

Geschäftsnummer:  
5 S 2/13  
21 C 317/12  
AG Heidelberg



Verkündet am  
24. Juni 2013

Engler, JHSin  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

**Landgericht Heidelberg**  
5. Zivilkammer  
**Im Namen des Volkes**  
**Urteil**

Im Rechtsstreit

[REDACTED]

- Klägerin / Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

gegen

[REDACTED]

- Beklagte / Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte zu 1 bis 3:

[REDACTED]

wegen Forderung

hat die 5. Zivilkammer des Landgerichts Heidelberg im schriftlichen Verfahren nach dem Sach- und Streitstand vom 31. Mai 2013 unter Mitwirkung von

Vizepräsident des Landgerichts Dr. Guttenberg  
Richter am Landgericht Dr. Müller  
Richter am Landgericht Bischoff

für **Recht** erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Amtsgerichts Heidelberg vom 14.12.2012 - 21 C 317/12 - wird zurückgewiesen.
2. Die Kosten der Berufung werden den Beklagten als Gesamtschuldern auferlegt.
3. Dieses Urteil sowie das Urteil des Amtsgerichts Heidelberg vom 14.12.2012 - 21 C 317/12 - sind ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar.

## Gründe:

I.

Die Parteien streiten um die teilweise Rückerstattung von privatärztlichen Behandlungsgebühren.

Die Klägerin, eine private Krankenversicherung, macht aus übergegangenem Recht ihrer Versicherungsnehmerin [REDACTED] die teilweise Rückzahlung von ärztlichen Gebühren geltend, die die beklagten Ärzte gegenüber der Versicherungsnehmerin liquidiert haben, die diese gezahlt und anschließend von der Klägerin gegen Abtretung etwaiger Rückzahlungsansprüche gegen die Beklagten erstattet bekommen hat.

Die Versicherungsnehmerin wurde am 11.01.2012 von den beklagten Ärzten als begleitende Anästhesisten im Rahmen einer stationären arthroskopischen Intervention durch einen Belegarzt der [REDACTED] privatärztlich behandelt. Bei der Klinik handelt es sich um ein reines Belegkrankenhaus ohne eigenes ärztliches Personal. Die Beklagten selbst sind keine Belegärzte, sondern werden von diesen auf Grund eines mit der Klinik bestehenden Kooperationsvertrages als Externe hinzugezogen.

M7

Mit Rechnung der Privatärztlichen Abrechnungsstelle [REDACTED] vom 02.03.2012 (Anlage K 1 - I 51) liquidierten die Beklagten ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) in Höhe von insgesamt EUR 427,92 gegenüber der Versicherungsnehmerin. Mit Schreiben vom 21.03.2012 (Anlage K 2 - I 53) wies die Klägerin ihre Versicherungsnehmerin darauf hin, dass stationäre Arztkosten nach der Gebührenordnung für Ärzte zu mindern seien; die Versicherungsnehmerin möge mit der Rechnungsausstellerin sprechen. Nach einer entsprechenden Mahnung der Abrechnungsstelle glich die Versicherungsnehmerin den vollen Rechnungsbetrag aus und erhielt ihn anschließend von der Klägerin mit dem Bemerkung, man wolle nicht, dass sie auf den Kosten sitzen bleibe, gegen Abtretung von Rückforderungsansprüchen erstattet (Schreiben der Klägerin v. 07.06.2012 und Abtretungserklärung der Versicherungsnehmerin v. 08.06.2012 - Anlage K 3 - I 55 f.).

Mit ihrer Klage hat die Klägerin von der Beklagten 15 Prozent des Rechnungsendbetrages, also EUR 64,19, von den Beklagten zurückverlangt.

Die Klägerin hat dabei die Auffassung vertreten,

die Gebührenrechnung unterliege einer Minderung von 15 Prozent nach § 6a Abs. 1 GoÄ, denn in dieser Höhe seien die Gebühren für belegärztliche Leistungen beziehungsweise Leistungen von niedergelassenen Ärzten zu mindern. Eine Minderung sei nur bei solchen privatärztlichen Leistungen ausgeschlossen, die ohne inneren Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt erbracht würden. Ein solcher Fall liege aber nicht vor.

Die Berechtigung der Minderung ergebe sich auch aus der Rechtsauffassung des Bundesgerichtshofs in seinem Urteil vom 13.06.2002 (III ZR 186/01 - NJW 2002, 2948 ff. = VersR 2002, 1030 ff.). Die danach angezeigte pauschalierende Betrachtungsweise sei auch im vorliegenden Fall gerechtfertigt, so dass die Minderung nicht davon abhängen, ob die Versicherungsnehmerin der Klägerin im konkreten Fall bei ungeminderten Gebühren einer ungerechtfertigten Doppelbelastung - durch diese einerseits, durch den Pflegesatz des Krankenhauses andererseits - tatsächlich ausgesetzt sei. Dies habe der Bundesgerichtshof im Übrigen auch bereits mit Urteil vom 17.09.1998 hinsichtlich extern erbrachter ärztlicher

Leistungen Dritter in einer reinen Belegklinik so entschieden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagten zu verurteilen, EUR 64,19 zuzüglich 5 % über dem Basiszinssatz nach dem DÜG p.a. seit dem 11.09.2012 zu zahlen.

Die Beklagten haben Klageabweisung beantragt.

Sie haben die Auffassung vertreten,

das von der Klägerin zitierte Urteil des Bundesgerichtshofs sei für den vorliegenden Sachverhalt nicht einschlägig, denn es betreffe den Fall eines stationären Patienten, der einerseits wahlärztliche Leistungen des Krankenhauses in Anspruch genommen gehabt habe, andererseits, auf Veranlassung eines bei diesem angestellten Arztes, auch Leistungen durch einen extern niedergelassenen Arzt. Vorliegend gehe es jedoch um ärztliche Leistungen externer Dritter im Auftrag eines Belegarztes. Belegärztliche Leistungen seien aber, ebenso wie die Leistungen eines hinzugezogenen externen Arztes, gerade keine Krankenhausleistungen im Sinne des Pflegesatzrechtes. Anders als bei der wahlärztlichen Behandlung werde also der selbst zahlende Belegpatient nicht mit Kosten des Krankenhauses für die Inanspruchnahme externer ärztlicher Dritter belastet. Denn ebenso wie die Kosten des Belegarztes selbst seien die Kosten des Dritten bei reinen Belegkrankenhäusern nicht im Pflegesatz enthalten. Eine Doppelbelastung der Versicherungsnehmerin der Klägerin sei daher ausgeschlossen, da sie bezüglich der liquidierten Anästhesie nur einmal in Anspruch genommen werde, nämlich von den Beklagten. Nach der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes sei es gerade nicht ausgeschlossen, von einer Gebührenminderung nach § 6a GoÄ abzusehen, wenn ein Fall vorliege, in dem eine Doppelbelastung typischerweise ausscheide.

Das Amtsgericht hat der Klage stattgegeben. Die Beklagten hätten den streitgegenständlichen Betrag ohne Rechtsgrund erhalten, da sie nach § 6a Abs. 1 Satz 2 GoÄ zu einer Minderung in dieser Höhe verpflichtet seien. Wenn, wie zwischen den Parteien

insoweit nicht im Streit stehe, die externe Leistung der Beklagten keiner Krankenhausleistung im pflegesatzrechtlichen Sinne, sondern einer Belegarztleistung zuzurechnen sei, sei kein Grund ersichtlich, die Leistung der Beklagten nicht derselben Minderungspflicht zu unterwerfen, die im Rahmen des § 6a Abs. 1 Satz 2 GoÄ gerade für belegärztliche Leistungen gelte. Im Rahmen der im Patienteninteresse gebotenen Pauschalierung sei daher auch eine Minderungspflicht für externe Ärzte, die für Belegärzte tätig seien, gerechtfertigt, zumal gerade von Anästhesieärzten typischer Weise eher Krankenhausleistungen als ambulante Leistungen erbracht würden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten. Sie verfolgen ihren erstinstanzlichen Antrag auf Klageabweisung weiter. Sie meinen, das Amtsgericht habe § 6a Abs. 1 Satz 2 GoÄ fehlerhaft angewandt. Die vom Amtsgericht postulierte Gleichbehandlung der Beklagten mit Belegärzten unter dem Gesichtspunkt der für diese geltenden 15-prozentigen Minderung verkenne, dass den Belegärzten die Infrastruktur des Klinikums (Krankenzimmer, Pflegekräfte usw.) in vollem Umfang zur Verfügung stehe, den Beklagten hingegen nicht. Dementsprechend sei die von dem Belegkrankenhaus berechnete Fallpauschale geringer als bei der Versorgung durch die Hauptabteilung eines Krankenhauses. Im Übrigen wiederholen und vertiefen die Beklagten ihren erstinstanzlichen Vortrag.

Die Beklagten beantragen:

Unter Abänderung des am 14.12.2012 verkündeten Urteils des Amtsgerichts Heidelberg, Az.: 21 C 317/12, wird die Klage abgewiesen.

Die Klägerin beantragt

Zurückweisung der Berufung.

Sie verteidigt das amtsgerichtliche Urteil.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die Verfahrensakte Bezug genommen.

II.

Die vom Amtsgericht zugelassene (§ 511 Abs. 2 Nr. 2 ZPO) und auch im Übrigen zulässige Berufung bleibt in der Sache ohne Erfolg. Das angefochtene Urteil beruht weder auf einem Rechtsfehler (§§ 513 Abs. 1 Alt. 1, 546 ZPO), noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrundezulegenden Tatsachen eine andere Entscheidung (§ 513 Abs. 1 Alt. 2 ZPO).

1. Wie bereits das Amtsgericht zutreffend entschieden hat, haben die Beklagten die Zahlung in Höhe des streitgegenständlichen Betrages ohne Rechtsgrund erhalten (§ 812 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 BGB). Diesen Betrag, der 15 Prozent der liquidierten Gesamtsumme entspricht, schuldete die Patientin der Beklagten nicht, weil das Honorar in dieser Höhe nach § 6a Abs. 1 Satz 2 GoÄ zu mindern war.

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GoÄ sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen um 25 von Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert (§ 6a Abs. 1 Satz 1 GoÄ).

Dass die Beklagten als niedergelassene Ärzte stationäre Leistungen im Sinne der Norm erbracht haben, steht zwischen den Parteien nicht im Streit. Anderes ist auch nicht ersichtlich, nachdem die Tätigkeit der Beklagten die Anästhesie im Rahmen einer Operation im Krankenhaus betraf, die in einen stationären Aufenthalt der Patientin eingebettet war.

Unter diesen Umständen ist der Wortlaut der Norm, die die Gebührenminderung von 15 Prozent anordnet, zweifelsfrei erfüllt. Die von den Beklagten gewünschte Nichtanwendung lässt sich mithin nur vertreten, wenn die Voraussetzungen einer teleologischen Reduktion, also einer Nichtanwendung der Norm *entgegen* ihrem Wortlaut, gegeben sind. Dies setzt zum einen eine planwidrige Regelungslücke des Normgebers voraus sowie weiter, dass der vorliegende Sachverhalt vom Zweck der Norm

nicht erfasst wird (Palandt/Sprau, 72. Aufl. 2013, Einl. Rz. 49). Dies ist aber nicht der Fall.

Zwar hat der Bundesgerichtshof im Urteil vom 13.06.2002 geäußert, dass die pauschalierende Wirkungsweise der Honorarminderung nach § 6a GoÄ es nicht ausschließt, ärztliche Leistungen von der Anwendung dieser Bestimmung auszunehmen, wenn eine Doppelbelastung typischerweise deshalb ausscheidet, weil weder Sach- noch Personalkosten des Krankenhauses durch den hinzugezogenen Arzt in Anspruch genommen werden noch entsprechende Kosten des extern tätigen Arztes bei Wahlleistungspatienten einkalkuliert sind (BGHZ 151, 102 ff. - juris Rz. 23). Im dort gegebenen Fall, in dem es um Gebühren für die pathologische Untersuchung von Gewebeproben im Auftrag eines Krankenhausarztes durch einen externen Arzt ging, an welchen die Gewebeproben versandt wurden, hat er freilich eine solche Ausnahme verneint.

Auch vorliegend liegt eine solche Ausnahme nicht nahe. Gegen sie spricht nicht nur, wie bereits das Amtsgericht zu Recht angemerkt hat, dass die Leistungen der beklagten Narkoseärzte eine typische Krankenhausleistung darstellen, sondern auch, dass die Beklagten zwar, anders als die Belegärzte selbst, weder auf Pflegepersonal noch auf Assistenten seitens des Krankenhauses zugreifen können, wohl aber die hauptsächlichen ärztlichen Leistungen in den dortigen Operationssälen und damit denkgesetzlich zwingend unter Inanspruchnahme der spezifischen Sachmittel des Krankenhauses erbringen. Dass die Beklagten demgegenüber für das Sprechzimmer, in dem sie ihre Anästhesieaufklärung vor der Operation durchführen, eine gesonderte Miete zahlen müssen, wie sie in der Berufung geltend machen, ändert diese Betrachtungsweise nicht entscheidend.

Auch das weitere Vorbringen der Beklagten gibt zu einer abweichenden Sichtweise keinen Anlass. Ihr Argument, eine Doppelbelastung des Patienten sei vorliegend insoweit ausgeschlossen, als in einem reinen Belegkrankenhaus die Pflegesatz-Fallpauschalen entsprechend niedriger bewertet seien als bei der Versorgung durch die Hauptabteilung eines Krankenhauses, verfährt nicht. Denn trotz dieser Herabstufung des Pflegesatzes im Belegkrankenhaus und obwohl, wie die Beklagten erstinstanzlich geltend gemacht haben, belegärztliche Leistungen keine Krankenhausleistungen im Sinne des Pflegesatzrechtes sind, hat der Ordnungsgeber gleich-

wohl ausdrücklich auch bei den Belegärzten selbst eine Gebührenminderung angeordnet. Warum eine solche Minderung bei extern hinzugezogenen Ärzten im Belegkrankenhaus per se nicht Platz greifen soll, erschließt sich vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht.

Für entscheidend (vgl. Bach/Moser/Göbel, Private Krankenversicherung, 4. Aufl. 2009, Nach § 1 MB/KK Rz. 178 m.w.N.) hält die Kammer letztlich die bereits im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17.09.1998 (III ZR 222/97 - NJW 1999, 868 ff. - juris) zum Ausdruck kommenden Grundsätze. Schon dort wird die pauschalierende Betrachtungsweise des § 6a GoÄ betont, die nicht danach frage, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die medizinischen Leistungen im Einzelfall entstehen (a.a.O. - juris Rz. 10). Auf Grund dieser Betrachtungsweise hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung sogar das Honorar eines extern hinzugezogenen Arztes der Gebührenminderung nach § 6a Abs. 1 Satz 2 Alt. 2 GoÄ unterworfen, der seine ärztliche Leistung innerhalb einer von ihm gesondert angemieteten Praxis im räumlichen Zusammenhang eines - reinen - Belegkrankenhauses erbracht hatte, die personell und wirtschaftlich völlig unabhängig vom Betrieb des Krankenhauses geführt wurde (vgl. a.a.O. - juris Rz. 1 u. 21).

Umso weniger sieht die Kammer daher im vorliegenden Fall, in dem die ärztliche Leistung der Beklagten ersichtlich enger mit der spezifischen Krankenhausinfrastruktur verwoben war und nicht etwa innerhalb der von den Beklagten selbst vorgehaltenen Praxis, sondern innerhalb des Operationssaales des Belegkrankenhauses stattfand, Raum für eine Nichtanwendung des § 6a Abs. 1 Satz 2 GoÄ, denn der Zweck dieser Norm erscheint ihr auch vorliegend erfüllt.

Die Klagestattgabe durch das Amtsgericht lässt nach alledem keine Rechtsfehler erkennen, so dass die Berufung unbegründet und zurückzuweisen ist.

2. Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 97 Abs. 1, 100 Abs. 4 Satz 1 ZPO, der Ausspruch der vorläufigen Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 10, 713, 543, 544 ZPO, 26 Nr. 8 EGZPO.



Ad.

Ein Grund zur Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO besteht nicht. Die entscheidungserheblichen Fragen der Minderung des privatärztlichen Honorars eines in einem reinen Belegkrankenhaus extern hinzugezogenen dritten Arztes sind bereits durch das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17.09.1998 (NJW 1999, 868 ff.), dem die Kammer folgt, geklärt.

Dr. Guttenberg  
Vizepräsident des  
Landgerichts

Dr. Müller  
Richter am Landgericht

Bischoff  
Richter am Landgericht