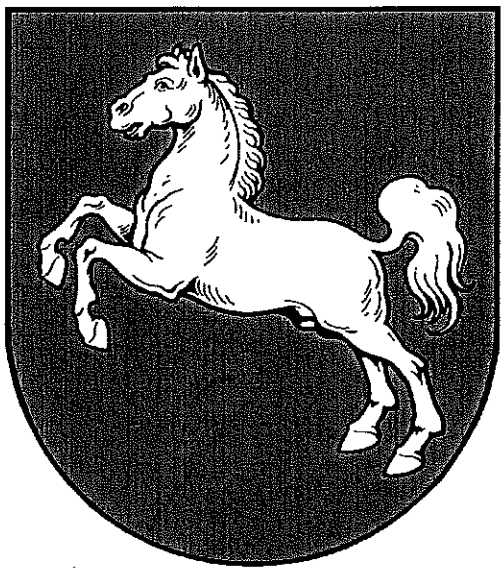
Abschrift

z.A. m.A.v. n.S.
EINGANG
23. JUNI 2015
armedis
Rechtsanwälte Hannover



Oberlandesgericht Celle

z.A. m.A.v. n.S.
EINGANG
23. JUNI 2015
armedis
Rechtsanwälte Hannover

Oberlandesgericht Celle

Im Namen des Volkes

Urteil

1 U 97/14
19 O 304/12 Landgericht Hannover

Verkündet am
15. Juni 2015

Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

gegen

Beklagte und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:
Anwaltsbüro armedis Rechtsanwälte, Plathnerstraße 3 a, 30175 Hannover,
Geschäftszeichen:

Beteiligte:

Streithelferin der Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

hat der 1. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Celle auf die mündliche Verhandlung vom 1. Juni 2015 durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht , die Richterin am Oberlandesgericht und die Richterin am Oberlandesgericht für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Klägerin wird das am 11. November 2014 verkündete Urteil der 19. Zivilkammer des Landgerichts Hannover teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

   Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 246,43 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28. November 2012 zu zahlen.
   Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

3. Die Streithelferin trägt ihre außergerichtlichen Kosten selbst. Die übrigen Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin.

4. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

5. Die Revision wird nicht zugelassen.

6. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 6.020,49 € festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf Rückerstattung von Behandlungskosten in Anspruch, die sie auf der Grundlage einer Wahlleistungsvereinbarung für eine stationäre Behandlung in der Zeit vom 1. Februar 2011 bis zum 19. April 2011 in der Klinik für psychosomatische Medizin der Beklagten gezahlt hat.

Die Klägerin wurde in der Zeit vom 1. Februar 2011 bis zum 19. April 2011 und in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 11. Oktober 2011 in der Klinik für psychosomatische Medizin der Beklagten aufgrund der abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen u.a. von der Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Chefärztin der Klinik Frau Dr. behandelt. Auf die Wahlleistungsvereinbarung vom 1. Februar 2011 wird Bezug genommen (Anlage K 1, Bl. 11 - 12 d.A.). Zwischen den stationären Aufenthalten und im Anschluss daran war die Klägerin bei Frau Dr. Sauer in ambulanter privatärztlicher Behandlung. Wegen der einzelnen Behandlungen im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Zeit vom 1. Februar 2011 bis zum 19. April 2011 wird Bezug genommen auf die eingereichten Behandlungsunterlagen und die Rechnung vom 9. Mai 2011 (Anlage K 2, Bl. 13 – 16 d.A.) sowie auf die von der Beklagten eingereichte Aufstellung, wer die abgerechneten Leistungen jeweils erbracht habe (Anlage B 1, Bl. 35 – 39 d.A.). Die Klägerin bezahlte die Rechnung vom 9. Mai 2011 über insgesamt 6.020,49 €. Die Rechnung für den zweiten stationären Aufenthalt bezahlte die Klägerin unter Hinweis auf ein Schreiben ihres Krankenversicherers, der Krankenversicherung a. G., nicht. Die dortige Forderung ist der Beklagten mit Urteil der 19. Zivilkammer des Landgerichts Hannover vom 11. November 2014 (19 O 164/12) zugesprochen worden. Über die hiergegen gerichtete Berufung der Klägerin hat der Senat mit Urteil vom heutigen Tage entschieden (1 U 98/14).

Die Parteien haben erstinstanzlich insbesondere darüber gestritten, ob die getroffene Wahlleistungsvereinbarung wirksam ist und unter welchen Voraussetzungen in der psychosomatischen Medizin die Leistungen, die nicht persönlich von der Chefärztin erbracht werden, als wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden können.

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes sowie der dort gestellten Anträge wird auf das angefochtene Urteil verwiesen.

Das Landgericht hat die Klage nach Vernehmung der Zeugin abgewiesen. Es hat einen Rückzahlungsanspruch der Klägerin aus § 812 BGB verneint. Die Wahlleistungsvereinbarung vom 1. Februar 2011 sei wirksam. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die getroffene Vertreterregelung, die den Anforderungen der obergerichtlichen Rechtsprechung entspreche. Soweit in der Vereinbarung als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin zwei Oberärzte benannt seien, stehe dies der Wirksamkeit nicht entgegen, weil es sich offenbar um unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche der Chefärztin handele. Von der Vertreterregelung zu unterscheiden sei die Frage, ob und inwieweit der Wahlarzt, der seine Leistungen gemäß § 613 Satz 1 BGB grundsätzlich selbst erbringen müsse, ärztliche und sonstige medizinische Verrichtungen delegieren dürfe. Einfache ärztliche und medizinische Verrichtungen dürfe der Wahlarzt delegieren. Die seine Disziplin prägende Kernleistung habe er jedoch persönlich und eigenhändig zu erbringen. Es sei nicht ausreichend, dass der Chefarzt lediglich im Sinne einer Oberaufsicht die grundlegenden Entscheidungen einer Behandlung von Wahlleistungspatienten selbst treffe, deren Vollzug überwache und entsprechende Weisungen erteilen könne. Denn dies obliege ihm bereits auf Grund seiner Funktion als leitender und weisungsberechtigter Arzt der jeweiligen Abteilung. Entscheidend sei daher, dass der Chefarzt über die genannte Aufsicht hinaus durch sein eigenes Tätigwerden der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge gebe, das heißt, er müsse sich zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung mit dem Patienten befassen und Hauptleistungen stets persönlich erbringen. Gemessen an diesen Anforderungen seien nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme die abgerechneten Leistungen als Bestandteil einer von der Chefärztin persönlich geprägten Behandlung anzusehen. Diese habe nicht nur die ihr als Chefärztin ohnehin obliegenden Tätigkeiten entfaltet, sondern über die Einzeltherapien hinaus die Koordination und Steuerung der Therapie durch Supervision und zum Teil auch durch die Teilnahme an den Visiten in der Hand gehabt und die Entwicklung der therapeutischen Maßnahmen letztlich entschieden. Die abgerechneten Wahlleistungen seien demnach Frau als Wahlärztin nach herkömmlichen Verständnis zur eigenen Verantwortung zuzurechnen.

Zur näheren Sachdarstellung wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen.

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr erstinstanzliches Klageziel weiter. Sie macht geltend, die Chefärztin habe der Leistung nicht ihr persönliches Gepräge gegeben, so dass ein Zahlungsanspruch nicht bestehe. Zum unverzichtbaren Kernbestand der Krankenhausbehandlung gehörten neben den eigentlichen Hauptleistungen / Kernleistungen die Grundleistungen der ersten Tage nach der Aufnahme und der letzte Tag vor der Entlassung sowie die in § 4 Abs. 1 bis 3 GOÄ explizit aufgeführten Leistungen. Bei den sogenannten konservativen Fächern könne nicht eine einzelne Leistung als „Kern" der Behandlung qualifiziert werden. Hier sei dann die gesamte Behandlung von der Diagnostik bis zum Ende der Therapie als Hauptleistung zu betrachten. Der Patient erwarte zu Recht, dass ihn der Wahlarzt persönlich untersuche, die täglichen Visiten in der Regel selbst ausführe und die Regie für die Gesamtdiagnostik und Therapie erkennbar in der Hand halte. Danach wären die in der Rechnung ausgewiesenen Leistungen nach den GOÄ-Ziffern 800 ff, zumindest aber die Leistungen nach GOÄ 861, 862 und 871 sowie sämtliche Visiten und Untersuchungsleistungen als Kernleistungen der Behandlung vom Wahlarzt persönlich zu erbringen. Frau habe aber lediglich an acht von 78 Behandlungstagen die Kernleistung nach GOÄ 861 erbracht. Wahlärztliche Leistungen seien nur in engen Grenzen abrechenbar. Eine Aufteilung auf mehrere ständige ärztliche Vertreter könne bereits aus dem Grund nicht möglich sein, dass sonst die Liquidationserlöse nahezu beliebig vervielfacht werden könnten. Während des stationären Aufenthaltes vom 1. Februar bis 19. April 2011 sei die Chefärztin erst am 8. Tag nach der stationären Aufnahme in Erscheinung getreten. Es sei nicht zu erkennen, dass sie sich zu Beginn der stationären Behandlung mit ihr, der Klägerin, befasst und zudem Hauptleistungen erbracht habe. Ein Chefarzt könne sich ohne persönliche Untersuchung bei stationärer Aufnahme kein eigenes Bild über Art und Schwere der Erkrankung machen und künftige Therapien planen, koordinieren und steuern. Schon deshalb fehle es am persönlichen Gepräge. Die GOÄ 855, 860, 801, 34 und 8 seien nichtdelegationsfähige Hauptleistungen, die vom Wahlarzt persönlich zu erbringen seien. Frau sei nicht ständige ärztliche Vertreterin der Chefärztin. Auch die GOÄ 861, 862 und 871 seien im Regelfall vom Wahlarzt persönlich zu erbrin-

gen. Bei Frau ., der „Depressionsgruppe Frau und Frau handele es sich nicht um ständige ärztliche Vertreter. Die GOÄ 865 bedinge eine Kernleistung. Die Besprechung mit nichtärztlichen Therapeuten sei Aufgabe des Wahlarztes und nicht dessen Vertreters. Ein Pflege- und Krisengespräch nach GOÄ 849 sei nicht prüffähig. Die GOÄ 847 dürfe nur wahlärztlich abgerechnet werden. Die Visiten nach GOÄ 45 seien nur vom Wahlarzt oder dem ständigen Vertreter zu besorgen. Eine Erbringung durch Frau Dr. als Vertreterin des Vertreters Dr. sei nicht abrechnungsfähig. Physiotherapeutische Maßnahmen nach GOÄ 521 könnten gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ nur als Wahlarztleistungen abgerechnet werden, wenn der Wahlarzt oder ständige Vertreter über die Zusatzbezeichnung „physikalische Therapie“ oder die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verfüge. Daran fehle es. Mangels Kernleistungen der Chefärztin sei die Erstattungsfähigkeit nicht gegeben. Es sei zu Unrecht geleistet worden. Der Bereicherungsanspruch bestehe zur Gänze.

Wegen weiterer Einzelheiten des Berufungsvorbringens wird auf die Berufungsbegründung verwiesen.

Die Klägerin beantragt,

> unter Aufhebung und Abänderung des am 11.11.2014 verkündeten Urteils des Landgerichts Hannover, Aktenzeichen 19 O 304/12, die Beklagte zu verurteilen,
>
> 1. an sie 6.020,49 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen;
>
> 2. an sie außergerichtliche Anwaltskosten in Höhe von 737,80 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.12.2011 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

> die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Ergänzend führt die Beklagte aus, Dr. habe mit der Klägerin am 21. Januar 2011 ein Erstgespräch durchgeführt, in dem die Notwendigkeit einer stationären Behandlung der Klägerin überprüft worden sei. Die Indikation für eine stationäre Aufnahme und deren Dringlichkeit sei zwischen Dr. und der Zeugin Dr. besprochen worden. Die Zeugin Dr. habe dann entschieden, dass die Klägerin als Notfall wegen dringender stationärer Behandlungsbedürftigkeit ohne Wartezeit sofort aufgenommen werden sollte. Vom ersten Aufnahmetag bis zum 8. Februar 2011 habe im Wesentlichen Dr. die Klägerin untersucht und seine Eindrücke anschließend zeitnah mit der Zeugin Dr. besprochen. Alle nach der stationären Aufnahme der Klägerin gewonnenen diagnostischen Eindrücke seien im Rahmen der Supervisionen und der Klinikkonferenzen unter Leitung der Zeugin Dr. besprochen worden und in das Gespräch zwischen der Zeugin Dr. und der Klägerin am 8. Februar 2011 eingeflossen. Hieraus habe die Zeugin Dr. dann unter Einbeziehung der Eindrücke aus dem ambulanten Gespräch mit der Klägerin das Behandlungskonzept entwickelt, unter dem die stationäre Therapie der Klägerin habe stehen sollen.

Die Visiten seien nicht von der Zeugin Dr. durchgeführt worden, weil die Visiten während einer psychotherapeutischen Behandlung nicht dazu benötigt würden, um der Behandlung das persönliche Gepräge durch die Chefärztin der Klinik zu geben. Die Visiten dauerten zehn Minuten und fänden in einem Therapeutenzimmer statt. Anwesend seien mehrere an der Behandlung des Patienten beteiligte Behandler und der jeweilige Patient. Anlässlich der Visite würden organisatorische Fragen besprochen. Auch der Patient könne Fragen stellen. Die Visite werde in der Einzeltherapie mit dem Patienten durch den Einzeltherapeuten vor- und nachbereitet, so dass die Zeugin Dr. auch den Inhalt der Visite steuern könne und diese Möglichkeit auch wahrnehme.

Ein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung liege nicht vor. Die Zeugin Dr. habe einen Teil der ärztlichen Leistungen selbst erbracht. Die anderen Leistungen seien unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erfolgt. Wahlärzte, die eine operative Fachrichtung vertreten, dürften gegenüber Wahlleistungspatienten verpflichtet sein, die operativen Leistungen grundsätzlich selbst zu erbringen. Bei Anästhesisten gehe die Rechtsprechung davon

aus, dass persönliche Leistungserbringung bedeute, dass der Wahlarzt die Aufklärung und Untersuchung des Patienten vor der Operation und die Ein- und Ausleitung der Narkose selbst durchführen müsse. Bei Radiologen oder Laborärzten werde man den Mehrwert nicht in den technischen Leistungen sehen können, sondern in der Befundung der Untersuchungsergebnisse. Bei Wahlärzten wie der Zeugin Dr. , die einer Klinik für psychosomatische Medizin vorstehe und Fachärztin für psychotherapeutische Medizin sei, liege der Mehrwert für den Patienten, der sich für wahlärztliche Leistungen entscheide und der ein zusätzliches Honorar dafür zahle, darin, dass der Wahlarzt zunächst das Behandlungskonzept entwickle, um die beeinträchtigte Psyche des Patienten „zu reparieren". Der Wahlarzt müsse das von ihm entwickelte Behandlungskonzept entweder selbst zur Anwendung bringen oder, wenn es Teil des Behandlungskonzepts bzw. zur Gesundung des Patienten erforderlich sei, dass die Behandlung im Team erbracht werde, die Einhaltung seines Behandlungskonzepts engmaschig überwachen bzw. dafür sorgen, dass sich Mitbehandler an das von ihm entwickelte Behandlungskonzept halten. Sollte es sich als notwendig erweisen, müsse er das Behandlungskonzept entsprechend anpassen oder modifizieren. Die Aufsicht des Wahlarztes nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ könne auch durch regelmäßige Supervisionen, Einzelgespräche mit den Mitbehandlern oder Teambesprechungen erfolgen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Vorbringens der Beklagten wird auf die Berufungserwiderung verwiesen.

Die Klage ist der Beklagten am 27. November 2012 zugestellt worden. Die Streithelferin ist dem Rechtsstreit auf Seiten der Klägerin am 13. Mai 2015 beigetreten.

II.

Die Berufung ist zulässig, hat in der Sache jedoch nur zu einem geringen Teil Erfolg. Die Klägerin hat auf die Rechnung der Beklagten vom 9. Mai 2011 die Klageforderung in Höhe von 6.020,49 € geleistet. In Höhe eines Betrages von 246,43 € ist diese Leistung ohne Rechtsgrund erfolgt, so dass die Beklagte der Klägerin aus § 812 Abs. 1 Satz 1 1. Alt. BGB zur Rückerstattung verpflichtet ist. Im Übrigen hat das Landgericht zu Recht einen Rückforderungsanspruch der Klägerin verneint.

1. Die Wahlleistungsvereinbarung vom 1. Februar 2011 ist aus den bereits vom Landgericht ausgeführten Gründen wirksam. Sie lautet u.a. wie folgt:

> „- Die wahlärztlichen Leistungen werden grundsätzlich von den liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses persönlich erbracht. Wenn einer dieser Ärzte bei Abschluss dieser Vereinbarung aus unvorhergesehenen Gründen an der persönlichen Leistungserbringung gehindert sein sollte, übernimmt dessen Vertretung sein ständiger ärztlicher Vertreter, der in dieser Vereinbarung benannt wird, ohne dass sein Liquidationsrecht entfällt.
>
> - Sofern eine Vertretung bei der Erbringung oder Delegation wahlärztlicher Leistungen außerhalb ihres Kernbereichs, zu denen beispielsweise die ärztlichen Leistungen während der Operation zählen, zulässig ist, erfolgt die Leistungserbringung je nach den Umständen des Falles auch durch die ständigen ärztlichen Vertreter der Chefärzte oder nach fachlicher Weisung unter Aufsicht der Chefärzte oder ihrer ständigen ärztlichen Vertreter durch einen nachgeordneten Arzt oder das Pflegepersonal (§§ 4 Abs. 2, 5 Abs. 5 GOÄ)."

Als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin Frau Dr. sind in der Vereinbarung folgende Oberärzte genannt:

> „Herr Oberarzt Dr.
>
> Frau Oberärztin Dr. (Stationäre Leitung)"

Diese Wahlleistungsvereinbarung genügt den vom Bundesgerichtshof gestellten Anforderungen (vgl. BGH, Urteil vom 20. Dezember 2007, III ZR 144/07, juris Rn. 8 ff.). Sie enthält insbesondere eine wirksame Vertreterregelung.

a) Zulässig ist nur eine Klausel, in der der Eintritt eines Vertreters des Wahlarztes auf die Fälle beschränkt ist, in denen dessen Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststeht, etwa weil die Verhinderung (Krankheit, Urlaub etc.) selbst noch nicht absehbar ist (BGH, a.a.O., juris Rn. 9). Diese Voraussetzung ist erfüllt, da die Vertreterregelung ledig-

lich bei unvorhergesehener Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung eingreift.

b) Weiter ist erforderlich, dass als Vertreter der namentlich benannte ständige ärztliche Vertreter im Sinne der §§ 4 Abs. 2, 5 Abs. 5 GOÄ bestimmt ist (BGH, a.a.O., juris Rn. 10, 11). Auch dieses Erfordernis ist erfüllt. Dass zwei Oberärzte als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin Frau Dr. benannt sind, steht der Wirksamkeit der Vereinbarung nicht entgegen. Die GOÄ setzt nicht voraus, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben darf. Es ist vielmehr zulässig, dass die Klinik für verschiedene Arbeitsbereiche eines Chefarztes jeweils einen ständigen ärztlichen Vertreter bestimmt. Die Wahlleistungsvereinbarung der Parteien ist so auszulegen, dass die Oberärzte Dr. und Frau Dr. zwei verschiedene Zuständigkeitsbereiche der Chefärztin Frau Dr. vertreten. Jeder der beiden Oberärzte vertritt die Chefärztin in der Leitung der Station, für die er zuständig ist. Für die Station, in der die Klägerin untergebracht war, ist der Oberarzt Dr. der ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin.

2. Aufgrund der wirksamen Wahlleistungsvereinbarung kann die Beklagte neben den persönlich von der Chefärztin Frau Dr. erbrachten Leistungen auch die weiteren erbrachten Leistungen als wahlärztliche Leistungen abrechnen. Denn diese Leistungen sind als Bestandteil einer von der Chefärztin Frau Dr. persönlich geprägten wahlärztlichen Behandlung der Klägerin anzusehen.

a) Der Arzt, der gegenüber einem Patienten aus einer Wahlleistungsvereinbarung verpflichtet ist, muss seine Leistungen gemäß § 613 Satz 1 BGB grundsätzlich selbst erbringen. Nach dieser Bestimmung hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu erbringen. Dies ist auch und gerade bei der Vereinbarung einer sogenannten Chefarztbehandlung der Fall. Der Patient schließt einen solchen Vertrag im Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will (BGH, a.a.O., juris Rn. 7, m.w.N.).

Daraus folgt nicht, dass der Chefarzt jeden Behandlungsschritt persönlich auszuführen hat. Die grundsätzliche Pflicht des Wahlarztes zur persönlichen Behandlung hat ihre gebührenrechtliche Entsprechung in § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ. Danach kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Wiesung erbracht wurden; allerdings darf er einfache ärztliche und sonstige medizinische Verrichtungen delegieren. Demzufolge muss der Wahlarzt die seine Disziplin prägende Kernleistung persönlich und eigenhändig erbringen (BGH, a.a.O., juris Rn. 7).

Im Bereich der nichtoperativen Fächer wird die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie als nicht delegationsfähige Hauptleistung anzusehen sein, während Einzelschritte delegationsfähig sind (Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage 2014, § 4 GOÄ Rn. 9). Dass der Chefarzt bei einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung lediglich im Sinne einer Oberaufsicht die grundlegenden Entscheidungen einer Behandlung von Wahlleistungspatienten selbst trifft, deren Vollzug überwacht und entsprechende Weisungen erteilen kann, ist allerdings nicht ausreichend (so aber OLG Hamm, Urteil vom 26. April 1995, 3 U 97/94, juris Rn. 2). Denn der weisungsberechtigte Chefarzt ist ohnehin für Diagnostik und Therapie bei allen Patienten seines Bereichs verantwortlich. Es kann nicht angenommen werden, dass ein Patient eine Wahlleistungsvereinbarung schließt, um ärztliche Leistungen nochmals zu vereinbaren und zu bezahlen, die bereits im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen geschuldet sind. Zur Erfüllung seiner Verpflichtung aus dem Wahlarztvertrag ist es vielmehr erforderlich, dass der Chefarzt der wahlärztlichen Behandlung durch persönliches Befassen mit dem Patienten zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung sein persönliches Gepräge gibt (OLG Köln, Urteil vom 25. August 2008, 5 U 243/07, juris Rn. 14; OLG Oldenburg, Urteil vom 14. Dezember 2011, 5 U 183/11, juris Rn. 26, 30; Göbel, in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage 2009, Anhang nach § 1 MB/KK Rn. 159 - 162).

b) Entscheidend ist daher, dass die Chefärztin Frau Dr. gegenüber der Klägerin die ihre Disziplin prägende Kernleistung persönlich erbracht hat und der wahlärztlichen Behandlung der Klägerin während ihres stationären Aufenthaltes insgesamt ihr persönliches Gepräge gegeben hat. Dazu ist erforderlich und aus-

reichend, dass sie als Chefärztin einer Klinik für psychosomatische Medizin das Behandlungskonzept ihrer Wahlleistungspatientin entwickelt und überwacht, selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchführt und die Behandlung im Übrigen durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und steuert.

aa) Nach den Feststellungen des Landgerichts sind diese Anforderungen erfüllt. Frau Dr. hat das Behandlungskonzept für die Klägerin entwickelt und überwacht. Sie hat ca. einmal wöchentlich eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Form einer Einzelbehandlung (GOÄ Ziffer 861) durchgeführt. Im Übrigen ist die Klägerin während ihres stationären Aufenthaltes durch ein multiprofessionelles Team behandelt worden, wie es der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-63 (psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) für die allgemeinen Krankenhausleistungen der Beklagten vorsieht. Danach müssen neben Ärzten auch Psychologen, Spezialtherapeuten und Pflegefachkräfte in der Behandlung eingesetzt werden. Diese weiteren Behandlungsmaßnahmen hat Frau Dr. durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und gesteuert.

Das Landgericht hat die vorstehenden Feststellungen aufgrund der glaubhaften Aussage der Zeugin Dr. getroffen. Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Feststellungen im Sinne von § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO werden von der Berufung nicht geltend gemacht und sind auch sonst nicht ersichtlich. Damit hat Frau Dr. im Rahmen der Behandlung der Klägerin nicht nur die ihr als Chefärztin ohnehin obliegenden Tätigkeiten entfaltet, sondern darüber hinaus selbst Einzeltherapien durchgeführt sowie das Behandlungskonzept persönlich entwickelt und überwacht. Diese zusätzlichen Leistungen erbringt sie ausschließlich bei Wahlleistungspatienten.

bb) Einer weitergehenden Leistungserbringung durch die Chefärztin persönlich bedurfte es nicht.

Es war ausreichend, dass Frau Dr. erstmals am 8. Tag nach der stationären Aufnahme gegenüber der Klägerin persönlich in Erscheinung getreten ist. Zuvor hatte sie sich bereits im Rahmen der von ihr geleiteten Supervisionen und Nach-

besprechungen über die gewonnenen diagnostischen Eindrücke der anderen Behandler informiert.

Frau Dr. musste auch nicht sämtliche Einzel- und Gruppentherapien (GOÄ Ziffern 861, 862 und 871) selbst durchführen, da sie insoweit zu Recht ein multiprofessionelles Team zur Behandlung der Klägerin eingesetzt hat. Ihre persönliche Anwesenheit bei allen Therapiemaßnahmen war nicht erforderlich. Im Gegenteil, eine solche Vorgabe würde einem Erfolg der einzelnen Maßnahmen entgegenstehen, die gerade durch andere Behandler durchgeführt werden sollen.

Die Durchführung der Visiten (GOÄ Ziffer 45) durch die Chefärztin war ebenfalls nicht erforderlich, um der Behandlung ihr persönliches Gepräge zu geben. Zwar handelt es sich bei der Durchführung der Visiten nach den berechtigten Erwartungen eines Wahlleistungspatienten um eine Kernleistung, die dem Wahlarzt selbst obliegt. Diese Wertung wird durch § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ bestätigt. Frau Dr. hat aber von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, den Inhalt der Visiten durch die von ihr durchgeführten Einzeltherapien vor- und nachzubereiten und zu steuern. Damit stellt die Nichtdurchführung der Visiten durch Frau Dr. nicht die Abrechenbarkeit der gesamten wahlärztlichen Behandlung in Frage, sondern nur die Abrechenbarkeit der Visiten selbst (im Folgenden zu 3. b)).

Auch die Besprechungen mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten (GOÄ Ziffer 865) musste Frau Dr. nicht selbst durchführen. Diese Besprechungen hat sie durch Supervisionen und Nachbesprechungen gesteuert.

Die weiter abgerechneten Maßnahmen (GOÄ Ziffern 8, 651, 801, 847, 849, 855, 860) durfte Frau Dr. ebenfalls delegieren.

3. Die Beklagte kann daher neben den von der Chefärztin persönlich erbrachten Leistungen grundsätzlich auch die weiteren unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erbrachten Leistungen als wahlärztliche Leistungen abrechnen. Allerdings hat die Beklagte keinen Anspruch auf folgende Positionen der Rechnung vom 9. Mai 2011, da insoweit die Voraussetzungen der GOÄ in Verbindung mit der Wahlleistungsvereinbarung nicht erfüllt sind:

a) GOÄ Ziffer 34 am 1. Februar 2011

Die Erörterung der Auswirkung einer Krankheit innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme hätte gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 GOÄ durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erfolgen müssen. Die Ärztin Frau erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 30,17 €.

b) GOÄ Ziffer 45

Die Visiten im Rahmen einer wahlärztlichen stationären Krankenhausbehandlung müssen gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erfolgen. Bei der Durchführung der Visite handelt es sich um eine Kernleistung, die dem Wahlarzt selbst obliegt. Frau Dr. hat keine einzige Visite selbst durchgeführt. Zwar sind die Visiten überwiegend durch ihren ständigen ärztlichen Vertreter Dr. erfolgt. Allerdings ermöglicht § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ keine organisatorische Arbeitsteilung zwischen der Chefärztin und ihrem Oberarzt. Die Vorschrift regelt nur, wer den Wahlarzt bei der Durchführung der Visite vertreten darf. Ob überhaupt eine Vertretung zulässig ist, richtet sich nach der geschlossenen Wahlleistungsvereinbarung. Danach findet eine Vertretung der Chefärztin nur im Falle ihrer unvorhergesehenen Verhinderung statt. Eine solche lag bei der Durchführung der Visiten nicht vor, so dass die nicht von der Chefärztin durchgeführten Visiten nicht als eigene wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden können.

Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 154,88 € (22 x 7,04 €).

c) GOÄ Ziffer 521

Die abgerechneten Großmassagen fallen unter den Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses. Sie sind nicht vom Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht worden und gelten daher gemäß § 4 Abs. 2 Satz 4 GOÄ nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist. Dies ist weder bei Frau Dr. noch bei Dr. der Fall.

Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 61,38 € (6 x 10,23 €).

d) Danach ist die bereits bezahlte Forderung der Beklagten in Höhe eines Betrages von 5.774,06 € berechtigt (6.020,49 € - 30,17 € - 154,88 € - 61,38 €). In Höhe eines Betrages von 246,43 € ist die Beklagte überzahlt, so dass insoweit ein Rückerstattungsanspruch der Klägerin besteht.

4. Den Betrag von 246,43 € hat die Beklagte aus §§ 286 Abs. 1 Satz 2, 288 Abs. 1 BGB seit dem 28. November 2012 mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen.

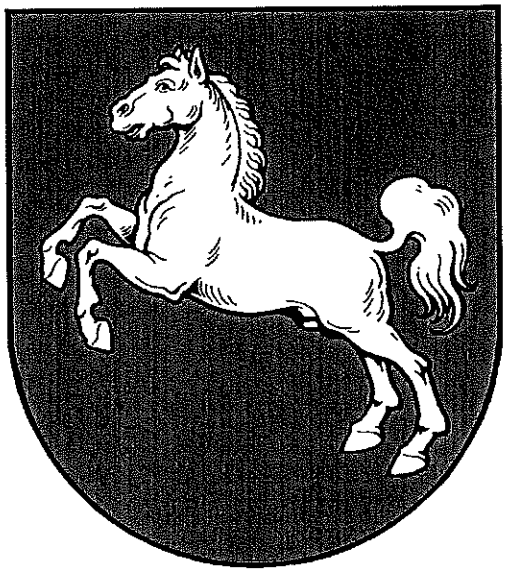
5. Für den geltend gemachten Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten besteht - auch anteilig - keine Grundlage. Die Klägerin trägt nicht vor, dass sich die Beklagte zum Zeitpunkt der außergerichtlichen Geltendmachung ihrer Forderung durch ihre jetzigen Prozessbevollmächtigten bereits im Verzug befand.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 91, 92 Abs. 2 Nr. 1, 97 Abs. 1, 101 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die rechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen, § 543 Abs. 2 ZPO.



Oberlandesgericht Celle

z.A. m.A.v. n.S.
EINGANG
23. JUNI 2015
armedis
Rechtsanwälte Hannover

Oberlandesgericht Celle

Im Namen des Volkes

Urteil

1 U 98/14
19 O 164/12 Landgericht Hannover

Verkündet am
15. Juni 2015

Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

Beklagte und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

gegen

Klägerin und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:
Anwaltsbüro armedis Rechtsanwälte, Plathnerstraße 3 a, 30175 Hannover,
Geschäftszeichen:

Beteiligte:

Streithelferin der Beklagten und Berufungsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

hat der 1. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Celle auf die mündliche Verhandlung vom 1. Juni 2015 durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht , die Richterin am Oberlandesgericht und die Richterin am Oberlandesgericht für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das am 11. November 2014 verkündete Urteil der 19. Zivilkammer des Landgerichts Hannover teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

   Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.575,80 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 7. Dezember 2011 sowie vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 461,13 € zu zahlen.
   Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

3. Die außergerichtlichen Kosten der Streithelferin tragen die Klägerin zu 38 % und die Streithelferin selbst zu 62 %. Die übrigen Kosten des Rechtsstreits tragen die Klägerin zu 38 % und die Beklagte zu 62 %.

4. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

5. Die Revision wird nicht zugelassen.

6. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.731,60 € festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf der Grundlage einer Wahlleistungsvereinbarung auf Zahlung von Behandlungskosten in Anspruch für eine stationäre Behandlung der Beklagten in der Klinik für psychosomatische Medizin der Klägerin in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 11. Oktober 2011.

Die Beklagte wurde in der Zeit vom 1. Februar 2011 bis zum 19. April 2011 und in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 11. Oktober 2011 in der Klinik für psychosomatische Medizin der Klägerin aufgrund der abgeschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen u. a. von der Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Chefärztin der Klinik Frau Dr. behandelt. Auf die Wahlleistungsvereinbarung vom 26. Juli 2011 wird Bezug genommen (Anlage K 5, Bl. 56 - 59 d. A.). Zwischen den stationären Aufenthalten und im Anschluss daran war die Beklagte bei Frau Dr. in ambulanter privatärztlicher Behandlung. Wegen der einzelnen Behandlungen im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 11. Oktober 2011 wird Bezug genommen auf die eingereichten Behandlungsunterlagen und die Rechnung vom 14. November 2011 (Anlage K 2, Bl. 15 - 20 d. A.) sowie auf die von der Klägerin eingereichte Aufstellung, wer die abgerechneten Leistungen jeweils erbracht habe (Anlage K 6, Bl. 60 - 63 d. A.). Die Beklagte bezahlte die Rechnung für den ersten stationären Aufenthalt. Die für den stationären Aufenthalt in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 11. Oktober 2011 in Rechnung gestellten 5.731,60 € bezahlte die Beklagte unter Hinweis auf ein Schreiben ihres Krankenversicherers, der Krankenversicherung a. G., nicht. Die Klage der Beklagten auf Rückerstattung der bereits gezahlten Behandlungskosten für den ersten stationären Aufenthalt ist mit Urteil der 19. Zivilkammer des Landgerichts Hannover vom 11. November 2014 (19 O 304/12) abgewiesen worden. Über die hiergegen gerichtete Berufung der Beklagten hat der Senat mit Urteil vom heutigen Tage entschieden (1 U 97/14).

Die Parteien haben erstinstanzlich insbesondere darüber gestritten, ob die getroffene Wahlleistungsvereinbarung wirksam ist und unter welchen Voraussetzungen

in der psychosomatischen Medizin die Leistungen, die nicht persönlich von der Chefärztin erbracht werden, als wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden können.

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes sowie der dort gestellten Anträge wird auf das angefochtene Urteil verwiesen.

Das Landgericht hat der Klage nach Vernehmung der Zeugin Dr. stattgegeben. Es hat einen Anspruch der Klägerin aus dem abgeschlossenen Behandlungsvertrag gemäß § 611 BGB bejaht. Die Wahlleistungsvereinbarung vom 26. Juli 2011 sei wirksam. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die getroffene Vertreterregelung, die den Anforderungen der obergerichtlichen Rechtsprechung entspreche. Soweit in der Vereinbarung als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin Dr. drei Oberärzte benannt seien, stehe dies der Wirksamkeit nicht entgegen, weil es sich offenbar um drei unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche der Chefärztin handele. Von der Vertreterregelung zu unterscheiden sei die Frage, ob und inwieweit der Wahlarzt, der seine Leistungen gemäß § 613 Satz 1 BGB grundsätzlich selbst erbringen müsse, ärztliche und sonstige medizinische Verrichtungen delegieren dürfe. Einfache ärztliche und medizinische Verrichtungen dürfe der Wahlarzt delegieren. Die seine Disziplin prägende Kernleistung habe er jedoch persönlich und eigenhändig zu erbringen. Es sei nicht ausreichend, dass der Chefarzt lediglich im Sinne einer Oberaufsicht die grundlegenden Entscheidungen einer Behandlung von Wahlleistungspatienten selbst treffe, deren Vollzug überwache und entsprechende Weisungen erteilen könne. Denn dies obliege ihm bereits auf Grund seiner Funktion als leitender und weisungsberechtigter Arzt der jeweiligen Abteilung. Entscheidend sei daher, dass der Chefarzt über die genannte Aufsicht hinaus durch sein eigenes Tätigwerden der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge gebe, das heißt, er müsse sich zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung mit dem Patienten befassen und Hauptleistungen stets persönlich erbringen. Gemessen an diesen Anforderungen seien nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme die abgerechneten Leistungen als Bestandteil einer von der Chefärztin Dr. persönlich geprägten Behandlung anzusehen. Diese habe nicht nur die ihr als Chefärztin ohnehin obliegenden Tätigkeiten entfaltet, sondern über die Einzeltherapien hinaus die Koordination und Steuerung der Therapie durch Supervision und zum Teil auch durch die Teilnah-

me an den Visiten in der Hand gehabt und die Entwicklung der therapeutischen Maßnahmen letztlich entschieden. Die abgerechneten Wahlleistungen seien demnach Frau Dr. als Wahlärztin nach herkömmlichem Verständnis zur eigenen Verantwortung zuzurechnen.

Zur näheren Sachdarstellung wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen.

Mit ihrer Berufung verfolgt die Beklagte ihr erstinstanzliches Klageziel weiter. Sie macht geltend, die Chefärztin habe der Leistung nicht ihr persönliches Gepräge gegeben, so dass ein Zahlungsanspruch nicht bestehe. Zum unverzichtbaren Kernbestand der Krankenhausbehandlung gehörten neben den eigentlichen Hauptleistungen / Kernleistungen die Grundleistungen der ersten Tage nach der Aufnahme und der letzte Tag vor der Entlassung sowie die in § 4 Abs. 1 bis 3 GOÄ explizit aufgeführten Leistungen. Bei den sogenannten konservativen Fächern könne nicht eine einzelne Leistung als „Kern" der Behandlung qualifiziert werden. Hier sei dann die gesamte Behandlung von der Diagnostik bis zum Ende der Therapie als Hauptleistung zu betrachten. Der Patient erwarte zu Recht, dass ihn der Wahlarzt persönlich untersuche, die täglichen Visiten in der Regel selbst ausführe und die Regie für die Gesamtdiagnostik und Therapie erkennbar in der Hand halte. Danach wären die in der Rechnung ausgewiesenen Leistungen nach den GOÄ-Ziffern 800 ff, zumindest aber die Leistungen nach GOÄ 861, 862 und 871 sowie sämtliche Visiten und Untersuchungsleistungen als Kernleistungen der Behandlung vom Wahlarzt persönlich zu erbringen. Frau Dr. habe aber lediglich an vier von 78 Behandlungstagen die Kernleistung nach GOÄ 861 erbracht. Wahlärztliche Leistungen seien nur in engen Grenzen abrechenbar. Eine Aufteilung auf mehrere ständige ärztliche Vertreter könne bereits aus dem Grund nicht möglich sein, dass sonst die Liquidationserlöse nahezu beliebig vervielfacht werden könnten. Während des stationären Aufenthaltes vom 26. Juli bis 11. Oktober 2011 sei die Chefärztin erst am 29. Tag nach der stationären Aufnahme in Erscheinung getreten. Es sei nicht zu erkennen, dass sie sich zu Beginn der stationären Behandlung mit ihr, der Beklagten, befasst und zudem Hauptleistungen erbracht habe. Ein Chefarzt könne sich ohne persönliche Untersuchung bei stationärer Aufnahme kein eigenes Bild über Art und Schwere der Erkrankung machen und künftige Therapien planen, koordinieren und steuern. Schon deshalb fehle es

am persönlichen Gepräge. Die GOÄ 855, 860, 801, 34 und 8 seien nicht-delegationsfähige Hauptleistungen, die vom Wahlarzt persönlich zu erbringen seien. Frau Dr. sei nicht ständige ärztliche Vertreterin der Chefärztin. Auch die GOÄ 861, 862 und 871 seien im Regelfall vom Wahlarzt persönlich zu erbringen. Bei Frau , der „Depressionsgruppe Frau Dr. und Frau handele es sich nicht um ständige ärztliche Vertreter. Die GOÄ 865 bedinge eine Kernleistung. Die Besprechung mit nichtärztlichen Therapeuten sei Aufgabe des Wahlarztes und nicht dessen Vertreters. Ein Pflege- und Krisengespräch nach GOÄ 849 sei nicht prüffähig. Die GOÄ 847 dürfe nur wahlärztlich abgerechnet werden. Die Visiten nach GOÄ 45 seien nur vom Wahlarzt oder dem ständigen Vertreter zu besorgen. Physiotherapeutische Maßnahmen nach GOÄ 521 könnten gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ nur als Wahlarztleistungen abgerechnet werden, wenn der Wahlarzt oder ständige Vertreter über die Zusatzbezeichnung „physikalische Therapie“ oder die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verfüge. Daran fehle es. Mangels Kernleistungen der Chefärztin sei die Erstattungsfähigkeit nicht gegeben. Demnach bestehe kein vertraglicher Anspruch.

Wegen weiterer Einzelheiten des Berufungsvorbringens wird auf die Berufungsbegründung verwiesen.

Die Beklagte beantragt,

> unter Aufhebung und Abänderung des am 11.11.2014 verkündeten Urteils des Landgerichts Hannover, Aktenzeichen 19 O 164/12, die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

> die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Ergänzend führt die Klägerin aus, die Beklagte habe sich im Anschluss an den ersten stationären Aufenthalt in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung der Zeugin Dr. befunden, und zwar am 18. Mai, 30. Mai, 7. Juni und 7. Juli 2011. Am 7. Juli 2011 habe die Zeugin Dr. die Indikation zur Wiederaufnahme gestellt, die am 26. Juli 2011 stattgefunden habe. Nach der Indikationsstellung habe die Zeugin Dr. aufgrund

der Eindrücke während des ersten stationären Aufenthaltes und der zwischenzeitlich erfolgten ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ein umfassendes Behandlungskonzept für den zweiten stationären Aufenthalt der Beklagten ab dem 26. Juli 2011 erstellt. Voruntersuchungen wie bei dem ersten stationären Aufenthalt seien nicht erforderlich gewesen. Dieses Behandlungskonzept habe die Zeugin Dr. mit den nachgeordneten Behandlern, die an der Behandlung der Patientin teilnehmen sollten, im Rahmen von Supervisionen, Team- und Einzelbesprechungen erörtert und die Rolle der weiteren Behandler festgelegt. Nachdem das Behandlungskonzept festgestanden habe und die an der Behandlung der Beklagten beteiligten Mitbehandler in das Konzept eingewiesen worden seien, sei die Zeugin Dr. zwischen dem 26. Juli und 17. August 2011 im Urlaub gewesen und habe erst danach die Behandlung wieder übernommen.

Nach ihrer stationären Aufnahme Ende Juli 2011 habe sich die Beklagte bei Erkennen ihrer inneren Problematik extrem unruhig und aggressiv gezeigt. Sie habe bei ihrer negativen Ausstrahlung Halt und Struktur von außen gebraucht, was die Zeugin Dr. im Rahmen ihres Behandlungskonzeptes vorgesehen habe und in den von ihr angeordneten Einzel- und Gruppentherapien umgesetzt worden sei. Zur Ablenkung habe die Beklagte immer wieder versucht, Nebenschauplätze zu eröffnen, um von ihrer Traurigkeit und Bedürftigkeit abzulenken. Deshalb habe die Zeugin Dr. die Mitbehandler angewiesen, während ihrer Abwesenheit darauf zu achten und nicht auf diese Erzählungen der Nebenschauplätze einzugehen, sondern beim eigentlichen Thema der Traurigkeit und Bedürftigkeit der Beklagten zu bleiben, um diese an eine bessere Selbst- und Objektwahrnehmung heranzuführen. Bis Mitte August 2011 habe sich die Beklagte eher verärgert gezeigt mit autoaggressiven Tendenzen. Um diesen nicht in der therapeutischen Arbeitsbeziehung Raum zu geben, hätte dies beginnend in der zweiten Augusthälfte in Supervisionen und Einzeltherapien durch die Zeugin Dr. aufgearbeitet werden müssen. Der Fokus habe dabei in der äußeren Struktur und dem damit verbundenen Halt für die Beklagte mit stark ausgeprägtem dysfunktionalen Beziehungsmuster gestanden.

Die Behandlung der Beklagten sei auch während ihres zweiten stationären Aufenthaltes von Anfang an unter Aufsicht nach fachlicher Weisung der Zeugin Dr. erfolgt, deren Behandlungskonzept auch während ihres Urlaubs Grund-

lage der Behandlung der Beklagten gewesen sei und das unmittelbar nach ihrer Urlaubsrückkehr aufgrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse aus der stationären Behandlung der Beklagten modifiziert und angepasst worden sei.

Die Visiten seien nicht von der Zeugin Dr. durchgeführt worden, weil die Visiten während einer psychotherapeutischen Behandlung nicht dazu benötigt würden, um der Behandlung das persönliche Gepräge durch die Chefärztin der Klinik zu geben. Die Visiten dauerten zehn Minuten und fänden in einem Therapeutenzimmer statt. Anwesend seien mehrere an der Behandlung des Patienten beteiligte Behandler und der jeweilige Patient. Anlässlich der Visite würden organisatorische Fragen besprochen. Auch der Patient könne Fragen stellen. Die Visite werde in der Einzeltherapie mit dem Patienten durch den Einzeltherapeuten vor- und nachbereitet, so dass die Zeugin Dr. auch den Inhalt der Visite steuern könne und diese Möglichkeit auch wahrnehme.

Ein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung liege nicht vor. Die Zeugin Dr. habe einen Teil der ärztlichen Leistungen selbst erbracht. Die anderen Leistungen seien unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erfolgt. Wahlärzte, die eine operative Fachrichtung vertreten, dürften gegenüber Wahlleistungspatienten verpflichtet sein, die operativen Leistungen grundsätzlich selbst zu erbringen. Bei Anästhesisten gehe die Rechtsprechung davon aus, dass persönliche Leistungserbringung bedeute, dass der Wahlarzt die Aufklärung und Untersuchung des Patienten vor der Operation und die Ein- und Ausleitung der Narkose selbst durchführen müsse. Bei Radiologen oder Laborärzten werde man den Mehrwert nicht in den technischen Leistungen sehen können, sondern in der Befundung der Untersuchungsergebnisse. Bei Wahlärzten wie der Zeugin Dr. , die einer Klinik für psychosomatische Medizin vorstehe und Fachärztin für psychotherapeutische Medizin sei, liege der Mehrwert für den Patienten, der sich für wahlärztliche Leistungen entscheide und der ein zusätzliches Honorar dafür zahle, darin, dass der Wahlarzt zunächst das Behandlungskonzept entwickle, um die beeinträchtigte Psyche des Patienten „zu reparieren". Der Wahlarzt müsse das von ihm entwickelte Behandlungskonzept entweder selbst zur Anwendung bringen oder wenn es Teil des Behandlungskonzepts bzw. zur Gesundung des Patienten erforderlich sei, dass die Behandlung im Team erbracht werde, die Einhaltung seines Behandlungskonzepts engmaschig überwachen bzw.

dafür sorgen, dass sich Mitbehandler an das von ihm entwickelte Behandlungskonzept halten. Sollte es sich als notwendig erweisen, müsse er das Behandlungskonzept entsprechend anpassen oder modifizieren. Die Aufsicht des Wahlarztes nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ könne auch durch regelmäßige Supervisionen, Einzelgespräche mit den Mitbehandlern oder Teambesprechungen erfolgen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Vorbringens der Klägerin wird auf die Berufungserwiderung verwiesen.

Die Streithelferin ist dem Rechtsstreit auf Seiten der Beklagten am 13. Mai 2015 beigetreten.

II.

Die Berufung ist zulässig und hat in der Sache teilweise Erfolg. In Höhe eines Betrages von 3.575,80 € hat das Landgericht zu Recht einen Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung von Behandlungskosten aus dem abgeschlossenen Behandlungsvertrag gemäß § 611 BGB bejaht. In Höhe eines Betrages von 2.155,80 € ist die Rechnung der Klägerin vom 14. November 2011 demgegenüber nicht berechtigt.

1. Die Wahlleistungsvereinbarung vom 26. Juli 2011 ist aus den bereits vom Landgericht ausgeführten Gründen wirksam. Sie lautet u. a. wie folgt:

> „- Die wahlärztlichen Leistungen werden grundsätzlich von den liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses persönlich erbracht. Wenn einer dieser Ärzte bei Abschluss dieser Vereinbarung aus unvorhergesehenen Gründen an der persönlichen Leistungserbringung gehindert sein sollte, übernimmt dessen Vertretung sein ständiger ärztlicher Vertreter, der in dieser Vereinbarung benannt wird, ohne dass sein Liquidationsrecht entfällt.
>
> - Sofern eine Vertretung bei der Erbringung oder Delegation wahlärztlicher Leistungen außerhalb ihres Kernbereichs, zu denen beispielsweise die ärztlichen Leistungen während der Operation zählen, zulässig ist, erfolgt die Leistungserbringung je nach den Umständen des Falles auch durch die ständigen ärztlichen Vertreter der Chefärz-

te oder nach fachlicher Weisung unter Aufsicht der Chefärzte oder ihrer ständigen ärztlichen Vertreter durch einen nachgeordneten Arzt oder das Pflegepersonal (§§ 4 Abs. 2, 5 Abs. 5 GOÄ)."

Als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin Frau Dr. sind in der Vereinbarung folgende Oberärzte genannt:

„Herr Oberarzt (Stationäre Leitung, Station)

Frau Oberärztin Dr. (Stationäre Leitung, Station)

Frau Oberärztin (Konsiliarbereich)"

Diese Wahlleistungsvereinbarung genügt den vom Bundesgerichtshof gestellten Anforderungen (vgl. BGH, Urteil vom 20. Dezember 2007, III ZR 144/07, juris Rn. 8 ff.). Sie enthält insbesondere eine wirksame Vertreterregelung.

a) Zulässig ist nur eine Klausel, in der der Eintritt eines Vertreters des Wahlarztes auf die Fälle beschränkt ist, in denen dessen Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung nicht bereits feststeht, etwa weil die Verhinderung (Krankheit, Urlaub etc.) selbst noch nicht absehbar ist (BGH, a. a. O., juris Rn. 9). Diese Voraussetzung ist erfüllt, da die Vertreterregelung lediglich bei unvorhergesehener Verhinderung an der persönlichen Leistungserbringung eingreift.

b) Weiter ist erforderlich, dass als Vertreter der namentlich benannte ständige ärztliche Vertreter im Sinne der §§ 4 Abs. 2, 5 Abs. 5 GOÄ bestimmt ist (BGH, a.a.O., juris Rn. 10, 11). Auch dieses Erfordernis ist erfüllt. Dass drei Oberärzte als ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin Frau Dr. benannt sind, steht der Wirksamkeit der Vereinbarung nicht entgegen. Die GOÄ setzt nicht voraus, dass jeder Chefarzt nur einen einzigen ständigen ärztlichen Vertreter haben darf. Es ist vielmehr zulässig, dass die Klinik für verschiedene Arbeitsbereiche eines Chefarztes jeweils einen ständigen ärztlichen Vertreter bestimmt. Die Wahlleistungsvereinbarung der Parteien ist so auszulegen, dass die Oberärzte Dr. Frau Dr. und Frau drei verschiedene Zuständigkeitsbereiche der Chefärztin Frau Dr. vertreten. Für die Station, in der die Beklagte unterge-

bracht war, ist der Oberarzt Dr. der ständige ärztliche Vertreter der Chefärztin.

2. Aufgrund der wirksamen Wahlleistungsvereinbarung kann die Klägerin neben den persönlich von der Chefärztin Frau Dr. erbrachten Leistungen auch die weiteren ab dem 18. August 2011 erbrachten Leistungen als wahlärztliche Leistungen abrechnen. Denn diese Leistungen sind als Bestandteil einer von der Chefärztin Frau Dr. persönlich geprägten wahlärztlichen Behandlung der Beklagten anzusehen.

a) Der Arzt, der gegenüber einem Patienten aus einer Wahlleistungsvereinbarung verpflichtet ist, muss seine Leistungen gemäß § 613 Satz 1 BGB grundsätzlich selbst erbringen. Nach dieser Bestimmung hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu erbringen. Dies ist auch und gerade bei der Vereinbarung einer sogenannten Chefarztbehandlung der Fall. Der Patient schließt einen solchen Vertrag im Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will (BGH, a. a. O., juris Rn. 7, m. w. N.).

Daraus folgt nicht, dass der Chefarzt jeden Behandlungsschritt persönlich auszuführen hat. Die grundsätzliche Pflicht des Wahlarztes zur persönlichen Behandlung hat ihre gebührenrechtliche Entsprechung in § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ. Danach kann der Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden; allerdings darf er einfache ärztliche und sonstige medizinische Verrichtungen delegieren. Demzufolge muss der Wahlarzt die seine Disziplin prägende Kernleistung persönlich und eigenhändig erbringen (BGH, a.a.O., juris Rn. 7).

Im Bereich der nichtoperativen Fächer wird die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie als nicht delegationsfähige Hauptleistung anzusehen sein, während Einzelschritte delegationsfähig sind (Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage 2014, § 4 GOÄ Rn. 9). Dass der Chefarzt bei einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung lediglich im Sinne einer Oberaufsicht die grundlegenden Entscheidungen einer Behandlung von Wahlleistungspatienten selbst trifft, deren Vollzug überwacht und entsprechende Weisungen erteilen kann,

ist allerdings nicht ausreichend (so aber OLG Hamm, Urteil vom 26. April 1995, 3 U 97/94, juris Rn. 2). Denn der weisungsberechtigte Chefarzt ist ohnehin für Diagnostik und Therapie bei allen Patienten seines Bereichs verantwortlich. Es kann nicht angenommen werden, dass ein Patient eine Wahlleistungsvereinbarung schließt, um ärztliche Leistungen nochmals zu vereinbaren und zu bezahlen, die bereits im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen geschuldet sind. Zur Erfüllung seiner Verpflichtung aus dem Wahlarztvertrag ist es vielmehr erforderlich, dass der Chefarzt der wahlärztlichen Behandlung durch persönliches Befassen mit dem Patienten zu Beginn, während und zum Abschluss der Behandlung sein persönliches Gepräge gibt (OLG Köln, Urteil vom 25. August 2008, 5 U 243/07, juris Rn. 14; OLG Oldenburg, Urteil vom 14. Dezember 2011, 5 U 183/11, juris Rn. 26, 30; Göbel, in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Auflage 2009, Anhang nach § 1 MB/KK Rn. 159 - 162).

b) Entscheidend ist daher, dass die Chefärztin Frau Dr. gegenüber der Beklagten die ihre Disziplin prägende Kernleistung - mit Ausnahme ihres Urlaubs, dazu u. aa) - persönlich erbracht hat und der wahlärztlichen Behandlung der Beklagten während ihres stationären Aufenthaltes insgesamt ihr persönliches Gepräge gegeben hat. Dazu ist erforderlich und ausreichend, dass sie als Chefärztin einer Klinik für psychosomatische Medizin das Behandlungskonzept ihrer Wahlleistungspatientin entwickelt und überwacht, selbst regelmäßig Therapiemaßnahmen durchführt und die Behandlung im Übrigen durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und steuert.

aa) In der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 17. August 2011 befand sich Frau Dr. im Urlaub. Während dieses Zeitraums hat sie der wahlärztlichen Behandlung der Beklagten nicht ihr persönliches Gepräge gegeben. Es reicht nicht aus, dass ihr die Beklagte als Patientin bereits bekannt war und sie das Behandlungskonzept für den zweiten stationären Aufenthalt noch vor ihrem Urlaub entwickelt und den anderen Behandlern vermittelt hat. Denn Frau Dr. konnte während ihrer urlaubsbedingten Abwesenheit weder selbst einen Teil der Therapiemaßnahmen durchführen noch die Einhaltung ihres Behandlungskonzepts überwachen und die Behandlung durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordinieren und steuern. Die ihr obliegenden Tätigkeiten sind von ihrem ständigen ärztlichen Vertreter Dr. übernommen worden.

Eine zulässige Vertretung lag nach der Wahlleistungsvereinbarung der Parteien allerdings nicht vor. Der am selben Tag beginnende Urlaub der Chefärztin Frau Dr. war zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung bekannt. Eine unvorhergesehene Verhinderung lag nicht vor. Die Klägerin hätte wegen des Urlaubs der Chefärztin mit der Beklagten eine Vertretervereinbarung treffen müssen. Der Patient ist so früh wie möglich über die Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten und ihm das Angebot zu unterbreiten, dass an dessen Stelle ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt (BGH, Urteil vom 20. Dezember 2007, III ZR 144/07, juris Rn.15).

Damit sind die in der Zeit vom 26. Juli 2011 bis zum 17. August 2011 erbrachten Leistungen nicht von der Wahlleistungsvereinbarung gedeckt. Die Klägerin kann diese Leistungen nicht von der Beklagten vergütet verlangen. Ihre Rechnung vom 14. November 2011 ist um einen Betrag in Höhe von 2.009,28 € zu kürzen.

bb) Für den Zeitraum ab dem 18. August 2011 hat die Chefärztin ihre Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung nach den Feststellungen des Landgerichts erfüllt. Frau Dr. hat das Behandlungskonzept für die Beklagte entwickelt und überwacht. Sie hat ca. einmal wöchentlich eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Form einer Einzelbehandlung (GOÄ Ziffer 861) durchgeführt. Im Übrigen ist die Beklagte während ihres stationären Aufenthaltes durch ein multiprofessionelles Team behandelt worden, wie es der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-63 (psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) für die allgemeinen Krankenhausleistungen der Klägerin vorsieht. Danach müssen neben Ärzten auch Psychologen, Spezialtherapeuten und Pflegefachkräfte in der Behandlung eingesetzt werden. Diese weiteren Behandlungsmaßnahmen hat Frau Dr. durch Supervisionen, Nachbesprechungen und Übergabegespräche koordiniert und gesteuert.

Das Landgericht hat die vorstehenden Feststellungen aufgrund der glaubhaften Aussage der Zeugin Dr. getroffen. Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Feststellungen im Sinne von § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO werden von der Berufung nicht geltend gemacht und sind auch sonst nicht ersichtlich. Damit hat

Frau Dr. im Rahmen der Behandlung der Beklagten nicht nur die ihr als Chefärztin ohnehin obliegenden Tätigkeiten entfaltet, sondern darüber hinaus selbst Einzeltherapien durchgeführt sowie das Behandlungskonzept persönlich entwickelt und überwacht. Diese zusätzlichen Leistungen erbringt sie ausschließlich bei Wahlleistungspatienten.

cc) Einer weitergehenden Leistungserbringung durch die Chefärztin persönlich bedurfte es im Zeitraum ab dem 18. August 2011 nicht.

Frau Dr. musste nicht sämtliche Einzel- und Gruppentherapien (GOÄ Ziffern 861, 862 und 871) selbst durchführen, da sie insoweit zu Recht ein multiprofessionelles Team zur Behandlung der Beklagten eingesetzt hat. Ihre persönliche Anwesenheit bei allen Therapiemaßnahmen war nicht erforderlich. Im Gegenteil, eine solche Vorgabe würde einem Erfolg der einzelnen Maßnahmen entgegenstehen, die gerade durch andere Behandler durchgeführt werden sollen.

Die Durchführung der Visiten (GOÄ Ziffer 45) durch die Chefärztin war ebenfalls nicht erforderlich, um der Behandlung ihr persönliches Gepräge zu geben. Zwar handelt es sich bei der Durchführung der Visiten nach den berechtigten Erwartungen eines Wahlleistungspatienten um eine Kernleistung, die dem Wahlarzt selbst obliegt. Diese Wertung wird durch § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ bestätigt. Frau Dr. hat aber von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, den Inhalt der Visiten durch die von ihr durchgeführten Einzeltherapien vor- und nachzubereiten und zu steuern. Damit stellt die Nichtdurchführung der Visiten durch Frau Dr. nicht die Abrechenbarkeit der gesamten wahlärztlichen Behandlung in Frage, sondern nur die Abrechenbarkeit der Visiten selbst (im Folgenden zu 3. b)).

Auch die Besprechungen mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten (GOÄ Ziffer 865) musste Frau Dr. nicht selbst durchführen. Diese Besprechungen hat sie durch Supervisionen und Nachbesprechungen gesteuert.

Die weiter abgerechneten Maßnahmen (GOÄ Ziffern 8, 651, 801, 847, 849, 855, 860) durfte Frau Dr. ebenfalls delegieren.

3. Die Klägerin kann daher neben den von der Chefärztin persönlich erbrachten Leistungen grundsätzlich auch die weiteren unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung erbrachten Leistungen als wahlärztliche Leistungen abrechnen. Aller-

dings hat die Klägerin keinen Anspruch auf folgende Positionen der Rechnung vom 14. November 2011, da insoweit die Voraussetzungen der GOÄ in Verbindung mit der Wahlleistungsvereinbarung nicht erfüllt sind:

a) Leistungen im Zeitraum vom 26. Juli 2011 bis zum 17. August 2011

Auf die obigen Ausführungen zu 2. b) aa) wird Bezug genommen. Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 2.009,28 €.

b) GOÄ Ziffer 45

Die Visiten im Rahmen einer wahlärztlichen stationären Krankenhausbehandlung müssen gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erfolgen. Bei der Durchführung der Visite handelt es sich um eine Kernleistung, die dem Wahlarzt selbst obliegt. Frau Dr. hat keine einzige Visite selbst durchgeführt. Zwar sind die Visiten durch ihren ständigen ärztlichen Vertreter Dr. erfolgt. Allerdings ermöglicht § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ keine organisatorische Arbeitsteilung zwischen der Chefärztin und ihrem Oberarzt. Die Vorschrift regelt nur, wer den Wahlarzt bei der Durchführung der Visite vertreten darf. Ob überhaupt eine Vertretung zulässig ist, richtet sich nach der geschlossenen Wahlleistungsvereinbarung. Danach findet eine Vertretung der Chefärztin nur im Falle ihrer unvorhergesehenen Verhinderung statt. Eine solche lag bei der Durchführung der Visiten nicht vor, so dass die nicht von der Chefärztin durchgeführten Visiten nicht als eigene wahlärztliche Leistungen abgerechnet werden können.

Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 105,60 € (15 x 7,04 €).

c) GOÄ Ziffer 521

Die abgerechneten Großmassagen fallen unter den Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses. Sie sind nicht vom Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht worden und gelten daher gemäß § 4 Abs. 2 Satz 4 GOÄ nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabi-

litative Medizin" qualifiziert ist. Dies ist weder bei Frau Dr. noch bei Dr. der Fall.

Nicht berechtigt ist ein Betrag in Höhe von 40,92 € (4 x 10,23 €).

d) Danach ist die Forderung der Klägerin in Höhe eines Betrages von 3.575,80 € berechtigt (5.731,60 € - 2.009,28 € - 105,60 € - 40,92 €).

4. Den Betrag von 3.575,80 € hat die Beklagte aus §§ 286 Abs. 2 Nr. 3, 288 Abs. 1 BGB seit dem 7. Dezember 2011 mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen.

5. Als Verzugsschaden hat die Beklagte der Klägerin weiter ihre entstandenen vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten anteilig zu erstatten. Eine 1,5-fache Geschäftsgebühr nach einem begründeten Gegenstandswert von 3.575,80 € beträgt 367,50 €. Zuzüglich Auslagenpauschale (20,00 €) und Umsatzsteuer (73,63 €) errechnet sich eine berechtigte Gebührenforderung in Höhe von 461,13 €.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 91, 92 Abs. 1 Satz 1 2. Alt., 97 Abs. 1, 101 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die rechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen, § 543 Abs. 2 ZPO.