

Prozesse um das Arzthonorar

Rechtsanwalt Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf einem Vortrag, den der Verfasser bei den Seminaren der Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht im Herbst 2002 und im Frühjahr 2003 gehalten hat.

I. Das Umfeld der Privatliquidation

Die DKV als Marktführer der privaten Krankenversicherung setzt weiter auf strenge Kontrollen der Arztrechnungen. Sie will sich in Zukunft auf Schwerpunkte konzentrieren, etwa bei chronischen Krankheiten oder lebensrettenden Maßnahmen. Routinekontrollen sollen stärker automatisiert und standardisiert werden (Ärzte-Zeitung vom 11.03.2002). Andere Versicherungen gehen einen ähnlichen Weg. So haben sich die Bayerische Beamtenkrankenkasse und die Union Krankenversicherung zum fünftgrößten PKV-Anbieter zusammengeschlossen und firmieren jetzt als Consal AG (Ärzte-Zeitung vom 12./13.7.2002). **Auch dieser Versicherer will einen besonderen Schwerpunkt auf die Operationskostenabrechnungen von Chefärzten legen** (Ärzte-Zeitung, a.a.O.).

Die bereits in der Vergangenheit durchgeführten intensiven Rechnungsprüfungen haben insbesondere beim Marktführer, der DKV, erhebliche Kosten verursacht. Dieser Kostenapparat muss erklärtermaßen reduziert werden. Deshalb will die DKV in Zukunft zielgerichteter kontrollieren. Durch die systematische Kontrolle von Arztrechnungen und Klinikrechnungen hat die DKV nach eigenen Angaben zwar rund 100 Millionen Euro jährlich gespart (Schumacher, Rheinisches Ärzteblatt 4/2002, 18). Andererseits liegen die

Verwaltungs- und Abschlusskosten in der Privaten Krankenversicherung mit etwa 19,1 %, gemessen an den Versicherungsleistungen, enorm hoch. In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Verwaltungsaufwand etwa 5,9 % (Flintrop, Deutsches Ärzteblatt 43/2002, B 2393). Der Verband der privaten Krankenversicherer propagiert eine Abrechnung über die verbandseigene MEDCOM GmbH in Montabaur. MEDCOM garantiert die volle Überweisung des Rechnungsbetrages innerhalb von vier Wochen, egal ob der Patient zahlt oder nicht. Voraussetzung ist allerdings die Verpflichtung, das 2,3fache der Gebührenordnung nicht zu überschreiten. In PKV-PUBLIK 3/2002, 31 wird mit folgendem Satz geworben:

„MEDCOM steht Ärzten zur Verfügung, die sicher sein wollen, mit der Abrechnung keinen Ärger zu bekommen.“

Chefärzten, die in das Konzept der DKV passen, bietet die DKV einen **Kooperationsvertrag „Best Care“** an. Dieser sieht wie folgt aus:

Best Care verspricht bei 25 ausgewählten ernsthaften Erkrankungen, wie wichtigen Krebsarten, koronaren Herzkrankheiten, Bandscheibenvorfall oder Kreuzbandriss einen Termin innerhalb von 5 Werktagen bei einem „renommierten Spitzenmediziner“. Dieser erhält für besondere Aufwendungen einen zusätzlichen Geldbetrag. Die Liquidation ist im Rahmen der GOÄ frei, also nicht auf das 2,3fa-

che beschränkt. Rund 500.000 DKV-Versicherte, die einen Komplettschutz haben, können die Zusatzversicherung abschließen (Schumacher, a.a.O.).

Die Bundesärztekammer hat gegenüber der DKV zum Vertragskonzept „Best Care“ berufsrechtliche, wettbewerbsrechtliche, beamtenrechtliche und strafrechtliche Bedenken geäußert (Arzt und Krankenhaus 1/2003, 6; siehe auch Merten „Umstrittenes Konzept“ in DÄBl. 25/2003, B 1421).

Leider ist festzustellen, dass die Mehrzahl der Chefärzte bei der Abrechnung Probleme hat, wobei nicht so sehr die Patienten, sondern die dahinter stehenden Krankenversicherer Schwierigkeiten machen. Dies hat zur Folge, dass Prozesse um das Arzthonorar geführt werden müssen. Einige immer wiederkehrende Fragen, die in diesem Zusammenhang auftreten, sollen nachfolgend erläutert werden.

II. Der Arzt als Kläger, Beklagter oder Streithelfer

Zahlt der Patient seine Rechnung nicht, **so muss der Arzt ihn verklagen**. Der Arzt ist Kläger, der Patient Beklagter. Manche Ärzte denken daran, unmittelbar den Krankenversicherer des Patienten auf Zahlung zu verklagen. Dies würde jedoch voraussetzen, dass der Patient seinen Erstattungs-

anspruch gegenüber dem Krankenversicherer an den Arzt abgetreten hat. Eine solche Abtretung ist aber gemäß § 6 Abs. 6 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nicht möglich.

Macht der Patient geltend, die Rechnung sei unberechtigt zu hoch ausgefallen und er habe eine Überzahlung geleistet, muss der Patient im Streitfall den Arzt auf **Rückzahlung** verklagen. Dann ist der Patient Kläger und der Arzt Beklagter. Hat der Patient seinen Rückzahlungsanspruch an den Krankenversicherer abgetreten, so übernimmt der Krankenversicherer die Rolle des Klägers.

Es gibt auch Fälle, in denen der Patient die volle Rechnung bezahlt, obwohl der Krankenversicherer sie nicht vollständig erstattet hat. Es kommt dann zu einem Prozess zwischen dem Patienten als Kläger und dem Versicherer als Beklagtem. In dieser Konstellation kann der Patient als Kläger dem Arzt den Streit verkünden. Die **Streitverkündung** gibt dem Arzt die Möglichkeit, dem Rechtstreit beizutreten und die Position des Patienten, der die Arztrechnung in vollem Umfang bezahlt hat, zu unterstützen. Würde nämlich der Patient die Klage gegen den Versicherer verlieren, müsste der Arzt damit rechnen, dass der Patient den nicht erstattungsfähigen Betrag vom Arzt zurückfordert und es dann zu einem Rechtstreit zwischen Patient und Arzt wegen ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) kommt. Tritt der Arzt dem Rechtstreit als Streithelfer bei, ist er berechtigt, alle Angriffs- und Verteidigungsmittel geltend zu machen. Er kann auch Rechtsmittel einlegen.

Es kommt auch vor, dass in einem Rechtstreit zwischen Patient und Arzt der Patient seinem Krankenversicherer den Streit verkündet. Damit will der Patient erreichen, dass der Krankenversicherer in jedem Fall dann zahlen muss, wenn das Gericht

im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ausgesprochen hat, dass die Liquidation berechtigt ist und beglichen werden muss.

III. Das örtlich zuständige Gericht

Nimmt der Arzt als Streithelfer an einem Prozess zwischen dem Patienten und dem Krankenversicherer teil, so wird der Prozess dort geführt, wo er bereits anhängig ist.

Eine Rückzahlungsklage des Patienten oder des Versicherers gegen den Arzt ist am Wohnsitz oder am Praxissitz des Arztes zu führen.

In der Vergangenheit entsprach es allgemeiner Auffassung, dass der Arzt sein Honorar, das der Patient schuldet, am Praxisort einklagen könne, wenn der Patient sich zur Behandlung zum Arzt begeben habe. Hier vollzieht sich ein Wandel in der Betrachtungsweise. Insbesondere das Amtsgericht Frankfurt am Main (NJW 2000, 1802) aber auch das Amtsgericht Spandau (NJW 2000, 1654) sowie das Amtsgericht Köln (NJW-RR 1995, 185) haben den Arzt darauf verwiesen, seine Klage am Wohnsitz des Patienten einzureichen. Der Bundesgerichtshof (NJW 2004, 54) hat seine bisherige Rechtsprechung dahingehend geändert, dass Honorarforderungen des Rechtsanwalts im Regelfall am Wohnsitz des Mandanten einzuklagen sind.

IV. Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit wahlärztlicher Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung regelt in § 22, welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit ärztliche Wahlleistungen erbracht und abgerechnet werden dürfen. Folgende sieben Punkte sind zu beachten:

1. Die **Wahlleistungsvereinbarung** muss **zwischen dem Patienten und**

dem Krankenhaus geschlossen werden, § 22 Abs. 1 Satz 1 BPfIV.

2. Diagnostische und therapeutische Leistungen müssen **von einem Arzt** erbracht werden, § 22 Abs. 1 Satz 2 BPfIV.

3. Die Wahlleistungen sind **vor der Erbringung schriftlich** zu vereinbaren, § 22 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 BPfIV.

4. Der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt **im Einzelnen zu unterrichten**, § 22 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 BPfIV.

5. Die Wahlarztvereinbarung erstreckt sich auf alle liquidationsberechtigten Ärzte (**Wahlärztkette**) und auf außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistungen; darauf ist der Patient in der Vereinbarung hinzuweisen, § 22 Abs. 3 Satz 1 BPfIV.

6. Die Übermittlung personenbezogener **Daten** an eine Abrechnungsstelle bedarf der **Einwilligung** des Patienten, § 22 Abs. 3 Satz 6 BPfIV.

7. Die wahlärztlichen Leistungen sind nach der **GOÄ** abzurechnen, auch wenn das Krankenhaus liquidiert, § 22 Abs. 3 Satz 7 BPfIV.

Probleme bei der Beauftragung von Abrechnungsstellen und bei der Unterrichtung des Patienten werden nachfolgend erörtert.

a) Die Beauftragung von Abrechnungsstellen

Der Arzt darf eine Abrechnungsstelle nur beauftragen, wenn der Patient in die Weitergabe seiner Daten an eine solche Abrechnungsstelle eingewilligt hat. In zwei Urteilen vom 10.7.1991 (ArztR 1992, 81) und vom 20.5.1992 (ArztR 1992, 329) hat der Bundesgerichtshof ausgesprochen, dass der Patient auch darauf hingewiesen werden muss, was mit seinen Daten geschieht. Der Patient muss zunächst erfahren, welche Abrechnungsstelle beauftragt werden soll. Je mehr Befugnisse diese Abrech-

hofs (ArztR 1985, 298) zur Wahlleistungsvereinbarung hinzutritt. Dieser Zusatzvertrag zwischen Arzt und Patient kann mündlich geschlossen werden (BGH, ArztR 1998, 314). Das Schriftformerfordernis, wie es für die Wahlarztvereinbarung vorgeschrieben ist, gilt also hier nicht.

a) Aus der GOÄ ergibt sich, dass der zur Liquidation berechtigte Arzt die Leistung persönlich erbringen muss. Dies bedeutet, dass er selbst die **Kernleistung** vorzunehmen hat (Biermann u.a., NJW 2001, 3366 f.).

b) Das Liquidationsrecht besteht auch, wenn die wahlärztliche Leistung vom ständigen ärztlichen Vertreter erbracht wurde und dieser **ständige ärztliche Vertreter** dem Patienten vor Abschluss des Wahlarztvertrages benannt worden ist. Das Liquidationsrecht besteht genauso, als ob der Chefarzt selbst tätig geworden wäre (Andreas, ArztR 2000, 240 [242]; Biermann u.a., MedR 2000, 107 [111]).

Ich habe die Auffassung vertreten, dass dem Patienten nur ein einziger ständiger ärztlicher Vertreter benannt werden darf, es allerdings genügt, wenn unter verschiedenen Vertretern ein bestimmter ähnlich wie bei einem Geschäftsverteilungsplan ermittelt werden kann (Andreas a.a.O.). Das Landgericht München I hat in einem Urteil vom 20.02.2002 (ArztR 2002, 149) ausgesprochen, dass auch die Mehrfachnennung von ständigen ärztlichen Vertretern wirksam sein kann.

c) Abrechnungsprobleme ergeben sich, wenn weder der Chefarzt noch der ständige ärztliche Vertreter tätig geworden sind. Hier wird unterschieden zwischen Abwesenheitsvertretung und Anwesenheitsvertretung sowie danach, ob der Vertretungsfall vorhersehbar oder nicht vorhersehbar war. Diese Differenzierung spielt eine Rolle bei der Frage, inwieweit der Vertretungsfall formularmäßig geregelt werden kann. Sofern nicht jegliche Vertretungsmöglichkeit von vornherein geleugnet wird, wie es ei-

nige private Krankenversicherer zu Unrecht tun, besteht Einigkeit darüber, dass **eine formularmäßige Vertretung allenfalls bei unvorhersehbarer Abwesenheit** möglich ist. Auch dann muss die Regelung aber so ausgestaltet sein, dass nicht irgendein Arzt die Vertretung übernimmt (Landgericht Fulda, ArztR 1989, 44), sondern dass der fachlich qualifizierteste Arzt der Abteilung tätig wird.

In allen anderen Fällen der vorhersehbaren Abwesenheit sowie der Anwesenheitsvertretung bedarf es einer individuellen Vereinbarung zwischen dem liquidationsberechtigten Arzt und dem Patienten. Im Übrigen sollte auch im Falle der unvorhergesehenen Abwesenheit der Patient rechtzeitig über diesen Umstand informiert werden, damit er gegebenenfalls warten kann, bis der liquidationsberechtigte Arzt wieder zur Verfügung steht.

Der Patient sollte in einem persönlichen Gespräch darauf hingewiesen werden, dass ein Vertreter tätig werden soll. Geht die Leistungserbringung durch einen anderen als den liquidationsberechtigten Arzt auf den ausdrücklichen Wunsch des Patienten zurück, sollte dies besonders vermerkt werden. Im Übrigen sollte der Patient folgenden Gesprächsinhalt bestätigen:

- ▲ Der vorgesehene Vertreter mit entsprechender Qualifikation ist namentlich genannt worden.
- ▲ Der Patient hat eine Verschiebung seiner Behandlung nicht gewünscht.
- ▲ Der Patient erkennt an, dass der liquidationsberechtigte Arzt die Leistung abrechnen wird.

Aus der Rechtsprechung ist zu entnehmen, dass die Vertreterregelung **möglichst frühzeitig** getroffen wer-

den muss. Die Vertretervereinbarung entspricht insbesondere dann dem Interesse des Patienten, wenn ein subspezialisierter Mitarbeiter des Chefarztes tätig wird.

Gemäß § 5 Abs. 5 GOÄ darf der Chefarzt dann, wenn ein anderer Vertreter als der ständige ärztliche Vertreter tätig geworden ist, gemäß § 5 Abs. 5 GOÄ allerdings nur bis zur Höhe des Schwellenwertes abrechnen.

Ist im Honorarprozess streitig, ob die Individualvereinbarung über die Leistungserbringung durch einen Vertreter wirksam geschlossen worden ist, kommt der Arztvertreter als Zeuge in Betracht.

Wenn auch die Einwilligung des Patienten zur Beauftragung einer Abrechnungsstelle, die Unterrichtung des Patienten über die Wahlleistungsentgelte und etwaige Vertretervereinbarungen nicht Gegenstand der Wahlleistungsvereinbarung zwischen Patient und Krankenhausträger sind, so empfiehlt es sich doch, alle diese Regelungen im Zusammenwirken mit der Krankenhausverwaltung zu treffen, damit dem Patienten gegebenenfalls vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung die entsprechenden Informationen zuteil werden. Zwischen Chefarzt und Krankenhausverwaltung muss organisatorisch geregelt werden, wie der Patient die erforderlichen Informationen erhält, damit rechtswirksame, eine Liquidation begründende Vereinbarungen zu Stande kommen.

VI. Das so genannte Zielleistungsprinzip

Gerade bei den operativen Leistungen verweigern die privaten Krankenversicherer die Bezahlung einzelner Gebührensätze mit dem Argument, nur die Ziffer, in welcher die Zielleistung beschrieben ist, sei abrechenbar. Richtig ist, dass gemäß den Allgemeinen Bestimmungen zu Ab-

lichen darum geht, die Höhe der Arztliquidationen zu drücken. Die Vielzahl der vorgetragenen Einwendungen soll dazu dienen, möglichst viele Hürden aufzubauen in der Hoffnung, dass der Arzt resigniert, seinen Anspruch nicht weiter verfolgt und auf eine gerichtliche Auseinandersetzung verzichtet.

Wie sich eine Honorarklage in erster Instanz für die Beteiligten aus der Sicht des Gerichts darstellt, zeigt der nachfolgend abgedruckte Beschluss des Amtsgerichts Offenbach am Main vom 7.10.2002. In diesem Beschluss heißt es lebensnah:

Das Gericht hat zwischenzeitlich die Sache nochmals durchdacht und erlaubt sich – selbstverständlich nach vorläufiger Auffassung – folgende Anmerkungen:

1. Die „Karten“ für die Beklagte sind eher schlecht. Der von dem Gericht bereits im Termin unterbreitete Vergleichsvorschlag trug den von der Beklagten (bzw. der offensichtlich hinter ihr stehenden Krankenversicherung) vorgebrachten Einwänden bereits Rechnung, da dem Gericht die Problematiken durchaus bekannt sind. Lediglich die Ziffern 20 ff. aus dem Schriftsatz vom 31.7.2002 sowie die „Fachärztliche Stellungnahme des Dr. med. M.“ waren natürlich noch nicht berücksichtigt worden.

(Hinsichtlich dieser Stellungnahme wird im Übrigen darauf hingewiesen, dass das Gericht sich zu einer Berücksichtigung außer Stande sieht, zumal dieselbe schwer verständlich ist. Eine Bezugnahme auf diese Anlage wird von dem Gericht nicht akzeptiert. Ausführungen wären direkt schriftsätzlich zu unterbreiten.)

2. Es sind hier verschiedene Problemkreise zu unterscheiden: Honorarvereinbarung, Wahlleistungsvereinbarung, Anfall der Gebührensätze, Höhe der Sätze.

a) Honorarvereinbarung

Diese könnte nach dem AGBG teilweise oder ganz unwirksam sein. Der Kläger

hat jedoch diesbezüglich vorgetragen, dass die Beklagte mit einer Operation durch den Oberarzt einverstanden war. Dies erscheint auch nicht unwahrscheinlich, da sich viele Patienten ohnehin lieber von einem Oberarzt operieren lassen als vom „Chef“, da letzterer oftmals schon zu weit von der eigentlichen Praxis entfernt ist. Unter den von dem Kläger vorgetragenen Umständen (Einverständnis der Beklagten) wäre dieses Problem weitgehend „vom Tisch“.

b) Wahlleistungsvereinbarung

Dies wäre der einzige Punkt, an dem die Beklagte bzw. die Krankenversicherung den gesamten Prozess zu ihren Gunsten entscheiden könnte, da bei unwirksamer Vereinbarung überwiegend auch Bereicherungsansprüche abgelehnt werden. Sieht man sich die von der Beklagten unterzeichnete Wahlleistungsvereinbarung (Anlage K 2, Blatt 48 der Akte) jedoch an, so muss man sagen, dass diese Vereinbarung (Vorder- und Rückseite!) wirklich alles enthält, was erforderlich ist. Wenngleich auch hier bezüglich des AGBG Bedenken bestehen könnten, so spricht doch die Vermutung dafür, dass die Beklagte aufgeklärt worden ist. Auch hier hat der Kläger im Übrigen entsprechenden Zeugenbeweis angeboten. Hinsichtlich der Problematik „Kostenvoranschlag“ folgt das Gericht im Übrigen den Darlegungen des Klägers. Die Klägervertreter zitieren sich zwar überwiegend selbst, jedoch meint auch das Gericht, dass man hier die „Kirche im Dorf“ lassen muss. Man kann alles übertreiben, auch die Anforderungen an eine Wahlleistungsvereinbarung.

c) Anfall der Gebührensätze

Bei der Ausdiskussion des „Zielleistungsprinzips“ haben sich schon kompetentere Personen als der Unterzeichner die „Zähne ausgebissen“. Dieser Punkt läuft auf eine letztlich unergiebige Gutachterschlacht hinaus, die viel Zeit und vor allem Geld kostet, bei unklarem und am Ende sicherlich keinem befriedigenden Ergebnis.

d) Höhe des Satzes

Hier besteht, wie bereits in der Verhandlung erwähnt, eine gewisser Spielraum. Da die Beklagte jedoch als Privatpatientin aufgetreten ist, muss sie gegenwärtigen, dass jedenfalls der bei Privatpatienten übliche, 2,3fache Satz zum Tragen kommt.

3. Insgesamt liegt daher Folgendes auf der Hand. Bei einem Ausstreiten wird der Prozess sehr lange dauern, es wird für alle Beteiligten unverhältnismäßig zeit- und arbeitsaufwendig. Es ist nicht zu erwarten, dass eine der Parteien vollständig gewinnt oder verliert. Wie dargelegt, sind die Aussichten des Klägers besser. **Im Übrigen kann die Beklagte bzw. die Krankenversicherung doch wohl nicht erwarten, dass für eine schwierigere Operation durch eine Kapazität letztlich nichts bezahlt wird.** Wie bereits ansatzweise dargelegt, sind die Aussichten des Klägers besser als diejenigen der Beklagten. Ein „Grundsatzurteil“ ausgerechnet von dem Unterzeichner dürfte keinen der Beteiligten entscheidend weiterbringen und dürfte auch ernstlich – außer den Parteien – niemanden interessieren. Bei einem Weiterbetrieb dieses Verfahrens würde nur folgender – schon mehrfach erprobter – Effekt eintreten:

Das Verfahren zieht sich hin und kostet Zeit und Geld. Am Ende kommt etwas heraus, das sich von den Vergleichsvorschlägen nicht wesentlich unterscheidet. Wenn es einer Seite gelingt, etwas besser abzuschneiden als in den Vergleichsvorschlägen, wird dieser „Vorteil“ regelmäßig durch erhöhten Kostenanfall „aufgefressen“.

4. Vor diesem Hintergrund erlaubt sich das Gericht, den Parteien folgenden neuen Vergleichsvorschlag zu unterbreiten...

5. Alternativ könnte das Gericht nur Folgendes anbieten: Es wird zunächst ein Termin zur Beweisaufnahme bestimmt. Dieser würde wahrscheinlich einige Stunden in Anspruch nehmen. Es müssten erscheinen: Der Kläger, die Beklagte, der Oberarzt und die Se-

