

II. ZR 240/53

Verkündet

am 20. November 1954

Jodas, Justizangestellter
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

In dem Rechtsstreit

1. der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse F [REDACTED] / M [REDACTED],
vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstands,
Abteilungspräsidenten Dr. Br [REDACTED],

Beklagten, Revisionsklägerin
und Anschlussrevisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt [REDACTED] -

2. der Landesärztekammer B [REDACTED] (Kassenärztliche Vereinigung
B [REDACTED]), Fr [REDACTED], K [REDACTED]straße [REDACTED],
vertreten durch ihren Präsidenten Prof. Dr. [REDACTED],
E [REDACTED],

Streithelferin und Revisions-
klägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

das Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Kultus-
ministerium in St [REDACTED], dieses vertreten durch die Ver-
waltung der Klinischen Universitätsanstalten Fr [REDACTED],
diese vertreten durch Verwaltungsdirektor Z [REDACTED] in
Fr [REDACTED],

Kläger, Revisionsbeklagten und
Anschlussrevisionskläger,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Prof. Dr. [REDACTED] -

hat der II. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die
mündliche Verhandlung vom 10. November 1954 unter Mit-
wirkung des Senatspräsidenten Dr. Canter und der Bundes-
richter Dr. Selowsky, Dr. Delbrück, Dr. Haidinger und Artl

für Recht erkannt:

Auf die Revisionen der Beklagten und der Streithelferin wird das Urteil des 1. Zivilsenats des früheren Oberlandesgerichts in Freiburg vom 30. Juni 1953 insoweit aufgehoben, als es die Ansprüche des Klägers dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat.

Auf die Anschlussrevision des Klägers wird das vorbezeichnete Urteil insoweit aufgehoben, als es die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts in Freiburg vom 10. Juni 1952 zurückgewiesen hat.

Die Sache wird zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an den 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts in Karlsruhe mit dem Sitz in Freiburg zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

23

- 3 -

Tatbestand:

Das Land Baden-Württemberg verlangt als Kläger von der beklagten Bundesbahn-Betriebskrankenkasse die Bezahlung ambulant ausgeführter ärztlicher Sachleistungen (Röntgen- und sonstige Sachleistungen), die die klinischen Universitätsanstalten in Fr. [REDACTED] an Versicherungsnehmer der Beklagten bewirkt haben. Die Landesärztekammer B. [REDACTED], die die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) B. [REDACTED] wahrnimmt, ist der Beklagten als Streit Helferin beigetreten. Die Beklagte ist der Auffassung, daß ärztliche Sachleistungen der Universitätskliniken in solchen Fällen überhaupt nicht zu bezahlen seien, in denen die Sachleistungen ohne kassenärztliche Überweisung lediglich auf Grund eines Krankenscheines vorgenommen worden sind, es sei denn, daß es sich um sogenannte dringende Fälle gehandelt hat. Bei Fällen auf Grund einer kassenärztlichen Überweisung, oder bei denen die Dringlichkeit eine sofortige Behandlung ohne kassenärztliche Überweisung rechtfertigte, bestreitet die Beklagte zwar nicht, daß dem Kläger ein Anspruch auf Vergütung erwachsen sei, sie meint aber, daß dieser Anspruch allein gegen die Kassenärztliche Vereinigung (Landesärztekammer) geltendgemacht werden könne, an die die Beklagte eine Gesamtvergütung gemäß § 368e Abs 2 RVO mit befreiender Wirkung gezahlt habe. Dieser Auffassung hat sich die Streitgehilfin angeschlossen. Sie ist der Ansicht, daß die Sachleistungen in den beiden letztgenannten Fällen nicht nach der für die klinischen Universitätsanstalten gültigen Gebührenordnung zu bezahlen seien, sondern nur in Höhe der sich aus der



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



JLaw – für Android



JLaw – für iOS

Gesamtvergütung ergebenden niedrigeren Sätze, die für entsprechende Leistungen eines Kassenarztes gewährt werden.

Die Beklagte wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1950 in der französischen Besatzungszone wieder errichtet und hat am 20. Januar 1950 mit der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern eine Vereinbarung getroffen, wonach sie an diese als Gesamtvergütung eine Abschlagszahlung pro Kopf ihrer Versicherten und Jahr in bestimmter Höhe zu zahlen hatte. Nach dieser Vereinbarung hat die Kassenärztliche Vereinigung auch für die ärztlichen Sachleistungen aufzukommen, die bei nicht stationärer klinischer Behandlung "auf Verordnung eines Kassenarztes mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung in Krankenhäusern, in Kliniken oder in Einrichtungen von Nichtkassenärzten oder von nicht frei praktizierenden Ärzten bewirkt werden". Die Universitätskliniken in Fr. [REDACTED] haben sich dieser Regelung nicht unterworfen. Sie haben ihre Leistungen, soweit es sich um Röntgenuntersuchungen handelt, nach dem Bad. Röntgentarif, soweit es sich um sonstige Leistungen handelt, nach einem klinikeigenen Tarif berechnet und ihre Gebührenrechnung jeweils der Beklagten und nicht der Kassenärztlichen Vereinigung zugestellt. Die Beklagte hat die Rechnungen jedenfalls ab 1. April 1950 an die Kassenärztliche Vereinigung in Fr. [REDACTED] weitergeleitet, die die Rechnungen grundsätzlich nur in Höhe derjenigen Sätze beglichen hat, welche ein Kassenarzt für die gleiche Leistung erhielt. Vor Beginn dieses Rechtsstreits und anfänglich in der ersten

Instanz hat die Beklagte geltendgemacht, die KV sei nach dem Abkommen vom 20. Januar 1950 verpflichtet, auch die Spitzenbeträge zu zahlen, sie hat sich später jedoch der Auffassung der Streitgehilfin angeschlossen.

Der Badische Fiskus hat zunächst Spitzenbeträge in Höhe von 743,08 DM nebst 5% Zinsen seit dem 14. Juli 1951 gemäß Aufstellung vom 19. Juli 1951 eingeklagt. Er hat sodann zur Feststellungsklage übergehend beantragt, festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet sei, an den Kläger die vollen Beträge für die von diesem gegenüber anspruchsberechtigten Versicherten der Beklagten in ambulanter Behandlung erbrachten Leistungen gemäß der für die klinischen Universitätsanstalten des Klägers gültigen Gebührenordnung zu vergüten.

Die Beklagte hat die Abweisung der Klage und widerklagend schließlich beantragt, festzustellen, daß der Kläger gegen die Beklagte keine Ansprüche für die ambulante Behandlung der von Kassenärzten zugewiesenen Mitglieder der Beklagten erheben könne.

Das Landgericht hat die Klage als unbegründet, die Widerklage als unzulässig abgewiesen. Es hat angenommen, daß der Kläger in keinem Falle Ansprüche gegen die Beklagte geltendmachen könne. Wenn die Sachleistungen auf Grund kassenärztlicher Überweisung ausgeführt worden seien, so sei der Behandlungsvertrag durch Vermittlung des Kassenarztes mit der kassenärztlichen Vereinigung (Ärztekammer) zustande gekommen. Wenn die Leistungen ohne kassenärztliche Überweisung, aber in dringenden Fällen

ausgeführt worden seien, so sei die Beklagte durch Entrichtung der Gesamtvergütung an die KV von einer Inanspruchnahme freigestellt. Sachleistungen, die ohne kassenärztliche Überweisung in einem nicht dringenden Fall bewirkt worden seien, habe die Beklagte ebenfalls nicht zu vergüten.

Das Land Baden-Württemberg hat mit der Berufung gegen dieses Urteil zunächst den Feststellungsantrag weiter verfolgt. Es ist sodann zur Leistungsklage übergegangen und hat beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger für ambulante Sachleistungen in der Zeit bis 31. März 1953 4.385,02 DM nebst 5% Zinsen von näher angegebenen Daten und Beträgen zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen. Die Streithelferin hat gegenüber den Ansprüchen eingewandt, daß die Forderungen des Klägers in einzelnen Fällen voll, zum Teil jedenfalls teilweise beglichen worden seien, und hat weitere Einwendungen zu einzelnen Posten erhoben. Daraufhin hat die Beklagte die Forderung des Klägers "auch der Höhe nach" bestritten.

Das Oberlandesgericht hat die Berufung zurückgewiesen, soweit es sich weder um dringende Fälle noch um Überweisungen durch die Kassenärztliche Vereinigung B- (jetzt S-) handelt; es hat die Ansprüche des Klägers gegen die Beklagte insoweit dem Grunde nach für berechtigt erklärt, als es sich um Überweisungen durch die Kassenärztliche Vereinigung B- oder um dringende

Fälle handelt, und insoweit die Sache zur Verhandlung über die Höhe an das Landgericht zurückverwiesen. Die Kostenentscheidung blieb dem Landgericht vorbehalten.

Die Beklagte und die Streitgehilfin haben gegen dieses Urteil Revision eingelegt, die im Berufungsurteil zugelassen worden ist. Sie erstreben die Abweisung der Klage in vollem Umfange, während der Kläger mit der rechtzeitig vor Ablauf der Begründungsfrist für die Revision eingelegten Anschlussrevision in erster Linie beantragt, die Klageansprüche auch insoweit für gerechtfertigt zu erklären, als es sich um Behandlungen in nicht dringenden Fällen handelt, die ohne kassenärztliche Überweisung lediglich auf Grund eines Krankenscheines der Beklagten ausgeführt worden sind.

Entscheidungsgründe:

I. Nach der Behauptung des Klägers bezieht sich die Klageforderung von 4.385,02 DM in Höhe eines Teilbetrages von 4.094,46 DM auf Fälle, in denen Versicherte der Beklagten auf Grund eines kassenärztlichen Überweisungsscheines in den Universitätskliniken in Fr. ambulant behandelt worden sind, in Höhe von 18,79 DM auf Behandlungen in dringenden Fällen und in Höhe von 271,77 DM auf Behandlungen in einem nicht dringenden Fall, die ohne kassenärztliche Überweisung lediglich auf Grund eines Krankenscheines vorgenommen worden sind. Die Leistungen fallen nach der Aufstellung des Klägers in die Zeit von März 1950 bis 31. März 1953.

II. Die Beklagte und ihre Streithelferin haben die Auffassung vertreten, die Ansprüche des Klägers könnten nunmehr vor den Sozialgerichten verfolgt werden, für sie sei der zivile Rechtsweg nicht gegeben. Dieser Ansicht kann nicht beigetreten werden.

Für die Frage der Zulässigkeit des Rechtsweges ist die rechtliche Natur des Klageanspruches entscheidend, so wie er sich aus der tatsächlichen Begründung der Klage ergibt. Liegt der Streit nach dem vorgetragenen Sachverhältnis auf öffentlich-rechtlichem Gebiet, so ist der Rechtsweg nach § 13 GVG auch dann unzulässig, wenn der Anspruch durch die Bezugnahme auf Vorschriften des Bürgerlichen Rechts begründet wird (RGZ 150, 243 [244] m. Nachw.).

Nach § 51 Abs 1 des Sozialgerichtsgesetzes entscheiden über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Absatz 2 aaO bestimmt, daß Angelegenheiten der Sozialversicherung auch die Angelegenheiten sind, die auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) im Rechtsweg zu entscheiden sind. Für die Abgrenzung der Gerichtsbarkeit der Sozialgerichte zur Zivilgerichtsbarkeit stellt sich daher für den vorliegenden Fall nur die Frage, ob der Kläger einen öffentlich-rechtlichen Anspruch in einer Angelegenheit der Sozialversicherung erhebt (vergl Peters-Sautter-Wolff, Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit 1954 SGG § 51 Anm 3 und 6). Das ist nicht der Fall. Der Kläger klagt als Eigentümer der klinischen Universitätsanstalten in Fr [REDACTED] und behauptet, daß durch die Behandlung

von Versicherten der beklagten Betriebskrankenkasse ein Rechtsverhältnis entstanden sei, wie es in gleicher Weise zwischen 2 Privatpersonen bestehen könne. Das gilt sowohl für solche Fälle, in denen nach dem behaupteten Sachverhalt vertragliche Ansprüche gegen die Beklagte geltendgemacht werden, als auch für die Ansprüche, die mangels einer vertraglichen Grundlage auf die Vorschriften über die Geschäftsführung ohne Auftrag gestützt werden. In allen Fällen handelt es sich um bürgerlich-rechtliche Ansprüche, für die weder die Zuständigkeit der Sozialgerichte noch anderer Verwaltungsgerichte oder Verwaltungsbehörden begründet ist. Die Beziehungen der klinischen Universitätsanstalten zu der Beklagten sind weder öffentlich-rechtlich geregelt, noch gibt der vorliegende Sachverhalt Anlass zu der Annahme, daß die Universitätsklinik als Einrichtung einer juristischen Person des öffentlichen Rechts die Behandlung von Versicherten der Beklagten in hoheitlicher Art übernommen und ausgeführt habe.

Es ist davon auszugehen, daß die Beziehungen einer Universitätsklinik zu ihren Patienten in der Regel bürgerlich-rechtlicher Natur sind (vergl BGHZ 9, 145 [149]). Das ist auch für die Aufnahme von Versicherten einer Krankenkasse im Sinne des § 225 RVO in die stationäre Behandlung einer Universitätsklinik und für die Übernahme einer ambulant auszuführenden Sachleistung für solche Versicherte anzunehmen. Bei der Einweisung und Aufnahme eines Kassenmitgliedes in ein Krankenhaus kommt, wie das Reichsgericht mehrfach entschieden hat, zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse regelmäßig ein Vertragsverhältnis zustande, das im Hinblick auf den Krankenver-

sicherten nach den Grundsätzen eines Vertrages zugunsten Dritter zu beurteilen ist (RGZ 165, 91 1067; HRR 1930 Nr 206). Auch die spätere Entwicklung des Rechts der Krankenversicherung hat die Beziehungen der Krankenhäuser und insbesondere der Universitätskliniken zu den Trägern der Sozialversicherung nicht der Ebene des Privatrechts entzogen (vergl BGHZ 4, 138 1497; Peters, Handbuch der Krankenversicherung 1954 RVO § 184 Anm 4), so daß nach wie vor bürgerlich-rechtliche Ansprüche gegen Sozialversicherungsträger aus der Behandlung ihrer Versicherten entstehen können. Nur solche Ansprüche sind Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits. Dem steht nicht entgegen, daß für die Beurteilung dieser Ansprüche die Frage der Verpflichtung der Beklagten zur Gewährung von Krankenhilfe als eine öffentlich-rechtliche Vorfrage auftreten kann, über die die Zivilgerichte gemäß § 148 ZPO selbst entscheiden können.

III. Bei der rechtlichen Beurteilung der Fälle, in denen die Universitätsklinik Versicherte der Beklagten auf Grund einer kassenärztlichen Überweisung ambulant behandelt hat, ist davon auszugehen, daß im Regelfall durch die Übernahme der Behandlung eines zugewiesenen Versicherten einer Krankenkasse im Sinne des § 225 RVO in einer Universitätsklinik ein Vertrag zwischen der Krankenkasse und der Universitätsklinik zustande kommt. So hat das Reichsgericht für Fälle, in denen ein Kassenmitglied auf Veranlassung der Krankenkasse in ein Krankenhaus aufgenommen wurde, den Abschluss eines bürgerlich-rechtlichen Vertrages angenommen (RGJW 1915, 916) und die gleiche rechtliche Beurteilung auch im Falle

einer Zuweisung eines Krankenkassenmitgliedes zur Röntgenbehandlung an ein Röntgeninstitut vorgenommen (RG HRR 1932 Nr 1831). Nicht wesentlich anders ist die Rechtslage, wenn die Überweisung nicht unmittelbar durch die Krankenkasse sondern durch einen Kassenarzt erfolgt. In diesem Falle hat die Krankenkasse durch die Erteilung eines Krankenscheines und die dem Kassenarzt eingeräumte Befugnis, Überweisungen zur Behandlung an eine nichtkassenärztliche Einrichtung vorzunehmen, zum Ausdruck gebracht, daß sie mit der Behandlung ihrer Mitglieder auf Grund einer solchen Zuweisung einverstanden sei. Erfolgt die Übernahme der Behandlung daraufhin nicht im Rahmen eines allgemeinen Vertragsverhältnisses zwischen der Verwaltung der Einrichtung, an die die Zuweisung erfolgt ist, und der Krankenkasse, so ist regelmäßig in der Zuweisung und der Übernahme der Behandlung der stillschweigende Abschluss eines bürgerlich-rechtlichen Vertrages zwischen der Krankenkasse und der Verwaltung der Einrichtung zu erblicken. Für diese Beurteilung ist es unerheblich, ob der Kassenarzt selbst unmittelbar nur noch zu der Kassenärztlichen Vereinigung, nicht aber mehr zu der Krankenkasse, in Rechtsbeziehungen steht und die Kasse nicht mehr den einzelnen Kassenarzt sondern die Kassenärztliche Vereinigung als solche dem Versicherten in Erfüllung ihrer Fürsorgepflicht zur Verfügung stellt.

Die Annahme eines in dieser Weise stillschweigend abgeschlossenen Vertrages ist allerdings für solche Fälle nicht möglich, in denen die Behandlung übernommen wurde, obwohl die Krankenkasse der Verwaltung der Universitätskliniken unmißverständlich zu erkennen gegeben hat, daß

sie nicht gewillt sei, auf Grund der Ausstellung eines Krankenscheines und der kassenärztlichen Überweisung eines Versicherten in vertragliche Beziehungen zu der Universitätsklinik zu treten. Es kommt dabei allerdings nicht nur darauf an, wann die Beklagte auf Grund ihrer Vereinbarung mit der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigung vom 20. Januar 1950 zu der Ansicht gekommen ist, sie sei durch die Einbeziehung der Kosten für ärztliche Sachleistungen auch nicht-kassenärztlicher Einrichtungen in die Gesamtvergütung insoweit von vertraglichen Beziehungen zu diesen Einrichtungen befreit. Entscheidend ist vielmehr, wann sie der Verwaltung der Klinischen Universitätsanstalten in Fr. [REDACTED] zum Ausdruck gebracht hat, daß sie es ablehne, zu ihr in vertragliche Beziehungen zu treten. Dies war nach Annahme des Berufungsgerichts jedenfalls seit Mitte 1950 der Fall. Das Berufungsgericht hat anscheinend nur unterstellt, daß nach diesem Zeitpunkt die Übernahme von Behandlungen für Versicherte der Beklagten trotz der kassenärztlichen Überweisung zu dem Willen der Beklagten im Widerspruch gestanden habe, und ausgeführt, daß ein der Geschäftsführung etwa entgegenstehender Wille der Krankenkasse nach § 679 BGB unbeachtlich wäre, weil sie durch Gesetz zur Gewährung der Krankenpflege verpflichtet gewesen sei (BerUrt S 8). Diese Begründung verkennt jedoch die Voraussetzungen des § 679 BGB.

In den Fällen des § 679 BGB kann der Geschäftsführer Ersatz seiner Aufwendungen wie ein Beauftragter auch verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung mit dem Willen des Geschäftsherrn im Widerspruch steht (§ 683 Satz 2 BGB). Nach § 679 BGB ist ein der Geschäftsführung

entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn jedoch nur dann unbeachtlich, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, oder eine gesetzliche Unterhaltspflicht des Geschäftsherrn nicht rechtzeitig erfüllt werden würde. Daneben bleibt erforderlich, daß die Geschäftsführung auch im objektiven Interesse des Geschäftsherrn liegen muß. Die Verpflichtung der Beklagten, Krankenhilfe zu gewähren, ist zunächst Voraussetzung dafür, daß die Geschäftsführung im objektiven Interesse der Beklagten lag. Mag auch diese Verpflichtung auf öffentlichem Recht beruhen, so ist damit noch nicht gesagt, daß die Behandlung der Versicherten gerade durch die Universitätsklinik ohne Rücksicht auf die Verhältnisse der Versicherten und die sonstigen Umstände des einzelnen Falles im öffentlichen Interesse lag (vergl Soergel BGB § 679 Anm 1a). Es fehlt vor allem an der erforderlichen Feststellung, daß ohne die Behandlung durch die Universitätsklinik die Verpflichtung der Beklagten in jedem einzelnen Falle nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre. Es ist z.B. nicht erörtert, ob die beklagte Krankenkasse den Patienten durch Vermittlung der Kassenärzte nicht andere Möglichkeiten der Heilbehandlung zur Verfügung stellen konnte, ohne auf die Universitätsklinik angewiesen zu sein.

Das Berufungsurteil beruht somit auf einer Gesetzesverletzung, da die bisher getroffenen Feststellungen die Anwendung des § 679 BGB nicht rechtfertigen. Es war daher zu prüfen, ob es sich aus anderen Gründen als richtig erweist. Dabei stellt sich die Frage, ob es wirklich dem

Willen der Beklagten widersprach, daß die Klinischen Universitätsanstalten die Behandlung ihnen überwiesener Kassenmitglieder der Beklagten übernahmen und mit dieser Behandlung Geschäfte für die Beklagte besorgten, oder ob sich der Vorbehalt der Beklagten nicht gegen diese Übernahme als solche, sondern nur gegen die Begründung eines Vertragsverhältnisses zwischen der Universitätsklinik und der Beklagten gerichtet hat. Für die letztere Annahme könnte sprechen, daß die Beklagte zwar der Universitätsklinik gegenüber zum Ausdruck gebracht hat, daß die KV verpflichtet sei, als Auftraggeber die Ausführung ambulanter Sachleistungen sicherzustellen (vergl. das Schreiben der Beklagten vom 31. Oktober 1950 GA I Bl 89), daß sie es aber trotz der ihr bekannten Ablehnung der Universitätsklinik, sich nach diesem Vorbehalt zu richten, geduldet hat, daß ihre Versicherten von den Kassenärzten weiterhin den Universitätsanstalten zur Behandlung überwiesen wurden. Für die Feststellung der Willensrichtung der Beklagten könnte auch von Bedeutung sein, ob die Beklagte die ihren Versicherten gegenüber bestehenden Pflichten dadurch verletzt haben würde, daß sie diese Überweisungen duldete, aber gleichzeitig von den Universitätsanstalten erwartete, daß sie die Behandlungen für den Fall ablehnen sollten, daß sie sich nicht der Forderung unterwarfen, die Behandlungen nur als Beauftragte der KV und nicht auch zugleich für die Krankenkasse auszuführen. In diesem Falle würde die Beklagte dann auch die Universitätsklinik für den Fall der Zurückweisung zugewiesener Patienten in die schwierige Lage versetzt haben, den Unwillen der Versicherten auf sich zu ziehen, für die ohne eingehende Erklärung unverständlich

geblieben wäre, aus welchen Gründen die Behandlung trotz kassenärztlicher Überweisung abgelehnt werde. Die Feststellungen des Berufungsurteils lassen eine abschließende Beurteilung dieser Frage nicht zu. Es bedarf vielmehr der tatsächlichen Feststellung, ob der Wille der Beklagten wirklich der Übernahme der Behandlung durch die Klinischen Universitätsanstalten entgegen gestanden hat.

Der Annahme einer Geschäftsführung ohne Auftrag steht entgegen der Meinung der Revision nicht entgegen, daß die Universitätsklinik in den Überweisungsfällen angenommen hat, sie werde in Erfüllung eines zwischen ihr und der Beklagten geschlossenen Vertrages tätig. Die Universitätsklinik ist, wie dem Berufungsurteil entnommen werden kann, zunächst davon ausgegangen, sie habe die Behandlungen im schlüssigen Einverständnis mit der Beklagten übernommen. Sie hatte auch in diesem Falle den Willen, ein Geschäft für die Beklagte zu besorgen. Soweit sie irrig annahm, daß ein Vertrag mit der Beklagten zustande gekommen sei, wäre ihr Handeln bei dieser Willensrichtung gleichwohl auch auf die Führung fremder Geschäfte gerichtet gewesen. Sie hat diesen Willen auch dann noch gehabt und zu erkennen gegeben, als die Beklagte die Universitätsklinik wegen ihrer Ansprüche an die KV verwiesen hat. Es ist daher unerheblich, ob zwischen der Universitätsklinik und der KV vertragliche Beziehungen entstanden sind, die das Berufungsgericht verneint hat.

Sollte die von dem Berufungsgericht nachzuziehende Überprüfung dazu führen, daß trotz der Überweisungen von Versicherten die Übernahme ihrer Behandlung weder zu einem Vertrag mit der Beklagten geführt noch einen Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag begründet hat, so wird zu beachten sein, daß der Kläger die in erster Instanz geltendgemachten Ansprüche auch darauf gestützt hat, die Beklagte habe ihre Zahlungspflicht im Jahre 1950 mehrfach anerkannt. Bei Prüfung dieser Behauptung wird das Schreiben der Bezirksleitung Ka [REDACTED] vom 16.12.1950 (GA I Bl 193) zu berücksichtigen sein, in welchem die Bezirksleitung die Zahlung für einen Zeitpunkt im Januar 1951 in Aussicht gestellt hat für den Fall, daß die KV wider Erwarten bis dahin die Forderungen der Universitätsklinik nicht beglichen haben und der Entscheidung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigung nicht nachgekommen sein sollte.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß die Ansprüche in den Überweisungsfällen auch aus verfahrensrechtlichen Gründen insoweit nicht dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt werden durften, als bei dieser Entscheidung noch Einwendungen gegen den Grund der Ansprüche in einzelnen Fällen offen geblieben sind. Zu diesen Einwendungen gehören die Behauptung, daß einzelne Forderungen voll beglichen worden seien, und das sich auf 3 Fälle beziehende Bestreiten, daß es sich um Überweisungsfälle handle.

III. Für die Behandlungen, die ohne kassenärztliche Überweisung in einem dringenden Fall vorgenommen wurden, sind 4 Fälle im Streit, für die 18,79 DM in Einzelbeträgen von 0,32 DM, 3,98 DM und 3,29 DM aus dem Jahre 1951 mit 11,20 DM aus dem Jahre 1953 verlangt werden. Die Streithelferin und ihr folgend die Beklagte haben behauptet, daß der Betrag von 11,20 DM bezahlt worden sei (GA Bl 203). Deshalb durfte auch insoweit ein Grundurteil nicht ergehen, ohne diesen Einwand zu erledigen. Ob in den 3 Fällen aus dem Jahre 1951 überhaupt ein Streit über die Höhe bestand, ist nicht festzustellen. Jedenfalls hätte auch insoweit ein Grundurteil nur ergehen können, wenn bei einem Streit über die Höhe für jeden einzelnen Fall die Annahme begründet gewesen wäre, daß der geforderte Betrag wenigstens zu einem Teil gerechtfertigt sei. Aus diesen verfahrensrechtlichen Bedenken gegen die Zulässigkeit des Grundurteils war der Ausspruch des Berufungsurteils auch insoweit aufzuheben, als das Berufungsgericht die Ansprüche in den sog. dringenden Fällen dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat.

Dagegen konnte den Einwendungen der Beklagten, daß diese Ansprüche keinesfalls gegen sie gerichtet werden könnten, weil § 37 Abs 1 der Vertragordnung entgegenstehe, nicht beigetreten werden. Die Vertragsordnung ist in den Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis vom 30. Dezember 1931 (RGBI 1932, 2) enthalten. Sie bestimmt in § 37 Abs 1, daß aus der Gesamtvergütung vorweg die Leistungen zu vergüten seien, die von nicht zugelassenen Ärzten in dringenden Fällen bewirkt worden sind. Ob diese Vorschrift dem Kläger einen

Anspruch gegen die KV gewährt, kann dahingestellt bleiben. Selbst wenn das anzunehmen wäre, so könnte hieraus nicht gefolgert werden, daß dadurch bürgerlich-rechtliche Beziehungen der nicht zugelassenen Ärzte zu den Krankenkassen ausgeschlossen sein sollten. Der Ansicht, daß in diesen Fällen dem Arzt nur insoweit, als er nicht einen Anspruch aus der Gesamtvergütung hat, der ordentliche Rechtsweg gegen die Kasse unter Berufung auf die Vorschriften der Geschäftsführung ohne Auftrag offen stehe, die von Peters in der Anmerkung 3d zu § 368e RVO ohne nähere Begründung lediglich unter Hinweis auf § 37 VertrO vertreten wird, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Sie wäre auch nicht mit der Erwägung zu rechtfertigen, daß die Kasse ihre Verpflichtungen den Versicherten gegenüber durch die Entrichtung der Gesamtvergütung an die KV erfüllt habe. Im Verhältnis zum Kassenmitglied hat die Krankenkasse ihre Verpflichtungen erst mit der Gewährung von Krankenpflege (§ 182 RVO) im einzelnen Fall erfüllt. Die von den Klinischen Universitätsanstalten in dringenden Fällen geleistete Krankenhilfe ist daher eine Aufwendung, die zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkasse gemacht worden ist. Der Anspruch auf Ersatz solcher Aufwendungen richtet sich mithin gegen die Krankenkasse ohne Rücksicht auf eine gesetzliche Verpflichtung der KV, die Leistungen in dringenden Fällen aus der Gesamtvergütung zu begleichen.

IV. Das Berufungsgericht hat die Berufung des Klägers insoweit zurückgewiesen, als sie Ansprüche für solche ambulanten Behandlungen zum Gegenstand hatte, die lediglich auf Grund eines Krankenscheines ohne eine kassen-

ärztliche Überweisung erfolgt seien. Die Anschlussrevision des Klägers wendet sich gegen die Abweisung dieser Ansprüche, die sich insgesamt - jedenfalls nach der Aufstellung des Klägers - auf 271,77 DM belaufen. Sie vertritt die Ansicht, die aus § 368 e Abs. 3 RVO sich ergebende Befugnis der Krankenkasse, die Leistung in anderen als in dringenden Fällen zu verweigern, sei nur in das billige pflichtgemäße Ermessen der Krankenkasse gestellt, sodaß im Streitfalle zu entscheiden sei, ob die Krankenkasse von ihrer Ermächtigung einen sachgemäßen Gebrauch gemacht habe. Es sei unbillig, so führt die Anschlussrevision aus, die Universitätskliniken von der Behandlung in nicht dringenden Fällen auszuschließen, soweit eine Überweisung durch Kassenärzte nicht erfolgt ist. Dies widerspreche auch § 11 Abs. 2 der Vertragsordnung, der bestimme, daß der Gesamtvertrag Bestimmungen zum Schutze von Universitätskliniken gegen unberechtigte Benachteiligung ihres bisherigen Anteils an der ärztlichen Versorgung der Versicherten enthalten soll. Die Reichsbahnbetriebskrankenkasse habe bis zu ihrer Auflösung am 31. Mai 1946 die Leistungen der Universitätskliniken auch dann bezahlt, wenn sie nur gegen Vorlage eines Krankenscheines erfolgten. Als nach Auflösung der Betriebskrankenkassen die Versicherten in die AOK überführt gewesen seien, habe diese die Leistungen der Universitätskliniken auch in Fällen vergütet, die hier in Rede stehen. Die Beklagte, die in den Ländern der französischen Zone ab 1. Januar 1950 wiedererrichtet worden sei, habe gleichfalls zunächst an dieser Übung festgehalten, von der die AOK in Fr. [REDACTED] erst zufolge ihres Rundschreibens vom September 1950 wieder abgegangen sei.

Diese Umstände, die unter Beweis gestellt worden seien, habe das Berufungsgericht zu Unrecht außer Acht gelassen. Die Leistungsverweigerung der Beklagten stelle sich als Mißbrauch ihrer Monopolstellung dar. Auch aus diesem Grunde sei die Ablehnung der Bezahlung unbillig.

Soweit die Revision hiermit geltendmacht, es sei schlechthin unzulässig, die Universitätspolikliniken von der ambulanten Behandlung in den Fällen auszuschließen, in denen lediglich ein Krankenschein vorgelegt wird, kann ihr nicht beigetreten werden. Die Reichsversicherungsordnung enthält keine Bestimmung, daß der Versicherte die freie Wahl für die Inanspruchnahme einer Universitätsklinik ohne eine kassenärztliche Überweisung habe. Aus § 11 der Vertragsordnung kann nicht gefolgert werden, daß die Universitätskliniken ohne eine entsprechende besondere Vereinbarung zwischen ihnen und der Krankenkasse und ohne eine Regelung dieser Frage in einem Gesamtvertrag für die Inanspruchnahme durch Versicherte den Kassenärzten gleichzustellen seien. Ihm kann nur soviel entnommen werden, daß nach dem Willen des Gesetzgebers Universitätspolikliniken von der ärztlichen Versorgung der Versicherten nicht gänzlich ausgeschlossen werden sollten. Diese nur in eine Soll-Vorschrift gekleidete Bestimmung kann nur dadurch wirksam werden, daß eine entsprechende Regelung in einem Gesamtvertrag oder in einer besonderen Vereinbarung zwischen der Universitätsklinik und der Krankenkasse erfolgt. Fehlt es an einer solchen Vereinbarung, so muß es dem Gesetzgeber überlassen bleiben, durch eine spezielle gesetzliche Regelung den Universitätskliniken den Anteil an

der ärztlichen Versorgung der Versicherten zu gewähren, der im Interesse der ihnen gestellten Aufgaben und zu ihrem Schutz erforderlich erscheint.

Die Ausübung des Leistungsverweigerungsrechts der Beklagten stellt sich nicht als Mißbrauch ihrer Monopolstellung als Träger der Sozialversicherung für die Versicherten der Bundesbahn dar. Davon kann schon deshalb keine Rede sein, weil die Universitätskliniken nicht gänzlich von Sachleistungen für die Versicherten der Beklagten ausgeschlossen worden sind, wie der vorliegende Streitfall deutlich zeigt.

Auch wenn es den Universitätskliniken, wie der Kläger behauptet hat, früher gestattet gewesen wäre, den Versicherten der Reichsbahnbetriebskrankenkasse ohne kassenärztliche Überweisung lediglich auf Grund eines Krankenscheines ambulante Krankenhilfe zu gewähren, so wäre aus diesem Umstand in Verbindung mit § 11 Abs 2 der Vertragsordnung noch kein Rechtsanspruch darauf herzuleiten, daß diese Möglichkeit den Universitätskliniken auch weiterhin eingeräumt werde. Ein solches Einverständnis der Krankenkasse könnte nur insoweit von Bedeutung sein, als es die bis zu einem erklärten Widerruf erfolgten Behandlungen noch erfaßt. Solange die Universitätskliniken in Fr. [REDACTED] Anlass hatten, das Einverständnis der Beklagten mit der Übernahme einer Behandlung ihrer Versicherten lediglich auf Grund eines Krankenscheines anzunehmen, könnten Ansprüche des Klägers auf Grund solchen schlüssigen, der Beklagten zuzurechnenden Verhaltens begründet sein. Es ist nicht

zu erkennen, daß das Berufungsgericht den Sachverhalt unter diesem Gesichtspunkt geprüft hat. Die Revision rügt mit Recht, daß die von dem Kläger hierzu gestellten Beweisanträge übergangen worden sind.

Die Beklagte hat zwar, wie sich aus ihrem Schreiben vom 3. April 1951 (GA I B1 199) entnehmen läßt, der Verwaltung der Klinischen Universitätsanstalten in Frankfurt wiederholt nahegelegt, Kassenmitglieder, die sich ohne Überweisung eines Kassenarztes unmittelbar an die Universitätskliniken wenden, abzuweisen. Ein solches Verlangen kann auch dem Schreiben der Beklagten vom 31. Oktober 1950 entnommen werden. Die vom Kläger vorgelegte Zusammenstellung über die Gesamtforderung enthält jedoch auch Fälle aus dem Jahre 1950, die vor diesem Zeitpunkt liegen. Es ist daher erforderlich, zu prüfen, ob diese Ansprüche deshalb begründet sind, weil die Verwaltung der Universitätsanstalten auf Grund der früheren Handhabung das Einverständnis der Beklagten mit der Übernahme solcher Behandlungen ohne Überweisung annehmen konnte. Darüber hinaus wird das Berufungsgericht aber auch zu prüfen haben, ob sich das Zahlungsverprechen der Beklagten in dem Schreiben vom 16.12.1950 auf Leistungen bezieht, die lediglich auf Grund der Vorlage eines Krankenscheins gemacht worden sind.

Soweit die Anschlussrevision des Klägers geltend gemacht hat, daß zu prüfen sei, ob die Beklagte von ihrer Weigerung einen angemessenen Gebrauch gemacht habe, konnte ihr schon deshalb nicht beigetreten werden, weil der Kläger nicht dargetan hat, daß in diesen

Fällen die Voraussetzungen des § 679 BGB vorliegen. Mangels eines Vertragsverhältnisses könnte aber ohne die Voraussetzungen dieser Vorschrift nur ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung in Betracht kommen. Das Vorbringen des Klägers gibt nichts dafür her, daß der Beklagten gegen die KV insoweit ein Rückforderungsanspruch zustehe. Ob die KV dadurch als bereichert anzusehen ist, daß sie durch die Leistungen der Universitätsklinik Ausgaben erspart hat, die ihr erwachsen wären, wenn die Beklagte die Behandlungen abgelehnt hätte, ist in diesem Rechtsstreit nicht zu entscheiden. Da das Berufungsurteil den Betrag von 271,77 DM nicht näher aufgliedert hat, erschien es jedoch zweckmäßig, das Berufungsurteil in vollem Umfange aufzuheben und die näheren Feststellungen dem Berufungsgericht zu überlassen.

V. Zusammenfassendergibt sich, daß das Berufungsurteil auf die Revision der Beklagten und der Streithelferin aufzuheben war, soweit es zu Gunsten des Klägers die Ansprüche dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat,

und daß es auf Grund der Anschlussrevision des Klägers auch im übrigen aufzuheben war. Die Entscheidung über die Kosten der Revision hängt von der Endentscheidung des Prozesses ab und war daher dem Berufungsgericht zu übertragen.

Canter Dr.Selowsky Dr.Delbrück Dr.Haidinger Artl