

Sachgebiet:

BVerwGE: ja

Fachpresse: ja

Versorgungsrecht

Rechtsquelle/n:

BeamtVG

§ 33 Abs. 1 Nr. 1

HeilvV

§ 1 Abs. 1

BayBeamtVG

Art. 14, 45 ff.

BayHeilvV

§§ 4 ff.

GOÄ Nrn. 2064, 2081, 2083, 2195, 2257

Titelzeile:

Angemessenheit von Heilbehandlungskosten im Dienstunfallfürsorgerecht

Stichworte:

Beamter; Dienstunfall; Heilbehandlungskosten; Arztkosten; Gebührenordnung für Ärzte; Gebührenverzeichnis; notwendige und angemessene Kosten; Beihilferecht; Erstattung; Vertretbarkeit; Hinweis; Fürsorgepflicht; Treuepflicht.

Leitsatz:

Die für das Beihilferecht entwickelte Rechtsprechung zur Auslegung ärztlicher Gebührenordnungen ist auf das Dienstunfallfürsorgerecht zu übertragen. Danach ist ein Gebührenansatz bereits dann angemessen, wenn er einer zumindest vertretbaren Auslegung der ärztlichen Gebührenordnung entspricht und der Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat, sofern es weder ein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall noch eine einschlägige und eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen gibt.

Urteil des 2. Senats vom 19. Oktober 2017 - BVerwG 2 C 19.16

- I. VG München vom 23. September 2014
Az: VG M 5 K 13.3939
- II. VGH München vom 13. Mai 2016
Az: VGH 3 BV 14.2504





BUNDESVERWALTUNGSGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

BVerwG 2 C 19.16
VGH 3 BV 14.2504

Verkündet
am 19. Oktober 2017

...
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In der Verwaltungsstreitsache

hat der 2. Senat des Bundesverwaltungsgerichts
auf die mündliche Verhandlung vom 19. Oktober 2017
durch den Vorsitzenden Richter am Bundesverwaltungsgericht Domgörgen
und die Richter am Bundesverwaltungsgericht Dr. von der Weiden,
Dr. Hartung, Dollinger und Dr. Günther

für Recht erkannt:

Das Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom
13. Mai 2016 wird aufgehoben. Die Berufung des Beklag-
ten gegen das Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichts
München vom 23. September 2014 wird zurückgewiesen.

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Bayeri-
schen Verwaltungsgerichtshofs vom 13. Mai 2016 wird zu-
rückgewiesen.

Der Beklagte trägt die Kosten des Berufungs- und des
Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

- 1 Der Kläger ist Polizeibeamter des Freistaats Bayern. Er zog sich im August 2010 beim Dienstsport (Basketball) am rechten Kniegelenk eine Ruptur (einen Riss) des vorderen Kreuzbandes sowie eine Innenbandteiltraktur zu, die der beklagte Freistaat als Folge eines Dienstunfalls anerkannte.
- 2 Für die Operation des Klägers zwei Monate später wurden ihm im Rahmen einer Privatliquidation rund 1 500 € in Rechnung gestellt. Hiervon erstattete das

Landesamt für Finanzen rund 450 € nicht. Dabei sah es abgerechnete Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Nr. 2083 und nach GOÄ Nr. 2257 neben den gleichfalls abgerechneten Gebühren nach GOÄ Nr. 2191 und nach GOÄ Nr. 2195 als nicht erstattungsfähig an.

- 3 Im nach erfolglos durchgeführtem Widerspruchsverfahren eingeleiteten Klageverfahren auf vollständige Erstattung der ihm in Rechnung gestellten Arztkosten hat das Verwaltungsgericht Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens. Das Verwaltungsgericht hat der Klage im vollen Umfang stattgegeben.
- 4 Der Verwaltungsgerichtshof hat der Berufung des Beklagten teilweise stattgegeben und den beklagten Freistaat (lediglich) verpflichtet, dem Kläger Heilbehandlungskosten in Höhe von weiteren rund 210 € zu erstatten. Er hat zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt:
- 5 Die Entnahme der Sehnen werde als selbstständige Leistung von GOÄ Nr. 2064 (u.a. "plastische Ausschneidung") erfasst und sei neben der nach der GOÄ Nr. 2191 abzurechnenden arthroskopischen Operation abrechenbar. Da die Sehnenentnahme ein "Minus" der GOÄ Nr. 2083 ("freie Sehnentransplantation") sei, habe der Kläger insoweit einen Erstattungsanspruch. Eine Leistung nach GOÄ Nr. 2257 könne hingegen nicht abgerechnet werden. Die dort geregelte Knochenaufmeißelung sei zwar eine selbstständige Maßnahme, die grundsätzlich auch neben der GOÄ Nr. 2191 abgerechnet werden könne. Sie werde jedoch von der GOÄ Nr. 2195 als "Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk" erfasst und sei deshalb nicht gesondert abrechenbar.
- 6 Der Verwaltungsgerichtshof hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Diese liege in der Frage, ob die GOÄ Nrn. 2064 und 2083 neben der GOÄ Nr. 2191 abgerechnet werden können. Beide Beteiligte haben Revision eingelegt.
- 7 Der Kläger hält die Entnahme der Sehnen für eine selbstständige Leistung, die mittels der GOÄ Nr. 2083 neben der GOÄ Nr. 2191 gesondert abrechenbar sei.

Auch die sog. "Notch-Plastik" sei als gesonderte Leistung nach der GOÄ Nr. 2257 neben der GOÄ Nr. 2191 abrechenbar; die GOÄ Nr. 2195 stehe dem nicht entgegen.

8 Der Kläger beantragt,

das Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 13. Mai 2016 aufzuheben und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichts München vom 23. September 2014 zurückzuweisen und die Revision des Beklagten zurückzuweisen.

9 Der Beklagte beantragt,

die Urteile des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 13. Mai 2016 und des Bayerischen Verwaltungsgerichts München vom 23. September 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen und die Revision des Klägers zurückzuweisen.

10 Der Beklagte ist der Ansicht, dass neben der GOÄ Nr. 2191 weder die GOÄ Nr. 2083 noch die GOÄ Nr. 2064 Anwendung finden und die Anwendung der GOÄ Nr. 2257 durch die GOÄ Nr. 2195 gesperrt ist.

II

11 Die Revision des Klägers ist begründet, die Revision des Beklagten ist unbegründet. Das Berufungsurteil verletzt revisibles Recht (§ 137 Abs. 1 Nr. 1 VwGO) dadurch, dass es das bayerische Beamtenversorgungsrecht statt des im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen in Bayern noch geltende Beamtenversorgungsrecht des Bundes zugrunde gelegt hat (1.). Es verletzt revisibles Recht auch dadurch, dass es einen unzutreffenden rechtlichen Maßstab zugrunde gelegt hat, indem es uneingeschränkt geprüft hat, ob die geltend gemachten Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte gerechtfertigt sind, statt darauf abzustellen, ob - angesichts des Fehlens eines zivilgerichtlichen Urteils im konkreten Fall und einer einschlägigen und eindeutigen höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen - die Gebührenansätze einer zumindest vertretbaren Auslegung

der Gebührenordnung für Ärzte entsprechen und der Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat (2.)

- 12 1. Das Berufungsgericht hat als Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch des Klägers rechtsfehlerhaft auf Art. 45 ff. BayBeamtVG i.V.m. §§ 4 ff. der Bayerischen Heilverfahrensverordnung - BayHeilvfV - vom 10. Dezember 2010 (GVBl. 2010, 865) abgestellt. Denn die Bayerische Heilverfahrensverordnung ist nach ihrem § 14 Abs. 1 - erst - am 1. Januar 2011 in Kraft getreten; vorher entstandene Kosten werden nach den bis zum Ablauf des 31. Dezember 2010 geltenden Vorschriften erstattet (§ 14 Abs. 2 Satz 1 BayHeilvfV), d.h. nach der Verordnung zur Durchführung des § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes (Heilverfahrensverordnung - HeilvfV) vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502), zuletzt geändert durch Art. 15 Abs. 30 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), in der am 31. August 2006 geltenden Fassung (vgl. § 14 Abs. 1 Satz 2 BayHeilvfV). Da bei ärztlichen Behandlungen der Behandlungstag maßgebend ist (vgl. § 14 Abs. 2 Satz 2 BayHeilvfV) und dieser im Falle des Klägers im Oktober 2010 war, galt für seinen Erstattungsanspruch das Beamtenversorgungsrecht des Bundes fort.

- 13 Dieser Rechtsfehler hat sich jedoch im Folgenden nicht ausgewirkt, weil das Beamtenversorgungsrecht des Bundes und das bayerische Landesversorgungsrecht gleichermaßen die Erstattung der notwendigen und angemessenen Kosten des Heilverfahrens vorsehen. Die Frage, welche Gebührensätze bei der medizinischen Behandlung des Klägers erstattungsfähig waren, stellte sich nach beiden Rechtsgrundlagen gleichermaßen und war auch nach denselben rechtlichen Maßstäben zu beantworten. Im Fall des Klägers ist § 33 Abs. 1 Nr. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) in der Fassung vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), wonach das Heilverfahren die notwendige ärztliche Behandlung umfasst, i.V.m. § 1 Abs. 1 der Verordnung zur Durchführung des § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes - Heilverfahrensverordnung - HeilvfV - zugrunde zu legen, wonach der Anspruch eines durch Dienstunfall Verletzten auf ein Heilverfahren dadurch erfüllt wird, dass ihm die notwendigen und angemessenen Kosten erstattet werden. Es gilt also das Erstattungsprinzip, beschränkt auf die "notwendigen und angemessenen Kosten" des Heilverfahrens. Die me-

dizinische Behandlung muss mithin notwendig sein und die hierfür in Rechnung gestellten Kosten müssen angemessen sein. Bei Zugrundelegung der vom Berufungsgericht herangezogenen Art. 45 ff. BayBeamtVG i.V.m. §§ 4 ff. der Bayerischen Heilverfahrensverordnung - BayHeilfV - vom 10. Dezember 2010 ergäbe sich nichts anderes.

- 14 2. Was "notwendige und angemessene Kosten" des Heilverfahrens im Sinne des § 1 Abs. 1 HeilfV sind und deshalb dem Beamten zu erstatten ist, regelt das Dienstunfallfürsorgerecht nicht selbst. Es ist deshalb wie im Beihilferecht auf die in der Gebührenordnung für Ärzte enthaltenen Gebührensätze zurückzugreifen (vgl. zum Beihilferecht: BVerwG, Urteil vom 28. Oktober 2004 - 2 C 34.03 - Buchholz 270 § 5 BhV Nr. 15 S. 3 m.w.N.).
- 15 Die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für ärztliche Leistungen knüpft auch im Dienstunfallfürsorgerecht an den Leistungsanspruch des Arztes an. Angemessen ist, was dem Arzt für die Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte zusteht. Gibt es hierüber bereits ein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall, ist dieses auch für den Umfang des unfallfürsorgerechtlichen Erstattungsanspruchs des Beamten gegenüber dem Dienstherrn maßgeblich; der Erstattungsanspruch des Beamten gegenüber seinem Dienstherrn reicht so weit, wie er selbst zivilrechtlich gegenüber dem Arzt zahlungspflichtig ist. Wenn es zwar kein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall, wohl aber eine einschlägige und eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen gibt, ist diese maßgeblich. Fehlt es auch hieran - gibt es also weder ein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall noch eine einschlägige und eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen -, dann ist ein Gebührenansatz dann angemessen, wenn er einer zumindest vertretbaren Auslegung der ärztlichen Gebührenordnung entspricht und der Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat. Diese aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn (§ 45 BeamtStG) folgende Begünstigung des Beamten ist in der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum Beihilferecht bereits anerkannt (a). Sie ist auf das Dienstunfallfürsorgerecht zu übertragen (b).

- 16 a) Nach beihilferechtlichen Grundsätzen sind Aufwendungen erstattungsfähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Bei der Behandlung durch Ärzte beurteilt sich die Angemessenheit ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der maßgebenden ärztlichen Gebührenordnung.
- 17 Ob der Arzt seine Forderung zu Recht geltend gemacht hat, ist eine der Beihilfegewährung vorgreifliche Rechtsfrage, die nach der Natur des Rechtsverhältnisses zwischen Arzt und Patient dem Zivilrecht zuzuordnen ist. Den Streit über die Berechtigung einer ärztlichen Liquidation entscheiden letztverbindlich die Zivilgerichte. Damit ist für die Entscheidung, ob nach den Maßstäben des Beihilferechts Aufwendungen für ärztliche Leistungen angemessen sind, die Auslegung des ärztlichen Gebührenrechts durch die Zivilgerichte maßgebend. Deren Beurteilung präjudiziert die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen im beihilferechtlichen Sinne. Ist der Beamte vom Zivilgericht rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung eines Arztes verurteilt worden, ist die Vergütung regelmäßig angemessen im Sinne des Beihilferechts. Ist eine Entscheidung im ordentlichen Rechtsweg nicht ergangen, hat der Dienstherr zu prüfen, ob die vom Arzt geltend gemachten Ansprüche nach materiellem Recht begründet sind. Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Arzt in Rechnung gestellte Betrag bei objektiver Betrachtung einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht rechtzeitig für Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat (vgl. zum Ganzen: BVerwG, Urteil vom 16. Dezember 2009 - 2 C 79.08 - Buchholz 270 § 5 BhV Nr. 20 Rn. 14 m.w.N.).
- 18 Dieser Vertretbarkeitsmaßstab folgt aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber dem Beamten. Ihm liegt die Erwägung zugrunde, dass objektive Unklarheiten der Gebührenordnung nicht zulasten des Beihilfeberechtigten gehen sollen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf eigenes Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die objektiv zweifelhafte Rechtspositi-

on zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen. Allerdings ist in der Regel davon auszugehen, dass die Gebührensätze der ärztlichen Gebührenordnungen, insbesondere durch die gegebenen Erläuterungen, eindeutig sind und sowohl von der Beihilfestelle als auch vom Gericht ohne Weiteres mit eindeutigem Ergebnis ausgelegt werden können. Objektiv zweifelhafte Gebührenvorschriften, bei denen es ernsthaft widerstreitende Meinungen über die Berechtigung des Gebührenansatzes geben kann, sind demgegenüber der Ausnahmefall (BVerwG, Urteile vom 17. Februar 1994 - 2 C 10.92 - BVerwGE 95, 117 <119> und 2 C 17.92 - juris Rn. 11 und vom 30. Mai 1996 - 2 C 10.95 - Buchholz 270 § 5 BhV Nr.12 S. 19).

- 19 Diese Erwägungen greifen freilich nur durch, soweit auch der Dienstherr es bei der Unklarheit belassen und nicht durch konkrete, veröffentlichte Hinweise auf die gebührenrechtliche Zweifelsfrage und seinen Rechtsstandpunkt dazu den Beihilfeberechtigten Gelegenheit gegeben hat, sich vor der Inanspruchnahme der Behandlung auf diesen Rechtsstandpunkt einzustellen und sich gegebenenfalls dem Arzt oder Zahnarzt gegenüber darauf zu berufen. Denn die Dienstherrn können auch und gerade bei zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnungen ein berechtigtes Interesse daran haben, bestimmten häufiger wiederkehrenden, von ihnen als überhöht angesehenen Gebührenforderungen von Ärzten oder Zahnärzten an Beihilfeberechtigte entgegenzutreten und gegebenenfalls eine rechtliche Klärung herbeizuführen, wenn sie dies, etwa wegen des finanziellen Umfangs der sich zu der betreffenden Streitfrage summierenden Einzelbeträge, für zweckmäßig erachten. Hierzu steht zwar den Dienstherrn - anders als den einzelnen Beihilfeberechtigten - insbesondere die Möglichkeit offen, die Bundesregierung als Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken. Aber auch solange und soweit solche Regelungen nicht erreicht werden, kann den Dienstherrn die Möglichkeit der rechtlichen Klärung dann nicht abgesprochen werden, wenn sie selbst für rechtzeitige Klarheit über ihren Rechtsstandpunkt gesorgt und die Beihilfeberechtigten Gelegenheit gehabt haben, sich darauf einzustellen (BVerwG, Urteile vom 17. Februar 1994 - 2 C 10.92 - BVerwGE 95, 117 <119> und - 2 C 17.92 - juris Rn. 12).

- 20 Steht dem Beihilfeberechtigten gegenüber einem Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückerstattung oder Schadensersatz aufgrund einer unrichtigen Abrechnung zu, kann der Dienstherr des Beihilfeberechtigten durch Anzeige gegenüber dem Leistungserbringer beziehungsweise dessen Abrechnungsstelle bewirken, dass der Anspruch insoweit auf den Dienstherrn übergeht, als dieser auf Antrag des Beihilfeberechtigten zu hohe Beihilfeleistungen erbracht hat (vgl. Art. 14 Satz 4 BayBG, § 80 Abs. 5 BBG).
- 21 b) Die zum Beihilferecht entwickelte Rechtsprechung ist auf das Dienstunfallfürsorgerecht zu übertragen. Das Dienstunfallfürsorgerecht beruht mehr noch als das Beihilferecht auf der Fürsorgepflicht des Dienstherrn, denn der Dienstunfall ist begriffsnotwendig in Ausübung des Dienstes eingetreten (vgl. § 31 Abs. 1 Satz 1 BeamtVG), während die nach beihilferechtlichen Vorgaben zu erstattenden Heilbehandlungskosten ihre Ursache in Krankheiten und außerhalb der Dienstausübung entstandenen Unfällen haben. Es kann dahinstehen, ob die gegenüber der Beihilfegewährung gesteigerte Fürsorgepflicht des Dienstherrn im Dienstunfallfürsorgerecht es erfordern kann, in Einzelfällen bei der Auslegung der Begriffe "notwendig" und "angemessen" über die im Beihilferecht getroffenen Begrenzungen hinauszugehen (so Wilhelm, in: GKÖD, Stand: Juni 2017, Buchst. O § 33 BeamtVG Rn. 11a). Jedenfalls dürfen die Gewährung von Leistungen der Dienstunfallfürsorge und die hierbei anzuwendenden Grundsätze nicht zulasten des Beamten hinter dem zurückbleiben, was im Beihilferecht gilt.
- 22 Damit gilt auch im Dienstunfallfürsorgerecht, dass ein Gebührenansatz bereits dann angemessen ist, wenn er einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung für Ärzte entspricht und der Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat, sofern es weder ein zivilgerichtliches Urteil im konkreten Fall noch eine einschlägige und eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung zu den sich im konkreten Fall stellenden gebührenrechtlichen Fragen gibt. Die Mitteilungsobliegenheit des Dienstherrn hinsichtlich der Auslegung nicht eindeutiger Gebührensatzungen ärztlicher Gebührenordnungen ist gleichermaßen erfüllt, wenn der Dienstherr dem Beamten in-

dividuelle Hinweise erteilt oder wenn er - etwa in Verwaltungsvorschriften - generelle Auslegungshinweise gibt, von denen der Beamte Kenntnis nehmen kann. Die Möglichkeit der Kenntnisnahme durch den Beamten ist erforderlich, aber auch ausreichend, z.B. durch Veröffentlichung der Hinweise etwa in einem amtlichen Mitteilungsblatt oder auf einer Internetseite des Dienstherrn.

- 23 Erstattet der Dienstherr dem Beamten im Rahmen der Dienstunfallfürsorge Behandlungskosten, die auf einer vertretbaren Auslegung der ärztlichen Gebührenordnung beruhen, kann er seinerseits anschließend den Arzt auf Erstattung seiner Zahlung an den Beamten in Anspruch nehmen, wenn er an seiner abweichenden Auslegung der Gebührenordnung festhält. In diesem Prozess kann dann von den Zivilgerichten die Auslegung der Gebührenordnung verbindlich geklärt werden. Die Überleitung des Erstattungsanspruchs des Beamten auf den Dienstherrn kann kraft Gesetzes in einer Norm des Dienstunfallfürsorge-rechts geregelt sein oder in entsprechender Anwendung einer Überleitungs-norm des Beihilferechts (vgl. Art. 14 Satz 4 BayBG, § 80 Abs. 5 BBG) erfolgen. Fehlt es an beidem, ist der Beamte - als Kehrseite der Fürsorgepflicht des Dienstherrn - aufgrund seiner beamtenrechtlichen Treuepflicht verpflichtet, seinen (etwaigen) Erstattungsanspruch gegen den Arzt an den Dienstherrn abzutreten.
- 24 3. In Anwendung dieser Grundsätze steht dem Kläger der geltend gemachte Erstattungsanspruch in vollem Umfang zu.
- 25 Eine zivilgerichtliche Klärung der Berechtigung der im vorliegenden Fall fraglichen Gebührenansätze ist nicht erfolgt. Auch höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Verhältnis der fraglichen Gebührenansätze im Gebührenverzeichnis als Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (in der Fassung des Gesetzes vom 4. Dezember 2001, BGBl. I S. 3320) ist bislang nicht ergangen. Zu dem Verhältnis des Gebührenansatzes nach der GOÄ Nr. 2081 einerseits, zu den Gebührenansätzen nach der GOÄ Nrn. 2083, 2064, 2257 und 2195 andererseits gibt es lediglich vereinzelte instanzgerichtliche - und sich im Übrigen widersprechende - Rechtsprechung auf amts- und landgerichtlicher Ebene.

26 Auch bei Heranziehung der einschlägigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, insbesondere zum Zielleistungsprinzip in § 4 GOÄ, ergibt sich kein zweifelsfreies Ergebnis. In seinem Urteil vom 5. Juni 2008 - III ZR 239/07 - (BGHZ 177, 43 Rn. 6 ff.) hat der Bundesgerichtshof seine Rechtsprechung zusammenfassend ausgeführt:

"1. Wie der Senat bereits mit Urteilen vom 13. Mai 2004 (BGHZ 159, 142, 143 f) und vom 16. März 2006 (III ZR 217/05 - NJW-RR 2006, 919 Rn. 6) entschieden hat, ist für die Frage, welche von mehreren gleichzeitig oder im Zusammenhang erbrachten Leistungen selbständig berechnungsfähig sind, neben Berechnungsbestimmungen im Gebührenverzeichnis selbst vor allem § 4 Abs. 2a GOÄ in der Fassung der Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861) in den Blick zu nehmen. Nach dieser Bestimmung kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt nach § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. In den dem Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Gebührenverzeichnisses vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen werden Inhalt und Tragweite dieses als Zielleistungsprinzip bezeichneten Grundsatzes näher verdeutlicht, wenn es dort heißt, dass zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich sind und dass diese Einzelschritte, soweit sie methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, nicht gesondert berechnet werden können. Der Bestimmung des § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ... kommt eine klare abrechnungstechnische Bedeutung zu, die unmittelbar einleuchtet: Der Arzt darf ein und dieselbe Leistung, die zugleich Bestandteil einer von ihm gleichfalls vorgenommenen umfassenderen Leistung ist, nicht zweimal abrechnen. Daraus folgt zugleich die Selbstverständlichkeit, dass Leistungen, die nicht Bestandteil einer anderen abgerechneten Leistung sind, abrechenbar sind, soweit es sich um selbständige Leistungen handelt.

Die durch die ... 1995 zusätzlich eingefügten Regelungen in § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ und in den Allgemeinen Be-

stimmungen des Abschnitts L, die auf eine Anregung des Bundesrates zur 'Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- oder Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich' zurückgehen (vgl. BR-Drucks. 688/95 S. 4), schließen an diesen Zweck an und formulieren dies für operative Leistungen in der Weise, dass methodisch notwendige operative Einzelschritte nicht besonders zu berechnen sind. Dabei verdeutlicht Absatz 1 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L, dass mit den Einzelschritten Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung gemeint sind. Es geht daher auch bei Anwendung dieser Bestimmungen um die Verhinderung einer Doppelhonorierung von Leistungen (...). Nur dieser Grund rechtfertigt es, eine erbrachte Leistung, soweit sie selbständig ist, nicht zu honorieren.

2.a) Vielfach gibt die Gebührenordnung selbst Hinweise dafür, wie das Verhältnis ärztlicher Leistungen zueinander zu bestimmen ist, ohne dass hierfür eine aufwändigere Analyse des genauen Inhalts der Gebührenposition notwendig wäre. ... Dass einem einheitlichen Behandlungsgeschehen auch mehrere Zielleistungen zugrunde liegen können, ist nach der jeweiligen Leistungslegende ebenfalls möglich (...). Absatz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L belegt, dass auch die Gebührenordnung von einer solchen Möglichkeit ausgeht, indem sie eine Anrechnungsbestimmung bei Eingriffen in die Brust- oder Bauchhöhle nach unterschiedlichen Gebührenpositionen vorsieht, wenn es dabei nur zu einer einmaligen Eröffnung dieser Körperhöhlen gekommen ist. Daran wird deutlich, dass es einer genaueren Betrachtung der Reichweite jeder in Rede stehenden Gebührenposition bedarf und aus dem Umstand, dass nach ärztlicher Kunst verschiedene Leistungen in zeitlichem Zusammenhang zu erbringen sind, nicht ohne weiteres zu schließen ist, es liege nur eine Zielleistung vor, im Verhältnis zu der sich die anderen als unselbständige Hilfs- oder Begleitverrichtungen darstellten.

b) Geben unterschiedliche Gebührenpositionen, die ihrer Legende nach durch den Arzt erfüllt worden sind, keine näheren Hinweise über ihr Verhältnis zueinander, ist zu prüfen, ob es sich um jeweils selbständige Leistungen handelt oder ob eine oder mehrere von ihnen als Zielleistung und die anderen als deren methodisch notwendigen Bestandteile anzusehen sind. ... Will man aber im Einzelnen prüfen, ob verschiedene ärztliche Leistungen (methodisch notwendige) Bestandteile einer anderen Leistung sind, damit eine doppelte Honorierung vermieden wird, kann man dies nur beantworten, wenn man zuvor Klarheit

über den jeweiligen Leistungsumfang gewonnen hat. Diese dem Richter obliegende Aufgabe wird häufig nicht ohne sachverständige Hilfe bewältigt werden können. Dabei hat der Richter - wie auch sonst bei der Auslegung von Gesetzen - einen abstrakt-generellen Maßstab zugrunde zu legen (vgl. hierzu auch BVerwG, Urteil vom 21. September 1995 - 2 C 33/94 - juris Rn. 14-16), ehe er das hieraus gewonnene Ergebnis auf den konkreten Fall anwendet. Dass der Ordnungsgeber bei der Festlegung und Bewertung der einzelnen Gebührenpositionen von solchen allgemeinen Maßstäben ausgegangen ist, kann nicht zweifelhaft sein. Dies ergibt sich daraus, dass er in Absatz 1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen von 'typischen' operativen Leistungen spricht und in Satz 2 bezüglich der Einzelschritte die mangelnde Berechenbarkeit davon abhängig macht, dass sie 'methodisch' notwendige Bestandteile der Zielleistung sind. Hieraus sowie aus der sehr differenzierten punktmäßigen Bewertung wird deutlich, dass der Ordnungsgeber bei der Beschreibung der verschiedenen Leistungen ein typisches Bild vor Augen hatte, zu dem nach den Kenntnissen medizinischer Wissenschaft und Praxis ('Methode') ein bestimmter Umfang von Einzelverrichtungen gehört.“

- 27 Unter Zugrundelegung dieser Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und nach den allgemeinen Auslegungsgrundsätzen ergibt sich kein eindeutiges Ergebnis, ob neben der GOÄ Nr. 2191 auch die GOÄ Nr. 2083 oder zumindest die GOÄ Nr. 2064 abrechenbar ist (a). Außerdem spricht zwar viel dafür, dass neben der GOÄ Nr. 2191 die GOÄ Nr. 2257 abrechenbar ist; allerdings ergibt sich wiederum kein eindeutiges Ergebnis, ob die Anwendung der GOÄ Nr. 2257 gesperrt ist, wenn die GOÄ Nr. 2195 in Ansatz gebracht worden ist (b). Der beklagte Dienstherr hat nicht rechtzeitig - etwa mittels veröffentlichter Hinweise - für Klarheit über seine Auslegung in diesen beiden Zweifelsfragen gesorgt (c).
- 28 a) Die GOÄ Nr. 2191 erfasst nach ihrem Wortlaut die "Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht -", die GOÄ Nr. 2083 die "Freie Sehmentransplantation" und die GOÄ Nr. 2064 die "Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung". Ob die Herstellung und Gewinnung des körpereigenen Implantats eine Teilleistung der von der GOÄ Nr. 2191 honorierten Leistung "plastischer Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk" oder eine eigen-

ständige Leistung nach GOÄ Nr. 2083 ist, lässt sich im Wege der Auslegung nicht zweifelsfrei beantworten.

- 29 Aus Gründen der Normsystematik und des Normzwecks könnte einerseits anzunehmen sein, dass "Ziel" im Sinne der GOÄ Nr. 2191 die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Kreuz- oder Seitenbandes ist, ohne dass im Leistungsumfang danach unterschieden wird, ob dies durch Zusammennähen noch vorhandener Gewebeteile oder durch Ersatz des Kreuzbandes durch - künstliche oder körpereigene - Transplantate erfolgt. Damit wäre die Entnahme von Sehnteilen und die Herstellung des Kreuzbandersatzes ein methodisch notwendiger Bestandteil der in der Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung der GOÄ Nr. 2191. Besonderen Umständen und Schwierigkeiten im Rahmen des Eingriffs sowie dem erforderlichen Mehraufwand an Personal und Zeit könnte durch Anwendung des Steigerungsfaktors sowie durch die zusätzliche Abrechnung z.B. der GOÄ Nr. 2195, die einen Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk vorsieht, Rechnung getragen werden. Dann wäre die GOÄ Nr. 2083 GOÄ eine Teilleistung im Rahmen der GOÄ Nr. 2191 und dürfte nicht gesondert abgerechnet werden (so auch: VG Ansbach, Urteil vom 22. Oktober 2013 - AN 1 K 13.00010 - juris Rn. 53 f.; LG München II, Urteil vom 10. Februar 2009 - 8 S 3626/08 - S. 4 ff. (n.v.); LG München I, Urteil vom 31. März 2010 - 9 S 13229/09 - S. 7 f. (n.v.); Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand Mai 2015, C II Nrn. 2189 - 2196 Rn. 7).
- 30 Andererseits ließe sich argumentieren, dass die Gewinnung der körpereigenen Sehne nicht von der GOÄ Nr. 2191 erfasst ist, weil es sich nicht um einen methodisch notwendigen Bestandteil der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Kreuz- oder Seitenbandes handelt, da diese nach den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanzen auch mit körperfremden Material möglich ist und im Zeitpunkt der Aufnahme der GOÄ Nr. 2191 in die Gebührenordnung für Ärzte im Jahre 1986 bzw. 1995 auch üblich war. Dann wäre neben der GOÄ Nr. 2191 die GOÄ Nr. 2083 (so AG Bad Neustadt an der Saale, Urteil vom 14. August 2007 - 1 C 117/06 - S. 5 f. (n.v.); Brück, GOÄ, 3. Aufl., Stand Dezember 2012, L III. 2191) oder jedenfalls die GOÄ Nr. 2064 anwendbar (so das Berufungsge-

richt; ähnlich: Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand Mai 2015, C II Nrn. 2189 - 2196 Rn. 7: GOÄ Nr. 2064 analog).

- 31 Damit ist es vertretbar, die GOÄ Nr. 2083 neben der GOÄ Nr. 2191 in Ansatz zu bringen.
- 32 b) Die GOÄ Nr. 2257 erfasst nach ihrem Wortlaut die "Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen". Die GOÄ Nr. 2195 regelt den "Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193".
- 33 Es spricht zwar viel dafür, dass neben der GOÄ Nr. 2191 die GOÄ Nr. 2257 grundsätzlich abrechenbar ist, weil nach den tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts die Knochenaufmeißelung nicht notwendigerweise, ja wohl nicht einmal regelmäßig bei einer arthroskopischen Operation an einem Kniegelenk vorgenommen wird. Sie dürfte deshalb eine eigenständige, nicht von der GOÄ Nr. 2191 erfasste Zielleistung darstellen (vgl. AG Bad Neustadt an der Saale, Urteil vom 14. August 2007 - 1 C 117/06 - S. 6 (n.v.); AG Bonn, Urteil vom 14. Februar 2006 - 2 C 2/05 - OpenJur Rn. 15 ff.; Brück, GOÄ, 3. Aufl., L III. 2191).
- 34 Allerdings kann jedenfalls nicht zweifelsfrei beantwortet werden, ob die Gebühr nach GOÄ Nr. 2257 - wie das Berufungsgericht annimmt - durch die Gebühr nach GOÄ Nr. 2195 gesperrt ist. Das wäre dann der Fall, wenn die Knochenaufmeißelung ein "weiterer operativer Eingriff an demselben Gelenk" im Sinne der GOÄ Nr. 2195 wäre.
- 35 Begrifflich ist die Knochenaufmeißelung eine Operation. Medizinisch bezeichnet der Begriff der Operation einen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken durchgeführten chirurgischen Eingriff in den lebenden menschlichen Organismus und damit in die körperliche Integrität des Betroffenen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2011). Diese Operation wird auch am Oberschenkelknochen - zwischen den beiden Oberschenkelgelenken - und damit

"an demselben Gelenk" wie bei der arthroskopischen Operation an einem Kniegelenk vorgenommen. Gelenk bezeichnet die bewegliche Verbindung zwischen zwei oder mehreren Knochen; es besteht aus den Gelenkflächen, der Gelenkkapsel, der Gelenkhöhle und den Verstärkungsbändern (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2011). Der Begriff "Gelenk" ist im gebührenrechtlichen Sinne nicht einschränkend im Sinne eines einzelnen Gelenkbestandteiles auszulegen (vgl. BSG, Urteil vom 25. August 1999 - B 6 KA 32/98 R - juris Rn. 15 f.). Dies spricht dafür, dass die Knochenaufmeißelung zwar eine gegenüber der Leistung nach der GOÄ Nr. 2191 selbstständige und grundsätzlich nach der GOÄ Nr. 2257 abrechenbare Leistung ist, die jedoch von der GOÄ Nr. 2195 erfasst wird (so auch LG München I, Urteil vom 31. März 2010 - 9 S 13229/09 - S. 8 (n.v.); Hoffmann/Kleinken, GOÄ, Stand Mai 2015, C II Nrn. 2189 - 2196 Rn. 6 f.). Demgegenüber könnte man auch der Auffassung sein, dass die GOÄ Nr. 2195 für die GOÄ Nr. 2257 systematisch nicht passt, weil der selbstständige operative Eingriff der Knochenaufmeißelung angesichts seines Eigengewichts nicht mit einem - geringfügigen - Zuschlag für eine andere Behandlungsmaßnahme, hier die arthroskopische Operation, abgegolten sein kann.

- 36 Damit ist es vertretbar, die GOÄ Nr. 2257 neben der GOÄ Nr. 2191 in Ansatz zu bringen, und zwar auch dann, wenn neben der GOÄ Nr. 2191 auch die GOÄ Nr. 2195 in Ansatz gebracht worden ist.
- 37 c) Der beklagte Dienstherr hat nicht rechtzeitig durch konkrete, den Beamten und damit auch dem Kläger zugängliche Hinweise auf die gebührenrechtlichen Zweifelsfragen und seinen Rechtsstandpunkt als Dienstherr aufmerksam gemacht. Er hat es somit versäumt, für Klarheit über seine Auffassung zu in den hier maßgeblichen Zweifelsfragen zu sorgen und den betroffenen Beamten die Gelegenheit zu geben, sich vor der Durchführung der ärztlichen Behandlung auf den Rechtsstandpunkt des Beklagten einzustellen und sich gegebenenfalls dem Arzt gegenüber darauf zu berufen. Deshalb hat er im Rahmen der Dienstunfallfürsorge den ärztlicherseits in Rechnung gestellten Betrag zu erstatten.

38 4. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 154 Abs. 1 und Abs. 2 VwGO.

Domgörgen

Dr. von der Weiden

Dr. Hartung

Dollinger

Dr. Günther

B e s c h l u s s
vom 19. Oktober 2017

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 467,21 € festgesetzt (§ 47 Abs. 1 Satz 1, § 52 Abs. 3 GKG).

Domgörgen

Dr. von der Weiden

Dollinger