

Aktenzeichen: 5 AZR 7/90

Bundesarbeitsgericht 5. Senat Urteil vom 30. Januar 1991
- 5 AZR 7/90 -

I. Arbeitsgericht
Paderborn

Urteil vom 08. Februar 1989
- 2 Ca 692/88 -

II. Landesarbeitsgericht
Hamm

Urteil vom 20. Juni 1989
- 7 Sa 494/89 -

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

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:

K e i n e

Hinweise des Senats:

vgl. Urteil vom 25. Juli 1990 - 5 AZR 394/89 -, zur Veröffentlichung vorgesehen



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

5 AZR 7/90

7 Sa 494/89 Hamm

Verkündet am
30. Januar 1991

Zeuner,

Amtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes!

Urteil

In Sachen

pp.

hat der Fünfte Senat des Bundesarbeitsgerichts aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 30. Januar 1991 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. Thomas, die Richter Dr. Gehring und Dr. Olderog sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Kukies und Arntzen für Recht erkannt:



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

1. Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landesarbeitsgerichts Hamm vom 20. Juni 1989 - 7 Sa 494/89 - aufgehoben, soweit es die Beklagte verurteilt hat, an den Kläger 105.397,05 DM nebst Zinsen zu zahlen und über die Kosten entschieden hat.
2. a) Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Arbeitsgerichts Paderborn vom 8. Februar 1989 - 2 Ca 692/88 - wird zurückgewiesen;
b) die in der Berufungsinstanz erweiterte Klage wird abgewiesen.
3. Die Anschlußrevision des Klägers gegen das Urteil des Landesarbeitsgerichts Hamm wird zurückgewiesen.
4. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits 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 die Beklagte (als Krankenhausträgerin) 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 privat-ärztlichen 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; ..."

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 Berech-



nung 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.

.....

§ 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 Re-

gelungen 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) 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 Pflegesatzzeitraum 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)

....."

Die beklagte Schwesterngenossenschaft ist Trägerin des
-Krankenhauses in P . Der am 15. März 1925 ge-
borene Kläger ist auf der Grundlage des Vertrages vom 31. März
1983 mit Wirkung vom 1. April 1983 Chefarzt der Frauenklinik
(Gynäkologie mit Strahlenheilkunde und Geburtshilfe) dieses Kran-
kenhauses. Die Vergütung des Klägers ist im Vertrag (neben einer
Alters- und Hinterbliebenenversorgung) wie folgt geregelt:

"

§ 7

Dienstbezüge, Liquidationsrecht und Versorgung
Haupttätigkeit, Vergütung

- (1) Der Arzt erhält für seine dienstliche Haupt-
tätigkeit nach § 2 dieses Vertrages Dienstbe-
züge in Anlehnung an die Bestimmungen der
AVR. Als Dienstbezüge werden die Grundvergü-
tung nach Vergütungsgruppe 1 AVR letzte Stufe
und der Ortszuschlag in der jeweils geltenden
Fassung gewährt.
- (2) Mit der Vergütung nach Abs. (1) sind alle
Dienstleistungen abgegolten, die der Arzt für
das Krankenhaus und seine Einrichtungen nach
diesem Verträge zu erbringen hat (z. B. Be-
reitschaftsdienst, Überstunden, Unterrich-
tungserteilung etc.)."

Der Kläger ist zur Selbstliquidation berechtigt. Die damit
zusammenhängenden Fragen behandelt der Dienstvertrag (im folgen-
den kurz DV) im einzelnen wie folgt:



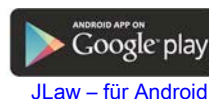
"

§ 9

Liquidationsrecht und Abgaben

- (1) Der Krankenhausträger überläßt dem Arzt das Liquidationsrecht. Der Arzt ist somit berechtigt, im stationären Bereich für alle ärztlichen Leistungen bei solchen Patienten zu liquidieren, die eine gesondert berechenbare ärztliche Behandlung ausdrücklich wünschen und dies mit dem Krankenhaus vereinbart haben.
- (2) Ferner kann der Arzt auch für seine ärztliche Tätigkeit bei der Mitbehandlung der Patienten anderer Abteilungen des Krankenhauses liquidieren, wenn der Abteilungsarzt, in dessen Abteilung der Patient liegt, liquidiert. Das Liquidationsrecht erstreckt sich entsprechend auch auf stationäre Gutachter- und Beobachtungsfälle.
- (3) Bei der Festsetzung des Honorars sind folgende Grundsätze zu berücksichtigen:
 1. der gemeinnützige Charakter des Krankenhauses,
 2. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Patientinnen der Gynäkologie,
 3. die Angemessenheit des Verhältnisses des Honorars zu dem Honorar des mitbehandelnden Arztes.
- (4) Der Arzt stellt dem Patienten im Rahmen des stationären Liquidationsrechtes eine Rechnung aus. Er übergibt sie unverzüglich nach Abschluß der Behandlung der Verwaltung des Krankenhauses. Das Krankenhaus stellt die Liquidation des Arztes mit seiner eigenen Rechnung dem Zahlungspflichtigen zu, haftet jedoch nicht für die nicht eintreibbare Forderung des Arztes.
- (5) Der Arzt entrichtet von den Bruttoerlösen, die er durch die Ausübung des Liquidationsrechtes erzielt, einen Anteil an das Krankenhaus. Dieser Anteil beträgt
 - a) bei vorhandener Kostenstellenrechnung die Selbstkosten,
 - b) bei fehlender Kostenstellenrechnung 20 v. H. der Jahresliquidationseinnahmen.

Die Abrechnung mit der Krankenhausverwaltung und die Zahlung der Abgabe erfolgt monatlich.



- (6) Die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Einkünften aus den gesondert berechneten ärztlichen Leistungen erfolgt durch den Arzt unter Beachtung der Vorschriften der Landeskrankenhausgesetzgebung in der bisher für die privatärztliche Tätigkeit an der W Landesfrauenklinik üblichen Weise, solange keine andere gesetzliche Regelung erlassen wird."

Der Kläger darf Nebentätigkeiten ausüben, wie ambulante Beratung und Behandlung, ambulante Gutachtertätigkeit, Konsiliartätigkeit, Vorsorgeuntersuchungen, Beteiligung an der praktischen Ausbildung von Medizinstudenten und Lehrtätigkeit an der Universität M (§ 10 Abs. 1 DV). Auch für die Nebentätigkeiten hat die Beklagte dem Kläger ein Liquidationsrecht eingeräumt. Für die Inanspruchnahme von Räumen, Einrichtungen und Personal des Krankenhauses ist er auch hier gehalten, entweder die Selbstkosten bei vorhandenen Kostenstellen oder 30 % seiner Bruttoeinnahmen an die beklagte Krankenhausträgerin abzuführen (§ 11 Abs. 1 und Abs. 3 DV).

Die Parteien haben bislang in der vereinbarten Weise abgerechnet. Da eine Kostenstellenrechnung fehlt, wurden von den Bruttoliquidationserlösen des Klägers im stationären Bereich 20 % als Kostenerstattung pauschal abgezogen. Der Streit der Parteien geht jetzt darum, in welcher Höhe der Kläger sich bei der stationären Behandlung von Wahlleistungspatienten für die Zeit nach dem 1. Januar 1985 an den entstehenden Kosten zu beteiligen hat. Der Kläger berücksichtigt bei stationären Leistungen seit dem 1. Januar 1985 die Bestimmung des § 6 a GOÄ und muß hierdurch Mindereinnahmen hinnehmen. Die Verwaltung des Krankenhauses behielt



dagegen von den eingezogenen Arztrechnungen aus dem stationären Bereich weiterhin pauschal 20 % der Jahresliquidationseinnahmen des Klägers als Kostenerstattung ein. Für das Jahr 1985 handelte es sich dabei um einen Betrag von 59.312,34 DM, für 1986 um 60.714,90 DM, für 1987 um 59.312,21 DM und für 1988 um 70.525,67 DM, insgesamt um 249.865,12 DM.

Der Kläger hält die von der Beklagten geübte Abrechnungsweise nicht mehr für berechtigt. Er hat geltend gemacht, die Beklagte habe insgesamt den Betrag von 119.389,23 DM zuviel einbehalten, so daß sie ihm die Auszahlung von 130.475,89 DM schulde. Im einzelnen hat er zur Begründung vorgetragen: Durch die Harmonisierungsverordnung vom 20. Dezember 1984 sei die Geschäftsgrundlage der vertraglichen Regelung zur Kostenbeteiligung im stationären Bereich entfallen. Diese Verordnung habe bei ihm zu erheblich größeren Einnahmeeinbußen als bei der beklagten Krankenhausträgerin geführt. Das entstandene Ungleichgewicht bei der Einkommensminderung erfordere eine Anpassung des § 9 Abs. 5 b DV an die in § 11 Abs. 3 Satz 2, Abs. 1 Satz 3 BPflV getroffene Regelung. Die Anpassung müsse dahin vollzogen werden, daß er als Arzt allenfalls 5 % seiner Bruttoliquidationserlöse im stationären Bereich bzw. 5 % des jeweiligen Pflegesatzes multipliziert mit den Wahlleistungsbettentagen als Kostenanteil abzuführen habe.

Mit der in § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV beschriebenen Grenze habe der Ordnungsgeber den dem Krankenhausträger entstehenden Kostenanteil bei den Sach- und Personalkosten im Rahmen der Wahlarztleistungen der Höhe nach begrenzt. Der Ordnungsgeber habe



damit erstmals festgelegt, in welcher Höhe dem Krankenhausträger Kosten durch diese Wahlarztleistungen im stationären Bereich entstehen. Daraus ergebe sich, daß im Rahmen der Vertragsanpassung an die Stelle von § 9 Abs. 5 a und b DV die Regelung des § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV treten müsse. Da sich die beklagte Krankenhausträgerin zu einer entsprechenden Anpassung nicht habe bereitfinden können, trete nunmehr an die Stelle der Anpassung die Vorgabe des Verordnungsgebers. Diese Anpassung führe zu dem erforderlichen Verlustausgleich. Die Beklagte übersehe, daß er sich lediglich zur Selbstkostenerstattung und nicht zu einem Vorteilsausgleich im Sinne des § 11 Abs. 6 BPflV verpflichtet habe..

Der Kläger hat zuletzt beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn
130.475,89 DM nebst 7 % Zinsen von
27.838,04 DM seit dem 1. Januar 1986, von
31.033,-- DM seit dem 1. Januar 1987, von
30.472,21 DM seit dem 1. Januar 1988 und von
41.620,31 DM seit dem 1. Januar 1989 zu zahlen;
2. festzustellen, daß der gemäß § 9 Abs. 5 des Anstellungsvertrages vom 31. März 1983 an die Beklagte abzuführende Selbstkostenanteil bei stationärer Behandlung 5 % des Pflegesatzes beträgt und die Beklagte verpflichtet ist, ihm die ab 1. Januar 1989 einbehaltenen Mehrbeträge zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Sie hat die Auffassung vertreten, weiterhin zur Einbehaltung gemäß § 9 Abs. 5 b DV berechtigt zu sein. Dagegen sei sie nicht gehalten, den mit dem Kläger geschlossenen Vertrag an die Bundespflegesatzverordnung anzupassen. Der Kläger sei nicht nur zur Kostenerstattung, sondern auch zum Vorteilsausgleich verpflichtet. Dieser



Vorteilsausgleich sei als Äquivalent für die Einräumung des Liquidationsrechts anzusehen und könne mit mindestens 10 % der Bruttoliquidationseinnahmen bewertet werden. Dieser Vorteil liege allein in dem Zurverfügungstellen der Krankenhausinfrastruktur. Unter Berücksichtigung dieses Nutzungsentgelts habe sie vom Kläger in den letzten Kalenderjahren eher zuwenig als zuviel einbehalten.

§ 9 Abs. 5 DV stehe auch der gesetzlichen Regelung nicht entgegen. Diese habe nicht zu einer unmittelbaren Änderung des Dienstvertrages geführt. Darüber hinaus verlange sie keine Begrenzung nach oben. Der Dienstvertrag spreche die Selbstkosten an, die durch erbrachte Wahlleistung des liquidationsberechtigten Arztes entstünden. Diese Selbstkosten könnten nicht mit den in der Pflegesatzverordnung erwähnten 6 % des Pflegesatzes gleichgestellt werden.

Selbst wenn man von einem Wegfall der Geschäftsgrundlage ausgehe, könne dies allenfalls zur Anpassung der vertraglichen Regelung führen. Eine solche Anpassung bedeute aber nur einen angemessenen Entschädigungsausgleich gemäß § 242 BGB, nicht jedoch eine vollständige Anpassung an eine vom Gesetz bezweckte veränderte Rechtslage.

Das Arbeitsgericht hat die Klage, mit der der Kläger neben der zusätzlich betriebenen Feststellung die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung eines Betrages von 88.855,58 DM nebst Zinsen



nach näherer Staffellung verlangt hatte, abgewiesen. Das Landesarbeitsgericht hat die Beklagte - nach Klageerweiterung in der Berufungsinstanz - verurteilt, an den Kläger 105.397,05 DM nebst Zinsen zu zahlen und die Klage im übrigen abgewiesen. Dagegen richtet sich die Revision der Beklagten, die die Abweisung der Klage in vollem Umfang erstrebt. Mit seiner unselbständigen Anschlußrevision verfolgt der Kläger dagegen seinen Klageantrag in voller Höhe weiter.

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

Die Revision der Beklagten ist begründet; die Anschlußrevision des Klägers bleibt ohne Erfolg. Der Kläger ist auch nach dem 1. Januar 1985 verpflichtet, den vertraglich vereinbarten Prozentsatz seines Honorars an die Beklagte abzuführen. Mit dieser Verpflichtung des Klägers entfällt gleichzeitig eine Anspruchsgrundlage für Vertragsanpassung und Auszahlung der von der Krankenhausträgerin einbehaltenen Beträge.

I. Die Neuregelung des Krankenhausrechts ab 1. Januar 1985 hat in bestehende Vertragsverhältnisse nicht eingegriffen. Das hat das Landesarbeitsgericht richtig erkannt und mit zutreffender Begründung näher ausgeführt.

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. II. 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 Krankenhausträgers 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 Verb. 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. Allerdings sind die im stationären Bereich tätigen liquidationsberechtigten Ärzte unmittelbar von der Neuregelung betroffen, 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 Jahresliquidationseinnahmen aus, weil er 20 v. H. dieser Einnahmen vertraglich an die Beklagte abführen muß. Diese Honorarminderung will der Kläger im Verhältnis zur Beklagten nicht hinnehmen. Er ist der Auffassung, daß die in § 9 Abs. 5 b seines Dienstvertrages vereinbarte Ausgleichspflicht an die Regelung des § 11 Abs. 3 Satz 2, Abs. 1 Satz 3 BPflV angepaßt werden müsse. Dem kann jedoch - mit dem Landesarbeitsgericht - nicht gefolgt werden. Die Voraussetzungen für eine ergänzende Vertragsauslegung liegen nämlich nicht vor.

1. Eine ergänzende Vertragsauslegung ist nach § 157 BGB zu erwägen, wenn zu einem bestimmten Punkt eine Vereinbarung der Parteien nicht getroffen ist 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).

2. Im Streitfall kommt eine ergänzende Vertragsauslegung jedoch 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. Die §§ 9 und 11 des Vertrages gestatten dem Kläger, in bestimmten Fällen seine ärztliche Leistung selbst zu liquidieren. Die Beklagte hat dagegen keine Garantie für den Bestand der Berechnungsgrundlagen oder für eine bestimmte Liquidationshöhe übernommen. Diese Punkte fallen daher in die Sphäre des Klägers.

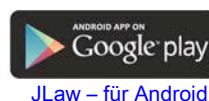
Soweit der Verordnungsgeber Einfluß auf die Höhe der Gebühren nimmt, betrifft dieser Umstand den Kläger als zur eigenen Berechnung befugten Arzt. Eine Lücke in den Vertragsbeziehungen der Parteien ist dadurch aber nicht entstanden. Die §§ 9 und 11 des Vertrages des Klägers bleiben vielmehr bestehen.

III. Im Gegensatz zu der Ansicht des Landesarbeitsgerichts kommt aber auch eine Vertragsanpassung aus dem rechtlichen Gesichtspunkt des Wegfalls der Geschäftsgrundlage nicht in Betracht.



1. 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.).

2. Diese Grundsätze hatte der Senat bereits mehrfach auf Fallgestaltungen anzuwenden, 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, BAGE 62, 11 = AP Nr. 20 zu § 611 BGB Arzt-Krankenhaus-Vertrag). 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. In gleicher Weise ist der Senat verfahren in seiner (ebenfalls zur Veröffentlichung vorgesehenen) Entscheidung vom 25. Juli 1990 (- 5 AZR 394/89 -). Hier ging es - wie im Streitfall - darum, 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. Der Senat ist damals zu dem Ergebnis gelangt, daß die durch § 6 a GOÄ eingeführte Gebührenminderung für stationäre privatärztliche Leistungen keinen Einfluß hat auf eine zwischen Arzt und Krankenhaus vereinbarte Erstattung von Kosten für die Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen des Krankenhauses durch den privat liquidierenden Arzt. Weiter hat der Senat erkannt, daß der in § 13 Abs. 3 Nr. 6 BPflV festgelegte pauschale Abschlag von den Pflegesätzen als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nichts darüber aussagt, ob die zwischen Arzt und Krankenhaus vertraglich vereinbarte Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Personal und Einrichtungen angemessen ist.

3. Im vorliegenden Fall sind (ebenso wie in den am 3. Mai 1989 und am 25. Juli 1990 entschiedenen Rechtsstreiten) die Voraussetzungen für den Wegfall der Geschäftsgrundlage des Dienstvertrages des Klägers ebenfalls nicht erfüllt. Der Kläger könnte mit seiner



Klage nur dann 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 jedoch nicht vor. Daß die Parteien von einer bestimmten Einkommenshöhe bei den in den §§ 9 und 11 des Dienstvertrages des Klägers geregelten Leistungen 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 31. März 1983 nicht davon ausgegangen sein, daß die Gebührenordnung für Ärzte für alle Zukunft - zumindest aber für die Dauer ihrer Vertragsbeziehungen - unverändert bestehen bleiben werde.

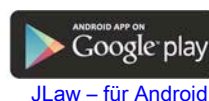
Selbst wenn man wegen der Neuregelung der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 20. Dezember 1984 sowie weiter wegen der Änderung des Pflegesatzrechts von einer Änderung der Geschäftsgrundlage des Dienstvertrages des Klägers ausgehen wollte, könnte eine Vertragsanpassung nur dann in Betracht kommen, 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 verfolgte die Gebührenminderung das Ziel, 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). Diesem Gesichtspunkt hat das Landesarbeitsgericht bei seiner Entscheidung jedoch nicht die erforderliche Bedeutung beigemessen.

4. Soweit der Kläger die in § 9 Abs. 5 b seines Dienstvertrages niedergelegte Abgabepflicht von 20 v. H. 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 aber 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.

Dr. Thomas

Dr. Gehring

Dr. Olderog

Dr. Kukies

Arntzen



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

