III ZR 54/07 - BGH entscheidet über Abrechnung ärztlicher Leistungen zum 2,3-fachen des Gebührensatzes

Der Beklagte befand sich in ambulanter privatärztlicher Behandlung des Klägers, eines Augenarztes. Dieser rechnete seine Leistungen, darunter eine Operation des linken Auges wegen Grauen Stars, mit insgesamt 4.074,56 DM ab. Abgesehen von vier näher begründeten Gebührenpositionen, die mit dem Faktor 3,5 abgerechnet wurden, und drei Zuschlägen, die nur mit dem Einfachen des Gebührensatzes berechnungsfähig sind, enthielt die Rechnung für die persönlich-ärztlichen Leistungen ausschließlich den Faktor 2,3 und für die medizinisch-technischen Leistungen den Faktor 1,8, das sind die Höchstsätze der jeweiligen Spanne, innerhalb deren der Arzt seine Leistungen in der Regel abzurechnen hat. Der Beklagte verweigerte die Bezahlung der Rechnung, weil er sie für überhöht hielt. Das Amtsgericht wies die Klage als unzulässig ab, weil es die Auffassung vertrat, die schematische Abrechnung des Höchstwerts der Regelspanne erfülle die Klagbarkeitsvoraussetzung des § 12 Abs. 1 GOÄ nicht. Auf die Berufung entsprach das Landgericht der Klage in Höhe von 1.957,84 € nebst Zinsen und wies sie im Übrigen ab. Dabei hielt es anstelle der abgerechneten Höchstwerte der Regelspanne von 2,3 und 1,8 eine Abrechnung mit den Faktoren 1,8 und 1,6 für gerechtfertigt. Beide Parteien legten gegen dieses Urteil die zugelassene Revision ein.

Der für das ärztliche Gebührenrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs wies die Revision des Beklagten zurück und gab der Revision des klagenden Arztes statt. Allgemein bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr für persönlich-ärztliche Leistungen nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ). Für medizinisch-technische Leistungen gilt nach § 5 Abs. 3 GOÄ ein Gebührenrahmen zwischen dem Einfachen und dem Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes.

Innerhalb des Gebührenrahmens hat der Arzt die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). Weiter ist in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ bestimmt, dass "in der Regel" eine Gebühr nur "zwischen" dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Die Überschreitung des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Kriterien sich im Einzelfall von üblicherweise vorliegenden Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen worden ist.

Im Streitfall ging es hauptsächlich um die Frage, ob ärztliche Leistungen, die nach Schwierigkeit und zeitlichem Aufwand als durchschnittlich zu bewerten sind, mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also mit dem 2,3- oder dem 1,8fachen, abgerechnet werden dürfen. In der bisherigen Rechtsprechung und Literatur wird weitgehend die Auffassung vertreten, die Regelspanne solle für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle gelten und den Durchschnittsfall mit Abweichungen nach oben und unten, also auch schwierigere und zeitaufwändigere Behandlungen, erfassen. Hieraus wird vielfach der Schluss gezogen, eine im Durchschnitt liegende ärztliche Leistung sei mit einem Mittelwert innerhalb der Regelspanne, also mit dem 1,65- oder dem 1,4fachen, zu entgelten oder mit einem etwas darüber liegenden Wert von 1,8 bzw. 1,6. Diese Auffassung hatte unter anderem das Berufungsgericht vertreten. In der Abrechnungspraxis von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen ist ungeachtet dessen festzustellen, dass ärztliche Leistungen weit überwiegend zu den Höchstsätzen der Regelspanne (2,3 bzw. 1,8) abgerechnet werden.

Der III. Zivilsenat hat insoweit entschieden, ein Arzt verletze das ihm vom Verordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem Verordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen und dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Möchte der Arzt für eine Leistung das 2,3fache des Gebührensatzes überschreiten, ist er nach § 12 Abs. 3 GOÄ verpflichtet, dies für den Zahlungspflichtigen

verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen und auf Verlangen die Begründung näher zu erläutern. Ohne eine nähere Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne ist es jedoch nicht praktikabel und vom Verordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass Zahlungspflichtige und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere hat der Verordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne, wie ihn Teile der Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen. Hiervon bleibt selbstverständlich unberührt, dass der Arzt seine Leistungen nicht schematisch mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen darf, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss.

Urteil vom 8. November 2007 - III ZR 54/07; BGH PM 167/2007

AG Hamburg - Urteil vom 5. Oktober 2005– 6 C 375/04 ./. LG Hamburg - Urteil vom 7. Februar 2007 – 318 S 145/05