BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 323/09

Verkündet am:
4. November 2010
F r e i t a g
Justizamtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: ja
BGHR: ja

GOÄ § 6a Abs. 2, § 10; KHEntgG § 17 Abs. 3 Satz 7

Zum Anspruch des externen Arztes gegen einen Wahlleistungspatienten auf Ersatz von Auslagen für aufgewendete Sachkosten.

BGH, Urteil vom 4. November 2010 - III ZR 323/09 - LG Wuppertal
AG Solingen

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 21. Oktober 2010 durch den Vizepräsidenten Schlick und die Richter Dörr, Wöstmann, Seiters und Tombrink

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Wuppertal vom 26. November 2009 aufgehoben.

Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Amtsgerichts Solingen vom 12. November 2008 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte hat die Kosten der Rechtsmittelzüge einschließlich der Kosten des Streithelfers zu tragen.

Von Rechts wegen

Tatbestand

1 Der Beklagte befand sich vom 7. August bis 26. August 2006 wegen verschiedener Eingriffe bei Diabetes mellitus in dem vom Streithelfer der Klägerin geführten Krankenhaus, dessen voll- und teilstationäre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet werden. Mit dem Krankenhaus hatte der Beklagte die private, persönliche Beratung und Behandlung durch die liquidationsberechtigten Wahlärztinnen oder Wahlärzte vereinbart. Auf deren Veranlassung wurde beim

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Beklagten am 8. August 2006 in einer Gemeinschaftspraxis für Röntgenologie und Nuklearmedizin eine Angiographie mit anschließender Dilatation der Arterien vorgenommen.

2 Die Klägerin, eine privatärztliche Verrechnungsstelle, an die die Ansprüche der Gemeinschaftspraxis abgetreten wurden, stellte deren Leistungen am 11. September 2006 mit 4.577 € in Rechnung. Dabei ist die Abrechenbarkeit der in Rechnung gestellten Sachkosten der Gemeinschaftspraxis in Höhe von 3.386,78 € nach Maßgabe des § 10 GOÄ in Streit. Das nach § 6a Abs. 1 GOÄ geminderte Honorar für die ärztliche Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis ist beglichen worden.

3 Das Amtsgericht hat der auf Zahlung der Sachkosten nebst Zinsen gerichteten Klage entsprochen. Das Landgericht hat die Klage auf die Berufung des Beklagten abgewiesen. Mit ihrer vom Landgericht zugelassenen Revision begehrt die Klägerin die Wiederherstellung der erstinstanzlichen Entscheidung.

Entscheidungsgründe

4 Die Revision der Klägerin ist begründet.

5 1. Für die nähere rechtliche Einordnung ist davon auszugehen, dass die Ärzte der Gemeinschaftspraxis aufgrund der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen nach Maßgabe des § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG auf Veranlassung der Ärzte des Krankenhauses, das den Beklagten zur stationären Behandlung aufgenommen hatte, tätig geworden sind. Sie haben damit ihre Leistungen zwar mit den persönlichen und sachlichen Mitteln ihrer Praxis erbracht; ihre Leistun-

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

gen sind jedoch, wie der Senat mit Urteilen vom 13. Juni 2002 (III ZR 186/01, BGHZ 151, 102, 106) und 10. Mai 2007 (III ZR 291/06, BGHZ 172, 190 Rn. 19) entschieden hat, im Sinne des Vergütungsrechts der stationären Krankenhausbehandlung zuzuordnen. Wäre der Beklagte ein sozialversicherter Patient oder ein Privatpatient gewesen, der lediglich die Regelleistungen des Krankenhauses in Anspruch genommen hätte, hätte es sich bei den Leistungen der Ärzte der Gemeinschaftspraxis um allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 KHEntgG gehandelt. Denn zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind, gehören nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, die mit den Entgelten nach § 7 Abs. 1 KHEntgG durch die Krankenkasse oder den selbst zahlenden Patienten vergütet werden (vgl. Senatsurteil vom 12. November 2009 - III ZR 110/09, BGHZ 183, 143 Rn. 4).

6 Die extern erbrachten Leistungen bleiben auch dann Krankenhausleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes, wenn der Patient - wie hier - wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart. Eine Änderung ergibt sich insoweit nur daraus, dass der Patient als zusätzliche Leistung mit dem Krankenhaus vereinbart, durch eine Person seines Vertrauens ärztlich behandelt zu werden. Die Vereinbarung erstreckt sich, dem Muster des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG folgend, auch auf die - hier nicht vom Krankenhaus, sondern - von den liquidationsberechtigten Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Während für die Berechnung der wahlärztlichen Leistungen nach § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG die Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung findet, bleiben die für die Berechnung der privatärztlichen stationären Behand-

lung und der stationären Behandlung sozialversicherter Patienten maßgebenden Entgelte (Fallpauschalen, Sonderentgelte oder Pflegesätze) dieselben (vgl. Senatsurteil vom 13. Juni 2002 - III ZR 186/01, aaO S. 107 zu § 22 Abs. 3 BPflV; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl., § 6a GOÄ Rn. 4; Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl., § 6a Rn. 3 unter 3.1 <Stand 1. Oktober 2008>).

7 2. Für die Anwendung des § 6a Abs. 1 GOÄ hat der Senat aus diesen Zusammenhängen mit dem Pflegesatzrecht den Schluss gezogen, dass auch ein niedergelassener externer Arzt, der seine Leistungen auf Veranlassung eines Krankenhausarztes in seiner eigenen Praxis und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses für den Patienten, der wahlärztliche Leistungen vereinbart hat, erbringt, der Gebührenminderungspflicht unterliegt (Urteil vom 13. Juni 2002 - III ZR 186/01, BGHZ 151, 102), wie es auch hier geschehen ist. § 6a GOÄ dient, wie der Senat hervorgehoben hat (Urteile vom 17. September 1998 - III ZR 222/97, NJW 1999, 868, 869; vom 13. Juni 2002 - III ZR 186/01, aaO S. 105, 111), dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung von Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung. Eine solche Benachteiligung wäre insbesondere anzunehmen, wenn der Patient - ohne eine Honorarminderung - mit der Vergütung der privatärztlichen Leistungen die mit den Gebühren abgegoltenen Sach- und Personalkosten der ärztlichen Praxis (§ 4 Abs. 3 GOÄ) und mit der Fallpauschale beziehungsweise dem Pflegesatz für das Krankenhaus Kosten ähnlicher Art "doppelt" bezahlen müsste; dies wäre bei einem Krankenhausarzt, der keine eigene Praxis unterhält, besonders gravierend. Aber auch bei einem externen Arzt, der Sach- und Personalkosten für seine Praxis aufzuwenden hat, wäre der Patient ohne eine Honorarminderung einer Mehrbelastung ausgesetzt. Eine solche Mehrbelastung hat der Senat in dem Umstand gesehen, dass der Wahlleistungspatient mit dem Pflegesatz

allgemein Leistungen des Krankenhauses mit finanziert, die von diesem nicht selbst, sondern durch den Einsatz eines externen Arztes erbracht werden und bei einem Sozialversicherten oder Regelleistungspatienten mit dem Entgelt abgegolten sind (vgl. Urteil vom 13. Juni 2002 - III ZR 186/01, aaO S. 113 f).

8 3. Das Berufungsgericht (MedR 2010, 577) ist unter Bezugnahme auf diese Rechtsprechung der Auffassung, diese Überlegungen seien auch für die Frage maßgeblich, ob die hinzugezogenen Ärzte der Gemeinschaftspraxis nach § 6a Abs. 2 i.V.m. § 10 GOÄ berechtigt seien, Ersatz für die von ihnen aufgewendeten Sachkosten zu verlangen. Insoweit legt das Berufungsgericht seiner Entscheidung zugrunde, dass die Klägerin dem Vorbringen des Beklagten, einem gesetzlich Versicherten wären die in Rede stehenden Sachkosten nicht gesondert, also neben dem durch die Fallpauschale gebildeten Entgelt, berechnet worden, nicht entgegengetreten sei, sondern sogar ausdrücklich zugestanden habe, die Abrechnung des Krankenhauses hätte keine andere Fallpauschale enthalten, wenn sie um die an die Gemeinschaftspraxis in Auftrag gegebenen Leistungen ergänzt worden wäre. Unter diesen Umständen müsse von einer Mehrbelastung des Beklagten ausgegangen werden, die es im Hinblick auf den Grundsatz der Gleichbehandlung von Selbstzahlern und Sozialversicherten bei stationärer Krankenhausbehandlung gebiete, den Anspruch auf Auslagenersatz nach § 10 GOÄ zu versagen, wenn eine Krankenkasse oder ein Regelleistungspatient entsprechende Leistungen mit dem Entgelt für das Krankenhaus (Fallpauschale) abgelte.

9 Diese Beurteilung hält der rechtlichen Überprüfung nicht stand.

10 a) § 6a GOÄ ist durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) eingefügt worden. Hintergrund für diese neue Regelung war der Umstand, dass Personal- und Sachkosten ärztlicher Leistungen sowohl durch die Krankenhauspflegesätze nach der Bundespflegesatzverordnung als auch durch die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte abgegolten wurden. Um bei stationären privatärztlichen Leistungen doppelte Kostenberechnungen zu vermeiden, sah die genannte Änderungsverordnung vor, die ärztlichen Wahlleistungen nach ihrem Umfang näher zu bestimmen und von den allgemeinen, mit dem Pflegesatz abgegoltenen Krankenhausleistungen besser abzugrenzen, die ärztlichen Gebühren bei stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung um 15 % zu mindern und bei ärztlichen Wahlleistungen - zur Entlastung des Zahlungspflichtigen von ärztlichen Personalkosten des Krankenhauses - nach § 3 Abs. 2 Satz 2 BPflV in der Fassung der genannten Änderungsverordnung (vgl. auch § 8 BPflV 1986 vom 21. August 1985 - BGBl. I S. 1666) einen Pflegesatzabschlag von 5 % vorzunehmen (vgl. BR-Drucks. 574/84 S. 7 f, 12 f). Nach diesem Rechtszustand gab es die oben zu 2 angeführte Mehrbelastung insofern nicht, als der Patient mit wahlärztlichen Leistungen gegenüber dem Regelleistungspatienten einen geringeren Pflegesatz zu entrichten hatte. Allerdings wurde der Pflegesatz nach der Begründung des Verordnungsgebers nicht von Sachkosten entlastet, die im Pflegesatz enthalten waren. Die Möglichkeit des privat liquidierenden Arztes, nach § 6a Abs. 2 in Verbindung mit § 10 GOÄ neben seinen Gebühren Ersatz seiner Auslagen zu verlangen, war dem Verordnungsgeber so selbstverständlich, dass er auf eine nähere Begründung für diese Regelung verzichtete.

11 b) Durch Art. 12 Abs. 3 Nr. 4 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wurde der Pflegesatzabschlag bei wahlärztlichen Leistungen zugunsten einer Erhöhung des Minderungsbetrags beim Honorar der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte auf 25 % nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ in der Fassung von Art. 20 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes beseitigt. In der Begründung heißt es hierzu, infolge der Erhöhung der Gebührenminderung nach § 6a GOÄ entfalle die Notwendigkeit, für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen durch einen Wahlarztabschlag zu ermäßigen (vgl. BT-Drucks. 12/3608 S. 142). Seitdem dient allein die Bestimmung des § 6a Abs. 1 GOÄ der Vermeidung doppelter Kostenberechnungen bei stationären privatärztlichen Leistungen.

12 c) Eine Beschränkung des Rechts des niedergelassenen Arztes, seine Auslagen nach Maßgabe des § 10 GOÄ ersetzt zu erhalten, ist im Zusammenhang mit vielfachen Änderungen des Gebühren- und Pflegesatzrechts seit 1984 vom Verordnungsgeber nicht in Erwägung gezogen worden.

13 aa) Zwar ist eine Anwendung des § 10 GOÄ abzulehnen, soweit einem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt Materialien vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. Denn Kosten dieser Art sind nach § 2 Nr. 5 KHG, § 7 Abs. 1 BPflV, § 7 Abs. 1 KHEntgG pflegesatzfähig, weil sie für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (vgl. Quaas/Zuck, MedR, 2. Aufl., § 25 Rn. 238; Brück, aaO § 6a Rn. 3 zu 3.2 <Stand 1. Oktober 2008>; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., § 6a Rn. 13). Das Krankenhaus wäre daher nicht berechtigt, solche

- pflegesatzfähigen - Sachkosten dem Patienten in Rechnung zu stellen. Das könnte auch nicht über den Umweg geschehen, dass das Krankenhaus von seinen zur Liquidation berechtigten Ärzten die Erstattung derartiger Kosten verlangt und diese wiederum diese Kosten dem Wahlleistungspatienten nach § 10 GOÄ als wahlärztliche Leistungen in Rechnung stellen (vgl. Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, aaO; ähnlich Brück, aaO § 6a Rn. 6 <Stand 1. Oktober 2008>).

14 bb) Für den externen Arzt, der im Einzelfall zu Leistungen herangezogen wird, die das Krankenhaus mangels Einrichtung einer entsprechenden medizinischen Abteilung zur Behandlung des Patienten nicht erbringen kann, gelten diese Überlegungen nicht. Wird er bei Regelleistungspatienten gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG auf Veranlassung des Krankenhauses tätig, sind seine Leistungen den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen, die mit dem Krankenhausentgelt abgegolten sind. Ihm ist aufgrund dieser Gesetzeslage daher bewusst, dass er seine Vergütung und seinen Auslagenersatz vom Krankenhaus zu beanspruchen hat; auf dieses Verhältnis sind die Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte nicht anwendbar (vgl. Senatsurteil vom 12. November 2009 - III ZR 110/09, BGHZ 183, 143).

15 Anders verhält es sich bei einer Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen: Der externe Arzt wird nicht vom Krankenhaus, sondern von einem liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses zugezogen, und er wird nach § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG wegen seiner Vergütung auf die Gebührenordnung für Ärzte verwiesen. Darüber hinaus sind die von ihm erbrachten Wahlleistungen keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher nicht Gegenstand der Entgelte

des § 7 KHEntgG. Wollte man unter diesen Umständen wegen der zweifellos vorhandenen, aber in keinem Verhältnis zu den hier anfallenden Sachkosten stehenden Mehrbelastung des Beklagten, der mit seinem ungeminderten Krankenhausentgelt entsprechende Kosten für Regelleistungspatienten mitfinanziert, in die Regelung des § 6a Abs. 2 GOÄ eingreifen und einen Auslagenersatz nach § 10 GOÄ vollständig versagen, würde man dieser Bestimmung weitgehend ihren vom Verordnungsgeber umschriebenen Anwendungsbereich nehmen (vgl. zur Anwendbarkeit im Fall einer Hinzuziehung des externen Arztes durch einen Belegarzt Senatsurteil vom 17. September 1998 - III ZR 222/97, NJW 1999, 868; allgemein zur Anwendung in Fällen überschrittener Leistungsfähigkeit Göbel in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl., Anhang nach § 1 MB-KK Rn. 181; Patt, NJW 2002, 2929; Uleer/Miebach/Patt, § 6a GOÄ Rn. 28 unter Hinweis auf BGH, Urteil vom 14. Januar 1998 - IV ZR 61/97, NJW 1998, 1790, 1791). Darüber hinaus müsste man den betroffenen Arzt auf einen Anspruch gegen das Krankenhaus verweisen, für den es keine Grundlage gäbe, die sich widerspruchslos in die Entgeltsysteme der Gebührenordnungen und der Krankenhausentgelte einfügen ließe. Zu einer solchen Rechtsfortbildung hält sich der Senat angesichts der dem Verordnungsgeber seit langem bekannten Probleme, der unveränderten Fassung des § 6a Abs. 2 GOÄ und der - regelmäßig - als nur marginal anzusehenden Mehrbelastung des Wahlleistungspatienten durch gegenüber Regelleistungspatienten unge-

minderte Krankenhausentgelte (vgl. hierzu Quaas/Dietz in Dietz/Bofinger, § 17 KHEntgG Anm. 5 <Stand September 2009>) für nicht hinreichend legitimiert.

Schlick Dörr Wöstmann

Seiters Tombrink

Vorinstanzen:
AG Solingen, Entscheidung vom 12.11.2008 - 12 C 265/08 -
LG Wuppertal, Entscheidung vom 26.11.2009 - 9 S 320/08 -