

Table 1

Berichtigt durch Beschluß
vom 18. März 1998

(Wermes) Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

IV ZR 61/97

Verkündet am:
14. Januar 1998
Wermes
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Peter K. K. Straße, H.

Kläger und Revisionskläger,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwältin v. -

gegen

D. K. Aktiengesellschaft, vertreten
durch den Vorstand, A. Straße, K.

Beklagte und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwältin -

- 2 -

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Dr. Schmitz, den Richter Dr. Zopfs, die Richterin Dr. Ritter und die Richter Terno und Seiffert auf die mündliche Verhandlung vom 14. Januar 1998

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des 9. Zivilsenats des Hanseatischen Oberlandesgerichts Hamburg vom 11. Februar 1997 aufgehoben, soweit die Klagabweisung 3.377,97 DM übersteigt und über die Kosten entschieden worden ist.

Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Kläger fordert von der Beklagten die Erstattung weiterer Behandlungs- und Sachaufwandskosten aus fünf Arztrechnungen. Er unterhält bei ihr einen Krankheitskostenversicherungsvertrag, dem die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Kranken-



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



haustagegeldversicherung von 1976 - MB/KK 76 - zugrunde liegen. Die Beklagte hat das Arzthonorar um jeweils 15%, insgesamt 3.377,97 DM gekürzt, und die mit insgesamt 19.180,29 DM berechneten Auslagen gänzlich unerstattet gelassen.

Den Rechnungen liegen Herzkatheteruntersuchungen und Coronardilatationen (Erweiterungen der Herzkranzgefäße) zugrunde, die von dem Kardiologen Dr. P. [REDACTED] in dem von ihm zusammen mit zwei Kollegen im Kellergeschoß des M. [REDACTED] Krankenhauses betriebenen Herzkatheterlabor jeweils während stationärer Aufenthalte des Klägers in diesem Krankenhaus vorgenommen wurden. Der an einer coronaren Herzerkrankung mit Verengung der Herzkranzgefäße leidende Kläger war jeweils ausschließlich zur Durchführung der genannten Eingriffe in das M. [REDACTED] Haus aufgenommen worden. Dieses konnte mangels eines dafür unerläßlichen Meßplatzes kein eigenes Herzkatheterlabor betreiben. Bereits in erster Instanz hat der Kläger klargestellt, daß er ohne die - vertraglich zwischen Arzt und Krankenhaus abgesicherte - Leistungsbereitstellung des Dr. P. [REDACTED] eines der H. [REDACTED] Krankenhäuser hätte aufsuchen müssen, das ein eigenes Herzkatheterlabor besitzt. Bei seinen jeweiligen Krankenhausaufnahmen entschied sich der Kläger für wahlärztliche Leistungen.

Die Beklagte vertritt die Ansicht, bei der gegebenen Konstellation habe Dr. P. [REDACTED] stationäre privatärztliche

Leistungen im Sinne des § 6a der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht.

Diese Bestimmung lautet in der geltenden Fassung des Artikel 20 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 - BGBl. I, 2266:

"(1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom 100 zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom 100,

a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 der BPflV, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 aufgrund vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen oder einer von diesen vor dem 1. Januar 1993 aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

b) bei Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten.

(2) Neben den nach Abs. 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7-10 bleiben unberührt."

Demnach seien die nach den Sätzen der GOÄ berechneten und zu berechnenden Honorare um 15% zu mindern. Sachauslagen könne Dr. P. nicht abrechnen, da sie bereits über den allgemeinen Pflegesatz des den Kläger aufnehmenden

Krankenhauses abgegolten seien. Die vom Krankenhausträger und Dr. P. [REDACTED] gewählte Konstruktion diene einer den Patienten mit Zusatzkosten belastenden Umgehung der auf Kostenharmonisierung ausgerichteten Vorschriften von GOÄ einerseits und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPflV) andererseits.

Der Kläger steht auf dem Standpunkt, Dr. P. [REDACTED] habe keine stationären, sondern ausschließlich ambulante privatärztliche Leistungen erbracht und könne auch gemäß § 10 GOÄ den von ihm getragenen Auslagenaufwand, der keinen Eingang in den Pflegesatz des M. [REDACTED]krankenhauses gefunden habe, liquidieren. Er hat Klage auf Zahlung von nicht erstatteten 22.558,26 DM nebst 4% Zinsen seit Rechtshängigkeit erhoben, die in den Vorinstanzen erfolglos geblieben ist (VersR 1997, 1258). Mit der zugelassenen Revision verfolgt er sein Begehren weiter.

Entscheidungsgründe:

Das Rechtsmittel führt zur Aufhebung des Berufungsurteils, soweit dem Kläger mehr als 3.377,97 DM (Arztkosten) aberkannt worden sind. Da die Sache im übrigen noch nicht entscheidungsreif ist, muß sie insoweit an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden.

I. 1. Zwischen den Parteien besteht Einigkeit, daß die Honorarrechnungen des Dr. P. [REDACTED] gemäß § 6a GOÄ dann um

15% zu kürzen sind, wenn die Herzkatheteruntersuchungen und Coronardilatationen als stationäre privatärztliche Leistungen zu werten sind. Dann sind sie nämlich unberechtigt überhöht und können insoweit auch keine Erstattungspflicht der Beklagten gemäß § 1 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 76 begründen.

2. Zu Recht sind die ärztlichen Leistungen des Dr. Petri in den Vorinstanzen als stationär erbrachte Leistungen angesehen worden. Ohne die Einbindung des Dr. P. in den Betrieb des M. Krankenhauses, d.h. ohne seine - vertraglich abgesicherte - Leistungsbereitstellung, wäre eine Aufnahme des Klägers in dieses Krankenhaus ebensowenig in Betracht gekommen wie die Vornahme von Herzkatheteruntersuchungen und anschließenden Coronardilatationen an eben diesem Patienten gerade durch Dr. P. Das gilt nicht nur für den Kläger, sondern für sämtliche Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild, die sich 1993/1994 im M. Krankenhaus in derselben Weise untersuchen und behandeln ließen. Einzig und allein die von Dr. P. durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen machten einen Krankenhausaufenthalt des Klägers jeweils notwendig. Demnach konnte für ihn von vornherein nur ein Krankenhaus in Betracht kommen, das diese bei ihm erforderlichen Leistungen anbieten konnte. Erklärtermaßen ging es den Verantwortlichen des M. Krankenhauses und Dr. P. gerade darum, Patienten zu gewinnen, die die genannten, sach- und kunstgerecht nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zu erbringenden ärztlichen Leistun-

gen benötigten (s. dazu Anlage Bf 2 = Schreiben des Chefarztes der Abteilung für Innere Medizin, in die der Kläger jeweils aufgenommen wurde, an die Beklagte vom 5. März 1996 oder Anlage B 1 = Ausstattungsbeschreibung für das Marienkrankenhaus im deutschen Krankenhausadreßbuch). Umgekehrt konnte Dr. P. █████ Herzkatheteruntersuchungen mit nachfolgenden Coronardilatationen überhaupt nur an vor und nach seinen Eingriffen raumnah stationär aufgenommenen Patienten ausführen.

Dr. P. █████ hat demnach eine dem M. █████ Krankenhaus obliegende allgemeine Krankenhausleistung als Wahlarzt erbracht. Es geht damit um stationäre privatärztliche Leistungen, die gemäß § 6a GOÄ um 15% zu mindern sind.

Entgegen der Auffassung der Revision kann eine teleologisch einschränkende Auslegung und Handhabung des § 6a GOÄ für bestimmte Kostensituationen nicht in Betracht gezogen werden. Mit § 6a GOÄ ist zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und Gebührenordnung für Ärzte gezielt eine pauschalierende Regelung gewählt worden, die ein Abstellen auf die Umstände des Einzelfalles nicht erlaubt (s. dazu auch Schäfer, Bundesärzteblatt 1985, 25 ff.).

II. 1. Die Abweisung der Klage, soweit der Kläger mit ihr die Erstattung des ihm von Dr. P. █████ in Rechnung gestellten Materialaufwandes verlangt, hat das Berufungsge-

richt damit begründet, Dr. Petri könne nicht zugutekommen, daß § 6a GOÄ es dem für stationäre privatärztliche Leistungen liquidierenden Arzt erlaube, Materialaufwand gemäß § 10 GOÄ gegenüber dem Patienten abzurechnen, weil er sich aufgrund seiner Absprachen mit dem M████████krankenhaus auf § 3 Abs. 2 BPflV verweisen lassen müsse. Der Kläger habe nämlich mit dem an das Krankenhaus gezahlten Pflegesatz laut Auskunft des Zeugen K██████ die Materialauslagen des Dr. P██████ bereits bezahlt. § 3 Abs. 2 Satz 1 BPflV verbiete eine Anwendung des § 10 GOÄ. (Er lautet: "Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.") Die Umgehung der einschlägigen Vorschriften könne keine Anerkennung zu Lasten des Klägers finden.

2. Dazu rügt die Revision, die Annahme des Berufungsgerichts, in den Pflegesatz des M████████krankenhauses seien sämtliche im Betrieb des Herzkatheterlabors anfallenden Kosten - nämlich Personal- und Sachaufwand sowie Arzthonorar -, die durch die Behandlung der im Marienkrankenhaus aufgenommenen Patienten entstünden, einbezogen, sei rechtsfehlerhaft. Sie sei nicht durch die gegebene Auskunft des kaufmännischen Direktors des Krankenhauses gedeckt. Die Auskunft ergebe vielmehr, daß wahlärztliche Leistungen samt dem dabei anfallenden Laboraufwand nicht in das Budget und damit auch nicht in den Pflegesatz dieses Krankenhauses einbezogen worden seien. Außerdem habe das Berufungsgericht den die Auskunft erläuternden Sachvortrag des Klägers zu Unrecht unberücksichtigt gelassen,

das M█████krankenhaus habe sich ausbedungen gehabt, "seine Patienten" aufgrund Einzelauftrages von Dr. P█████ untersuchen zu lassen mit der Maßgabe, daß er diese Leistungen mit dem Krankenhaus abzurechnen habe. Nur diese Abrechnungskosten seien (selbstverständlich) im Budget des M█████krankenhauses berücksichtigt worden. Dagegen habe der Zeuge K█████ klargestellt, daß er unter wahlärztlichen Leistungen nicht nur Leistungen von Krankenhausärzten verstehe, sondern auch privatärztliche Leistungen Dritter außerhalb des Krankenhauses.

3. Diese Rüge führt dazu, daß die Feststellung des Berufungsgerichts, auf die es allein die Klagabweisung bislang gestützt hat, keinen Bestand hat; es kann für die Revisionsinstanz nicht davon ausgegangen werden, daß dem Kläger Materialaufwand, der für den gemäß § 6a GOÄ liquidationsberechtigten Arzt nach § 10 GOÄ abrechnungsfähig ist, auch vom Krankenhaus über den Pflegesatz in Rechnung gestellt worden und intern zwischen dem M█████krankenhaus und Dr. P█████ abgerechnet worden ist.

Die schriftliche Beantwortung der Beweisfrage durch den Zeugen Koch gemäß § 377 Abs. 3 Satz 1 und 2 ZPO lautet auszugsweise:

"Da das M█████krankenhaus keinen eigenen Linksherzkatheter-Meßplatz besitzt, wurden die von Ihnen in der Beweisfrage genannten Herzkatheteruntersuchungen sowie die Coronardilatationen auch in den Jahren 1992 bis 1994 von Dritten erbracht. Die Kosten für diese Leistungen gehörten zu den allge-

meinen Krankenhausleistungen und gingen in die Budgets mit ein.

Anders verhielt und verhält es sich bei Patienten, die im M████████ Krankenhaus einen Vertrag über wahlärztliche Leistungen abschließen. Charakteristisch für das Wesen der wahlärztlichen Leistungen ist nicht die Art der Behandlung, sondern die Person des Handelnden. Hierin ist auch die Abgrenzung zum Inhalt der ärztlichen Leistungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen zu sehen. Der Patient erwirbt mit Abschluß einer Wahlleistungsvereinbarung, die wahlärztliche Leistungen zum Gegenstand hat, einen Anspruch, daß der leitende Abteilungsarzt persönlich tätig wird.

Die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, sowie auch auf Leistungen Dritter außerhalb des Krankenhauses (Liquidationskette).

Wahlärztliche Leistungen die im Rahmen einer stationären Behandlung außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden, rechnet der Wahlarzt gegenüber den Patienten bzw. privaten Krankenversicherern separat ab. Diese Kosten werden nicht vom Krankenhaus übernommen.

Da die Budgets des M████████ Krankenhauses, auch in den Jahren 1992 und 1993, wie bereits erläutert, auf den Ist-Kosten basierten ("Selbstkostendeckungsprinzip") und auch 1994 auf dieser Basis fortgeschrieben wurden ("gedeckeltes Budget"), waren die Kosten für wahlärztliche Leistungen durch Dritte nicht in den Krankenhausbudgets der Jahre 1992 bis 1994 enthalten."

Schon die Formulierung dieser Antwort stellt die Annahme des Berufungsgerichts in Frage, das M██████ Krankenhaus habe auch in Fällen wahlärztlichen Tätigwerdens des Dr. P██████ dessen Materialaufwand i.S. des § 10 GOÄ in sein Budget und damit im Ergebnis in seinen Pflegesatz aufgenommen, den auch der Kläger - nur um 5% gemindert mit Rücksicht auf die gewünschten wahlärztlichen Leistungen gemäß § 8 Nr. 2 BPflV - zu entrichten hatte. Mit dem Außerachtlassen des Vorbringens des Klägers zu der schriftlichen Beantwortung der Beweisfrage hat sich das Berufungsgericht dann endgültig den Blick dafür verstellt, daß die Antwort zumindest mehrdeutig ist und auch eine Deutung im Sinne des Klägers zuläßt.

Die damit unvollständig gebliebene Beweiswürdigung des Berufungsgerichts, das ersichtlich die Notwendigkeit einer weiteren Klärung der Beweisfrage nicht bemerkt hat, erlaubt es nach dem derzeitigen Sachstand nicht, von einer doppelten Aufwandsberechnung auszugehen. Allerdings könnte der Text der Antwort es nahelegen, daß der Kläger über den Pflegesatz Materialaufwand im Herzkatheterlabor für diejenigen Fälle mitzutragen hatte, in denen Dr. P██████ nicht als Wahlarzt tätig wurde und folglich nur mit dem Krankenhaus abrechnen konnte. Damit läßt sich aber noch nicht eine unzulässige Doppelberechnung belegen. Das Berufungsgericht hat auch nicht in seine Überlegungen miteinbezogen, daß die Abrechnung des hier in Rede stehenden Materialaufwandes über den allgemeinen Pflegesatz den Krankenhausträgern nicht zwingend vorgeschrieben ist. Mit § 6 BPflV ist

ihnen die Möglichkeit eingeräumt worden, neben dem allgemeinen Pflegesatz Sonderentgelte zu vereinbaren, die den genannten Materialaufwand einschließen könnten.

Auf jeden Fall aber bleibt zu beachten, daß die Gebührenordnung für Ärzte dem für stationäre Leistungen liquidationsberechtigten Arzt es grundsätzlich erlaubt, mit dem Patienten über § 10 GOÄ auch den dort näher bestimmten Materialaufwand für seine Behandlung abzurechnen, sofern dem Arzt dieser Aufwand tatsächlich entstanden ist. Dieser Frage wird das Berufungsgericht ebenso nachzugehen haben wie der weiteren, ob Dr. P. für diesen Aufwand schon Vergütungen vom M. Krankenhaus erhalten hat.

III. Da ein Zuerkennen der geltend gemachten Erstattungsansprüche aus einem von den Gebührevorschriften rechtlich unabhängigen Grund nicht in Betracht kommt, war die Klagabweisung, soweit sie die Erstattung des überhöhten Arzthonorars betrifft, zu bestätigen; hierfür waren keine weiteren Feststellungen mehr nötig. Dagegen muß die Sache im übrigen wegen der erforderlichen weiteren Aufklärung an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden.

Der Kläger kann sich nämlich nicht mit Erfolg auf einen Vertrauensschutz berufen. Die nicht in H. ansässige Beklagte hat nicht dadurch ein berechtigtes Vertrauen auf ungekürzten Ausgleich der in den Jahren 1993 und 1994 gestellten Rechnungen bei dem Kläger erweckt, daß sie die

beiden ersten Rechnungen des Dr. Petri aus dem Jahre 1992 unbeanstandet gelassen hat. Dem steht schon entgegen, daß für beide Rechnungen ein Briefkopf gewählt wurde, der im Gegensatz zu dem seit 1993 geführten nicht erkennen ließ, daß die berechneten Leistungen stationär erbracht worden sein könnten.

Dr. Schmitz

Dr. Zopfs

Dr. Ritter

Terno

Seiffert