verbuchung sowie Überwachung und den Einzug der Forderungen übernimmt das Krankenhaus. Die Einnahmen aus dieser Liquidation werden auf einem oder mehreren gesonderten Konten in der Krankenhausbuchhaltung erfaßt.

Die Sachkosten (allgemeine und besondere Kosten nach DKG-NT) sowie 30 % der Honorareinnahmen aus diesen Liquidationen werden vom Krankenhaus zur Deckung der durch die Nebentätigkeit verursachten Kosten als Abschlag einbehalten. 70 % der Honorareinnahmen werden dem leitenden Arzt vierteljährlich als Abschlag ausgezahlt. In der 1. Hälfte des Folgejahres erfolgt die Abrechnung mit dem leitenden Arzt.

Abrechnungsgrundlage sind die im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung des Krankenhauses ermittelten Kosten der Nebentätigkeiten des leitenden Arztes. Die Vertragsparteien können vereinbaren, die Kostenerstattungen zu pauschalisieren.



Die Abrechnung erfolgt nach dem tatsächlichen Geldeingang der jeweiligen Abrechnungszeiträume. Forderungsausfälle haben Krankenhaus und leitender Arzt in Höhe ihres obigen prozentualen Anteils jeweils selbst zu tragen. Der leitende Arzt hat das Recht, die ordnungsgemäße Abrechnung und Verbuchung der Liquidationserlöse zu prüfen oder durch einen Angehörigen der steuerberatenden oder wirtschaftsprüfenden Berufe prüfen zu lassen.

Der Kläger erhielt von der Beklagten Dienstbezüge und Abschlagszahlungen auf die Liquidationseinnahmen in Gesamthöhe von 101.509,71 DM. Die Ansprüche des Klägers berechnete die Beklagte wie folgt:

1. Gehalt 54.363,15 DM
2. Liquidationseinnahmen stationär = 59.063,45 DM  
Anspruch des Klägers 60 % = 35.438,07 DM
3. Gefäßambulanz  
Einnahmen: 52.077,77 DM

Mit Schreiben vom 15. September 1988 verlangte die Beklagte vom Kläger die Abrechnungsunterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung und kündigte gleichzeitig an, bei Nichtvorlage den Sachkostenanteil Ambulanz mit 50 % der Einnahmen zu schätzen, außerdem behielt sie sich Ansprüche aus Sprechstundenbedarf vor. Der Kläger legte die Abrechnungsunterlagen nicht vor, die Beklagte nahm sodann folgende Abrechnung vor:

|                                                                                        |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Abzug Sachkostenanteil von 50 %<br>gem. Schreiben vom 15. September<br>1988            | = 26.038,89 DM |
| Aufteilung des Restbetrages auf<br>30 % Honorarabgabe und 70 %<br>Anspruch des Klägers | = 18.227,22 DM |



Die Gesamtansprüche des Klägers belaufen sich danach auf 108.028,44 DM, sein unstreitiger Restanspruch auf 6.518,73 DM. Gegenüber diesem Anspruch hat die Beklagte aufgerechnet und überschießende Beträge im Wege der dem Kläger am 18. Oktober 1988 zugestellten Widerklage geltend gemacht aufgrund folgender Gegenansprüche:

|                                                            |              |
|------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Telefonkosten                                           | 31,60 DM     |
| 2. Nicht zurückgegebenes Fachbuch                          | 138,00 DM    |
| 3. Ersatz für nicht zurückgegebene Stenorette              | 377,05 DM    |
| 4. Sprechstundenbedarf für das 1. Quartal 1988 in Höhe von | 39.304,68 DM |

Die Beklagte hat dazu behauptet, der Kläger habe aus Krankenhausvorräten im stationären Bereich und aus der Krankenhausapotheke Material für die Ambulanz entnommen und nicht bezahlt. Mit Schreiben vom 24. Mai 1988 hatte die Beklagte den Kläger aufgefordert, über den Sprechstundenbedarf Rezepte auszustellen, um die entsprechenden Beträge bei den Krankenkassen anfordern zu können. Der Kläger lehnte dies ab. Die Beklagte hat im Prozeß Aufstellungen über den Sprechstundenbedarf vorgelegt und diese nochmals durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft berechnen lassen.

Für die Monate September bis Dezember 1987 hat der Kläger Rezepte über Sprechstundenbedarf in der Gesamthöhe von 46.719,45 DM unterschrieben. Dieser Betrag ist von den Krankenkassen aufgrund der eingereichten Rezepte an die Beklagte bezahlt worden. Die Höhe des Sprechstundenbedarfs (sie übersteigt nach Mitteilung der AOK den sonst üblichen Satz um 1.760 %) ist beanstandet worden, die Kassenärztliche Vereinigung nimmt den Kläger



im Wege des Regresses in Anspruch, das entsprechende Verwaltungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Der Kläger hat vorgetragen, der Sprechstundenbedarf sei nicht korrekt ermittelt worden, deshalb habe er die Unterschrift unter die Rezepte verweigert. Der angegebene Sprechstundenbedarf sei weit überhöht. Wahrscheinlich sei, daß ein erheblicher Teil des Verbrauchs stationär erfolgt sei. Schließlich müsse berücksichtigt werden, daß die Beklagte den Sachkostenanteil auf 50 % geschätzt habe, darin sei auch der Sprechstundenbedarf eingeflossen. Weitergehende Ansprüche der Beklagten bestünden daher nicht.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 6.518,73 DM  
brutto nebst 9 % Zinsen seit dem 21. Mai 1988 zu  
zahlen.

Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Widerklegend hat sie beantragt, den Kläger zu verurteilen, an sie 33.325,60 DM nebst 4 % Zinsen seit Zustellung der Widerklage zu zahlen.

Der Kläger hat beantragt, die Widerklage abzuweisen.

Die Beklagte hat vorgetragen, der Sprechstundenbedarf sei nicht mit den Sachkosten identisch; er sei von den Krankenkassen zu erstatten. Der von ihr angegebene Sprechstundenbedarf sei korrekt ermittelt worden, der Kläger habe enorm hohe Kosten im ambulanten und stationären Bereich verursacht.



Das Arbeitsgericht hat die Beklagte verurteilt, an den Kläger 6.518,73 DM brutto abzüglich 507,10 DM netto nebst Zinsen zu zahlen, im übrigen hat es Klage und Widerklage abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die Beklagte ebenfalls verurteilt, an den Kläger 6.518,73 DM brutto, jedoch abzüglich eines Nettobetrags von 546,65 DM nebst Zinsen zu zahlen. Im übrigen hat es Klage und Widerklage abgewiesen. Mit der - nur für sie zugelassenen - Revision erstrebt die Beklagte die volle Abweisung der Klage, ferner verfolgt sie das Ziel ihrer Widerklage weiter.

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

Die Revision hat keinen Erfolg.

I. Das Landesarbeitsgericht hat im wesentlichen angenommen: Der Erstattungsanspruch der Beklagten von 39.304,68 DM für Sprechstundenbedarf aus dem 1. Quartal 1988 sei nicht gerechtfertigt. Die Beklagte könne ihren Anspruch nicht auf § 5 Abs. 5 des Dienstvertrages stützen, wonach der leitende Arzt dem Krankenhaus die durch seine Nebentätigkeit entstehenden Kosten zu ersetzen habe. Die Beklagte habe nämlich bisher die vertraglich vorgesehene Gesamtabrechnung nicht vorgenommen, sie sei deshalb nach dem Vertrag auch nicht berechtigt, eine Kostenposition daraus zu berechnen und geltend zu machen. § 5 Abs. 6 Unterabs. 3 DV besage, daß das Krankenhaus die Sachkosten nach DKG-NT sowie 30 % der Honorareinnahmen aus den Liquidationen zur Deckung der durch die Nebentätigkeit verursachten Kosten einbehalten dürfe, allerdings - wie ausdrücklich festgelegt - als Abschlag. Entsprechend sei



die Beklagte verfahren, sie habe die Sachkosten, wie mit Schreiben vom 15. September 1988 angekündigt, pauschal mit 50 % angesetzt, sie habe weiterhin die Honorareinnahme von 30 % angesetzt. Hierbei handele es sich jedoch nicht um eine Endabrechnung, sondern nur um eine Abrechnung des Abschlages, der in § 5 Abs. 6 Unterabs. 3 des DV vorgesehen sei. Offen sei weiterhin die vertraglich vorgesehene Verpflichtung, in der ersten Hälfte des Folgejahres eine Abrechnung vorzunehmen, wobei deren Grundlage die im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung des Krankenhauses ermittelten Kosten der Nebentätigkeit seien (§ 5 Abs. 6 Unterabs. 4 DV). Die als Sprechstundenbedarf verlangten Kosten seien Teil der Gesamtkosten der Ambulanz. Wenn die Beklagte über die einbehaltenen Abschläge hinaus weitere Kosten der Ambulanz geltend machen wolle, könne sie dies nur, wenn sie vertragsgemäß eine Gesamtabrechnung vornehme und in dieser Gesamtabrechnung die als Sprechstundenbedarf bezeichneten Kosten einstelle. Es sei nicht zulässig, einerseits pauschalisierte Abschläge einzubehalten und die vertraglich vorgesehene Gesamtabrechnung nicht vorzunehmen, andererseits aber Einzelpositionen konkret zu berechnen und zu beanspruchen.

Die Beklagte sei darlegungs- und beweispflichtig dafür, welches Material sie dem Kläger für die Ambulanz zur Verfügung gestellt habe. Sie müsse im einzelnen darlegen, wann sie dem Kläger welches Material geliefert habe, ein ausreichend substantiierter Vortrag hierzu liege jedoch nicht vor; die Beklagte räume selbst ein, daß die einzelnen Lieferungen nicht dokumentiert seien. Wenn die Beklagte im Rahmen des Dienstvertrages einem Arzt die Durchführung einer Ambulanz ermögliche, müsse sie auch für eine Orga-



nisation sorgen, die eine ausreichende Dokumentation des Verbrauchs von Krankenhausmaterial sicherstelle. Da sie die einzelnen Anlieferungen nicht vorgetragen habe, sei der behauptete Verbrauch nicht schlüssig dargelegt.

Die Beklagte könne auch einen Anspruch aus positiver Forderungsverletzung nicht damit begründen, der Kläger habe die Rezepte über den Sprechstundenbedarf nicht unterschrieben und damit eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen verhindert. Die Weigerung des Klägers, die Rezepte zu unterschreiben, sei berechtigt, weil es sich bei der Forderung der Beklagten um eine erheblich überhöhte Summe gehandelt habe, da nur zu einem geringen Teil darin echter Sprechstundenbedarf enthalten sei.

Diesem Ergebnis ist beizupflichten.

II. Das Berufungsgericht hat einen vertraglichen Anspruch der Beklagten gegen den Kläger auf Kostenerstattung hauptsächlich mit der Begründung abgelehnt, die Beklagte hätte vorher eine Gesamtabrechnung einschließlich der Kostenabschläge vornehmen und darin die als Sprechstundenbedarf bezeichneten Kosten einstellen müssen. Die dagegen gerichteten Vorwürfe der Revision sind nicht begründet.

1. Im Streitfall haben die Parteien keinen typischen Chefarztvertrag geschlossen, sondern in Abweichung etwa vom Musternutzungsvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft gerade hinsichtlich des vorliegend umstrittenen Material- und Arzneibedarfs



andere - atypische - Vereinbarungen getroffen. Die Auslegung atypischer Willenserklärungen durch den Tatrichter ist für das Revisionsgericht nur beschränkt daraufhin nachprüfbar, ob das Berufungsgericht die Auslegungsregeln der §§ 133, 157 BGB verletzt, gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen oder erhebliche Umstände, die für die Auslegung von Bedeutung sind, außer acht gelassen hat (ständige Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts, vgl. nur BAGE 4, 360, 364 = AP Nr. 15 zu § 242 BGB Ruhegehalt, zu II der Gründe; sowie aus neuester Zeit BAG Urteil vom 12. Juli 1990 - 2 AZR 39/90 - AP Nr. 87 zu § 613 a BGB, zu B III 1 der Gründe). Der nach diesen Grundsätzen eingeschränkten Nachprüfung hält das angefochtene Urteil jedenfalls im Ergebnis stand.

2.a) Soweit die Beklagte eine Fehlinterpretation des § 5 Abs. 1 DV rügt, ist dies nicht nachvollziehbar, da dort nur die Erlaubnis zur Nebentätigkeit auf bestimmten Gebieten geregelt ist. Darüber herrscht aber kein Streit.

b) Sofern die Beklagte die Auslegung des § 5 Abs. 6 DV durch das Berufungsgericht rügt, könnte allerdings ein Verstoß gegen Auslegungsregeln (§§ 133, 157 BGB) vorliegen. Darauf kommt es jedoch nicht an, weil sich die Entscheidung des Landesarbeitsgerichts aus anderen Gründen im Ergebnis als richtig darstellt (§ 563 ZPO).

Das Landesarbeitsgericht hat § 5 Abs. 6 Unterabs. 3 Satz 1 DV so gelesen, daß sich die Wörter "als Abschlag" sowohl auf die Sachkosten als auch auf die Honorareinnahmen beziehen: "Es werden



die (Sachkosten und 30 % der Honorareinnahmen) als Abschlag einbehalten." Demgegenüber ist die Revision der Auffassung, daß sich die Wörter "als Abschlag" nur auf die Honorareinnahmen beziehen, also bedeuten: "Es werden die Sachkosten und (30 % der Honorareinnahmen als Abschlag) einbehalten."

Es kann dahinstehen, welche der beiden Auslegungen zutreffend ist. Selbst wenn dem Landesarbeitsgericht bei seiner Auslegung ein Rechtsfehler unterlaufen sein sollte, erweist sich seine Entscheidung aus anderen Gründen als richtig. Die Beklagte hat dem Kläger 50 % seiner Honorareinnahmen als geschätzte Sachkosten in Höhe von 26.038,89 DM entgegen der Regelung im Dienstvertrag von seinen Einnahmen abgezogen, sie nicht konkret berechnet - dies räumt die Revision selbst ein - und verlangt nunmehr weitere 39.304,68 DM an Sprechstundenbedarf allein für das erste Quartal 1988. Darauf hat sie jedoch keinen Anspruch.

c) Der Beklagten steht gemäß § 5 Abs. 5 Satz 1 des DV ein Kostenerstattungsanspruch gegen den Kläger zu. Gemäß § 5 Abs. 5 Satz 2 DV ist dessen Abrechnungsgrundlage das Ergebnis der Kosten- und Leistungsrechnung. Mit dieser Regelung trägt die Beklagte die Darlegungs- und Beweislast für die entstandenen Kosten (so in einem vergleichbaren Fall das Senatsurteil vom 14. November 1990 - 5 AZR 509/89 - BAGE 66, 214, 220 = AP Nr. 25 zu § 611 BGB Arzt-Krankenhaus-Vertrag, zu II 2 b der Gründe). Daran vermag die Bestimmung des § 5 Abs. 6 Satz 1 DV nichts zu ändern, wonach der leitende Arzt verpflichtet ist, dem Krankenhaus alle für die Liquidation der Leistungen erforderlichen Abrechnungsunterlagen



monatlich zur Verfügung zu stellen. Diese Bestimmung gibt der Beklagten zwar einen eigenständigen Anspruch auf Zurverfügungstellung der Abrechnungsunterlagen, verändert jedoch nicht die Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich des Kostenerstattungsanspruches.

Diese Verteilung der Darlegungs- und Beweislast ist entgegen der Auffassung der Revision nicht unbillig zulasten der Beklagten. Es ist bekannt, daß die Abrechnung ambulanter Kosten erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Die Parteien hätten vorliegend jedoch die Möglichkeit gehabt, diese Schwierigkeiten zu umgehen und die Kosten nach § 5 Abs. 6 Unterabs. 4 Satz 2 DV zu pauschalisieren. Wenn dies nicht vereinbart wird, bleibt es bei der Darlegungs- und Beweislast desjenigen, der einen Anspruch geltend macht, vorliegend also bei der Beweislast der Beklagten.

Da die Beklagte ihren Anspruch auf Kostenerstattung für den Sprechstundenbedarf mangels zu fordernder Abrechnung nicht einmal hinreichend dargelegt hat, kommt auch keine Schätzung der entsprechenden Kosten (§ 287 ZPO) in Betracht, so daß die Entscheidung des Landesarbeitsgerichts entgegen der Auffassung der Revision auch insoweit richtig ist.

3. Entgegen der Auffassung der Revision liegt weder eine Verletzung des § 120 SGB V noch eine des § 11 BPfV vor.

a) § 120 Abs. 1 SGB V regelt bereits seinem Wortlaut nach nur die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und (u.a.) den ermächtigten Krankenhausärzten hinsichtlich der im Krankenhaus er-



brachten ambulanten ärztlichen Leistungen, also die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und dem Kläger, nicht jedoch die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhausträger (der Beklagten) und dem einzelnen Arzt (dem Kläger). Beamtenrechtliche Regelungen oder – wie hier – vertragliche Regelungen zwischen dem Krankenhausträger und dem einzelnen Arzt werden nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 120 Abs. 5 SGB V durch die Abs. 1 bis 4 des § 120 SGB V nicht berührt (ebenso Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1992, § 91 Rz 26).

b) Auch § 11 BPfV ist durch das Landesarbeitsgerichtsurteil nicht verletzt worden. Diese Bestimmung regelt nur die grundsätzliche Kostenerstattungspflicht bei ambulanter ärztlicher Leistung, die die Ärzte selbst berechnen können. § 11 Abs. 6 BPfV läßt ebenso wie § 120 Abs. 5 SGB V speziellere beamtenrechtliche sowie vertragliche Regelungen unberührt (vgl. dazu auch Laufs/Uhlenbruck, aaO, § 91 Rz 29).

Eine derartige spezielle Regelung der Abgabepflichten des Klägers findet sich in § 5 Abs. 5 und Abs. 6 DV, welcher auch nach der Auffassung der Revision die Anspruchsgrundlage für einen etwaigen Anspruch der Beklagten darstellt.

4. Entgegen der Revisionsrüge hat das Landesarbeitsgericht zu Recht schließlich auch einen Anspruch der Beklagten auf Schadenersatz gegen den Kläger aus positiver Forderungsverletzung in Höhe von 39.304,68 DM abgelehnt. Eine Pflichtverletzung des Klägers soll nach Auffassung der Beklagten darin bestehen, daß er die Rezepte für den Sprechstundenbedarf nicht unterschrieben hat.



Eine solche Verpflichtung besteht im Hinblick auf das oben zu  
II 2 Ausgeführte und auf den zu erwartenden Regreß durch die  
Kassenärztliche Vereinigung nicht.

Dr. Thomas      Dr. Gehring      Dr. Reinecke  
Liebsch              Kreienbaum



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)