

Für das Nachschlagewerk!

Für die Amtliche Sammlung!

Zur Veröffentlichung!

- - - - -

Gesetz: RVO (a.F.) 368 e; Vertragsordnung (Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis vom 30.12.1931)
§ 37

Rechtssatz: Der nicht zur Kassenpraxis zugelassene Arzt, der Kassenpatienten in dringenden Fällen behandelt, kann Vergütung nur von der Kassenärztlichen Vereinigung, nicht von der Krankenkasse beanspruchen.

Aktenzeichen: VII 2R 33/56

Urteil des BGH vom 31. Januar 1957

OLG Hamburg

Verkündet
am 31. Januar 1957,
Woitscheck, Justizobersekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

I m N a m e n d e s V o l k e s

In dem Rechtsstreit

der Allgemeinen Ortskrankenkasse H [REDACTED], vertreten
durch ihren Vorstand, dieser vertreten durch den er-
sten Vorsitzenden, Herrn Max H [REDACTED], H [REDACTED],
K [REDACTED] Straße [REDACTED],

Beklagten, Berufungsklägerin und Revisionsklägerin,
- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

die Freie und Hansestadt [REDACTED] - Gesundheitsbehörde -,
[REDACTED], T [REDACTED] Straße [REDACTED],

Klägerin, Berufungsbeklagte und Revisionsbeklagte,
- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Prof. Dr. [REDACTED]

hat der VII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die
mündliche Verhandlung vom 31. Januar 1957 unter Mitwir-
kung des Senatspräsidenten Glanzmann und der Bundesrich-
ter Scheffler, Dr. Heimann-Trosien, Erbel und H. Meyer

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil
des 1. Zivilsenats des Hanseatischen Oberlandesge-
richts zu Hamburg vom 21.6.1955 aufgehoben.

Unter Abänderung des Urteils der 3. Zivilkammer
des Landgerichts Hamburg vom 14.7.1954 wird die Klä-
gerin mit der Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits zu
tragen.

Von Rechts wegen

- 2 -

Tatbestand :

Die Parteien streiten über die Vergütung, die die beklagte Ortskrankenkasse dafür zu zahlen hat, daß Kas- senmitglieder in dringenden Fällen, namentlich nach Un- fällen, in den Krankenanstalten der klagenden Stadt ärztlich und klinisch betreut worden sind (sog Notbe- handlungen). Das Verfahren wickelte sich bisher folgen- dermaßen ab:

Die Klägerin gibt ihre Rechnungen über die Notbe- handlungen an die Beklagte zur Feststellung der Mit- gliedschaft und zur Weiterleitung an die Kassenärzt- liche Vereinigung (KV) [REDACTED]. Diese bezahlt die Rech- nungen. Sie erhält ihrerseits von der Beklagten die sogenannte Gesamtvergütung, aus der sie an die Kassen- ärzte die Vergütung für die Behandlung der Mitglieder der Beklagten zahlt und auch die von der Klägerin vor- genommenen Notbehandlungen vergütet. Neben der Gesamt- vergütung erstattet die Beklagte der KV gesondert den bei den Behandlungen entstandenen Materialaufwand (z. B. Verbandstoffe).

Die Anstalten der Klägerin berechneten ihre Vergü- tung für Notbehandlungen zunächst nach den Mindestsät- zen der Preußischen Gebührenordnung für Ärzte und Zahn- ärzte vom 1.9.1924 (Preugo). Am 9.5.1949 erließ die Klä- gerin eine Gebührenordnung für die Inanspruchnahme ihrer Anstalten (HambGuVBl 1949 S 91). Sie sah für Notbe- handlungen je nach Umfang der Leistung einen Pauschsatz von 3 bis 20 DM neben den Kosten etwa erforderlicher Röntgenleistungen vor. Die später erlassene Gebühren- ordnung vom 4.8.1953 (GuVBl Hamb S 175) stimmt, was die Vergütung für Notbehandlungen angeht, mit der Gebühren- ordnung von 1949 überein.



Nach Inkrafttreten der [REDACTED] Gebührenordnung vom 9.5.1949 berechneten die Krankenanstalten der Klägerin ihre Vergütung nach dieser Gebührenordnung, ohne sich an die Mindestsätze der Preugo zu halten. Mit Schreiben vom 14.7.1949 erhob die KV Einspruch gegen die Anwendung der Sätze der [REDACTED] Gebührenordnung vom 9.5.1949 und verlangte, daß die Vergütung weiterhin nach den niedrigeren Mindestsätzen der Preugo erfolge. In demselben Schreiben erklärte sie sich bereit, für jeden Behandlungsfall wie schon bisher einen Zuschlag für Materialaufwand zu zahlen.

Auf dieses Schreiben der KV hin veranlaßte die Klägerin ihre Anstalten, bei Notbehandlungen die Gebühren nach den Mindestsätzen der Preugo zu bemessen, und teilte das der KV mit. Für Materialaufwand wurden von der KV nunmehr 2.- DM je Behandlungsfall an die Anstalten der Klägerin gezahlt.

Nachdem die Sätze der Preugo durch die Verordnung vom 11.12.1952 - PR Nr 74/52 - (BAnz Nr 243) mit Wirkung vom 1.1.1953 erhöht worden waren, forderte die Klägerin die nach dieser Verordnung erhöhten Mindestbeträge der Preugo. Daneben berechnete sie 2.- DM für Materialaufwand und gegebenenfalls Röntgenkosten. Nach ihrer Behauptung überschritt sie dabei in keinem Falle die nach den [REDACTED] Gebührenordnungen von 1949 und 1953 zulässige Rahmengebühr. Die KV zahlte jedoch neben den Röntgen- und Materialkosten nur in Höhe der ursprünglichen Mindestsätze der Preugo.

Die Klägerin hat 6.025,85 DM als Teil des Unterschiedsbetrages eingeklagt, der sich bei der Berechnung nach den erhöhten Mindestsätzen der Preugo im Vergleich

mit den ursprünglichen Mindestsätzen ergibt. Sie verlangt von der beklagten Ortskrankenkasse die Zahlung dieses Betrages aus dem rechtlichen Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag.

Die Beklagte hat Klageabweisung beantragt.

Sie meint, die Klägerin könne etwaige Ansprüche nur gegen die KV richten. Sie selbst sei durch die Zahlung der Gesamtvergütung an die KV von Verpflichtungen gegenüber der Klägerin frei geworden. Im übrigen stehe dem Verlangen der Klägerin auch der § 3 der Verordnung PR Nr. 74/52 vom 11.12.1952 entgegen.

Das Landgericht hat die Beklagte nach dem Klageantrag verurteilt, das Oberlandesgericht hat ihre Berufung zurückgewiesen.

Mit der Revision, um deren Zurückweisung die Klägerin bittet, erstrebt die Beklagte die Abweisung der Klage.

Entscheidungsgründe:

I. Das Berufungsgericht hat mit Recht angenommen, daß die von der Klägerin erhobenen Ansprüche im ordentlichen Rechtsweg und nicht vor den Sozialgerichten zu verfolgen sind. Zwar sind nach § 51 Abs 2 SGG die Sozialgerichte auch für die Angelegenheiten zuständig, die "auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) im Rechtsweg zu entscheiden sind". Dabei muß es sich aber um öffentlichrechtliche Angelegenheiten handeln, wie der Bundesgerichtshof schon mehrfach entschieden hat (VersR 1956, 417; LM Nr 2 zu § 51 SGG; Urteil des erkennenden Senats VII ZR 30/56

vom 17.1.1957). Solche öffentlichrechtliche Angelegenheiten sind z. B. Honorarstreitigkeiten zwischen Kassenärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen (VersR 1956, 417; Urteil IIIZR 325/54 vom 28.5.1956). Der öffentlichrechtliche Charakter dieser Streitigkeiten ist aber in den angeführten Entscheidungen nicht deshalb angenommen worden, weil es sich um die Behandlung von Pflichtversicherten handelte, sondern weil der Kassenarzt der hoheitlichen Gewalt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unterworfen ist, die kraft dieser Gewalt die Honorarverteilung auf die Ärzte vornimmt.

Hier erhebt aber die Klägerin einen lediglich aus den Bestimmungen des BGB über die Geschäftsführung ohne Auftrag hergeleiteten Anspruch gegen die Beklagte mit der Begründung, sie habe den Klagebetrag aufgewandt, um die der Beklagten obliegende Verpflichtung der ärztlichen Versorgung ihrer Mitglieder zu erfüllen. Sie macht geltend, daß die Aufwendung der streitigen Beträge zwischen den Parteien ein Rechtsverhältnis begründet habe, wie es in gleicher Weise zwischen zwei Privatpersonen entstehen könne, von denen die eine Aufwendungen gemacht habe, um eine Verpflichtung der andern zu erfüllen. Daß die Aufwendungen bei der ärztlichen Behandlung von Pflichtversicherten erfolgt sind, für die zu sorgen der Beklagten durch § 182 RVO auferlegt ist, und daß die Behandlung in öffentlichen Anstalten geschah, sind bei- des Umstände, die nicht ausreichen, um öffentlichrechtliche Beziehungen zu begründen (vgl. BGHZ 4, 138; 9, 45; BGH in VersR 1955 S 49).

II: Die Klägerin kann aber einen Anspruch auf Vergütung für die in ihren Krankenanstalten vorgenommenen "Notbehandlungen" nicht gegen die Beklagte, sondern nur gegen die KV geltend machen. Es bedarf, um dieses Ergebnis zu

gewinnen, nicht der Annahme, daß die KV vertraglich eine ursprünglich die Beklagte betreffende Zahlungspflicht übernommen habe. Diese Rechtsfolge ist vielmehr unmittelbar aus der gesetzlichen Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzten herzuleiten.

1) Maßgebend sind die Bestimmungen des § 368 e RVO in der Fassung, wie sie vor der Änderung durch das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17.8.1955 galt, und die Bestimmungen der Vertragsordnung (1. Teil der Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis vom 30.12.1931 RGBI 1932, 27 in der Fassung vom 5.4.1933 RArbBl IV, 1697). Diese enthalten über die Tätigkeit von nicht zugelassenen Ärzten in "dringenden Fällen" (in § 368 d RVO n. F. "Notfälle" genannt) einige ausdrückliche Vorschriften.

2) Nach diesen Vorschriften müssen auch Notbehandlungen in Krankenhäusern beurteilt werden. Denn insoweit gibt es für Krankenhäuser keine besondere Regelung, wie sie z. B. für die stationäre Krankenhausbehandlung besteht (vgl. § 28 VertrO; § 368 g Abs 4 RVO n. F.). Die Bedingungen, unter denen die stationäre Krankenhauspflege gewährt wird, werden zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern durch Vereinbarung von Pflegesätzen usw. geregelt. Hier handelt es sich nicht um solche Leistungen, sondern ausschließlich um die ärztliche Behandlung in dringenden Fällen, die auch nach dem ausdrücklichen Vortrag der Klägerin nicht vertraglich geregelt worden ist. Es besteht kein Grund, diese Notbehandlungen unterschiedlich danach zu beurteilen, ob sie durch einen einzelnen Arzt oder in einem Krankenhaus vorgenommen werden.

3) § 368 e RVO a.F. bestimmt, daß die Krankenkasse "für die Dienste der Ärzte" eine Gesamtvergütung, die in einem sogenannten Gesamtvertrag zwischen Kasse und KV vereinbart wird, mit befreiender Wirkung an die KV zahlt. Hinsichtlich der zur kassenärztlichen Versorgung nicht zugelassenen Ärzte ist in Abs 3 des § 368 e RVO nur gesagt, daß die Krankenkasse die Vergütung ihrer Leistungen, abgesehen von dringenden Fällen, verweigern kann. Daraus ist, wie dem Berufungsgericht zuzugeben ist, noch nichts Entscheidendes dafür zu entnehmen, daß die befreiende Wirkung, die der Zahlung der Gesamtvergütung zukommt, auch gegenüber dem Nichtkassenarzt gilt und daß dessen Vergütungsanspruch sich gegen die KV richtet. Jedoch ergibt sich dieser Schluß aus den Bestimmungen der Vertragsordnung (VertrO) über die Gesamtvergütung.

4) Für die Berechnung der Gesamtvergütung, für die verschiedene Systeme möglich sind (vgl. jetzt § 368 f RVO n.F.), schreiben § 368 e RVO a.F. und § 25 VertrO die Berechnung nach einem Kopfpauschale vor, d. h. nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen. Das Kopfpauschale, vielfacht mit der Zahl der bei einer Kasse Versicherten, ergibt die von ihr zu zahlende Gesamtvergütung. Mit der Zahlung dieser Gesamtvergütung an die KV gilt die Kasse grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen ab, die in einem bestimmten Zeitraum ihren Mitgliedern gewährt werden. § 368 e Abs 2 Satz 1 RVO a.F., § 33 Abs 2 Satz 1 VertrO legen dieser Zahlung ausdrücklich befreiende Wirkung bei. Deshalb kann der Arzt - jedenfalls der Kassenarzt - seinen Vergütungsanspruch nur gegen die KV geltend machen (§ 33 Abs 3 VertrO), die die Gesamtvergütung auf die Kassenärzte nach einem festgesetzten Maßstab verteilt (§ 368 e Abs 2 Satz 2 RVO).

Die Gesamtvergütung gilt aber im Verhältnis zwischen Krankenkasse und KV nicht nur die Leistungen der zugelassenen Kassenärzte ab, sondern alles, was zur kassenärztlichen Versorgung gehört, auch die Leistungen nicht zugelassener Ärzte in dringenden Fällen (Hess-Venter, Das Gesetz über Kassenarztrecht S 192; Heinemann-Koch, Kassenarztrecht, 1956, Anm 1 zu § 368 f RVO). Denn § 37 Abs 1 VertrO bestimmt, daß auch diese Leistungen von der KV aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind. Nach der von der Vertragsordnung getroffenen Regelung muß auch angenommen werden, daß die Krankenkasse durch die Zahlung der Gesamtvergütung dem Nichtkassenarzt gegenüber ebenso befreit wird wie gegenüber einem Kassenarzt. Das folgt aus der Art und Weise, wie das Kopfpauschale ermittelt wird, das die Höhe der Gesamtvergütung bestimmt. Für die Errechnung des Kopfpauschales, also des durchschnittlichen Jahresbedarfs eines Versicherten an ärztlichen Leistungen, werden die Ausgaben zugrunde gelegt, die der Kasse für ärztliche Leistungen in einem bestimmten, von KV und Kasse vereinbarten Zeitraum (Ausgangszeitraum) entstanden sind. Die Vertragsordnung bestimmt nun in § 26 Abs 2 a ausdrücklich, daß auch die Ausgaben, die die Kasse an nicht zugelassene Ärzte in dringenden Fällen in dem Ausgangszeitraum gemacht hat, bei der Errechnung des Kopfpauschales zu erfassen sind. Wenn aber die Leistungen an die Nichtkassenärzte die Höhe der Gesamtvergütung mitbestimmen und die Kasse andererseits durch die Zahlung der Gesamtvergütung von ihrer Leistungspflicht befreit werden soll, so gebietet die sinngerechte Auslegung der Bestimmungen der Vertragsordnung, daß alles, was im Verhältnis zwischen Krankenkasse und KV mit der Gesamtvergütung abgegolten wird, auch an der befreienden Wirkung der Zahlung der Gesamtvergütung teilhat. Wegen

der durch die Gesamtvergütung abgegoltenen ärztlichen Leistungen soll die Kasse nicht unmittelbar von den einzelnen Ärzten in Anspruch genommen werden können. Denn das würde dazu führen, daß die Kasse wegen dieser ärztlichen Leistungen zweifach herangezogen würde, da die von ihr geleistete Gesamtvergütung durch die Einbeziehung dieser Leistungen bei Ermittlung des Kopfpauschales entsprechend höher bemessen worden ist. Es kann daher auch der nicht zugelassene Arzt, der in dringenden Fällen tätig geworden ist, nur gegen die KV vorgehen (vgl. auch Hess-Venter a.a.O. S. 328; Jantz-Prange, Das gesamte Kassenarztrecht Anm III 2 zu § 368 f RVO; Kühne-Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II 1954 S 433).

5) Auch im vorliegenden Fall muß sich deshalb die Klägerin an die KV halten, weil die streitigen Leistungen in der Gesamtvergütung berücksichtigt sind; die Klägerin ist denn auch für Leistungen dieser Art bisher stets von der KV aus der Gesamtvergütung bezahlt worden. Eine Ausnahme bestand nur für den Materialaufwand. Dieser wurde, wie sich aus dem Schreiben der KV vom 14.7.1949 ergibt, der KV von der Beklagten neben der Gesamtvergütung erstattet. Die Kosten für Materialaufwand sind aber nicht in Streit, sondern von der KV der Klägerin stets neben den Ärztegebühren entrichtet worden.

III. 1) Dem Berufungsgericht ist die Regelung der Vertragsordnung, nach der sich der Anspruch des nicht zugelassenen Arztes aus Notbehandlungen gegen die KV und nicht gegen die Krankenkasse richtet, nicht entgangen. Es hat diese Bestimmungen aber als unbeachtlich angesehen. Damit befindet es sich in Einklang mit Ausführun-

gen in dem in "Versicherungsrecht" 1955 S 49 abgedruckten Urteil des II. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 20.11.1954 II ZR 240/53, das sich allerdings nur mit sogen. ärztlichen Sachleistungen befaßt, die hier nicht in Streit sind. Die Ausführungen in dieser Entscheidung berücksichtigen aber nur die Bestimmung des § 37 VertrO, nach der aus der Gesamtvergütung auch die Leistungen nicht zugelassener Ärzte in dringenden Fällen zu vergüten sind. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese Bestimmung allein schon der Annahme eines gegen die Krankenkasse selbst gerichteten Anspruchs entgegensteht. Die Bestimmungen der VertrO ergeben jedenfalls im Zusammenhang, wie dargelegt, daß sich die befreiende Wirkung, die der Zahlung der Gesamtvergütung durch die Kasse an die KV zukommt, auch auf die Ansprüche der nicht zugelassenen Ärzte erstreckt. Der erkennende Senat kann sich deshalb der in der angeführten Entscheidung vertretenen Auffassung nicht anschließen. Der Anrufung des Großen Senats für Zivilsachen (§ 136 GVG) bedarf es nicht, weil für Sachen der vorliegenden Art jetzt nicht mehr der II., sondern der erkennende Senat zuständig ist (vgl BGHZ 9, 179 [181]; BGHSt 8, 59 [66]; VRS 10, 69 [72]; VERSR 1956, 417).

2) Zu einem anderen Ergebnis würde man allerdings dann gelangen, wenn man die Regelung der Vertragsordnung, soweit sie sich auf die Vergütung der Leistung nicht zugelassener Ärzte bezieht, als rechtlich unwirksam ansehen würde. Dieser Auffassung hat in der vorliegenden Sache das Landgericht Ausdruck gegeben, wenn es ausführt, der Reichsarbeitsminister, der die Vertragsordnung erlassen hat, sei nur gesetzlich ermächtigt gewesen, die Beziehungen zwischen Krankenkasse und Kassenärzten zu regeln.

Vorweg ist zu bemerken, daß die Gültigkeit der Bestimmungen der Vertragsordnung nicht davon abhängt, ob die Ermächtigung sich in dem Rahmen hält, den die Art 80 und 129 Abs 3 GG für den Erlass von Rechtsverordnungen geben. Auch soweit das zu verneinen wäre, sind doch die auf Grund der Ermächtigung vor Inkrafttreten des Grundgesetzes erlassenen Vorschriften nicht außer Kraft gesetzt (vgl BGHZ 9, 390). Den Ausführungen des Landgerichts aber, daß die hier in Betracht kommenden Vorschriften der Vertragsordnung nicht durch die dem Reichsarbeitsminister erteilte Ermächtigung gedeckt seien, kann der Senat nicht beitreten.

Die Ermächtigung für den Reichsarbeitsminister ist enthalten in der 4. Notverordnung vom 8.12.1931 Teil V Kap 3 Abschn 1 §§ 10, 11 (RGBl S 699 7187). § 11 dieser Notverordnung ermächtigte den Reichsarbeitsminister, die Bestimmungen der §§ 368 bis 373 der RVO zu ändern. Nach § 10 in Verbindung mit § 8 war der Reichsarbeitsminister unter anderem ermächtigt, Bestimmungen über den Inhalt der Arztverträge, das Kopfpauschale, die Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Versorgung der Kranken zu erlassen. Wenn auch in diesen Bestimmungen in erster Linie nur an den Normalfall der Behandlung durch einen Kassenarzt gedacht ist, so ist die Ermächtigung doch, namentlich in den Begriffen der Bildung des Kopfpauschales und der Versorgung der Kranken, weit gefaßt, ganz abgesehen von der weitgehenden Befugnis zur Änderung von Bestimmungen der RVO.

§ 368 e Abs 3 RVO a.F. schaltet den Nichtkassenarzt in Ausnahmefällen in die sonst den Kassenärzten obliegende Versorgung der pflichtversicherten Kranken ein. Die Vergütung seiner Leistung obliegt der Krankenkasse

ebenso wie die Vergütung der Leistung eines Kassenarztes im öffentlichen Interesse. Wenn es nun dem Gesetzgeber zweckmäßig erschien, daß die Krankenkasse nicht den einzelnen Arzt entlohnt, sondern für die Leistungen der Ärzte eine Gesamtvergütung an die KV zahlt, so gilt dieser Gesichtspunkt für Nichtkassenärzte nicht weniger als für zugelassene Ärzte. Es besteht deshalb kein Grund für die Annahme, daß dem Reichsarbeitsminister nicht gestattet gewesen wäre, hinsichtlich der von ihm zu regelnden Ermittlung des Kopfpauschales und damit der Gesamtvergütung zu bestimmen, daß die Gesamtvergütung auch die Leistung der Nichtkassenärzte in dringenden Fällen umfasst. Daraus ergibt sich dann wiederum notwendig, daß die Kasse mit der Zahlung der Gesamtvergütung auch insoweit von ihrer Schuld gegenüber dem Arzt befreit werden muß, weil sie nicht doppelt in Anspruch genommen werden darf.

IV. Ob der gegen die KV zu richtende Anspruch auf Zahlung aus der Gesamtvergütung vor dem ordentlichen Gericht oder dem Sozialgericht zu verfolgen ist (vgl. dazu Hess-Venter a.a.O. S 329; Kühne-Peters a.a.O. S 433), braucht hier nicht entschieden zu werden. Die Klägerin macht keinen Anspruch auf Zahlung aus der Gesamtvergütung geltend und stellt gerade in Abrede, daß die streitigen Leistungen von der Gesamtvergütung erfaßt werden. Für einen Anspruch, wie die Klägerin ihn hier erhoben und begründet hat, ist jedenfalls, wie unter I ausgeführt, der ordentliche Rechtsweg gegeben.

Eine Verweisung des Rechtsstreits an das Sozialgericht nach § 81 des Bundesverwaltungsgerichtsgesetzes

kommt deshalb nicht in Betracht. Vielmehr muß das angefochtene Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 ZPO.

Glanzmann Scheffler Bundesrichter Dr. Hei- Erbel Meyer
mann-Trosien ist er-
krankt und deshalb an
der Unterzeichnung
verhindert.
Glanzmann.