

# Mehr Sicherheit bei der Honorarabrechnung

Rechtsanwalt Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe

**Der Aufsatz beschreibt praxisrelevante Probleme bei der Honorarabrechnung. Dabei geht es um die Formerfordernisse bei ärztlichen Wahlleistungen, die persönliche Leistungserbringung und die Möglichkeit der Delegation und Vertretung, die Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ, den Begriff der Zielleistung, die Beanstandungen durch Privatversicherer, die EBM-Laborreform sowie taktische Hinweise zur Verjährung. Durch die Darstellung der Rechtslage und praktische Hinweise soll der liquidationsberechtigte Arzt mehr Sicherheit bei der Honorarabrechnung gewinnen. Schließlich birgt jede unrichtige Abrechnung die Gefahr einer Strafanzeige wegen (versuchten) Betruges in sich.**

## Die GOÄ - Änderungen

§ 1 Abs. 1 GOÄ enthält eine Monopolklausel dahingehend, dass die GOÄ alle Vergütungen für berufliche Leistungen der Ärzte regelt, soweit nicht durch Bundesgesetze etwas anderes bestimmt ist. Diese Ausnahmebestimmung gilt insbesondere für die Kassenabrechnung.

Die GOÄ ist somit die grundlegende amtliche Gebührenordnung und hat ihre Ermächtigungsgrundlage in § 11 Bundesärzteordnung. Dort heißt es:

*„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Ge-*

*bührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“*

Insbesondere das Leistungsverzeichnis der geltenden Gebührenordnung ist veraltet, so dass den berechtigten Interessen der Ärzte nicht mehr Rechnung getragen wird. Der 102. Deutsche Ärztetag hat die Aufnahme von Verhandlungen mit dem Bundesminister für Gesundheit über einen zweiten Novellierungsschritt der GOÄ zur Aktualisierung des zum Teil 20 Jahre alten Leistungsverzeichnisses begrüßt (Deutsches Ärzteblatt 24/1999, Seite B-1319). Gleich-

zeitig hat der Deutsche Ärztetag das Angebot der Politik begrüßt, das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Zukunft nicht mehr als Rechtsverordnung zu erlassen, sondern in Form einer Vertragsregelung zu vereinbaren. Das so vereinbarte Leistungsverzeichnis wäre dann rechtlich Bestandteil der GOÄ als amtlicher Gebührentaxe. An die Voraussetzungen eines solchen vereinbarten Leistungsverzeichnisses hat der Deutsche Ärztetag allerdings Bedingungen geknüpft, u.a. die, dass Vereinbarungen mit einzelnen Ärzten ausgeschlossen werden und Verträge nur zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband möglich sind (Deutsches Ärzteblatt, a.a.O.).

Seit dem 1.1.2000 ist der Stan-

Standardtarif zwingend zu beachten. Gemäß § 5b GOÄ dürfen für Leistungen bei Personen, die nach dem Standardtarif versichert sind, Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes berechnet werden. Bei bestimmten Leistungen gelten noch niedrigere Werte. Mit einer weiteren Neuregelung ab dem 1.7.2000 ist der Personenkreis für den Standardtarif ausgeweitet worden. So wurden das Zugangsalter zum Standardtarif auf das 55. Lebensjahr gesenkt und auch beihilfeberechtigte Personen einbezogen.

In der Praxis ist der Standardtarif nur bei ambulanter Behandlung von Bedeutung, weil der betroffene Personenkreis die Krankenhausbehandlung als Regelleistungspatient entgegennehmen wird. (R. Hess, DÄBl. 5/2000 Seite B - 193). Die Zahl der Wahlleistungspatienten wird dadurch kleiner werden.

### Formerfordernisse bei ärztlichen Wahlleistungen

Die GOÄ gilt aufgrund ihres Monopolcharakters automatisch, sofern ihre Anwendbarkeit nicht durch Sonderregelungen verdrängt wird. Die Anwendbarkeit der GOÄ braucht deshalb im Regelfall nicht vereinbart zu werden. Etwas anderes gilt bei ärztlichen Wahlleistungen aufgrund des § 22 Abs. 2 Satz 1 Bundespflegeverordnung. Dieser Satz hat folgenden Wortlaut:

*„Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten.“*

Diese Bestimmung hat sich als Abrechnungsfalle erwiesen und deshalb zu klarstellenden Urteilen des Bundesgerichtshofs geführt. Zusammengefasst gilt Folgendes:

**1. Die Vereinbarung über die Gewährung ärztlicher Wahlleistungen ist nur gültig, wenn sie in derselben Urkunde vom Patienten und von einem Vertreter des Krankenhausträgers unterschrieben worden ist** (BGH, ArztR 1998, 314). Auch der Patient kann sich bei der Unterschrift vertreten lassen. Von der Vertretung des Patienten z. B. durch einen nahen Angehörigen ist insbesondere Gebrauch zu machen, wenn der Patient wegen einer stationären Notfallaufnahme selbst nicht unterschreiben kann. Auch wenn der Angehörige zunächst nicht bevollmächtigt war, kann der Patient dessen Handeln nachträglich genehmigen. Die Genehmigung wirkt dann gemäß §§ 177, 184 BGB auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses zurück. Es empfiehlt sich, in solchen Fällen die Uhrzeit der Unterzeichnung der Vereinbarung festzuhalten, damit klar gestellt ist, ab wann die erbrachten Leistungen als Wahlleistungen abgerechnet werden können (Biermann und andere, MedR 2000, 107, 108).

**2. Vorher muss der Patient über die Entgelte für die Wahlleistungen unterrichtet worden sein.** Dazu hat der Bundesgerichtshof in einem Urteil vom 19.12.1995 (ArztR 1996, 75) ergänzende Ausführungen gemacht (siehe auch OLG Köln, ArztR 1998, 309). Es empfiehlt sich, dem Patienten vor Abschluss der schriftlichen Wahlleistungsvereinbarung bei der Krankenhausaufnahme Gelegenheit zu geben, die GOÄ einzusehen und Fragen zu stellen. Dass der Patient diese Möglichkeit hatte, sollte er zu Beweis Zwecken durch seine Unterschrift bestätigen. Es genügt nicht, in die Wahlleistungsvereinbarung die Formulierung aufzunehmen, dass der Patient die GOÄ einsehen konnte und dann die gesamte Vereinbarung einmal vom Patienten unterschreiben zu lassen. Anzuraten ist vielmehr eine gesonderte schriftliche Bestätigung bezüglich der Unterrichtung über die GOÄ (Dehong, ArztR 1996, 75).

Die Bestätigung kann folgenden Wortlaut haben (Andreas, ArztR 1997, 70):

*„Ich bestätige, dass mir die GOÄ vorgelegt wurde und dass ich Gelegenheit hatte, mich über die Berechnung der Wahlarzthonorare zu informieren.“*

**3. Der Zusatzvertrag über die ärztliche Wahlleistung, der zum totalen Krankenhausvertrag hinzutritt, kann zwischen dem Patienten und dem liquidationsberechtigten Arzt mündlich oder durch konkludentes Verhalten (Behandlung in Kenntnis der mit dem Krankenhaus getroffenen Wahlleistungsvereinbarung) geschlossen werden.**

**4. Fehlt es an einer der in den Ziffern 1 bis 3 genannten Voraussetzungen, braucht der Patient das Wahlarzthonorar nicht zu bezahlen.**

Den Krankenhausträger treffen Organisationspflichten insbesondere bei der schriftlichen Vereinbarung mit dem Wahlleistungspatienten und hinsichtlich der Möglichkeit, sich über die Entgelte für die Wahlleistungen zu unterrichten. Wenn der Krankenhausträger diese Organisationspflichten schuldhaft verletzt und dadurch den Honoraranspruch des Chefarztes vereitelt, kann der Chefarzt beim Krankenhausträger Regress nehmen (so auch Biermann und andere, MedR 2000, 107, 109).

### Persönliche Leistungserbringung - Assistenz, Delegation, Vertretung

In der Kassenambulanz und bei der Behandlung von Privatpatienten gilt das Gebot der **persönlichen** Leistungserbringung. Das Postulat der **höchstpersönlich** zu erbringenden Leistungen gilt gemäß § 2 Abs. 3 GOÄ nur im Falle von Honorarvereinbarungen mit stationären Wahlleistungspatienten.

Was unter persönlicher Leistungs-



der Medikation selbst. Untersuchungen des Patienten dienen lediglich der Vorbereitung der vom Chefarzt persönlich durchgeführten Visite.

Fraglich ist, ob stationäre Leistungen, die im Bereitschaftsdienst weder vom Chefarzt noch vom benannten ständigen ärztlichen Vertreter erbracht wurden, abgerechnet werden können. Dies ist zu bejahen, wenn sich die Leistungen des nachgeordneten Arztes im Rahmen des allgemein vorgegebenen Therapiekonzeptes gehalten haben und der Chefarzt zumindest für Rückfragen erreichbar war. Sofern Leistungen im Bereitschaftsdienst notfallärztlichen Charakter haben, sind die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung durch den liquidationsberechtigten Arzt gelockert. Dies hat der Bundesgerichtshof (ArztR 1989, 170) im Fall des ambulanten privatärztlichen Notfalls bereits entschieden. In der Praxis lässt sich die Problematik dadurch entschärfen, dass dem Patienten der vorhandene Facharzt als ständiger ärztlicher Vertreter benannt wird.

### 3. Vertretung bei Urlaub oder Krankheit

Ist der Chefarzt urlaubs- oder krankheitsbedingt abwesend, so ist er nicht erreichbar, und es liegt kein Fall der Delegation vor. Wird der dem Patienten benannte ständige ärztliche Vertreter tätig, so ist das Liquidationsrecht uneingeschränkt vorhanden. Denn der Fall der Vertretung durch diesen Arzt wurde bereits mit dem Patienten geregelt (so auch Biermann und andere, MedR 2000, 107, 111; a. A. Kuhla, NJW 2000, 841, 845).

Soll allerdings ein anderer als der ständige ärztliche Vertreter die Kernleistungen der privatärztlichen Behandlung erbringen, so muss der Chefarzt dies dem Patienten bei vorhersehbarer Abwesenheit möglichst frühzeitig mitteilen. Der Patient

kann dann entscheiden, ob er mit der ärztlichen Maßnahme bis zur Rückkehr des Chefarztes warten oder von dem vereinbarten Vertreter des Chefarztes persönlich behandelt werden möchte (OLG Karlsruhe, ArztR 1987, 266; OLG Hamm, ArztR 1995, 268; OLG Düsseldorf, ArztR 1996, 44).

Aus Gründen der Beweissicherung empfiehlt sich zumindest eine Dokumentation in den Krankenunterlagen.

Rechtlich unwirksam ist es, pauschal in die Aufnahmebedingungen des Krankenhauses zu schreiben, dass jedweder Arzt die Vertretung des Chefarztes bei dessen Urlaub oder krankheitsbedingter Abwesenheit übernehmen könne (LG Fulda, ArztR 1989, 44). Vielmehr muss der Patient genau wissen, welcher Arzt ihn anstelle des liquidationsberechtigten Arztes behandeln wird. Es bedarf deshalb im Falle einer vorhersehbaren Abwesenheit der Individualvereinbarung zwischen dem liquidationsberechtigten Chefarzt und dem Wahlleistungspatienten (Biermann und andere, MedR 2000, 107, 112).

### Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ und Auslagenersatz

Gemäß § 6 a Abs. 1 GOÄ sind die von Krankenhausärzten erbrachten wahlärztlichen Leistungen um 25 % zu mindern. Die privaten Krankenversicherer vertreten eine extrem ausgehende Auffassung bezüglich der Minderungspflicht. Nach übereinstimmender Ansicht der Bundesärztekammer und des Bundesministeriums für Gesundheit gilt das sogenannte Tatortprinzip. Dieses besagt, dass für die Minderungspflicht in erster Linie darauf abgestellt werden muss, wo die Leistungen erbracht worden sind. Der Bundesgerichtshof (ArztR 1999, 14) hat in zwei Urteilen vom 14.1.1998 und 17.9.1998 keine generelle Aussage zur Auslegung des § 6a GOÄ gemacht. Er hat das Tatortprinzip nur für Ausnahmefälle modifiziert, so dass

sich folgende Fallgestaltungen ergeben (siehe ArztR 1999, 16.):

1. Wird ein stationärer Patient in der Ambulanz des Chefarztes im selben Krankenhaus behandelt, so tritt eine Minderungspflicht ein. Tatort ist das Krankenhaus auch dann, wenn die Leistungen in der als Ambulanz bezeichneten Räumlichkeit des Chefarztes erbracht werden.

2. Wird der Patient von einem im Krankenhaus niedergelassenen Arzt während des stationären Krankenhausaufenthaltes mitbehandelt oder mituntersucht, so entsteht keine Minderungspflicht, wenn die Ambulanzräume deutlich vom Krankenhaus getrennt sind. Dient jedoch, wie in den vom Bundesgerichtshof entschiedenen Fällen, die ambulante Tätigkeit ausschließlich dem Zweck, das stationäre Grundleiden zu versorgen, so ergibt sich die Minderungspflicht aus dem Stellenwert der erbrachten Leistung.

3. Kommt ein stationärer Wahlleistungspatient aus einem anderen Krankenhaus in die Chefarztambulanz des hiesigen Krankenhauses, so tritt nach dem Tatortprinzip keine Honorarminderung ein, wenn der Patient gemäß § 4 Abs. 5 GOÄ darauf hingewiesen wurde, dass er sich nun außerhalb des stationären Bereiches untersuchen und behandeln lässt.

4. Versorgt ein Chefarzt einen Wahlleistungspatienten in einem anderen Krankenhaus stationär, so ist die Liquidation nach dem Tatortprinzip zu mindern.

§ 10 GOÄ erlaubt es, dem Patienten den Materialaufwand für die Behandlung zu berechnen, sofern dem Arzt dieser Aufwand tatsächlich entstanden ist. Es handelt sich um eine im jeweiligen Fall zu klärende Tatfrage.

### Begriff der Zielleistung

Die privaten Krankenversicherer benutzen den Begriff der Zielleistung,



weise darauf, welche Begründungen geeignet sind, die Überschreitung des Schwellenwertes zu rechtfertigen.

Allerdings darf der Arzt den Schwellenwert nicht schematisch abrechnen. Aus dem anwaltlichen Gebührenrecht ist die Figur des sogenannten Mittelwertes bekannt. Der Mittelwert ist das arithmetische Mittel aus dem niedrigsten und dem höchsten Wert des Gebührenrahmens.

Private Krankenversicherer vertreten gelegentlich die Auffassung, der Mittelwert sei aus dem Mittel des 1fachen und 2,3fachen Satzes zu bemessen, so dass er beim 1,65fachen liege. Dies hätte zur Folge, dass der Arzt schon in Erklärungszwang käme, wenn er über dem 1,65fachen abrechnet.

Demgegenüber ist mit dem Oberlandesgericht Koblenz (ArztR 1989, 232) davon auszugehen, dass der Schwellenwert mit dem 2,3fachen die Mittelgebühr darstellt. Es ist nämlich das arithmetische Mittel zwischen dem 1fachen und dem 3,5fachen Satz zu bilden. Dies ergibt das 2,3fache. Auch der Gesetzgeber ist bei seinen Berechnungen über die Auswirkungen der im Jahre 1982 neuen GOÄ von einer Liquidation in der Größenordnung des 2,3fachen ausgegangen.

Dies hat nach der bereits erwähnten Entscheidung des Oberlandesgerichts Koblenz folgende Konsequenz:

Rechnet der Arzt oberhalb des Schwellenwertes ab, muss er dafür die vorliegenden Besonderheiten beweisen. Macht der Patient geltend, dass eine Liquidation unterhalb des Schwellenwertes angemessen wäre, trägt er dafür die Beweislast.

### Beanstandungen durch Privatversicherer

Die privaten Krankenversicherer haben eine Vielzahl zusätzlicher Sach-

bearbeiter eingestellt, um Arztrechnungen zu prüfen, in Wirklichkeit aber zu kürzen. Es wurden zusätzliche Computer angeschafft, um die Arztrechnungen einzuscannen und durch ein Prüfprogramm laufen zu lassen (Ärzte-Zeitung vom 13.7.1999). Es ist deshalb in Zukunft verstärkt mit Beanstandungen durch Privatversicherer zu rechnen, wobei sich einige Versicherungen durch besonders umfangreiche Aktivitäten hervortun.

Streng juristisch liegt es zunächst nahe, jeglichen Kontakt mit dem privaten Krankenversicherer des Patienten abzulehnen. Denn ein Vertragsverhältnis besteht nur zwischen dem Arzt und dem Patienten, nicht aber zwischen dem Arzt und dessen privatem Krankenversicherer.

Der Patient hat aber die Möglichkeit, die ablehnende Argumentation der Krankenversicherung zu übernehmen und als seine eigene Meinung an den Arzt weiterzureichen. Dies hat zur Folge, dass der Arzt sich mit dem Patienten über die Argumente, die ursprünglich der Krankenversicherer eingewandt hat, doch auseinandersetzen muss. Auf diese Art und Weise finden die Einwände des Versicherers Eingang in das unmittelbare Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Wenn Patient und Krankenversicherer die Argumentation des Arztes nicht akzeptieren, bleibt dem Arzt keine andere Wahl, als den Patienten auf Honorarzahlung zu verklagen. Bis zu einem Honorarbetrag von 10.000,- DM ist dafür das Amtsgericht zuständig, bei darüber liegenden Beträgen das Landgericht. Gemäß § 29 ZPO kann der Krankenhausarzt die Honorarklage bei dem Gericht einreichen, das für den Sitz des Krankenhauses örtlich zuständig ist.

Die Erfahrung zeigt, dass derartige Honorarklagen durchaus erfolgreich sein können. Der Patient wird ggf. im Weg der Streitverkündung die Versi-

cherung in den Prozess einbeziehen. In dem Maße, wie die Argumentation nunmehr einer objektiven gerichtlichen Überprüfung unterliegt, wird der Versicherer erfahrungsgemäß geneigter, die Erstattung zu leisten. Denn ein verlorener Honorarprozess bringt den Versicherer gegenüber seinem Kunden in ein sehr schlechtes Licht. Der Patient ist im Regelfall dem Arzt für die erbrachten Dienste dankbar und hat kein Verständnis dafür, wenn die Versicherung ordnungsgemäß erbrachte Leistungen nicht honoriert.

Zunehmend verlangen Privatversicherer eine Kopie des OP-Berichts, „weil sich Fragen ergeben haben“. Die Versicherung muss ihr Verlangen aber substantiieren. Dies folgt schon aus § 810 BGB, der ein rechtliches Interesse für die Überlassung von Urkunden voraussetzt. Außerdem muss der Patient den Arzt von der Schweigepflicht entbinden.

Chefärzte, die von einem bestimmten Krankenversicherer wiederholt unberechtigte Beanstandungen erhalten und dadurch Schwierigkeiten bei der Honorarzahlung seitens der Patienten erlebt haben, sollten erwägen, bei zukünftigen Wahlleistungsbehandlungen von Patienten dieses Versicherers eine Vorauszahlung auf die zu erwartenden Gebühren zu fordern.

Uhlenbruck (Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 2. Auflage, § 82 Rdnr. 14) führt aus, dass ein Vorschussverlangen zwar nicht gegen die GOÄ, wohl aber gegen ärztliches Standesrecht verstoße. Etwas anderes gilt aber, wenn im Einzelfall der Arzt begründete Zweifel daran haben muss, dass der Patient eine Gegenleistung für die ärztliche Behandlung erbringen wird. Außerdem werden insbesondere die stationären Wahlleistungspatienten durch ein Vorschussverlangen nicht unbillig getroffen. Denn ihnen ist es ohne weiteres möglich, die Behandlung als Regelleistungspatient entgegenzu-



nalanästhesie (Gebührensiffer 3492).

Wurde mit dem Krankenhausträger für den ambulanten Nebentätigkeitsbereich eine Kostenerstattung nach den Tarifen des DKG-NT II vereinbart, so ergibt sich für die Abrechnung der kassenärztlichen Laborleistungen seit dem 1.7.1999 ein Problem. Denn die bisherigen Tarifsätze nach den alten Gebührensiffern sind nicht mehr anwendbar. Eine Einigung mit dem Krankenhausträger könnte je nach Lage des Falles dahingehen, dass dem Krankenhausträger die Kosten der Analytik zustehen und der Chefarzt den Arzt Honoraranteil in Form der Grundpauschale bzw. der Wirtschaftlichkeitsgebühr behält.

In der Literatur war die Frage aufgeworfen worden, ob die Laborreform bei den einsendenden Ärzten wegen des Kostenanteils für die Analytik zur Gewerbesteuerpflicht führen könne. Dies hat das Bundesfinanzministerium in Abstimmung mit den obersten Finanzbehörden der Länder in einem Schreiben an den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verneint (Deutsches Ärzteblatt 23/1999, Seite B-1211).

### Taktische Hinweise zur Verjährung

**Ein nach der GOÄ entstandener Honoraranspruch des Arztes verjährt gemäß § 196 Abs. 1 Nr. 14 BGB in zwei Jahren.** Diese Verjährung beginnt gemäß § 201 BGB erst zum Schluss eines Kalenderjahres, so dass das Verjährungsende stets auf den 31. Dezember des übernächsten Jahres fällt. Somit verjähren alle GOÄ-Honorarforderungen, die im Laufe des Jahres 2000 entstanden sind, am 31. Dezember 2002.

Die Verjährung eines Anspruchs beginnt gemäß § 198 BGB mit seiner Entstehung. Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (NJW 1991, 836) ist die Entstehung des Anspruchs mit seiner Fäl-

ligkeit gleichzusetzen. Nach § 12 Abs. 1 GOÄ wird die Vergütung fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Erst die Erteilung der Rechnung setzt somit die Verjährungsfrist in Lauf (Palandt/Heinrichs, § 198 BGB Rdnr. 5).

Damit hat es der Arzt in der Hand, durch eine verzögerte Rechnungsstellung den Ablauf der Verjährungsfrist zu beeinflussen. Eine derartige Verfahrensweise des Gläubigers einer Forderung verstößt nicht gegen Treu und Glauben. In Bezug auf die Verjährung einer Heizkostennachforderung hat der Bundesgerichtshof (a.a.O.) es für hinnehmbar gehalten, dass der Gläubiger im Einzelfall den Verjährungsbeginn weit hinauschieben kann.

Das Landgericht Arnsberg (ArztR 1998, 96) hat dazu ausgeführt, dass ein Arzt, der die Behandlung am 26. November abschließt, die Rechnung erst im Folgejahr erstellen darf. Dies hat zur Konsequenz, dass sich der Ablauf der Verjährung um ein Jahr verschiebt.

Eine zu lange Verschiebung kann allerdings dazu führen, dass der Arzt seinen Honoraranspruch verwirkt. Dies hat das Amtsgericht Frankfurt/Main in einem Urteil vom 23.5.1996 - 30 C 2697/95 - 24 - angenommen, als eine Arztrechnung erst mehr als zwei Jahre nach der Behandlung ausgestellt wurde.

Hinsichtlich einer etwaigen Verwirkung wurde früher zu Lasten des Arztes auf die Berufsordnung verwiesen, in der es hieß, der Arzt solle seine Honorarforderungen im Allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen. Eine derartige Verpflichtung ist in der geltenden Musterberufsordnung jedoch nicht mehr enthalten. Ob und ab wann eine verspätete Rechnungsstellung zur Verwirkung führt, ist deshalb nur unter Berücksichtigung der Umstände des jeweiligen Einzelfalles exakt zu bestimmen.

Droht die Verjährungsfrist abzu-

laufen, so muss die Verjährung wirksam unterbrochen werden. **Eine Mahnung an den Schuldner unterbricht die Verjährung nicht.** Es ist vielmehr erforderlich, vor Ablauf der Verjährungsfrist Klage zu erheben oder den Erlass eines Mahnbescheides zu beantragen.

Die Verjährung wird auch dadurch unterbrochen, dass der Verpflichtete den Anspruch durch Abschlagszahlung oder in anderer Weise anerkennt. Es ist auch möglich, mit dem Schuldner zu vereinbaren, er werde sich auf den Eintritt der Verjährung nicht berufen. Liegt jedoch eine derartige Erklärung des Schuldners rechtzeitig vor dem Verjährungsbeginn nicht vor und hat der Schuldner auch nicht auf sonstige Weise den Anspruch anerkannt, bedarf es der gerichtlichen Geltendmachung durch **Klage oder Mahnbescheid.**

---

ArztR