BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 291/06

Verkündet am:
10. Mai 2007
K i e f e r
Justizangestellter
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: ja
BGHR: ja

GOÄ § 4 Abs. 2; GOÄ GebVerz Nr. 435, 437

Die Komplexgebühr der Nr. 437 für Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 rechtfertigt auch für externe Ärzte keine Einzelabrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen, soweit es sich nicht um Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV des Gebührenverzeichnisses handelt.

BGH, Urteil vom 10. Mai 2007 - III ZR 291/06 - LG Nürnberg-Fürth
AG Erlangen

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. Mai 2007 durch die Richter Dr. Wurm, Dr. Kapsa, Dörr, Dr. Herrmann und Wöstmann

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth, 13. Zivilkammer, vom 24. Oktober 2006 aufgehoben.

Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Amtsgerichts Erlangen vom 10. April 2006 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat die Kosten der Rechtsmittelzüge zu tragen.

Von Rechts wegen

Tatbestand

1 Die Klägerin, ein privater Krankenversicherer, nimmt den Beklagten, Laborarzt und Leiter des Instituts für Klinische und Molekulare Virologie der Universität E. , aus abgetretenem Recht ihres Versicherungsnehmers K. auf Rückzahlung von Arzthonorar in Anspruch. Der Versicherungsnehmer befand sich im Zusammenhang mit einer Lebertransplantation in stationärer Behandlung der Universitätsklinik E. und wurde dort vom 2. Dezember 1997 bis zum 10. Februar 1998 in der Intensivstation behan-

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

delt. Der Versicherungsnehmer hatte mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen. Der ärztliche Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Prof. Dr. H. , rechnete für jeden Tag des Aufenthalts auf der Intensivstation eine Gebühr nach der Nummer 435 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung des Patienten und eine Gebühr nach Nummer 437 für Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Intensivbehandlung ab. Darüber hinaus veranlasste er während der Dauer der Intensivbehandlung weitere Laboruntersuchungen des Beklagten aus den Abschnitten M III und M IV des Gebührenverzeichnisses, die dieser nach Einzelpositionen und ohne Berücksichtigung einer Gebührenminderung nach § 6a GOÄ mit Rechnungen vom 16. Februar 1998 über 9.597,80 DM und vom 16. März 1998 über 7.030,40 DM abrechnete; die Rechnungen wurden nach Erstattung von Versicherungsleistungen der Klägerin bezahlt.

2 Soweit in den Rechnungen Leistungen aus dem Abschnitt M IV aufgeführt wurden, macht die Klägerin geltend, die Gebühren seien nach § 6a GOÄ in Höhe von 15 v.H., das sind 769,40 €, zu mindern. Soweit Leistungen aus dem Abschnitt M III (außerhalb der Nr. 13) berechnet wurden, das sind 3.372,53 €, hält sie diese neben der Gebührennummer 437 für nicht berechnungsfähig.

3 Das Amtsgericht hat der auf Rückzahlung dieser Honorarteile gerichteten Klage in vollem Umfang stattgegeben. Der Beklagte hat die Minderung seiner Gebühren nach § 6a GOÄ nicht angegriffen. Auf seine Berufung hat das Landgericht die Klage in Höhe von 3.372,53 € abgewiesen. Mit ihrer vom Berufungsgericht zugelassenen Revision erstrebt die Klägerin die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Entscheidungsgründe

4 Die Revision ist begründet.

I.

5 Das Berufungsgericht verneint einen Anspruch der Klägerin aus ungerechtfertigter Bereicherung. Unter Bezugnahme auf das Urteil BGHZ 142, 126 geht das Berufungsgericht davon aus, dass zwischen dem Beklagten und dem Versicherungsnehmer der Klägerin ein Behandlungsvertrag zustande gekommen ist. Der behandelnde Chefarzt habe kein Interesse, eigene Ansprüche gegen den Beklagten zu erlangen oder gar eigene Verpflichtungen gegenüber dem Patienten hinsichtlich der virologischen Untersuchung einzugehen. Damit ergebe sich das Recht des Beklagten, seine Leistungen gegenüber dem Patienten nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte abzurechnen.

6 Die Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses, die Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung erfasse, stehe einer Einzelabrechnung der Leistungen des Beklagten nicht entgegen. Zwar habe der behandelnde Chefarzt diese Gebührennummer mehrfach angesetzt. Das Institut, das der Beklagte leite, sei organisatorisch jedoch nicht Teil des Klinikums und der Beklagte sei nicht unter Aufsicht nach fachlicher Weisung des behandelnden Chefarztes, sondern nach § 4 Abs. 2 GOÄ selbständig tätig geworden. Die Berechnungsfähigkeit von Leistungen eines externen Arztes werde durch die Nummer 437 nicht ausgeschlossen. Die Nummer 437 enthalte nämlich nicht die zusätzliche Regelung wie die Nummer 435, wonach Teilleistungen auch dann

mit der Gebühr abgegolten sind, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

7 Für diese Auslegung spreche auch, dass der Laborarzt andernfalls nicht kostendeckend arbeiten könne. Eine Abrechnung nach Nummer 437 sei dem Beklagten nicht zumutbar, weil seine umfangreichen Leistungen oft mit mehreren 1000 Punkten bewertet seien und die 500 Punkte der Nummer 437 um ein Vielfaches überstiegen. Er könne auch nicht auf eine Abrechnung nach Nummer 437 verwiesen werden, weil diese Bestimmung lediglich Laboratoriumsuntersuchungen betreffe, die der berechtigte Krankenhausarzt vornehme.

II.

8 Diese Beurteilung hält der rechtlichen Überprüfung nicht in allen Punkten stand.

9 1. Eine vertragliche Beziehung des Versicherungsnehmers der Klägerin zum Beklagten lässt sich entgegen der Auffassung der Revision nicht leugnen.

10 Trifft ein Patient mit einem Krankenhausträger eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen im Sinn des § 22 BPflV 1995 vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), ist es nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine Frage des Einzelfalls, welchem Vertragstyp der jeweilige Krankenhausvertrag zuzuordnen ist. Im Regelfall wird der Interessenlage des Patienten der totale Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag am ehesten gerecht (vgl. Senatsurteil BGHZ 138, 91, 96 f m.w.N.; zur Rechtslage nach der Bundespflegesatzverordnung 1973 Senatsurteil vom 12. März 1987 - III ZR 31/86 -

NJW-RR 1988, 630, 631). Einer abschließenden Beurteilung bedarf diese Frage indes nicht, weil sich die Wahlleistungsvereinbarung mit dem Krankenhaus auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, und die von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses erstreckt (vgl. § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV 1995; s. neuerdings § 17 Abs. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes <KHEntgG> in der Fassung des Art. 5 des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002, BGBl. I S. 1412). Danach kann der Beklagte prinzipiell seine dem Versicherungsnehmer der Klägerin erbrachten Leistungen diesem gegenüber liquidieren.

11 2. Ob sich aus dieser Vertragsbeziehung ein Vergütungsanspruch des Beklagten ergibt, hängt davon ab, ob er nach der Gebührenordnung für Ärzte die erbrachten Leistungen einzeln abrechnen darf. Dies ist für die hier in Rede stehenden Leistungen zu verneinen.

12 a) Nach Nummer 11 der dem Abschnitt M (Laboratoriumsuntersuchungen) vorangestellten allgemeinen Bestimmungen sind Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 nur nach Nummer 437 berechnungsfähig, dürfen also mit anderen Worten nicht einzeln abgerechnet werden. Hiervon sind nur Leistungen nach Nummern 3980 bis 4014 ausgenommen, die sich im Abschnitt M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) befinden. Um solche Leistungen geht es hier nicht.

13 b) In sachlicher Übereinstimmung mit dieser Bestimmung heißt es in Nummer 437, die Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 betrifft, dass daneben Leistungen nach Abschnitt M - mit Ausnahme von Leistungen nach M III 13 und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) - nicht berechnungsfähig sind. Der Verordnungsgeber, der diesen Bereich durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861) neu gefasst hat, hat für die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung und die Laboratoriumsuntersuchungen in diesem Rahmen Komplexgebühren vorgesehen und hiervon (nur) mikrobiologische Leistungen (Unterabschnitt M IV) sowie einen Teil der immunhämatologischen Leistungen (Unterabschnitt M III 13) ausgeklammert, da diese im Einzelfall mit der Pauschalgebühr häufig nicht kostendeckend erbracht werden können (vgl. BR-Drucks. 211/94 S. 100). Ansonsten hat er sich offensichtlich von der Vorstellung leiten lassen, dass mit den Komplexgebühren der im Durchschnitt anfallende Aufwand angemessen abgegolten werde.

14 3. Eine Einzelabrechnung ist nicht deshalb zuzulassen, weil die Leistungen hier durch einen außerhalb des Krankenhauses stehenden Arzt einer selbständigen Einrichtung erbracht worden sind.

15 a) Der Wortlaut der Nummer 437, der lediglich von Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung spricht, nimmt Leistungen externer Ärzte nicht aus.

16 Es spricht zwar einiges dafür, dass dem Verordnungsgeber bei der Regelung in den Nummern 435 und 437, die ihrem Tatbestand nach mit der intensivmedizinischen Behandlung eine besonders qualifizierte Art eines stationären Krankenhausaufenthalts betrifft, der Krankenhausarzt vor Augen stand. Dies gilt insbesondere für die Nummer 435, die sich auf den behandelnden Krankenhausarzt bezieht und dessen zentrale Stellung im Rahmen der Abrechnung nach dieser Gebühr durch die amtliche Anmerkung verdeutlicht wird, Teilleistungen seien auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

17 b) Auch wenn die Nummer 437 nicht mit einer entsprechenden Anmerkung versehen ist, folgt hieraus nicht, dass mehrere tätig gewordene Ärzte diese Gebühr mehrfach oder einzelne von ihnen ihre Leistungen einzeln abrechnen dürften. Das Fehlen einer entsprechenden Anmerkung ist nach Auffassung des Senats darauf zurückzuführen, dass die Nummer 437 auf ein bestimmtes Fachgebiet, nämlich die Laboratoriumsuntersuchungen, zugeschnitten ist, während im Zusammenhang mit der allgemeinen intensivmedizinischen Behandlung und Überwachung eine Regelung über die Anwendung der Komplexgebühr notwendig war, weil insoweit vielfach Ärzte unterschiedlicher Disziplinen tätig werden müssen. Dass die Gebühr Nummer 437 - wie nach Nummer 435 - lediglich einmal bis zu 24 Stunden Dauer für die von ihr erfassten Laboratoriumsuntersuchungen berechnet werden darf und daneben eine Einzelabrechnung verbietet, entspricht auch einer einhelligen Auffassung im Schrifttum (vgl. Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl. Stand 1. Januar 2002, Nr. 437 Rn. 2; Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl. Stand August und Dezember 2000, Nrn. 427 bis 437 Rn. 7; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 1996, Anm. zu Nummer 437).

18 c) Wirtschaftliche und verfassungsrechtliche Gründe zwingen nicht dazu, die Einzelabrechnung eines externen Arztes entgegen der Bestimmung der Nummer 437 zuzulassen. Zwar ist der Revisionserwiderung im Ausgangspunkt zuzugeben, dass der externe Arzt anderen wirtschaftlichen Gegebenheiten unterliegt und mit den Gebühren für seine Tätigkeit auch den Aufwand seiner Praxis abzudecken hat. Der richtige Weg einer sachgerechten Honorierung des externen Arztes liegt jedoch nicht in der Einzelabrechnung von Leistungen, für die der Patient nach der Gebührenordnung lediglich mit einer Pauschale belastet werden soll.

19 aa) Jeder Patient, der sich in die stationäre Behandlung eines Krankenhauses begibt, darf erwarten, dass er unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses die Leistungen erhält, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Zu diesen "allgemeinen Krankenhausleistungen" gehören unter diesen Voraussetzungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV 1995 und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG). Mit den Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 10 BPflV 1995; § 7 KHEntgG) werden die für die sachgerechte Behandlung des Patienten erforderlichen Leistungen vergütet (vgl. Senatsurteil BGHZ 151, 102, 106). Wenn ein Krankenhausträger sich daher entschließt, aus finanziellen Gründen kostenaufwendige Einrichtungen, die nicht für jeden Patienten benötigt werden, nicht vorzuhalten, sondern insoweit Leistungen nach außen zu verlagern (sogenanntes Outsourcing), ändert dies nichts daran, dass solche Leistungen in den Entgelten berücksichtigt sind, weil sie bei sozialversicherten Patienten und Privatpatienten, die darauf verzichten, wahlärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, hieraus vergütet werden müssen.

20 bb) Die extern erbrachten Leistungen bleiben auch dann Krankenhausleistungen im Sinn des Pflegesatzrechts, wenn der Patient - wie hier - wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart. Die Vereinbarung stellt zwar sicher, dass der Patient durch eine Person seines Vertrauens ärztlich behandelt wird, die ihre Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnen darf (§ 22 Abs. 3 Satz 7 BPflV 1995; vgl. auch § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG). Die Zuziehung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses auf Veranlassung der Ärzte des Krankenhauses folgt jedoch nach Inhalt und Voraussetzungen dem Muster des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV 1995 im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen, und ungeachtet der besonderen ärztlichen Honorierung bleibt es bei der Höhe des Pflegesatzes, so dass Wahlleistungspatienten auf diese Weise über den Pflegesatz auch Leistungen externer Ärzte für Regelleistungspatienten mit bezahlen (vgl. Senatsurteil BGHZ 151, 102, 107, 113 f). Aus diesem Grund unterliegen auch externe Ärzte, die Leistungen für einen Krankenhauspatienten erbracht haben, der wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart hat, der Gebührenminderungspflicht des § 6a GOÄ (vgl. Senatsurteil BGHZ 151, 102). Das Bundesverfassungsgericht hat dies in einer Kammerentscheidung (NJW 2004, 3172) verfassungsrechtlich gebilligt. Das Ineinandergreifen von Pflegesatzrecht und Gebührenrecht führt daher zu keiner Sonderbehandlung von externen Ärzten, nur weil sie ihre Leistungen außerhalb des Krankenhauses in ihrer eigenen Praxis erbringen.

21 cc) Auch wenn ein Patient mit dem Krankenhaus wahlärztliche Leistungen vereinbart, ist für ihn nicht von vornherein zu übersehen, in welcher Weise die Krankenhausleistungen erbracht werden.

22 (1) Stehen sämtlichen Abteilungen des Krankenhauses, die in die Behandlung des Patienten eingebunden sind, zur Liquidation berechtigte Chefärzte vor, werden diese ihre Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnen. Sind mehrere dieser Ärzte mit der intensivmedizinischen Behandlung und Überwachung des Patienten nach Nummer 435 des Gebührenverzeichnisses befasst, kann nach der besonderen Abrechnungsbestimmung nur der für die Behandlung verantwortliche Arzt diese Leistung berechnen. Es liegt in der Natur dieser Komplexgebühr, dass die anderen Ärzte trotz ihrer grundsätzlichen Liquidationsberechtigung insoweit keine Vergütungsansprüche gegen den Patienten haben.

23 (2) Verfügt das Krankenhaus über ein Zentrallabor, dem ein liquidationsberechtigter Arzt vorsteht, und ist es in der Lage, alle anfallenden Untersuchungen während der Intensivbehandlung durchzuführen, steht diesem liquidationsberechtigten Arzt die Komplexgebühr nach Nummer 437 zu. Eine Einzelberechnung ist nicht zulässig, soweit es sich nicht um die kostenintensiveren Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV handelt.

24 (3) Verfügt das Krankenhaus über ein Zentrallabor, das alle anfallenden Untersuchungen vornehmen kann, dem aber kein liquidationsberechtigter Arzt vorsteht, kann der behandelnde liquidationsberechtigte Arzt die Komplexgebühr nach Nummer 437 im Rahmen des § 4 Abs. 2 GOÄ in Rechnung stellen. Denn als eigene Leistungen, die er liquidieren darf, gelten auch Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Erbringen die Ärzte eines solchen Labors auch Leistungen des Abschnitts M III und M IV, könnten sie von dem behandelnden liquidationsberechtigten Arzt allerdings nicht in Rechnung gestellt werden, da es

sich insoweit nicht um eigene Leistungen handelt, die im Sinn des § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden (vgl. Brück, Stand 1. Juli 2005, § 4 Rn. 10, 12; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, § 4 Rn. 11). Für die Liquidation der Komplexgebühr der Nummer 437 durch den behandelnden Arzt genügt es jedoch, wenn während der Intensivbehandlung irgendeine Leistung nach Abschnitt M II erbracht wird. Hat das Zentrallabor auch Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV erbracht, können diese trotz ihrer grundsätzlichen Berechnungsfähigkeit daher in einer solchen Konstellation nicht berechnet werden, sondern sind praktisch als Krankenhausleistung durch den Pflegesatz mit entgolten.

25 (4) Im vorliegenden Fall verfügt das Universitätsklinikum über ein Zentrallabor, dem - wie eine erstinstanzlich eingeholte Auskunft der Verwaltungsdirektion des Universitätsklinikums E. ergeben hat - ein nicht liquidationsberechtigter Oberarzt vorsteht. Wenn von diesem Zentrallabor Leistungen nach dem Abschnitt M II bezogen worden sind, konnten diese Grundlage für die Berechnung des behandelnden Arztes gewesen sein, der für jeden Tag der 70 Tage währenden Intensivbehandlung je eine Gebühr nach Nummer 437 berechnet hat.

26 Das Zentrallabor hat jedoch nicht alle anfallenden Untersuchungen vorgenommen, sondern bestimmte Untersuchungen nach den Abschnitten M III und M IV sind an das Institut des Beklagten vergeben worden. Soweit es um Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV geht, war der Beklagte unstreitig zur Berechnung berechtigt, unterlag aber, weil es sich um Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung handelte, der Gebührenminderungspflicht nach § 6a GOÄ. Ob ihm für die nicht gesondert berechenbaren Leistungen des Abschnitts M III an den in Frage kommenden Tagen je eine Komplex-

gebühr zustehen könnte, bedarf deshalb keiner abschließenden Beantwortung, weil er eine solche Gebühr nicht für sich in Anspruch nimmt. Der Senat muss daher auch nicht entscheiden, wem diese Komplexgebühr zusteht, wenn mehrere Ärzte Laboruntersuchungen vorgenommen oder in zulässigem Umfang von dritter Seite bezogen haben (§ 4 Abs. 2 Satz 2 GOÄ).

27 Aus der Sicht des Patienten besteht kein hinreichender Grund, Leistungen des externen Arztes gesondert honorieren zu müssen, die bei einer vollständigen Erbringung durch das Krankenhaus nicht gesondert berechnungsfähig sind, weil ihre Vergütung durch eine pauschale Komplexgebühr vorgesehen ist. Es ist nicht Sache des Patienten, durch eine gesonderte Honorierung von Leistungen externer Ärzte Nachteile auszugleichen, die diesen dadurch entstehen können, dass sie nicht auf Personal- und Sachmittel des Krankenhauses zurückgreifen können. Dieser Ausgleich ist vielmehr dadurch herzustellen, dass das Krankenhaus - wie dies auch bei Regelleistungspatienten der Fall ist - die extern vergebenen Leistungen aus den Pflegesätzen/Entgelten finanziert. Es mag zwar sein, dass der externe Arzt insoweit Gebühren nicht in derselben Höhe erzielen kann wie bei einer Abrechnung im Verhältnis zum Patienten. Es geht jedoch im hier zu beurteilenden Zusammenhang nicht darum, den Arzt allgemein von einer Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte auszuschließen, sondern die Interessen des Patienten und der Behandlungsseite bei einer Aufspaltung der ärztlichen Dienste in dem Sonderfall, in dem gebührenrechtlich eine pauschale Abgeltung vorgesehen ist, zu einem gerechten Ausgleich zu bringen.

28 Soweit die Revisionserwiderung anführt, es sei mit Art. 12 Abs. 1 GG nicht vereinbar, wenn für den freien Laborarzt bei Auftragserteilung nicht ersichtlich sei, ob und welche Gebühr er beanspruchen könne, vermag der Senat

dem nicht zu folgen. Schon wegen der gebotenen Gebührenminderung nach § 6a GOÄ ist der externe Arzt gehalten, sich bei Entgegennahme des Auftrags über dessen Rahmenbedingungen zu vergewissern. Da im Übrigen anzunehmen ist, dass Labors der hier in Rede stehenden Art in dauernden Geschäftsbeziehungen zu einem bestimmten Kreis von Krankenhäusern stehen, liegt es im eigenen Interesse der Betreiber und ist ihnen zuzumuten, für Fälle der vorliegenden Art, in denen die Leistungspflicht des Patienten wegen einer Komplexgebühr begrenzt ist, in einer Rahmenvereinbarung mit dem Krankenhaus eine Vergütungsregelung zu treffen.

29 4. Zutreffend ist das erstinstanzliche Urteil davon ausgegangen, dass der Beklagte im Hinblick auf die Bezahlung seiner Rechnung nach Einzelbeträgen ungerechtfertigt bereichert ist und dem Bereicherungsanspruch nicht entgegensteht, dass die Rechnung in Kenntnis der Nichtschuld beglichen worden wäre.

30 Der Beklagte kann sich auch nicht auf den Wegfall seiner Bereicherung (§ 818 Abs. 3 BGB) berufen. Er hat zwar vorgetragen, er habe für die aus Haushaltsmitteln der Universität gestellten Sach-, Verbrauchs- und Personalmittel eine Kostenerstattung in bestimmter Höhe vorzunehmen, die je erbrachter Leistung ohne Rücksicht auf tatsächlich eingegangene Honorare berechnet werde, und einen Vorteilsausgleich zu zahlen. Da er jedoch für seine Leistungen eine Vergütung durch das Krankenhaus erlangen kann, das Aufwendungen für die als Krankenhausleistung von ihm geschuldeten Untersuchungen erspart hat, erhält er das, was ihm aus seiner Tätigkeit gebührt. Unter diesen Umstän-

den können die mit seiner Tätigkeit notwendig verbundenen Kosten nicht als Entreicherung angesehen werden.

Wurm Kapsa Dörr

Herrmann Wöstmann

Vorinstanzen:
AG Erlangen, Entscheidung vom 10.04.2006 - 5 C 2660/02 -
LG Nürnberg-Fürth, Entscheidung vom 24.10.2006 - 13 S 4136/06 -