

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 222/97

Verkündet am:
17. September 1998
F r e i t a g
Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGHR: ja

GOÄ §§ 2 Abs. 1 Satz 1, 6a, 10 (F: 21.12.1992);

BPflV § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 (F: 26.9.1994)

- a) Zur Minderungspflicht nach § 6a GOÄ bei der Berechnung privatärztlicher Leistungen eines niedergelassenen Arztes, der einen in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommenen Patienten in seiner Praxis behandelt hat.
- b) Die Minderungspflicht nach § 6a GOÄ ist vertraglich nicht abdingbar.
- c) Zum Anspruch auf Auslagenersatz nach § 10 GOÄ bei privatärztlicher Behandlung eines in ein Belegkran-

kenhaus aufgenommenen Patienten durch einen externen
Arzt.

BGH, Urt. v. 17. September 1998 - III ZR 222/97 - OLG Frank-
furt/M.

LG Frank-
furt/M.

- 3 -

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. September 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Rinne, die Richter Dr. Werp, Schlick, Dörr und die Richterin Ambrosius

für Recht erkannt:

Die Revisionen der Kläger und der Streithelferin der Beklagten gegen das Urteil des 19. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main vom 29. Oktober 1997 werden zurückgewiesen.

Von den Kosten des Revisionsrechtszuges haben die Kläger 1/15 und die Streithelferin der Beklagten 14/15 zu tragen.

Von Rechts wegen



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand

Die Beklagte befand sich vom 11. bis 27. Januar 1995 wegen einer arteriellen Erkrankung im R.-Krankenhaus, einem Belegkrankenhaus. Während dieser Zeit, nämlich am 12., 17. und 19. Januar 1995, nahmen die Kläger in ihrer Praxis eine Dilatation der Arterien der Beklagten vor. Die Praxis der Kläger, die personell und wirtschaftlich unabhängig vom Betrieb des Krankenhauses geführt wird, befindet sich in angemieteten Räumen im Gebäude des Krankenhauses.

Die Kläger stellten ihre privatärztlichen Leistungen für die Beklagte mit insgesamt 22.967,38 DM in Rechnung. Die Parteien streiten nur noch darüber, ob die Kläger in Höhe von 1.114,20 DM zu einer Minderung ihres Honorars nach § 6 a der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verpflichtet sind und ob ihnen in Höhe von 15.539,37 DM ein Anspruch auf Auslagenersatz nach § 10 GOÄ für die mit einer einmaligen Anwendung verbrauchten Materialien zusteht. Das Landgericht hat, soweit es um diese Streitpunkte geht, die Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat den Klägern den Auslagenersatz zuerkannt, ihnen aber das Honorar nach § 6 a GOÄ gemindert. Mit der zugelassenen Revision begehren die Kläger das ungeminderte Honorar und die Streithelferin der Beklagten, deren privater Krankenversicherer, die volle Abweisung der Klage.

Entscheidungsgründe

Die Revisionen sind nicht begründet.

I. Revision der Kläger

1. Nach § 6 a Abs. 1 GOÄ in der seinerzeit geltenden Fassung des Art. 20 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 - BGBl. I S. 2266 - sind die nach der Gebührenordnung für Ärzte berechneten Gebühren bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen zu mindern. Der Minderungssatz beträgt nach § 6 a Abs. 1 Satz 2 Buchst. b GOÄ 15 v.H., wenn die Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten erbracht worden sind. Es besteht zwischen den Parteien Einigkeit darüber, daß die Leistungen der Kläger, die nach den nicht beanstandeten Feststellungen des Berufungsgerichts nicht selbst über Krankenbetten und einen ständigen Pflegedienst im Krankenhaus disponieren konnten und daher als niedergelassene andere Ärzte im Sinn der genannten Vorschrift anzusehen sind, der entsprechenden Minderungspflicht unterliegen, wenn ihre Leistungen - obwohl in den Räumen ihrer Praxis erbracht - als stationär bewertet werden müssen.

2. a) Das Berufungsgericht hat hierzu festgestellt, es sei zwischen den Parteien von Anfang an abgesprochen gewesen, daß

sich die Beklagte zur erforderlichen Vor- und Nachbehandlung wegen der nur an drei Tagen ausgeführten Dilatationen für längere Zeit in das Krankenhaus begeben sollte; eine solche stationäre Vor- und Nachsorge sei bei derartigen operativen Eingriffen schon zur Kontrolle, Pflege, Schonung und Beobachtung, auch zur Erleichterung von Notoperationen, die Regel und bei der über 80jährigen Beklagten in besonderem Maße notwendig gewesen. Insofern sei der stationäre Krankenhausaufenthalt unabdingbar mit der Behandlung durch die Kläger verknüpft gewesen; ohne ihn wären die Dilatationen in ihrer Praxis nicht durchgeführt worden. Die Kläger seien nämlich darauf angewiesen gewesen, für Vor- und Nachsorge die Dienste, Einrichtungen und Mittel des Krankenhauses in Anspruch zu nehmen.

b) Auf der Grundlage dieser tatsächlichen Feststellungen, die von der Revision nicht angegriffen werden, ist das Berufungsgericht zu Recht davon ausgegangen, daß die von den Klägern erbrachten Leistungen der Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ unterliegen. Zwar sind die einzelnen abgerechneten Gebührentatbestände ausschließlich in den von den Klägern angemieteten Praxisräumen verwirklicht worden; das Berufungsgericht stellt jedoch mit Recht darauf ab, daß die Behandlung der Beklagten notwendig mit dem stationären Krankenhausaufenthalt verbunden war und daß die Behandlung durch die Kläger dementsprechend aus medizinischen Gründen nicht hätte durchgeführt werden können, wäre die Beklagte nicht stationär in das Krankenhaus aufgenommen worden. Daraus ergibt sich unabhängig von dem Umstand, durch welche Einzelleistung der Kläger ein Gebührentatbestand ausgelöst worden ist, eine Verant-

wortung der Kläger für die Behandlung der Beklagten insgesamt, die nicht an ihrer Praxistür anfang und endete, sondern aus medizinischen Gründen auch die Zeit des stationären Krankenhausaufenthaltes einschloß. Wären die Kläger Belegärzte oder angestellte Ärzte des Krankenhauses gewesen, bestünden an dem Zusammenhang der ihnen und dem Krankenhaus für die Behandlung der Beklagten obliegenden Leistungen keine Zweifel. Daß die Vor- und Nachsorge hier in die Betreuung einer belegärztlichen Abteilung des Krankenhauses gelegt worden ist und die Kläger ihre Leistungen organisatorisch außerhalb des Krankenhauses erbracht haben, ändert an der rechtlichen Beurteilung nichts. Denn die Kläger nehmen für den Bereich der zwingend mit ihrer Tätigkeit verbundenen Vor- und Nachsorge die Dienste, Einrichtungen und Mittel des Krankenhauses in Anspruch. Insofern besteht zu dem Fall, der Gegenstand des Urteils des IV. Zivilsenats vom 14. Januar 1998 - IV ZR 61/97 - NJW 1998, 1790, 1791 - war und - anders als hier - wahlärztliche Leistungen betraf, entgegen der Meinung der Revision kein ins Gewicht fallender Unterschied. Soweit die Revision meint, anders als in dem der Entscheidung des IV. Zivilsenats zugrundeliegenden Fall seien die Kläger hier nicht durch vertraglich abgesicherte Leistungsbereitstellung in den Betrieb des Krankenhauses eingebunden gewesen und die Absprache über die Vor- und Nachbehandlung in der Obhut des Krankenhauses sei ausschließlich zwischen den Parteien, nicht jedoch zwischen den Klägern und dem Krankenhaus getroffen worden, ändert dies an dem erörterten Zusammenhang zwischen der Behandlung durch die Kläger und der Vor- und Nachsorge im Krankenhaus nichts. Wäre die letztere - auch ohne ausdrückliche Absprache zwischen den Klägern und dem Krankenhaus oder

dem Belegarzt der aufnehmenden Abteilung - nicht gesichert gewesen, hätten die Kläger der Beklagten keine Leistungen erbringen können. Auch insoweit verbietet sich die Annahme rein ambulanter Leistungen durch die Kläger.

c) Die Revision wendet allgemein gegen die Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ ein, sie dürfe nicht nach der räumlichen Situation beurteilt werden, wie sie hier dadurch gekennzeichnet werde, daß die Kläger ihre Praxis in angemieteten Räumen des Krankenhauses betrieben, entscheidend müßten vielmehr die betrieblichen Gegebenheiten sein, die es hier ausschließen, daß der Patient durch die ungeminderten Gebühren des Arztes und den Pflegesatz für das Krankenhaus erbrachte Leistungen doppelt bezahle. Eine für die Anwendung der Honorarminderung nach § 6 a GOÄ unerläßliche Überlappung von Leistungen des Arztes und des Krankenhauses liege nicht vor. Denn nach den Feststellungen des Berufungsgerichts hätten die Kläger ihre Leistungen voll umfänglich ambulant in ihrer Praxis erbracht und das Krankenhaus habe über keine eigene radiologische Abteilung noch über entsprechende Einrichtungen verfügt.

Auch diese Erwägungen können der Revision nicht zum Erfolg verhelfen.

aa) Mit der Revision ist allerdings von dem Grundsatz auszugehen, daß § 6 a GOÄ dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung von Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung dient. Die Vergütung der privatärztlichen Leistungen umfaßt nach § 4 Abs. 3 GOÄ neben dem Entgelt für die

ärztliche Tätigkeit auch eine Abgeltung von weiteren Sach- und Personalkosten der ärztlichen Praxis. Zugleich werden mit dem Pflegesatz für das Krankenhaus Kosten ähnlicher Art abgegolten, die bei privatärztlich liquidierter Tätigkeit ohne eine Honorarminderung doppelt bezahlt würden (vgl. Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 1996, § 6 a GOÄ Anm. 1; Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., § 6 a Anm. 2.1 zur Situation beim Belegarzt). Dem trägt die Regelung des § 6 a GOÄ zur Harmonisierung von Bundespflege-satzverordnung und Gebührenordnung für Ärzte in einer pau-schalierenden Art und Weise Rechnung, ohne danach zu fragen, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen (vgl. das im Verfahren vorgelegte Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 1993 und BGH, Urteil vom 14. Januar 1998 - aaO S. 1791). Dementsprechend kann gegen eine Honorarminderung nach § 6 a GOÄ nicht eingewandt werden, daß dem Krankenhaus im Einzelfall Kosten in der zu mindernden Höhe nicht entstan-den seien (vgl. Brück, § 6 a GOÄ Anm. 3, erster Absatz; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar 1996, § 6 a Rn. 7).

bb) Trotz dieser im Ausgangspunkt klaren Zwecksetzung des Verordnungsgebers bereiten in der Praxis Fallgestaltungen Schwierigkeiten, die sich dadurch kennzeichnen lassen, daß die abzurechnende privatärztliche Leistung - wie hier - nicht unmittelbar im Krankenhaus oder mit Mitteln des Krankenhauses erbracht wird oder daß Leistungen im Rahmen der Krankenhaus-behandlung aus dem Krankenhaus verlagert werden und die Pati-enten zur Leistungserbringung in ein anderes Krankenhaus oder

in eine sonstige Einrichtung oder Arztpraxis verbracht und dort privatärztlich behandelt werden.

Wie § 6 a GOÄ in Fällen der genannten Art anzuwenden ist, läßt sich seinem Wortlaut und seiner Überschrift (bei stationären ... Leistungen, bei stationärer Behandlung) nicht unmittelbar entnehmen. Der Wortlaut des § 6 a Abs. 1 Satz 2 GOÄ, soweit er die Gebührenminderung von "niedergelassenen anderen Ärzten" betrifft, legt auch nicht von vornherein das Verständnis nahe, es müsse sich um Leistungen handeln, die im Krankenhaus erbracht werden. Obwohl in der Rechtspraxis und in der Lehre auch für diese angesprochenen Fälle der Grundsatz betont wird, der Regelungszweck müsse für die Auslegung des § 6 a GOÄ entscheidend sein, werden im einzelnen doch unterschiedliche Gewichte gesetzt. Teilweise werden Leistungen als von der Minderungspflicht ausgenommen angesehen, die außerhalb der stationären Einrichtung erbracht werden und zu dem Krankenhaus, in das der Patient aufgenommen ist, keinen räumlichen Zusammenhang aufweisen (vgl. AG Essen, VersR 1996, 638, 639; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, § 6 a Rn. 8). Besteht, wie hier, eine unmittelbare räumliche Anbindung, wird für ein ungekürztes privatärztliches Honorar teilweise darauf abgestellt, ob dem Patienten durch einen Hinweis verdeutlicht worden ist, daß die ärztliche Leistung "extern" erbracht wird (vgl. etwa AG Lampertheim, MedR 1994, 491, 492; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, § 6a Rn. 9 am Ende). Ferner wird für die Auslegung für bedeutsam gehalten, daß sich die Kostenstrukturen der ärztlichen Tätigkeit bei in eigener Praxis niedergelassenen Ärzten und bei liquidationsberechtigten Krankenhausärzten grundlegend voneinander unterscheiden; dies gelte für

niedergelassene Ärzte, die ihre Praxis in räumlicher Anbindung an ein Krankenhaus betrieben, in gleicher Weise wie für außerhalb einer solchen Anbindung niedergelassene Ärzte. Vor diesem wirtschaftlichen Hintergrund müsse in der Entscheidung des Zielkonflikts der Berücksichtigung der besonderen Kostensituation niedergelassener Ärzte grundsätzlich Vorrang eingeräumt werden (vgl. Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, § 6 a Rn. 9). Die Anwendung des § 6 a GOÄ setze eine Leistungserbringung im Krankenhaus voraus (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 6. April 1993, MedR 1994, 29). Erbringe der niedergelassene Arzt die Leistungen in seiner Praxis, entstünden ihm alle Kosten als Leistungserbringer und nicht dem Krankenhaus (vgl. Brück, § 6 a Anm. 3.1 mit zahlreichen Nachweisen aus der instanzgerichtlichen Rechtsprechung). Handele es sich um privatärztliche Leistungen, die in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden könnten und deshalb an Ärzte außerhalb vergeben werden müßten, bestehe jedenfalls dann, wenn diese nicht aufgrund einer vertraglichen Verpflichtung gegenüber dem Krankenhaus bzw. dem behandelnden Krankenhausarzt an der stationären Behandlung beteiligt würden, keine Minderungsspflicht (vgl. AG Hamburg, MedR 1995, 158, 159; Genzel, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1992, § 86 Rn. 138 Fn. 95).

Von anderer Seite wird stärker der Zusammenhang mit der Abrechnungsfähigkeit von Pflegesätzen betont und der stationäre Charakter einer ärztlichen Leistung danach beurteilt, ob sie im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistung geschuldet und deshalb mit den auch vom privatärztlich behandelten Pati-

enten zu zahlenden allgemeinen Entgelten vergütet wird (vgl. Uleer/Miebach/Patt, § 6 a GOÄ Anm. 2.2, S. 68 f).

cc) Der vorliegende Fall gibt dem Senat keinen Anlaß, sich zu den genannten Vorschlägen einer Anwendung des § 6 a GOÄ in den angesprochenen Problemfällen allgemein zu äußern. Wie verschiedenen Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1986; §§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1995) zu entnehmen ist, ist sowohl im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen als auch im belegärztlichen Bereich die Zuziehung Dritter, auch außerhalb des Krankenhauses tätiger Ärzte und Einrichtungen, vorgesehen. Dies hängt damit zusammen, daß die Behandlung eines stationär aufgenommenen Patienten ein komplexes Zusammenwirken sehr verschiedener Dienstleistungen verlangen kann. Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf den Charakter des § 6 a GOÄ als Schutzvorschrift zugunsten des Patienten wäre eine Sichtweise verkürzt, die ausnahmslos auf den Ort der Leistungserbringung oder auf die Entstehung einer privatärztlichen Gebühr für eine Einzelleistung abstellt. Vielmehr ist auch in den Blick zu nehmen, welchen Stellenwert eine ärztliche Leistung im Rahmen der jeweiligen Behandlung des Patienten hat. Nach den unangegriffenen Feststellungen des Berufungsgerichts bedurften die hier von den Klägern erbrachten ärztlichen Leistungen der Vor- und Nachsorge im Krankenhaus. Eine Betrachtungsweise, die die Leistungen der Kläger nur deshalb als ambulant ansehen will, weil sie in deren ärztlicher Praxis erbracht worden sind, spaltet die hier gebotene medizinische Behandlung des Patienten künstlich auf und läßt außer Betracht, daß der Beklagten

die Leistungen für sich allein genommen nicht ambulant hätten erbracht werden können. Unter solchen Umständen steht der Annahme einer stationären Behandlung im Sinn des § 6 a GOÄ nicht entgegen, daß einzelne ärztliche Leistungen "extern" erbracht worden sind. Entscheidend ist, was bei externen Leistungen nicht immer der Fall sein muß, daß die Kläger mit der medizinisch gebotenen Vor- und Nachsorge Dienste des Krankenhauses in Anspruch nehmen mußten.

3. Den Klägern stehen auch nicht aufgrund der Nr. 5 der Vereinbarung über privatärztliche Leistungen vom 11. Januar 1995 ungeminderte Gebühren zu. Wollte man in dieser von den Klägern vorformulierten Vertragsklausel eine Abdingung der Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ sehen, wie die Kläger in den Tatsacheninstanzen gemeint haben, verstieße dies - wie das Berufungsgericht zu Recht angenommen hat - gegen § 2 Abs. 1 Satz 1 GOÄ, der lediglich eine von der Verordnung abweichende Vereinbarung der Gebührenhöhe vorsieht. Demgegenüber stehen die Voraussetzungen, unter denen nach § 6 a GOÄ eine Minderung der Gebühren vorgeschrieben ist, nicht zur Disposition der Vertragsparteien (vgl. Brück, § 6 a Rn. 4; Begründung der Bundesregierung zur Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, BR-Drucks. 574/84, S. 10).

Als Hinweis - etwa im Sinne des § 4 Abs. 5 GOÄ - ist die Nr. 5 der Vereinbarung als solche rechtlich unbedenklich. Allerdings kommt ihr insoweit nicht die Wirkung zu, aus einem der Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ unterliegenden Vorgang einen Tatbestand zu schaffen, der die ungeminderte Liquidie-

rung von Gebühren erlaubt. Die Hinweiskwirkung kann Nr. 5 der Vereinbarung nur äußern, wenn § 6 a GOÄ auf den in Rede stehenden Vorgang tatsächlich nicht anwendbar ist.

II. Revision der Streithelferin

1. Das Berufungsgericht hat den Klägern gemäß §§ 6 a Abs. 2 Halbs. 2, 10 Abs. 1 GOÄ einen Anspruch auf Auslagenersatz für die verwendeten Materialien zuerkannt und diese nicht durch den vom Krankenhaus täglich berechneten Pflegesatz als abgegolten angesehen. Der Pflegesatz umfasse zwar nach § 3 Abs. 2 BPflV 1986 alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen. Hierzu gehörten jedoch nach § 2 Abs. 2 BPflV 1986 nur solche Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für eine zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig seien. Die hier umstrittenen Auslagen rechneten hierzu nicht. Die eingeholte schriftliche Aussage des Geschäftsführers des R.-Krankenhauses ergebe, daß im Pflegesatz keinerlei Kosten für radiologische Leistungen enthalten seien, da eine entsprechende Behandlung nicht zum regelmäßigen Leistungsspektrum der Klinik gehöre und für dieses Fachgebiet keine Abteilung gebildet sei. Insofern komme es auch zu einer Doppelberechnung von Leistungen nicht. Da die Kläger keinen Auftrag zu Leistungen Dritter im Sinn des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV erhalten hätten und keinen Anspruch gegen das Krankenhaus erheben könnten, sei der Ausgleich der vertrags-

gemäß erbrachten Leistungen nur zwischen den Parteien dieses Rechtsstreits zu vollziehen.

2. Diese Beurteilung hält den Rügen der Revision im Ergebnis stand.

a) Die Revision meint, weil hier - wie das Berufungsgericht im Rahmen der Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ zutreffend entschieden habe - eine einheitliche stationäre Behandlung vorliege und die Kläger und das Krankenhaus planvoll zusammengewirkt hätten, handele es sich bei den Leistungen der Kläger um allgemeine Krankenhausleistungen im Sinn von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV 1986. Solche stationär erbrachten, medizinisch notwendigen Leistungen stellten eine Einheit dar, die mit dem Pflegesatz vergütet würden. Könne das Krankenhaus solche Leistungen auch unter Heranziehung Dritter nicht bereitstellen, müsse es für eine Verlegung des Patienten sorgen. Die zusätzliche Abrechnung von Sachkosten, die als allgemeine Krankenhausleistungen anzusehen seien, führe zu einer den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes widersprechenden Doppelbelastung.

b) Die Rügen der Revision gehen schon deshalb fehl, weil sie übersieht, daß es sich bei dem R.-Krankenhaus um ein reines Belegkrankenhaus handelt. Zwar hat das Berufungsgericht hierzu keine unmittelbaren Feststellungen getroffen und hierauf auch seine Entscheidung nicht gegründet. Dies hindert den Senat jedoch nicht, diesen tatsächlichen Umstand seiner Beurteilung zugrunde zu legen. Die notwendige Feststellung ent-

hält insoweit bereits der Tatbestand des landgerichtlichen Urteils, auf den das Berufungsgericht Bezug nimmt. Im Berufungsverfahren sind keine Umstände hervorgetreten, die diese Feststellung in Frage stellen. Vielmehr ergibt sich auch aus der vom Berufungsgericht eingeholten schriftlichen Aussage des Geschäftsführers des R.-Krankenhauses und dem vom Berufungsgericht ausgewerteten Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte der Krankenhäuser in Hessen für 1994, daß es sich um ein Belegkrankenhaus handelt. Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 BPflV 1986/1995 gehören zu den Krankenhausleistungen nicht die Leistungen der Belegärzte, so daß diese durch den Pflegesatz nicht abgegolten werden. Die Revision meint in dieser Hinsicht, darauf komme es nicht an, weil die Kläger bestritten hätten, Belegärzte zu sein, und das Berufungsgericht auch keine entsprechenden Feststellungen getroffen habe. Diese Auffassung ist aber schon deshalb unrichtig, weil zu den Leistungen des Belegarztes gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1986 bzw. § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1995 auch die von ihm veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses gehören. Auch wenn die Beklagte in den Tatsacheninstanzen nicht näher vorgetragen hat, auf welche Weise sie in das R.-Krankenhaus aufgenommen worden und wie es zur Tätigkeit der Kläger gekommen ist, bleibt doch - da die Kläger nicht selbst Belegärzte sind - nur die Möglichkeit der Aufnahme durch einen Belegarzt; die "Hinzuziehung" der Kläger ist daher aus pflegesatzrechtlicher Sicht als eine solche nach § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1986 bzw. § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1995 anzusehen. Daran ändert nichts, daß die Beklagte mit den Klägern einen eigenständigen Behandlungsvertrag geschlossen hat und daß die Klä-

ger in der mündlichen Revisionsverhandlung geltend gemacht haben, der Hausarzt habe die Beklagte wegen der Dilatationen an sie und wegen der notwendigen Vor- und Nachbehandlung an den Belegarzt der Abteilung für Innere Medizin überwiesen. Danach war für die ins Auge gefaßte Behandlung der Beklagten zumindest eine entsprechende Abstimmung unter den beteiligten Ärzten erforderlich. Einen entsprechenden Hergang legt auch die schriftliche Aussage des Geschäftsführers des R.-Krankenhauses nahe, der bekundet hat, die Belegärzte des Krankenhauses hätten die Möglichkeit, ärztliche Leistungen, die nicht im R.-Krankenhaus erbracht werden könnten, bei einem niedergelassenen Arzt per Überweisungsschein durchführen zu lassen. Dieser sei, wenn er eine zugelassene Arztpraxis habe, ebenfalls liquidationsberechtigt. Einer solchen Zusammenarbeit wird durch die Vorschriften des § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1986 und des § 23 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV 1995 in der Weise Rechnung getragen, daß die Leistungen solcher externer Ärzte pflegesatzrechtlich den belegärztlichen Leistungen gleichgestellt werden, was vor allem dort von Bedeutung ist, wo ein Krankenhaus aufgrund von Wirtschaftlichkeitserwägungen bestimmte Funktionsbereiche ausgliedert und sich ihrer der Belegarzt annehmen muß (vgl. Tuschen/Quaas, BPflV, 3. Aufl. 1996, § 23 Erl. zu Satz 2 Nr. 4, S. 412). Die Begründung zum Verordnungsentwurf der Bundesregierung zur Bundespflegesatzverordnung 1986 verdeutlicht, daß Leistungen solcher externer Ärzte unabhängig davon, ob der Belegarzt sie berechnen kann, nicht zu den Leistungen des Krankenhauses gehören, in dem der Belegarzt tätig wird (vgl. BR-Drucks. 224/85, S. 53). Die an verschiedenen Stellen der Revisionsbegründung der Streithelferin geäußerte Auffassung, zwingende Vorschriften des Kran-

kenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung über mögliche Kooperationsformen zwischen Arzt und Krankenhaus würden hier umgangen, trifft danach nicht zu.

c) Die Revision rügt weiter, das Berufungsgericht habe sich nicht mit einer überreichten Auskunft des AOK-Bundesverbandes vom 2. April 1996 auseinandergesetzt, nach der auch für Belegpatienten nach § 13 Abs. 2 Satz 2 BPflV 1995 ein Abteilungspflegesatz vereinbart werde, der sämtliche Kosten des medizinischen Bedarfs abdecke. Die Aussage des Geschäftsführers befasse sich nur mit der Liquidation von Belegärzten, zu denen die Kläger nicht gehörten. Zugunsten der Revision sei daher zu unterstellen, daß die Sachkosten der Kläger für gesetzlich Versicherte mit dem Pflegesatz abgegolten seien.

Die Rüge trifft nicht den festgestellten Sachverhalt. Das R.-Krankenhaus verfügt über keine Abteilung, in der Leistungen aus dem Fachgebiet der Kläger erbracht werden. Demzufolge enthält der Pflegesatz auch keine Kosten für solche Leistungen einschließlich der hierbei anfallenden Sachmittel. Diese Feststellungen hat das Berufungsgericht auf der Grundlage der Bekundung des Geschäftsführers des Krankenhauses getroffen. Beachtliche Einwände hiergegen vermag die Revision nicht aufzuzeigen. Daß sich die Bekundung des Zeugen nur mit der Liquidation von Belegärzten befasse, trifft - wie bereits vorstehend zu 2 b ausgeführt - nicht zu. Für die von der Revision für richtig gehaltene Unterstellung, bei gesetzlich Versicherten seien Sachkosten der Kläger mit dem Pflegesatz abgegolten, fehlt daher jede Grundlage. Die Revision zeigt

damit keinen Verstoß gegen das Gebot der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung auf.

Rinne

Werp

Schlick

Dörr

Ambrosius