Nachschlagewerk: ja
Amtliche Sammlung: nein

BGB § 612

Erbringt ein Belegkrankenhaus den "nachgeordneten ärztlichen Dienst" durch von ihm angestellte und bezahlte Anstaltsärzte, so gehört er regelmäßig zu den Gesamtleistungen des Krankenhauses gegenüber dem stationär behandelten Patienten, so daß dieser oder der für ihn vertragsschließende Sozialversicherungsträger, nicht der Belegarzt, dem Krankenhaus dafür die übliche Vergütung schulden, wenn insoweit nichts anderes vereinbart ist.

BGH, Urt. v. 8. Mai 1962 - VI ZR 270/61 - OLG Koblenz
LG Bad Kreuznach

VI ZR 270/61

V e r k ü n d e t
am 8. Mai 1962
Kriegl, 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 B[redacted] E[redacted], Körperschaft des öffentlichen Rechts, W[redacted], U[redacted] I[redacted]str. [redacted], vertreten durch ihre Hauptverwaltung,

Beklagten, Berufungsbeklagten und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [redacted] -

g e g e n

die Stadtgemeinde I[redacted], Kreis B[redacted], vertreten durch ihren Oberbürgermeister,

Klägerin, Berufungsklägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [redacted] -

hat der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die mündliche Verhandlung vom 8. Mai 1962 unter Mitwirkung des Senatspräsidenten Dr. Engels sowie der Bundesrichter Dr. Bode, Dr. Hauß, Heinrich Meyer und Dr. Pfretzschner

für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des 1. Zivilsenats des Oberlandesgerichts in Koblenz vom 12. Juli 1961 wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Revision werden der Beklagten auferlegt.

Von Rechts wegen

Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

Tatbestand:

Die klagende Stadtgemeinde ist Trägerin des Städtischen Krankenhauses in I[redacted], das Mitglieder der beklagten Ersatzkasse als Patienten aufnimmt. In bestimmten Abteilungen werden diese Kranken ausschließlich von den Anstaltsärzten behandelt; die Beklagte vergütet dann die vollständige Versorgung ihrer Versicherten pauschal mit dem sogenannten "großen Pflegesatz". Andere Abteilungen werden von frei praktizierenden Ärzten mit Patienten belegt, die auch im Krankenhaus in ihrer Behandlung verbleiben. In diesen Fällen zahlt die Beklagte an das Haus den "kleinen Pflegesatz" und an den Vertragsarzt ein Behandlungshonorar. Indessen erbringt die Krankenanstalt auch in den Belegabteilungen üblicherweise ärztliche Dienste. Die Patienten werden während der Abwesenheit des Belegarztes nach seinen Weisungen von den Assistenzärzten der Anstalt überwacht und betreut. Die Parteien streiten darüber, wer die Kosten dieses "nachgeordneten ärztlichen Dienstes" zu tragen hat.

Die Rechtsbeziehungen der Parteien regelte ein Rahmenvertrag vom 25. September / 3. Oktober 1957 zwischen dem Zweckverband der Krankenhäuser e.V. in Koblenz, dem die Klägerin bis zum 31. Dezember 1958 angehörte, und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (V.d.A.K.) in Hamburg, dessen Mitglied die Beklagte ist. Hier fand sich in § 4 die Bestimmung, daß die ärztlichen Leistungen in den Abteilungen, wo sie von den Anstaltsärzten erbracht werden, mit dem ("großen") Pflegesatz abgegolten seien, wogegen die Tätigkeit der nicht fest angestellten und nicht besoldeten Ärzte in den Belegabteilungen gesondert zu vergü-

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

ten sei, und zwar gemäß dem hierüber bestehenden Vertrag zwischen dem V.d.A.K. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieser Vertrag vom 12. Mai 1950 nebst Nachträgen sieht feste Gebühren der Kassenärzte für die stationäre ärztliche Behandlung vor, wo diese nicht durch das Krankenhaus geregelt und nicht durch den Pflegesatz abgegolten ist. Eine ausdrückliche Erwähnung des "nachgeordneten ärztlichen Dienstes" findet sich in beiden Vertragswerken nicht.

Der Zweckverband kündigte den Rahmenvertrag mit dem V.d.A.K. zum 31. Dezember 1957. Vom 1. Januar 1958 ab eröffnete sich ihm die bis dahin nicht bestehende, preisrechtliche Möglichkeit, die für den nachgeordneten ärztlichen Dienst aufgewandten Selbstkosten durch Erhöhung des Pflegesatzes um höchstens 1,-- DM täglich zu erheben (§ 5 Abs. 3 der Verordnung des Landes Rheinland-Pfalz vom 9. Januar 1958; GVBl 1958, 29). Der Zweckverband teilte den Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger am 5. Februar 1958 mit, daß die angeschlossenen Krankenhäuser ihre Pflegesätze vom 1. Januar 1958 ab entsprechend berechnen würden. Während die sogenannten RVO-Kassen sich dem Verlangen fügten, lehnte der V.d.A.K. die Mehrforderung ab. Er vertrat die Ansicht, daß der nachgeordnete ärztliche Dienst nicht von den Ersatzkassen, sondern von den Belegärzten in Anspruch genommen werde, da diese vertraglich die stationäre Behandlung der Versicherten einschließlich etwa benötigter Assistenz zu erbringen hätten und dafür honoriert würden. Als Leistung der Krankenhäuser den Kassen gegenüber verbleibe nach dieser Sicherstellung der

umfassenden ärztlichen Behandlung nur die Beherbergung, Beköstigung und Pflege der Versicherten, so daß der Anspruch auf Vergütung ärztlicher Dienste des Grundes entbehre.

Obwohl eine Einigung nicht zustande kam und der gekündigte Rahmenvertrag nicht durch eine neue Vereinbarung ersetzt wurde, nahm die Klägerin auch über den 1. Januar 1958 hinaus Patienten in die Belegabteilungen ihres Krankenhauses auf, die ihr die Beklagte unter Weiterverwendung des hierfür gebräuchlichen Vordrucks "B" einwies. Einige Belegärzte zahlten für solche Kranken an die Klägerin auf deren Verlangen ein "Bettengeld" (0,25 bis 0,75 DM je Tag und Patient), stellten diese Zahlungen jedoch im Laufe des Jahres 1958 ein. Der Beklagten gegenüber beharrte die Klägerin auf der Forderung des um 1,-- DM erhöhten kleinen Pflegesatzes, die Beklagte zahlte jedoch nur die bisherige Vergütung.

Die Klägerin hat ihren nicht erfüllten Anspruch für das Jahr 1958 mit 1.440,-- DM errechnet und nebst Zinsen mit der Klage geltend gemacht. Zur Begründung hat sie ausgeführt, die Beklagte habe die Dienste des Krankenhauses in der Kenntnis beansprucht, daß dafür der erhöhte Pflegesatz gefordert werde. Dieser sei zudem vom 1. Januar 1958 ab als die übliche Vergütung anzusehen. Die Beklagte hat um Abweisung der Klage gebeten. Sie hält es umgekehrt für entscheidend, daß die Klägerin bei der Aufnahme der Patienten den Standpunkt der Beklagten gekannt hat, der nachgeordnete ärztliche Dienst sei ihr gegenüber nicht zu leisten und deshalb auch nicht von ihr zu vergüten. Die Beklagte hat

auf die unveränderte Entgegennahme der Einweisungsscheine "B" hingewiesen, aus denen sich die Ausklammerung der anderweit geregelten ärztlichen Behandlung ergebe, und die Übung behauptet, vereinbarte Pflegesätze auch nach Wegfall der vertraglichen Grundlagen bis zum Inkrafttreten neuer Vereinbarungen anzuwenden.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Berufungsgericht hat den Anspruch der Klägerin, der im zweiten Rechtszug hilfsweise auf eine entsprechende Forderung aus dem Jahr 1959 gestützt worden war, dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Mit der Revision, um deren Zurückweisung die Klägerin bittet, erstrebt die Beklagte die Wiederherstellung des landgerichtlichen Urteils.

Entscheidungsgründe:

Die Revision ist nicht begründet.

1. Das Berufungsgericht ist zutreffend davon ausgegangen, daß die Parteien vom 1. Januar 1958 ab mit der Einweisung und Aufnahme eines Patienten jeweils einen Einzelvertrag abgeschlossen haben, in welchem lediglich die Höhe der Vergütung mangels Einigung nicht bestimmt war. Die Revision kann nicht mit Erfolg rügen, daß dieser Beurteilung ein unrichtiger Sachverhalt zugrunde liege. Der Tatrichter hat ausdrücklich festgestellt, daß der Zweckverband der Krankenhäuser den Rahmenvertrag mit dem V.d.A.K. zum 31. Dezem-

ber 1957 gekündigt hat. Er ist ferner mit Recht davon ausgegangen, daß die Parteien diese Kündigung als wirksam angesehen und behandelt haben, weil dies ihrem übereinstimmenden Vortrag entsprach. Eine Verwechslung der Kündigung mit dem zum 31. Dezember 1958 erklärten Austritt der Klägerin aus dem Zweckverband ist nirgends ersichtlich. Der rechtsbedenkenfrei festgestellte Tatbestand ist für die Revisionsinstanz bindend. Die von der Revision erstmals aufgestellte Behauptung, der Rahmenvertrag sei niemals gekündigt worden, muß deshalb unbeachtet bleiben. Damit entfällt die Schlußfolgerung, die Klägerin sei 1958 noch an die Bestimmungen des Rahmenvertrages gebunden und deshalb vertraglich wie preisrechtlich an seiner Erhöhung der Pflegesätze gehindert gewesen. Ferner erweisen sich die Erwägungen der Revision als gegenstandslos, daß bei bestehendem Streit keine Vertragsänderung durch die bloße Einweisung von Patienten bewirkt werden könne; auf die hierfür angezogenen Entscheidungen braucht deshalb nicht eingegangen zu werden. Wenn der Rahmenvertrag nach den Feststellungen mit dem 31. Dezember 1957 erloschen war, die Parteien aber dennoch und trotz der bestehenden Meinungsverschiedenheit die Praxis der Einweisung von Kassenpatienten bewußt und unverändert fortsetzten, bleibt rechtlich nur die Annahme von Einzelverträgen ohne Einigung über die Vergütung übrig.

Die Vertragslücke, welche wegen des Zwanges zur ununterbrochenen Krankenversorgung einerseits, der unüberbrückbaren Verschiedenheit der Standpunkte andererseits offen gelassen worden ist, läßt sich indessen nicht ohne weiteres mit § 612 Abs. 2 BGB schließen. Denn der Streit

der Parteien geht im Kern nicht darum, wie die Leistungen der Klägerin zu vergüten sind, sondern welche Leistungen die Beklagte von ihr empfängt und darum zu bezahlen hat.

2. Die Revision geht zutreffend davon aus, daß die Beklagte zugunsten ihres in eine Belegabteilung eingewiesenen Mitgliedes einen sogenannten "gespaltenen" Arzt-Krankenhaus-Vertrag abschließt. Sie irrt jedoch, wenn sie diesen Vertragstyp dahin versteht, daß die Spaltung dem Belegarzt die ärztliche Behandlung und Betreuung schlechthin zuweise und entsprechend dem Krankenhaus lediglich die Beherbergung und Pflege des Patienten überlasse. Zu den Leistungen der Anstalt gehört vielmehr auch die Gewährung derjenigen erforderlichen Heilbehandlung, die nicht durch den behandelnden Arzt selbst, sondern gewöhnlich nur mittels der personellen und sachlichen Einrichtungen eines Krankenhauses gewährt zu werden pflegt. Dieser in BGHZ 5, 321 aufgestellte Grundsatz gilt unabhängig davon, wie es zur Spaltung des Vertrages kommt, ob infolge der Inanspruchnahme des Chefarztes durch einen Privatpatienten (so in dem entschiedenen Fall), oder dadurch, daß ein Belegarzt seinen Kassenpatienten in das Krankenhaus einweist. Es ändert sich dadurch nichts an der tragenden Erwägung, daß der Patient die üblicherweise nicht vom behandelnden Arzt selbst, sondern vom Krankenhaus vermöge seiner Organisation und Einrichtung gewährte Heilbehandlung von diesem erwartet, und daß die Anstalt dieser Erwartung entspricht. Der erkennende Senat ist dem genannten Grundsatz ausdrücklich beigetreten (Urteil vom 22. Oktober 1957 - VI ZR 231/56 = LM Nr. 24 zu § 278 BGB). Er hat zwar ausgeführt, daß es zweifelhaft sein könne, inwie-

weit die Tätigkeit einer Operationsschwester dem Pflichtenkreis des operierenden Arztes oder dem der Krankenanstalt zuzurechnen sei. Für diese Erwägungen wäre jedoch kein Raum gewesen, wenn das Krankenhaus dem Patienten im Falle des gespaltenen Vertrages - der Auffassung der Revision entsprechend - überhaupt keine Heilbehandlung schuldete.

3. Gliedert sich demnach der gespaltene Vertrag nicht nach der gesamten Heilbehandlung einerseits, der Beherbergung, Beköstigung und Pflege des Patienten andererseits auf, sondern grenzen die Pflichtenkreise sich nach den eigenen Leistungen des behandelnden Arztes und den üblichen Funktionen des Krankenhauses ab, so kann nicht zweifelhaft sein, daß der nachgeordnete ärztliche Dienst in den letzteren Bereich fällt. Er wird von dem Krankenhaus, das vermöge seiner personellen und sachlichen Einrichtung allein dazu imstande ist, erwartet und erbracht, während ihn der frei praktizierende Belegarzt ebenso wenig wie der Chefarzt, der Privatpatienten auf seiner Station behandelt, selbst zu leisten vermöchte. Daß im Krankenhaus dank seiner Organisation der nachgeordnete ärztliche Dienst zur Verfügung steht und der Patient so unter ständige ärztliche Kontrolle gebracht werden kann, die anders nicht gewährleistet wäre, stellt geradezu den Hauptgrund der Einweisung stationär zu behandelnder Fälle dar. Bei dieser Sachlage wäre es nicht gerechtfertigt, den Belegarzt gleichwohl als Schuldner der ihm praktisch gar nicht möglichen Leistung und das Krankenhaus lediglich als seinen Erfüllungsgehilfen anzusehen, obwohl es dem Patienten mit dem nachgeordneten Dienst eine Heilbehandlung angedeihen läßt, die unmittelbar

aus seiner Einrichtung und Bestimmung fließt. Daß dabei auch ärztliche Maßnahmen von einiger Bedeutung in Betracht kommen, steht der Zurechnung zur Sphäre des Krankenhauses nicht entgegen; so ist in der Entscheidung BGHZ 5, 321 eine von einem Anstaltsarzt an einem Privatpatienten vorgenommene Bluttransfusion als in den Pflichtenkreis des Krankenhauses fallend angesehen worden.

4. Zu Unrecht setzt die Revision den nachgeordneten ärztlichen Dienst mit der Leistung ärztlicher Assistenz gleich. Unter Assistenz im Fachsinne, wie sie hauptsächlich der Chirurg bei größeren Eingriffen benötigt und heranzieht, ist die hilfsweise Übernahme eines begrenzten Ausschnitts aus einer diagnostischen oder therapeutischen Gesamtmaßnahme zu verstehen, die sich in räumlich, zeitlich und sachlich engem Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt vollzieht. Im Gegensatz hierzu wird der nachgeordnete ärztliche Dienst - wenn auch von den "Assistenz"ärzten der Anstalt - gerade in Abwesenheit des behandelnden Arztes versehen. Welche Maßnahmen er erfordert, hängt weitgehend davon ab, wie der zu kontrollierende Zustand des Kranken sich in dieser Zeit entwickelt. Weisungen lassen sich daher nur bedingt erteilen, wogegen für eigene, pflichtgemäße Entschließungen des "nachgeordneten" Arztes in Komplikationsfällen der erforderliche Raum verbleiben muß. Dementsprechend kann auch die Frage der Verantwortung verschieden zu beantworten sein. Eine Gleichstellung des nachgeordneten ärztlichen Dienstes mit der ärztlichen Assistenz läßt sich aus diesem Gesichtspunkt umso weniger herleiten, als selbst bei einer assistierenden Tätigkeit die Haftung nicht schlecht-

hin und ausschließlich dem behandelnden Arzt zufallen muß. Mit ihrer abweichenden Ansicht verkennt die Revision die von ihr selbst angezogene Entscheidung des Senats im Falle der Operationsschwester (BGH LM Nr. 24 zu § 278 BGB).

5. Es verbleibt mithin dabei, daß dem Patienten der nachgeordnete ärztliche Dienst von dem hierfür eingerichteten Krankenhaus und nicht vom behandelnden Arzt geschuldet wird. Daran ändert sich sachlich nichts, wenn der gespaltene Arzt-Krankenhaus-Vertrag nicht von dem Patienten selbst, sondern zu seinen Gunsten von einer Krankenkasse abgeschlossen wird. Ob eine abweichende Gestaltung durch ausdrückliche Vereinbarungen unter den Beteiligten möglich oder gar zweckmäßig wäre, kann dahinstehen. Den Verträgen des V.d.A.K. mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Zweckverband der Krankenhäuser ist eine solche Änderung der regelmäßigen Pflichtenverteilung jedenfalls nicht zu entnehmen. Daß der Vertragsarzt für die stationäre ärztliche Tätigkeit eine nach den Kalendertagen der stationären Behandlung bemessene, feste Gebühr erhält (Anlage 4, III zum Vertrag vom 12. Mai 1950), besagt nicht, daß er hiergegen auch den üblicherweise vom Krankenhaus gestellten ärztlichen Dienst leisten müsse. Die Beklagte kann deshalb aus dieser Bestimmung nicht herleiten, sie habe mit ihr die ärztliche Versorgung der Mitglieder so umfassend und lückenlos sichergestellt, daß für ärztliche Leistungen des - hiervon unterrichteten - Krankenhauses kein Raum verbleibe. Der Vertrag des V.d.A.K. mit dem Zweckverband der Krankenhäuser zeigt im Gegenteil - worauf das Berufungsgericht mit Recht hinweist -, daß die Vertragschließenden sich der

bestehenden Einrichtung des nachgeordneten ärztlichen Dienstes bewußt waren und an ihr nichts zu ändern beabsichtigten. Während der große Pflegesatz in den Abteilungen mit anstaltsärztlicher Behandlung bestimmungsgemäß "die ärztlichen Leistungen" schlechthin abgilt, heißt es bezüglich der Belegabteilungen nur, daß "die Leistungen der nicht fest angestellten und nicht besoldeten Ärzte" gesondert zu vergüten seien. Im Hinblick auf den hierneben bestehenden, jedoch von Anstaltsärzten versehenen nachgeordneten Dienst kann dies nur bedeuten, daß die Ersatzkasse insoweit keine gesonderte Vergütung zu zahlen habe, d.h. daß der kleine Pflegesatz diese Leistung mit abgelte.

6. Mit dem 1. Januar 1958 ist insoweit keine sachliche Änderung eingetreten. Weder haben sich in den nunmehr einzeln zustande gekommenen "gespaltenen" Verträgen die Pflichtenkreise verschoben, noch hat die Klägerin für den weiterhin dem Patienten geleisteten, nachgeordneten Dienst erstmals oder gar gesondert eine Vergütung beansprucht. Sie hat lediglich den kleinen Pflegesatz nach Wegfall der Bindung durch den Rahmenvertrag im Hinblick auf die Selbstkosten des nachgeordneten Dienstes erhöht, soweit dies nunmehr preisrechtlich zulässig geworden war. Mit Recht hat das Berufungsgericht in dem erhöhten Satz die vom 1. Januar 1958 an übliche Vergütung gesehen, weil er unstreitig von allen Krankenkassen außer denen, die dem V.d.A.K. angeschlossen sind, anerkannt und gezahlt worden ist. Zutreffend ist ferner die Feststellung, daß die Parteien die Höhe der vom 1. Januar 1958 an geschuldeten Vergütung nicht bestimmt haben, weil sie an ihren abweichenden Auffassungen

festhielten. Insbesondere besagte die unveränderte Entgegennahme der Einweisungsscheine "B" nicht, daß die Klägerin sich dem Verlangen der Beklagten fügen wollte, den bisherigen Pflegesatz fortgelten zu lassen. Der Vordruck verweist lediglich darauf, daß die stationäre ärztliche Behandlung nicht nach dem allgemeinen Krankenschein, sondern nach den hierfür geltenden, besonderen Bestimmungen zu liquidieren sei. Vorliegend geht es jedoch nicht um die Honorierung der in den Pflichtenkreis des behandelnden Arztes fallenden Leistungen, sondern um die dem Krankenhaus für seine Dienste geschuldete Vergütung. Da diese der Höhe nach nicht bestimmt war, ist mit Recht der ab 1. Januar 1958 übliche Pflegesatz nach § 612 Abs. 2 BGB als geschuldet angesehen und der Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt worden.

7. Da das Urteil auch sonst keinen Rechtsfehler zum Nachteil der Beklagten erkennen läßt, erweist sich ihre Revision als unbegründet. Sie mußte mit der Kostenfolge nach § 97 ZPO zurückgewiesen werden.

Engels Dr. Bode Dr. Hauß

Heinrich Meyer Dr. Pfretzschner