
Datum: 05.12.2012
Gericht: Landesarbeitsgericht Köln
Spruchkörper: 3. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 Sa 687/12
ECLI: ECLI:DE:LAGK:2012:1205.3SA687.12.00

Vorinstanz: Arbeitsgericht Köln, 1 Ca 9861/11
Nachinstanz: Bundesarbeitsgericht, 8 AZN 278/13
Sachgebiet: Arbeitsrecht
Leitsätze: Kein Leitsatz

Tenor:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Arbeitsgerichts Köln vom 29.06.2012 – 1 Ca 9861/11 – teilweise abgeändert und die Klage wird insgesamt abgewiesen.
2. Die Kosten des Rechtsstreits hat der Kläger zu tragen.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Parteien streiten über die Verpflichtung der Beklagten zur Rückzahlung vom Kläger geleisteter Kostenerstattungen für die Jahre 2007 bis 2011. 1 2

Der am .1955 geborene Kläger ist Facharzt für Urologie und bei der Beklagten seit dem 01.07.1999 als Chefarzt der Urologischen Abteilung in deren Krankenhaus in F 3

beschäftigt. In dem Dienstvertrag der Parteien vom 22.02./26.02.1999 heißt es – soweit hier von Interesse – u.a.:

„§ 4 4

Gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen 5

(1) Soweit das ärztliche Berufsrecht, das Krankenhausrecht sowie die Bestimmungen der Abgabenordnung über die Gemeinnützigkeit und die caritativen Aufgabenstellungen des Krankenhauses es ermöglichen, wird dem Arzt unter den nachstehenden Bedingungen gestattet, im stationären Bereich für ärztliche Verrichtungen bei den Patienten gesondert abzurechnen, die eine persönliche Behandlung ausdrücklich gewählt und dies mit dem Krankenhaus vereinbart haben (Liquidationsrecht). 6

(...) 7

§ 5 8

Nutzungsentgelt 9

(1) Der Arzt ist verpflichtet, an den Träger ein Nutzungsentgelt (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich) zu zahlen. Die Einzelheiten bestimmen sich nach den folgenden Absätzen. 10

(2) Die Kostenerstattung des Arztes bemisst sich an den Kosten, die für die gesondert berechenbaren Leistungen (§ 4 Abs. 1) bei der Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten von den Gesamtkosten des Krankenhauses nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in der jeweiligen Fassung und der diese ergänzenden oder ersetzenden Bestimmungen abzuziehen sind. 11

(3) Für die Einräumung des Liquidationsrechtes leistet der Arzt dem Träger unabhängig von der Kostenerstattung (Abs. 2) einen 10 %igen Vorteilsausgleich für Brutto-Liquidationseinnahmen bis zu einer Höhe von DM 300.000. Für darüber hinausgehende Brutto-Liquidations-einnahmen wird ein 15 %iger Vorteilsausgleich gezahlt. 12

Der Berechnung des abzuführenden Betrages sind die gesamten Brutto-Liquidationseinnahmen ohne Kostenabzug gem. Abs. 2 ohne Abzug von Sachkosten und Zuwendungen an nachgeordnete Ärzte und Hilfskräfte und ohne andere Kürzungen (z.B. durch Aufrechnung oder durch Abzug von Einzugsvergütungen oder von Leistungen an Dritte) zugrunde zu legen.“ 13

Bis einschließlich 2002 wurden die Krankenhauspflegesätze bei der Beklagten nach den Regelungen der Bundespflegesatzverordnung ermittelt. Seit 2003 wird für das Krankenhaus der Beklagten das DRG-Vergütungssystem nach den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes angewandt. 14

Für die Zeit von Januar 2007 bis einschließlich Oktober 2011 leistete der Kläger an die Beklagte Kostenerstattungen im Hinblick auf § 5 Abs. 2 des Dienstvertrags der Parteien vom 22.02./26.02.1999 in Höhe von insgesamt 378.117,41 €. 15

Mit seiner am 28.12.2011 vorab per Telefax beim Arbeitsgericht Köln eingegangenen Klage vom selben Tag nimmt der Kläger die Beklagte auf Rückzahlung dieses geleisteten Gesamtbetrags in Anspruch und begehrt zudem die Feststellung, dass sich aus § 5 Abs. 2 des Dienstvertrags der Parteien keine Zahlungsverpflichtung von ihm 16

gegenüber der Beklagten mehr ergibt.

Der Kläger hat die Auffassung vertreten, die Regelung in § 5 Abs. 2 des Dienstvertrages stelle jedenfalls ab dem 01.01.2007 keine Rechtsgrundlage für eine wahlärztliche "Kostenerstattung" gegenüber der Beklagten mehr dar. Mit der Umstellung des Krankenhausfinanzierungsrechts auf das sog. DRG-System sei der Kostenabzug vom Pflegesatz entfallen. Zu einer Kostenerstattung unabhängig von einem realen Kostenabzug sei er vertraglich nicht verpflichtet. Außerdem sei das Krankenhausfinanzierungsrecht als solches arbeitsrechtlich unbeachtlich, da es nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts der arbeitsvertraglichen Umsetzung bedürfe. Im Übrigen sei es der Beklagten unbenommen, die von ihr behauptete fiktive Minderung ihrer Erlöse unter der Geltung des DRG-Systems konkret darzulegen. Beklagtenseits behauptete, nach Ansicht des Klägers "virtuelle" Erlösminderungen hat dieser bestritten. Solange aber ein solcher konkreter Kostenabzug nicht dargelegt sei, sei der Kläger seinerseits nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet. 17

Der Kläger hat beantragt, 18

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 378.117,41 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29.12.2011 zu zahlen, 19

2. festzustellen, dass sich aus § 5 Abs. 2 des Chefarztdienstvertrages der Parteien vom 26.02.1999 keine Zahlungsverpflichtung von ihm gegenüber der Beklagten mehr ergibt. 20

Die Beklagte hat beantragt, 21

die Klage abzuweisen. 22

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die streitbefangenen Zahlungen des Klägers an sie seien mit Rechtsgrund erfolgt, da der Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen mit der Umstellung auf das DRG-System nicht entfallen sei. Die Beklagte erhalte insoweit keine Kostenerstattung über das DRG-System, da die nicht-pflegesatzfähigen Kosten für wahlärztliche Leistungen in den Krankenhausbudgets nicht enthalten seien. § 5 Abs. 1 des Dienstvertrages sei nach wie vor eine taugliche Rechtsgrundlage für die vom Kläger geleistete und auch weiterhin zu leistende Kostenerstattung und auch die Regelung zur Bemessung der Höhe der Kostenerstattung in § 5 Abs. 2 des Vertrages sei weiterhin anzuwenden. Dies gelte umso mehr als § 7 Abs. 2 Nr. 4 BPfIV und § 19 Abs. 2 KHEntgG auch nach 2007 unverändert Geltung hätten. 23

Das Arbeitsgericht hat mit Urteil vom 29.06.2012 dem Zahlungsbegehren des Klägers stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 378.117,41 € nebst Zinsen zu zahlen. Den weitergehenden Feststellungsantrag des Klägers hat es als unbegründet zurückgewiesen. Wegen der Begründung im Einzelnen wird auf das erstinstanzliche Urteil (Bl. 87 ff. d. A.) Bezug genommen. Gegen dieses ihr am 12.07.2012 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 18.07.2012 Berufung eingelegt und diese am 07.09.2012 begründet. 24

Die Beklagte wiederholt und vertieft ihren erstinstanzlichen Vortrag. Sie hält an ihrer Rechtsauffassung fest, dass § 5 Abs. 2 des Dienstvertrages in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundes-pflegesatzverordnung Rechtsgrundlage für die vom Kläger im streitbefangenen Zeitraum geleisteten Kostenerstattungen sei. Außerdem normiere § 19 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG, der jedenfalls im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung anwendbar sei, eine Leistungspflicht der liquidationsberechtigten 25

Krankenhausärzte gegenüber dem Krankenhausträger. Die vom Kläger zitierte Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 22.01.1997 sei nicht einschlägig.

Die Beklagte beantragt, 26

das Urteil des Arbeitsgerichts Köln vom 29.06.2012 (Aktenzeichen 1 Ca 9861/11) teilweise abzuändern soweit die Beklagte verurteilt wurde, an den Kläger 378.117,41 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29.12.2011 zu zahlen und die Klage auch insoweit abzuweisen. 27

Der Kläger beantragt, 28

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen. 29

Der Kläger tritt der erstinstanzlichen Entscheidung bei. Er meint, § 5 Abs. 2 des Chefarztdienstvertrages verlange für das Entstehen eines Kostenerstattungsanspruchs einen konkreten Kostenabzug von den Gesamtkostenkosten des Krankenhauses. Ein solcher existiere jedoch im streitbefangenen Zeitraum nicht. § 5 Abs. 1 des Chefarztdienstvertrages hält der Kläger für eine allgemeine Grundsatznorm ohne eigenen Anspruchsgrundlagencharakter. Er meint weiter, auch § 19 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG komme keine anspruchsbegründende Wirkung zu, da es an der erforderlichen arbeitsvertraglichen Umsetzung fehle. Schließlich ist der Kläger der Auffassung, dass auch die Voraussetzungen für eine Vertragsanpassung nach § 313 BGB nicht vorlägen. Seine Zahlungen seien seit 2003 rechtsirrtümlich erfolgt und er erstrebe mit seinem Klagebegehren keinesfalls eine Erhöhung seiner Gewinne, wie die Beklagte meine, sondern es gehe ihm ausschließlich darum, eine ungerechtfertigte Bereicherung der Beklagten zu vermeiden. 30

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Sitzungsniederschriften Bezug genommen. 31

Entscheidungsgründe 32

I. Die Berufung der Beklagten ist zulässig, weil sie statthaft (§ 64 Abs. 1 und 2 ArbGG) und frist- sowie formgerecht eingelegt und begründet worden ist (§§ 66 Abs. 1, 64 Abs. 6 S. 1 ArbGG, 519, 520 ZPO). 33

II. Das Rechtsmittel hat auch in der Sache Erfolg. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Beklagte ist zur Rückzahlung der streitgegenständlichen Kostenerstattungen des Klägers nicht verpflichtet. 34

1. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung eines Betrages in Höhe von 378.117,41 €. Die insoweit einzig in Betracht kommende Anspruchsgrundlage des § 812 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 BGB greift nicht ein, denn der Kläger hat diesen Betrag nicht rechtsgrundlos an die Beklagte geleistet. 35

a) Rechtsgrundlage für die in unstreitiger Höhe im Zeitraum von Januar 2007 bis Oktober 2010 vom Kläger an die Beklagte geleisteten Zahlungen ist § 5 Abs. 1 und 2 des Dienstvertrages. Nach § 5 Abs. 1 des Dienstvertrages ist der Kläger verpflichtet, an die Beklagte ein aus sog. Kostenerstattung und sog. Vorteilsausgleich bestehendes Nutzungsentgelt zu zahlen. § 5 Abs. 2 des Vertrages legt fest, dass sich die Kostenerstattung an den Kosten bemisst, die für gesondert berechenbare Leistungen im Sinne von § 4 Abs. 1 des Vertrages bei der Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten von den Gesamtkosten des 36

Krankenhauses nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in der jeweiligen Fassung und der diese ergänzenden oder ersetzenden Bestimmungen abzuziehen sind.

b) Bei dieser Vertragsbestimmung handelt es sich um eine Allgemeine Geschäftsbedingung im Sinne von § 305 Abs. 1 BGB. Derartige Vertragsbestimmungen eines Formulararbeitsvertrages sind nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts nach ihrem objektiven Inhalt und typischen Sinn einheitlich so auszulegen, wie sie von verständigen und redlichen Vertragspartnern unter Abwägung der Interessen der normalerweise beteiligten Verkehrskreise verstanden werden. Zugrunde zu legen sind dabei nicht die Verständnismöglichkeiten des konkreten, sondern die des durchschnittlichen Vertragspartners des Verwenders. Ansatzpunkt für die nicht am Willen zu orientierende Auslegung Allgemeiner Geschäftsbedingungen ist in erster Linie der Vertragswortlaut. Ist dieser nicht eindeutig, kommt es entscheidend darauf an, wie der Vertragstext aus Sicht typischerweise an Geschäften dieser Art beteiligten Verkehrskreis zu verstehen ist. Soweit bei der Auslegung auch der mit dem Vertrag verfolgte Zweck einzubeziehen ist, kann das nur in Bezug auf typische und von redlichen Geschäftspartnern verfolgte Ziele gelten (vgl. BAG, Urteil vom 08.12.2010 - 10 AZR 671/09, NZA 2011, 628; BAG, Urteil vom 21.06.2011 - 9 AZR 203/10, EzA § 307 BGB 2002 Nr. 53 jeweils mit weiteren Nachw.).

c) Wendet man diese Auslegungsgrundsätze auf die Vertragsbestimmungen in § 5 Abs. 1 und 2 des Dienstvertrages der Parteien an, so ist von einem eindeutigen Vertragswortlaut auszugehen.

Zunächst bestimmt § 5 Abs. 1 des Vertrages, dass der Kläger grundsätzlich verpflichtet ist, sowohl eine Kostenerstattung als auch einen Vorteilsausgleich zu zahlen. Letzterer ist zwischen den Parteien nicht im Streit. Die näheren Voraussetzungen für die Kostenerstattung regelt § 5 Abs. 2 des Vertrages. Bezugsgröße sind danach chefärztlichen Wahlleistungen im Sinne von § 4 Abs. 1 des Vertrages, für die dem Kläger ein privates Liquidationsrecht eingeräumt worden ist. Hinsichtlich dieser Einnahmen des Klägers hat eine Kostenerstattung insoweit und in dem Umfang zu erfolgen, wie die Kosten für diese Leistungen bei der Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten von den Gesamtkosten des Krankenhauses abzuziehen sind. Dabei sind für diesen Abzug die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung maßgeblich.

Im streitbefangenen Zeitraum von 2007 bis 2010 war die Krankenhausfinanzierung der Beklagten im Krankenhausentgeltgesetz sowie in der Bundespflegesatzverordnung geregelt. § 19 Abs. 2 KHEntgG verpflichtet den Arzt, der - wie der Kläger - ärztliche Wahlleistungen (§ 17 Abs. 3 KHEntgG) gesondert berechnen kann, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPfIV nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPfIV legt Letztere mit 40% der Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie 20% der Gebühren für die in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen fest. Das entspricht der Handhabung des Klägers im streitbefangenen Zeitraum.

Damit liegen beide Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 des Dienstvertrages vor. Der Kläger hat im streitbefangenen Zeitraum wahlärztliche, von ihm gesondert liquidierte Leistungen erbracht und nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 KHEntgG i.V.m. § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPFIV ergibt sich der abzuziehende Kostenanteil, der vom Kläger an die Beklagte als

Kostenerstattung im Sinn von § 5 Abs. 1 und 2 des Vertrages zu leisten war. Anders als der Kläger meint, kommt es dabei nicht darauf an, ob und in welcher Höhe nicht pflegesatzfähige Kosten bei der Ermittlung des Gesamtbudgets der Beklagten abgezogen worden sind. Auch ist die Beklagte nicht verpflichtet, eine konkret berechnete Erlösminderung unter dem DRG-System darzulegen. Denn § 5 Abs. 2 des Dienstvertrages der Parteien stellt allein darauf ab, "welche Kosten nach Maßgabe der gesetzlichen bzw. verordnungsmäßig geregelten Bestimmungen abzuziehen sind". Genau dies steht aber nach den genannten Vorschriften des § 19 Abs. 2 KHEntgG und § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPfIV zweifelsfrei fest.

Bestätigt wird dieses Vertragsverständnis nicht zuletzt durch die unstreitige Handhabung der Parteien in der Vergangenheit. Während der gesamten Vertragsdauer haben beide Parteien die Kostenerstattung immer nach der vom Kläger bis zuletzt praktizierten Berechnungsweise vorgenommen. Eine auf das konkrete Budget der Beklagten abstellende Berechnung ist zu keinem Zeitpunkt erfolgt. 42

d) Entgegen der Rechtsauffassung des Klägers findet § 19 Abs. 2 KHEntgG auf die Rechtsbeziehung der Parteien auch unmittelbar Anwendung. Die Norm ordnet eine ausdrückliche Verpflichtung des Arztes zur Kostenerstattung an. Soweit der Kläger sich demgegenüber auf den Grundsatz der Vertragsfreiheit beruft, ändert dies nichts an der Geltung der vorgenannten Rechtsnorm. Dieser Grundsatz bewirkt lediglich, dass vertragliche Abbedingungen nicht zwingender gesetzlicher Vorschriften möglich sind. Ob § 19 Abs. 2 KHEntgG abdingbar ist (vgl. zum Meinungsstand Weth/Thomae/Reichold/Wern, Arbeitsrecht im Krankenhaus, 2. Aufl., Teil 5 B Rz. 6 mit weiteren Nachw. aus dem Schrifttum), kann hier dahingestellt bleiben, denn die Parteien haben hiervon im Chefarztdienstvertrag gerade keinen Gebrauch gemacht. Nichts anderes folgt aus der vom Kläger angeführten Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts vom 22.01.1997 (5 AZR 441/95, NZA 1997, 719). Soweit der 5. Senat des Bundesarbeitsgerichts dort ausführt, § 11 Abs. 3a BPfIV 1993/95 normiere nicht bereits von Gesetzes wegen eine Leistungspflicht der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte, ist dies allein der Sonderregelung des Art. 26 Satz 1 bis 3 GSG geschuldet, der ausdrücklich eine Anpassung von vertraglichen Vereinbarungen vorsieht. Eine vergleichbare Vorschrift fehlt jedoch im vorliegenden Fall. 43

2. Hat der Kläger somit die streitgegenständlichen Zahlungen mit Rechtsgrund erbracht, scheidet ein Rückzahlungsanspruch gegenüber der Beklagten wegen ungerechtfertigter Bereicherung aus. Anhaltspunkte für das Eingreifen einer anderen Anspruchsgrundlage, die dem klägerischen Begehren zum Erfolg verhelfen würde, werden vom Kläger nicht benannt und sind auch sonst nicht ersichtlich. 44

III. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 64 Abs. 6 Satz 1 ArbGG, 91 Abs. 1 ZPO. Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß § 72 Abs. 2 ArbGG bestehen nicht. 45

Rechtsmittelbelehrung 46

Gegen diese Entscheidung ist kein Rechtsmittel gegeben. Auf die Möglichkeit der Nichtzulassungsbeschwerde gemäß § 72a ArbGG wird hingewiesen. 47