

3.12.2010

**Externe Wahlleistungskette gem. § 17 Abs. 3 KHEntgG
- Anspruch auf Auslagenersatz gem. § 10 GOÄ des extern hinzugezogenen Arztes**

In der vorbezeichneten Angelegenheit möchten wir Sie über eine wichtige Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 04.11.2010 informieren, die das in Diskussion stehende Thema Sachkostenersatz im Rahmen wahlärztlicher Leistungen höchststrichterlich klärt.

Der Beklagte befand sich im Jahre 2006 wegen verschiedener Eingriffe in stationärer Krankenhausbehandlung. Mit dem Krankenhaus hatte der Beklagte wahlärztliche Leistungen vereinbart. Auf Veranlassung der Wahlärzte wurde der Beklagte später in einer Gemeinschaftspraxis für Röntgenologie und Nuklearmedizin behandelt. Dort wurde eine Angiographie mit anschließender Dilatation der Arterien vorgenommen.

Die Ansprüche der Gemeinschaftspraxis wurden an eine privatärztliche Verrechnungsstelle abgetreten, die die entsprechenden Leistungen der Gemeinschaftspraxis dem Beklagten mit insgesamt 4.577,00 € in Rechnung gestellt hatte. Das ärztliche Honorar wurde anstandslos beglichen. Lediglich die in Rechnung gestellten Sachkosten der Gemeinschaftspraxis in Höhe von 3.386,78 € nach Maßgabe des § 10 GOÄ standen im Streit.

Das Amtsgericht hatte der Klage auf Zahlung der Sachkosten stattgegeben. Das Landgericht wiederum in der Berufungsinstanz die Klage abgewiesen.

Die vom Landgericht zugelassene Revision führte letztlich zur Aufhebung des Berufungsurteils und Zurückweisung der Berufung, so dass die Sachkosten letztlich in voller Höhe beglichen werden müssen.

Zwischen dem Beklagten und dem Krankenhaus war unstrittig eine Wahlleistungsvereinbarung über wahlärztliche Leistungen nach Maßgabe des § 17 Abs. 3 KHEntgG zustande gekommen. Unstrittig war auch, dass die Gemeinschaftspraxis auf Veranlassung der behandelnden Krankenhausärzte tätig geworden ist. Sie hatte ihre Leistungen mit den persönlichen und sächlichen Mitteln in der Gemeinschaftspraxis erbracht.

Der Senat stellte zunächst fest, dass dies nach ständiger Rechtsprechung nichts daran ändere, dass die Behandlung letztlich der stationären Krankenhausbehandlung zuzuordnen sei. Wäre der Beklagte ein GKV-Patient oder Privatpatient gewesen, der lediglich Regelleistungen in Anspruch genommen hätte, hätte es sich bei den Leistungen der Gemeinschaftspraxis um allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne

des § 2 Abs. 2 KHEntgG gehandelt. Die extern erbrachten Leistungen blieben auch dann Krankenhausleistungen im Sinne des KHEntgG, wenn der Patient – wie hier – wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbare. Eine Änderung ergebe sich insoweit nur daraus, dass der Patient als zusätzliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart habe, durch eine Person seines Vertrauens ärztlich behandelt zu werden. Die Vereinbarung erstreckte sich auch auf die von den liquidationsberechtigten Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Hierfür sei die GOÄ anzuwenden.

Der 3. Senat verwies zunächst weiter auf die Rechtsprechung des BGH zur Anwendung des § 6a Abs. 1 GOÄ. Der Senat habe aus den Zusammenhängen mit dem Pflegesatzrecht den Schluss gezogen, dass auch niedergelassene, externe Ärzte, die ihre Leistungen auf Veranlassung eines Krankenhausarztes in eigener Praxis und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses für den Patienten, der wahlärztliche Leistungen vereinbart habe, erbringe, der Gebührenminderungspflicht unterlägen. Der Senat führte anhand der Historie der Vorschrift des § 6a GOÄ aus, dass die mehrfachen Änderungen in den letzten Jahren, insbesondere die Umstellung aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 zu dem Ergebnis führen, dass allein die Bestimmung des § 6a Abs. 1 GOÄ der Vermeidung doppelter Kostenberechnung bei stationären privatärztlichen Leistungen diene. Eine Beschränkung des Rechts des niedergelassenen Arztes, seine Auslagen nach Maßgabe des § 10 GOÄ ersetzt zu halten, sei im Zusammenhang mit vielfachen Änderungen des Gebühren- und Pflegesatzrechts seit 1984 vom Verordnungsgeber nicht in Erwägung gezogen worden.

Zwar sei eine Anwendung des § 10 GOÄ abzulehnen, soweit einem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt Materialien vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt würden. Für den externen Arzt, der im Einzelfall zu Leistungen herangezogen werde, die das Krankenhaus mangels Einrichtung einer entsprechenden medizinischen Abteilung zur Behandlung des Patienten nicht erbringen könne, gelten diese Überlegungen jedoch nicht. Wird er bei Regelleistungspatienten gem. § 2 Abs. 2 S. 2 KHEntgG auf Veranlassung des Krankenhauses tätig, seien seine Leistungen den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen, die mit dem KHEntgG abgegolten seien. Ihm sei aufgrund dieser Gesetzeslage bewusst, dass er seine Vergütung und seinen Auslagenersatz vom Krankenhaus zu beanspruchen habe. Auf dieses Verhältnis seien die Bestimmungen der GOÄ nicht anwendbar. Anders verhalte es sich bei einer Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen: Der externe Arzt werde nicht vom Krankenhaus, sondern von einem liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses zugezogen, und er werde nach § 17 Abs. 3 S. 7 KHEntgG wegen seiner Vergütung auf die GOÄ verwiesen. Darüber hinaus seien 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 angefallenen Sachkosten stehenden Mehrleistung des Beklagten, der mit seinem ungeminderten Krankenhausergelt entsprechende Kosten für Regelleistungspatienten mitfinanziere, 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. Darüber hinaus müsste man den betroffenen Arzt auf einen Anspruch gegen das Krankenhaus verweisen, für den es keine Grundlage gäbe, die sich widerspruchlos in die Entgeltsysteme der

Gebührenordnungen und der Krankenhausentgelte einfügen ließe. Zu einer solchen Rechtsfortbildung halte sich der Senat angesichts der dem Verordnungsgeber seit langem bekannten Probleme, der unveränderten Fassung des § 6a Abs. 2 GOÄ und der regelmäßig nur als marginal anzusehenden Mehrbelastung des Wahlleistungspatienten für nicht hinreichend legitimiert.

Anmerkungen

Mit diesem Urteil klärt der BGH eine seit langem strittig geführte Diskussion: Kann eine externe Institution, die nicht auf Sachmittel des Krankenhauses zurückgreift, mit dem der Patient eine Wahlleistungsvereinbarung getroffen hat, seine Sachkosten gem. § 10 GOÄ berechnen.

Vom Grundsatz her spricht der Wortlaut der GOÄ dafür. Der BGH stellt fest, dass sich aus der historischen Rückschau der Vorschriften und insbesondere des § 6a GOÄ ergebe, in welcher Weise der Gesetz- und Verordnungsgeber die Doppelbelastung des wahlärztliche Leistungen beanspruchenden Patienten regulieren wollte. Dass es sich dabei lediglich um eine pauschale Betrachtungsweise handelt (Abschlag von 25 % bzw. 15 % vom Rechnungsbetrag), verdeutlicht, dass es nicht in jedem Fall eine Einzelfallgerechtigkeit geben kann, die gar auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation eine Doppelberechnung ärztlicher Kosten vermeidet. Zusätzliche Sachkosten spielen in diesem Zusammenhang – wie der Senat zutreffend ausführt – keine Rolle. In der Regel dürften derartige Sachkostenbetrachtungen auch in der überwiegenden Anzahl der Fälle von marginaler Bedeutung sein. Auch dies stellt der Senat zutreffend fest. Der vorliegende Fall, in dem die Sachkosten weit höher als die ärztlichen Gebühren lagen, werden insofern als Ausreißer gesehen, die aber das grundsätzliche System der Sachkostenerstattung gem. § 10 GOÄ nicht in Frage stellen können. Insofern sind externe Ärzte auch weiterhin berechtigt, ihre Forderungen gegebenenfalls auch klageweise gegen Wahlleistungspatienten durchzusetzen. Ein Anspruch auf Sachkostenersatz gegenüber dem Krankenhaus, mit dem die Wahlleistungsvereinbarung geschlossen wurde, besteht somit nicht. Damit werden die Budgets der Krankenhäuser auch weiterhin mit diesen Kosten nicht belastet. Der 3. Zivilsenat stellt in einem Nebensatz fest, dass mit dieser im Sachkostenbereich festzustellenden Mehrbelastung des Wahlleistungspatienten entsprechende Kosten für Regelleistungspatienten „mitfinanziert“ würden. Dieser Quersubventionierungsgedanke ist dem Gesetz- und Verordnungsgeber bekannt und hat bisher nicht zu einer Änderung der Rechtsgrundlagen im Pflegesatz- und Gebührenrecht geführt.