

Extern tätige Ärzte müssen das Honorar gegenüber Wahlleistungspatienten um 15 % mindern

Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13.6.2002 - III ZR 186/01 -

Ob extern tätige Ärzte ihr Honorar gegenüber Wahlleistungspatienten nach § 6a GOÄ mindern müssen, ist seit langem umstritten (siehe dazu Andreas/Dehong/Bruns, Handbuch Arztrecht in der Praxis, Rdnr. 715). Zwei Urteile des Bundesgerichtshofs vom 14.1.1998 und vom 17.9.1998 enthielten keine generellen Aussagen zur Auslegung des § 6a GOÄ. Nunmehr hat sich der Bundesgerichtshof umfassend geäußert und seiner Entscheidung folgenden Leitsatz vorangestellt:

Erbringt ein niedergelassener anderer Arzt auf Veranlassung eines Krankenhausarztes für einen im Krankenhaus behandelten Patienten, der wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart hat, im Zusammenhang mit seiner Behandlung stehende ärztliche Leistungen, unterliegt sein Honoraranspruch nach § 6a GOÄ auch dann der Gebührenminderung, wenn diese Leistungen in seiner eigenen Praxis und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses erbracht werden. Der Bundesgerichtshof stellt klar, dass diese Grundsätze auch für Chefärzte gelten, die in ihrer Ambulanz Leistungen für einen Wahlleistungspatienten eines anderen Krankenhauses erbringen. Die Gleichstellung der Chefärzte mit niedergelassenen Ärzten führt dazu, dass die Honorarminderungspflicht 15% beträgt.

Zum Sachverhalt:

Die Klägerin, ein privater Krankenversicherer, nimmt den Beklagten, Chefarzt des Instituts für Pathologie des Evangelischen Krankenhauses B. in D., aus übergegangenem Recht von 435 Versicherungsnehmern auf

teilweise Rückzahlung von Arzthonorar in Anspruch. Die Versicherungsnehmer wurden in den Jahren 1998 bis 2000 in anderen Krankenhäusern stationär behandelt. Anlässlich dieser Krankenhausaufenthalte wurden ihnen von den behandelnden Krankenhausärzten Gewebeproben entnommen und diese zur pathologi-

schen Untersuchung an den Beklagten übersandt. Der Beklagte rechnete die Leistungen gegenüber den Patienten ab; die Klägerin erstattete ihren Versicherungsnehmern die entsprechenden Aufwendungen. Zwischen den Parteien ist nicht mehr im Streit, dass der Beklagte dem Grunde nach zu einer privatärztlichen Liqui-

Ärzte in einer pauschalierenden Art und Weise Rechnung, ohne danach zu fragen, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen (vgl. BGH, Urteil vom 14.1.1998 - IV ZR 61/97 - NJW 1998, 1790, 1791, siehe ArztR 1999, 14). Dementsprechend kann gegen eine Honorarminderung nach § 6 a GOÄ nicht eingewandt werden, dass dem Krankenhaus im Einzelfall Kosten in der zu mindernden Höhe nicht entstanden seien (vgl. Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl. Stand 1.7.1999, § 6 a Rdnr. 4; Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar 1996, § 6 a Rn. 7).

Systematischer Zusammenhang mit der Bundespflegesatzverordnung

c) Aus dieser Zwecksetzung, die im Interesse des stationär aufgenommenen Patienten in einer pauschalierenden Weise Doppelberechnungen von Leistungen vermeiden will, ist zu entnehmen, dass bei der Auslegung des § 6 a GOÄ auch der systematische Zusammenhang mit der Bundespflegesatzverordnung zu beachten ist. Hierbei sind zwei Aspekte hervorzuheben:

aa) **Aus der Sicht der Bundespflegesatzverordnung handelt es sich bei den hier in Rede stehenden Leistungen des Beklagten um stationäre Leistungen.** Die Bundespflegesatzverordnung findet nach ihrem § 1 Abs. 1 Anwendung auf die Vergütung der vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser. Diese in § 2 Abs. 1 Satz 1 BPflV so bezeichneten Krankenhausleistungen bestehen insbesondere in der ärztlichen Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus erforderlich sind, und in der Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine

Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach § 2 Abs. 2 Satz 1 BPflV Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV hierzu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Die für die Versorgung der Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen werden nach § 10 BPflV mit den Pflegesätzen vergütet. Dies bedeutet für einen sozialversicherten Patienten und einen Privatpatienten, der darauf verzichtet, wahlärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, dass mit dem Pflegesatz auch die von einem externen Pathologen erbrachte Untersuchungsleistung, die vom Krankenhaus veranlasst worden ist, weil sie zu seiner sachgerechten Behandlung erforderlich war, entgolten ist. Der externe Arzt wird aus Mitteln des Krankenhauses honoriert. Hierfür ist zwar nicht § 11 Abs. 1 GOÄ unmittelbar einschlägig, der eine Berechnung nach dem Einfachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ) vorsieht, weil das Krankenhaus selbst nicht Leistungsträger im Sinne des § 12 SGB I oder sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger ist. Da für den Pflegesatz, der entsprechende Kosten einer Leistungserbringung für sozialversicherte Patienten enthält, aber letztlich die Krankenkassen aufzukommen haben, spricht wenig dafür, dass der externe Arzt seine Leistungen mit Erfolg unter Ausschöpfung des Gebührenrahmens in Rechnung stellen kann (vgl. Brück, § 11 Rdnr. 7).

Die extern erbrachten Leistungen bleiben auch dann Krankenhausleistungen im Sinne des Pflegesatz-

rechts, wenn der Patient - wie in den hier zugrunde liegenden Behandlungsfällen - wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart. Eine Änderung ergibt sich insoweit nur daraus, dass der Patient als zusätzliche Leistung mit dem Krankenhaus vereinbart, durch eine Person seines Vertrauens ärztlich behandelt zu werden. Auch die Zuziehung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses auf Veranlassung der Ärzte des Krankenhauses (vgl. § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV) folgt nach Inhalt und Voraussetzungen dem Muster des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen. Der Unterschied liegt lediglich in der besonderen Berechnung der wahlärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (§ 22 Abs. 3 Satz 7 BPflV). Demgegenüber ist der für die Berechnung der privatärztlichen stationären Behandlung und der stationären Behandlung sozialversicherter Patienten maßgebende Pflegesatz derselbe (vgl. Brück, § 6 a Rn. 3 unter 3.1; Uleer/Miebach/Patt, § 6 a GOÄ Anm. 2.1; Hoffmann, § 6 a Rn. 6 unter 7.).

bb) Das Problem der Doppelberechnung von Leistungen hat in den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte und der Bundespflegesatzverordnung Lösungen gefunden, die - insbesondere was die Minderungspflicht bei wahlärztlichen Leistungen angeht - in der zeitlichen Entwicklung immer „komplizierter und unübersichtlicher“ geworden sind (vgl. Brück, § 6 a Rn. 2 unter 2.2). Während die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20.12.1984 (BGBl. I, S. 1680) sowohl auf Seiten der Ärzte eine Gebührenminderung von 15 v.H. als auch auf Seiten der Krankenhäuser einen Pflegesatzabschlag von 5 v.H. vorsah (vgl. hierzu und zur Entstehungsgeschichte dieser Regelungen Schäfer, Bundesarbeitsblatt 1985, 25 ff.), wurde der Abschlag für Patienten mit wahlärztlichen

Entstehung einer privatärztlichen Gebühr für eine Einzelleistung abstellt, und hat den Stellenwert der ärztlichen Leistung im Rahmen der jeweiligen Behandlung in den Blick genommen. Er hat den stationären Charakter der Leistungen bejaht und damals als entscheidend angesehen, dass die externen Ärzte mit der medizinisch gebotenen Vor- und Nachsorge Dienste des Krankenhauses in Anspruch nehmen mussten. Mit dem seinerzeitigen Fall ist die hier zu beurteilende Fallkonstellation nicht ohne weiteres zu vergleichen. Dies gilt insbesondere für den damals entscheidenden Gesichtspunkt, der externe Arzt habe Dienste des Krankenhauses in Anspruch nehmen müssen. Dies lässt sich für den hier betroffenen Fall eines extern tätigen Pathologen nicht sagen. Für seine Tätigkeit spielt es keine Rolle, ob die zu untersuchende Gewebeprobe einem stationär oder nur ambulant behandelten Patienten entnommen wurde; Dienste des Krankenhauses nimmt er nicht in Anspruch. Die Entnahme der Gewebeprobe wurde zwar im Krankenhaus vorgenommen. Um die Honorierung solcher Leistungen geht es hier jedoch nicht. Insoweit kann man daher mit der Revision davon sprechen, im hier zu entscheidenden Fall werde der externe Arzt wegen einer vom Krankenhaus geschuldeten Leistung hinzugezogen, während es in dem der Senatsentscheidung vom 17.9.1998 zugrundeliegenden Fall umgekehrt gewesen ist.

d) Im Hinblick hierauf ist die Frage einer Honorarminderung bei Leistungen externer Ärzte nach § 6 a GOÄ allgemein zu beantworten.

aa) § 6 a GOÄ ist eine **Schutzvorschrift zugunsten des privatärztlich behandelten Patienten, der davor bewahrt werden soll, wegen der Vergütung ärztlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit seiner Behandlung im Krankenhaus stehen, doppelt belastet zu werden.** Dabei kommt es, da § 6 a GOÄ einer Doppelbelastung mit einer pauschalierenden Regelung entgegenwirken will, nicht auf die Feststellung an, ob dem Krankenhaus im Einzelfall Kos-

ten in der zu mindernden Höhe entstanden sind oder nicht (vgl. Senatsurteil vom 17.9.1998 a.a.O.). Dem muss eine Auslegung und Anwendung der Vorschrift entsprechen, die sich an klar erkennbaren und für die Betroffenen nachvollziehbaren Kriterien orientiert. Aus der Sicht des extern behandelnden Arztes wäre unter diesen Umständen zwar eine Anknüpfung an den Ort der Leistungserbringung bezogen auf die von ihm erbrachte Einzelleistung ein aussagekräftiges Entscheidungskriterium, das sich auch durch den Patienten einfach überprüfen ließe. Wie der Senat jedoch bereits mit Urteil vom 17.9.1998 (a.a.O.) entschieden hat, vernachlässigt eine allein hierauf abstellende Betrachtungsweise den Stellenwert der ärztlichen Leistung im Rahmen der Behandlung des Patienten und - wie hier zu ergänzen ist - den Zusammenhang mit der Honorierung der Krankenhausleistung.

bb) Gemessen hieran unterliegen auch extern erbrachte Leistungen niedergelassener anderer Ärzte der Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ.

(1) Wie zu oben 2 a) bereits ausgeführt, erwartet der in ein Krankenhaus aufgenommene Patient eine Behandlung, die nach Art und Schwere seiner Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig ist. Hat sich der Patient in ein für seine notwendige stationäre Behandlung leistungsfähiges Krankenhaus begeben, hat er für seine Behandlung „ausgesorgt“. Das ist auch dann nicht anders, wenn das Krankenhaus einzelne ärztliche Leistungen an außenstehende Dritte vergibt. Dieser Erwartungshorizont ist nicht nur im Inneren des Patienten angelegt, sondern auch dem Krankenhaus und dem in Anspruch genommenen Arzt deutlich. **Auch der vom Krankenhaus nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 oder nach § 22 Abs. 3 Satz 1 BpflV auf Einzelleistungen in Anspruch genommene externe Arzt**

weiß, dass seine Leistung in eine stationäre Behandlung des Patienten eingebettet ist. Auch wenn er aus rechtlichen und wirtschaftlichen Gründen die Auffassung vertritt, in Ansehung der Minderungspflicht für stationäre Leistungen müsse seine Leistung wertungsmäßig dem Bereich ambulanter Leistungen zugerechnet werden, ist ihm deutlich, dass er keinen ambulanten Patienten vor sich hat. Dies gilt gerade auch für die Behandlung sozialversicherter Patienten, die nur die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BpflV in Anspruch nehmen. Auch in einem solchen Fall handelt es sich um keine ambulante Leistung, die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden müsste.

(2) Der Senat hält es nicht für angebracht, eine Minderungspflicht nur bei solchen extern erbrachten Leistungen anzunehmen, die sich im Rahmen der Behandlung als „Hauptleistung“ darstellen, und bloße „Nebenleistungen“ von der Minderungspflicht auszunehmen (in diesem Sinn etwa Schlarmann/Schieferdecker, MedR 2000, 220, 224 f., und ihr unter Mitwirkung von Jäkel im Revisionsverfahren vorgelegtes Rechtsgutachten, das im Auftrag des Bundesverbands Deutscher Pathologen e.V. erstattet worden ist) oder allgemein darauf abzustellen, ob sie „unabdingbar im engen Zusammenhang“ mit der stationären Versorgung im Krankenhaus stehen (so z.B. Genzel, LM GOÄ Nr. 3). Der Senat sieht in solchen Überlegungen zwar den Versuch, auf der Grundlage der Konstellation im Urteil vom 17.9.1998 (der Arzt nimmt Dienste des Krankenhauses in Anspruch, daher ist seine Leistung im Kontext der stationären Behandlung als „Hauptleistung“ zu bewerten) für die hier vorliegende andere Fallkonstellation (das Krankenhaus nimmt den Arzt in Anspruch) eine Unterscheidung vorzunehmen, die auch rechtliche Folgen haben müsse. Der Senat hält es jedoch abgesehen von dem nachfolgend zu erörternden Umstand (3) nicht für sachgerecht, eine ganzheitlich zu ver-

stehende Krankenhausbehandlung in Teile aufzuspalten, die für den Patienten mehr oder minder wichtig sein könnten. Eine solche Unterscheidung könnte - nur aus Vergütungsgründen - zu unangebrachten Rechtsstreitigkeiten über ärztliche Leistungen führen, die weder im Sinn der Patienten noch der Ärzte wären. Wenn der Senat im Urteil vom 17.9.1998 auf den „Stellenwert“ der ärztlichen Einzelleistung im Rahmen der Behandlung abgestellt hat, hat er lediglich einen fallbezogenen Umstand herausgestellt, der die seinerzeitige Entscheidung zu tragen vermochte.

(3) Die pauschalierende Wirkungsweise der Honorarminderung nach § 6 a GOÄ würde es zwar nicht ausschließen, 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. Die Revision hat darin Recht, dass das Berufungsgericht keine Feststellungen dazu getroffen hat, dass eine dieser Konstellationen vorliegen könnte. **Das Berufungsgericht leitet eine Doppelbelastung der Patienten jedoch aus dem Umstand her, dass die hier in Rede stehenden Leistungen bei sozialversicherten Patienten durch den Pflegetsatz abgegolten sind**, mögen sie im Rahmen der Fallpauschalen, Sonderentgelte oder tagsgleichen Pflegetsätze kalkulatorisch berücksichtigt worden sein oder nicht. Gleiches gilt im Übrigen für den Privatpatienten, der auf wahlärztliche Leistungen verzichtet und nur die allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch nimmt. Der Senat teilt die Auffassung des Berufungsgerichts, dass unter solchen Umständen ein Patient, der wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart hat, ge-

genüber dem Arzt für die gesamte ärztliche Leistung aufzukommen hat, ohne dass ihm Teile des Pflegetsatzes, mit denen diese Leistungen beim sozialversicherten Patienten abgegolten sind, gutgebracht werden. Die Revision und das von ihr vorgelegte Rechtsgutachten meinen zwar, insoweit gehe es nur um die Liquidierung zusätzlicher ärztlicher Leistungen, die mit der Wahlleistungsvereinbarung verbunden seien. Das ist jedoch so nicht richtig. Dass der Wahlleistungspatient für die vereinbarte Erbringung der Leistung durch einen Arzt seines Vertrauens ein höheres Entgelt aufzuwenden hat als der sozialversicherte Patient, steht außer Frage und wird von der Klägerin nicht beanstandet. Mit den Überlegungen der Revision wird daher der auch im Schrifttum anerkannte Befund, für die privatärztliche stationäre Behandlung und die stationäre Behandlung sozialversicherter Patienten werde derselbe Pflegetsatz berechnet, wobei im letzteren Fall auch Kosten externer Leistungserbringer abgegolten seien (vgl. nur Brück, § 6a Rn. 3 unter 3.1; Hoffmann, § 6a Rn. 6 unter 7.; Niewerth/Vespermann, VersR 1998, 689), nicht in Frage gestellt. Auch in der Revisionsverhandlung wurde von Seiten des Beklagten eingeräumt, dass Wahlleistungspatienten auf diese Weise über den Pflegetsatz Leistungen externer Ärzte für Regelleistungspatienten mitbezahlen.

(4) Der Senat ist mit dem Berufungsgericht der Auffassung, dass dieser Gesichtspunkt die Minderung des Honorars des externen Arztes nach § 6 a GOÄ rechtfertigt. Auch wenn bei der Zuziehung externer Ärzte, die ihre Leistungen in eigener Praxis erbringen, keine Doppelbelastungen für den Patienten bestehen, die sich - gewissermaßen stoffgleich - auf Kostenbestandteile beim Arzt und beim Krankenhaus beziehen, liegt hier eine auf der Erhebung des Pflegetsatzes beruhende Mehrbelas-

tung des Wahlleistungspatienten vor, die bei der gebotenen pauschalierenden Betrachtungsweise nach einem Ausgleich beim ärztlichen Honorar verlangt. Zwar könnte man sich insoweit auf den Standpunkt stellen, wirtschaftlich sei in einer solchen Situation nur das Krankenhaus „ungerechtfertigt bereichert“, weil es den ungeminderten Pflegetsatz in Anspruch nehme, während der externe Arzt - wie bei der Abrechnung ambulanter Leistungen - nur das als Honorar verlange, was er aufgrund seiner Kostensituation beanspruchen dürfe. **Eine solche Betrachtungsweise wird jedoch den schützenswerten Interessen des Patienten nicht gerecht und beachtet die pflegetsatzrechtlichen Zusammenhänge und die Einheitlichkeit der stationären Behandlung des Patienten nicht ausreichend.** Wie ausgeführt, unterscheidet sich die Einbettung einzelner extern erbrachter Leistungen in eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen ihrer unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen grundlegend von einer rein ambulanten Tätigkeit des Arztes. Dem stationären Patienten stehen keine Möglichkeiten offen, auf die Höhe des Pflegetsatzes einzuwirken. Soweit er wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart, ist er nach § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV auch gegenüber externen Ärzten gebunden, deren Tätigkeit von den Krankenhausärzten veranlasst wird. Dies ist für die externen Ärzte ein Vorteil in der Gewinnung von Klienten, der auch gegenüber der Überweisungstätigkeit anderer niedergelassener Ärzte nicht zu vernachlässigen ist. Nimmt man - wie der Senat - eine Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ an, hält sich die wirtschaftliche Belastung des ärztlichen Honorars im System, wie es sich zwischen ärztlichem Gebührenrecht und Pflegetsatzrecht herausgebildet hat.

(5) Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen bei einer Honorarmin-

derung für extern erbrachte Leistungen aus der Sicht des Senats nicht. Nach den Maßstäben der Gebührenordnung für Ärzte ist die ärztliche Tätigkeit mit Gebührensätzen, die sich zwischen dem Einfachen und - in besonderen Fällen - dem Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes bewegen (§ 5 Abs. 1 und 2 GOÄ), angemessen entgolten. Es ist daher von vornherein nicht richtig, die volle Ausschöpfung des Gebührenrahmens, den die Revision zugrunde legt, als den Regelfall darzustellen, an dem Abweichungen grundrechtlich zu messen wären. **Richtig ist, dass der Arzt bei privatärztlicher ambulanter Tätigkeit in der Regel das 2,3-fache des Gebührensatzes berechnen kann.** Als Vertragsarzt muss er sich jedoch bei gleicher Tätigkeit im System der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer anderen Vergütungsbemessung zufriedengeben. Dass er - wiederum bei gleicher Tätigkeit - bei extern erbrachten Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung zu einer geringfügigen Honorarminderung verpflichtet ist, so dass seine Tätigkeit am oberen Rand des Gebührenrahmens entgolten wird, ist durch sachliche Gründe veranlasst, die im Zusammenhang mit der Einbettung der Leistung in eine stationäre Behandlung und der Ausgestaltung des Pflegesatzrechts stehen. Soweit er für sozialversicherte Patienten auf Veranlassung des Krankenhauses Leistungen erbringt, steht ihm ein Gebührenanspruch gegen das Krankenhaus zu, der - wenn er auch in der Abrechnungspraxis keiner Minderung unterliegen mag - auf vertraglicher Grundlage sehr wahrscheinlich nicht den Gebührenrahmen ausschöpft. Die Revision spricht selbst - wenn auch nur beispielhaft - von vereinbarten Liquidationssätzen des Einfachen des Gebührensatzes. Danach kann die Honorarminderung nach § 6 a GOÄ weder als willkürliche Ungleichbehandlung noch als unver-

hältnismäßige Einschränkung der Berufsausübung eines externen Arztes angesehen werden.

Anmerkung:

1. Der Bundesgerichtshof konzediert, dass die gesetzliche Regelung nicht eindeutig ist. Im Rahmen einer pflegesatzrechtlichen - pauschalisierenden - Betrachtung räumt das Gericht den Interessen des Patienten im Sinne des Verbraucherschutzes Vorrang vor den Interessen des Arztes ein. Im Rahmen seiner Abwägung hat der Bundesgerichtshof den Chefarzt in seiner Ambulanz richtigerweise einem niedergelassenen Arzt gleichgestellt und die Honorarminderungspflicht auf 15 % begrenzt.

2. Der unterlegene Arzt hat beim Bundesverfassungsgericht Verfassungsbeschwerde eingereicht und eine Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 3 Abs. 1 GG gerügt. Die Belastung des Arztes statt einer vorzusehenden Minderung des Pflegesatzes stelle einen Systembruch dar und verletze das Prinzip der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit. Dadurch sei die Angemessenheit seiner Vergütung gefährdet.

3. Sofern Patienten oder deren Krankenversicherer vorbehaltlos gezahltes Honorar in Höhe von 15 % zurückverlangen, kann dem § 814 BGB entgegenstehen. Nach dieser Vorschrift ist eine Rückforderung ausgeschlossen, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Da die Rechtslage seit Jahren umstritten war und die Krankenversicherer sich für eine Honorarminderung ausgesprochen hatten, kann eine vorbehaltlose Zahlung bedeuten, dass der Versicherer auf die Geltendmachung eines etwaigen Bereicherungsanspruchs verzichten wollte.. Der Bundesgerichtshof hat sich in einem Urteil vom 17.10.2002 - III ZR 58/02 - mit der Fra-

ge befasst, wann § 814 BGB den Honorarrückforderungsanspruch bei überzahltem Honorar ausschließt. Dieses Urteil wird demnächst in ArtzR veröffentlicht.

4. Erfreulich ist die Feststellung des Bundesgerichtshofs am Ende des Urteils, wonach der Arzt bei privatärztlicher ambulanter Tätigkeit in der Regel das 2,3-fache des Gebührensatzes berechnen darf. Damit bestätigt das Gericht, dass der Schwellenwert die Höhe der Regelliquidation bestimmt, wie es schon das Oberlandesgericht Koblenz (ArtzR 1989, 232) erkannt hatte. Anders lautenden Äußerungen der privaten Krankenversicherer, wonach die Höhe der Regelliquidation etwa beim 1,7-fachen liege, ist damit eine deutliche Absage erteilt worden.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt
Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe

ArtzR