

## **I. Neue GOÄ – Sachstand**

## **II. Rückforderungsansprüche der PKV - § 194 II VVG iVm § 86 I VVG**

## **III. Honorararztproblematik – prakt. Auswirkungen**

Vortrag im Rahmen der Arbeitsgruppe  
Leistungs- und Vergütungsrecht  
15. Frühjahrstagung Medizinrecht  
24./25.04.2015

Daniela Kessler, Teamleitung Recht  
PVS Südwest GmbH

# I. Neue GOÄ - Rückblick

## **Beteiligung des PVS-Verbandes**

- PVS- Verband seit Etablierung des Zentralen Konsultationsausschusses mit einem nicht stimmberechtigten Vertreter in die GOÄ-Arbeit der BÄK eingebunden
- Es folgte die nicht stimmberechtigte Mitarbeit von PVS-Vertretern im GOÄ-Ausschuss bei der BÄK (GOÄ-Novellierung)
- Vom Verband der PVS bereits eingeholte betriebswirtschaftliche Kalkulation der bestehenden GOÄ-Leistungen wird BÄK zur Verfügung gestellt
- Mit der Folge, dass die BÄK dieses Instrument auch zur Kalkulation der neuen GOÄ-Ziffern verwendet (Neu-Kalkulation!)
- Aktuell sind PVS-Vertreter in der neuen Arbeitsgruppe zur Novellierung der GOÄ beratend tätig (ebenfalls vertreten: PKV, Beihilfe, BMG)

# I. Neue GOÄ – Ziele

- GOÄ von 1982 ( letzte Teilaktualisierung 1996) muss durch eine dem aktuellen medizinischen Versorgungsstandard entsprechende Gebührenordnung abgelöst werden
- Sie muss dem gewandelten Versorgungsbedarf und dem Bedarf der älter werdenden Bevölkerung entsprechen
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ
- Sie soll verständlich und transparent sein (Abrechnungskonflikte und Auslegungsfragen reduzieren)
- Wesentlicher Punkt: Zielleistungsprinzip !
- Interessenausgleich gemäß § 11 Satz 3 BÄO (Bundesärzteordnung) muss gewahrt bleiben

# I. Neue GOÄ - Einblick

## **Rahmenvereinbarung und Festlegung der Eckpunkte zur Novellierung vom 08.11.2013 zwischen BÄK und PKV-Verband**

- Einigung zwischen BÄK und PKV-Verband auf ein gemeinsames Konzept, sowie die Einbeziehung der Beihilfe als Voraussetzung einer Reform (wiederholte Anforderung der Bundesregierung)
- Einvernehmen der Beteiligten, dass ärztliche und nichtärztliche Leistungskomponenten unter betriebswirtschaftlichen Grundsätzen bewertet werden müssen (neue Bewertungsstruktur)
- Regelmäßige und zeitnahe Aktualisierung (med. Fortschritt und Kostenentwicklung)
- Wesentliche „Stellschrauben“ sollen erhalten bleiben, z.B. Pflicht zur Festsetzung von Mindest- und Höchstsätzen für ärztliche Leistungen gemäß § 11 Satz 2 BÄO (Steigerungsfaktor), Analogleistungen, Wahlartzkette, pers. Leistungserbringung

# I. Neue GOÄ - Einblick

## **Rahmenvereinbarung und Festlegung der Eckpunkte zur Novellierung vom 08.11.2013 zwischen BÄK und PKV-Verband**

- Gemeinsame Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ für privatärztliche Leistungen (letztverantwortlich bleibt BMG)
- 3-Jahre-Einführungsphase (insb. Honorarentwicklung, Maßnahmen zur Erfassung von Auswirkungen der Novellierung, Risikominimierung)
- Förderung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung (Konkretisierung der pers. Leistungserbringung, Voraussetzungen (Qualifikation, Ausstattung und Struktur) bei hochkomplexen Leistungen und entsprechender Behandlung)
- Medizinische Notwendigkeit von Leistungen (Abgabe gemeinsamer Bewertungen zu innovativen Leistungen, auch als Basis für Tarifbestimmungen PKV)
- Einigung auf Vorschläge für Anpassung /Änderung der gesetzlichen Grundlagen (BÄO)

# I. Neue GOÄ -Ausblick

## **Beschlussfassung des 117. Deutschen Ärztetages - 2014**

- Bundesminister Gröhe erklärt GOÄ-Novellierung ausdrücklich zum Ziel seiner Regierungsarbeit in dieser Legislaturperiode – vorausgesetzt BÄK, PKV und Beihilfe erzielen Konsens
- Einarbeitung des med. Fortschritts in die GOÄ und Berücksichtigung des Inflationsausgleichs (1996-2014 - Anstieg des Verbraucherpreisindex um 31,8 %!)
- Instrumente implementieren, die regelmäßig und zeitnah Anpassung am med. Fortschritt sicherstellen (ZKA bleibt, neues Gremium lehnt BÄK ab)
- Entspricht in weiten Teilen der Rahmenvereinbarung

# I. Neue GOÄ – Es geht voran

## **Vorstellung und Übergabe des Informationspakets GOÄneu an das Bundesministerium für Gesundheit Ende März 2015**

- Leistungsstruktur, -legenden und Abrechnungsbestimmungen für allg. und Grundleistungen (Konsens BÄK, PKV und Beihilfe)
- Laborleistungsstruktur, -legenden und Abrechnungsbestimmungen (ebenfalls konsentiert)
- Paragraphenteil und wesentliche (Top 400) Gebührenpositionen (in fortgeschrittener Beratung)
- Durchführungsvereinbarung
- Gemeinsame Gesetzesinitiative BÄK, PKV und Beihilfe zur Novellierung der GOÄ
- Weitere terminierte Sitzungen der Arbeitsgruppen

## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### Problemdarstellung

- Ärztliche Leistungen werden von der PKV anstandslos erstattet
- Rückforderung im „Massenverfahren“
- Nachweis durch tabellarische arztbezogene Auflistung rückwirkend bis zur Verjährungsgrenze
- Argumentation: kurz, ziffernbezogen, z.B. Verweis auf BÄK-Beschlüsse (nicht konsentiert!)
- Rückforderungsanspruch meist gegenüber PVS oder ggf. direkt gegen Arzt gerichtet
- Arzt hat Ausgleich für ärztl. Leistung erhalten, dieser „Lohn“ wird zurückgefordert



## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### Anspruchsgrundlage

#### ■ § 194 Abs. 2 VVG

„Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden. (...)“

#### ■ § 86 Abs. 1 VVG

„(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.“

## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### Aktivlegitimation der PKV ?

- Nach dem Wortlaut - ges. Forderungsübergang (cessio legis)
- Vor der VVG- Reform konnte die Abtretung eines Honorarrückforderungsanspruchs des Patienten gegenüber dem leistungserbringenden Arzt an die PKV durch Vereinbarung zwischen Arzt und Patient ausgeschlossen werden
- Heute kaum Gegenargumentation möglich: Spezialgesetzliche Regelung, Entstehungsgeschichte und Schutzzweck der Norm
- Obliegenheitsverpflichtung („Mitwirkung“) des Versicherungsnehmers gemäß § 86 Abs. 2 VVG steht der Vereinbarung eines Abtretungsverbots zwischen Patient/Arzt entgegen
- Fazit: Aktivlegitimation der PKV liegt vor

## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### Rückforderungsausschluss ?

- § 814 BGB

„Das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete kann nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach.“

- Patient hat (idR) keine pos. Kenntnis /Beweislast beim Leistungsempfänger
- § 194 II iVm § 86 I VVG greift auch dann, wenn PKV in Kenntnis der Nichtschuld leistet – Schutzzweck der Norm
- Begleichung der Honorarforderung ist KEIN Anerkenntnis
- Ausnahme: bes. Umstände die Wertung zulassen (BGH uneinheitlich)
- Verstoß gegen Treu und Glauben, § 242 BGB ?

## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### **Fragestellung und Vorgehensweise**

- Prüfung des Rückforderungsanspruchs formell und materiell
- Gerichtliche Klärung sinnvoll? (Klärung streitige Frage/Rechtslage eindeutig)
- Vorgehensweise mit dem Arzt abstimmen und ihn hinsichtlich des Klagerisikos beraten (Kosten, Zeit, Öffentliches Interesse)
- Vergleich denkbar ? (Argumente sprechen für beide Seiten)
- Schriftverkehr mit PKV aufnehmen, formal-juristisch und gebührenrechtliche Argumente (hier ist Ausdauer gefragt !)
- Ggf. PKV zur Einzelfallprüfung auffordern
- Rückforderungsanspruch zurückweisen/ anerkennen/ ggf. Vergleich

## II. Rückforderungsansprüche der PKV

### **Abtretungsverbot – unangemessene Benachteiligung des Arztes?**

- Wenn § 194 Abs. 2 VVG i.V.m. § 86 VVG als gesetzlicher Forderungsübergang konzipiert, den Schutzzweck hat, den Versicherungsnehmer aus einer Abrechnungstreitigkeit zwischen Versicherung und Arzt herauszuhalten, so müsste dies umgekehrt auch für den Arzt gelten.
- Derzeit zwingt § 6 Abs. 6 MB/KK den behandelnden Arzt, dessen Honorar von der privaten Krankenversicherung des Patienten nicht vollumfänglich erstattet wurde, seine Patienten ggf. auf Zahlung des Restbetrages zu verklagen (ungeachtet des Gesundheitszustandes, des Alters oder der damit verbundenen Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis)
- Das Abtretungsverbot in § 6 Abs. 6 MB/KK begünstigt die PKV, in dem ihr ermöglicht wird den Versicherungsnehmer „außen vor zu lassen“. Eine solche Option müsste dem behandelnden Arzt ebenfalls eröffnet werden.(Streitfrage wäre gerichtlich zu klären)

## III. Honorararztproblematik

### **Praktische Auswirkungen im Rahmen der Abrechnungsverhältnisse**

- Problemdarstellung durch Kollegen Herrn Dr. Makoski bereits erfolgt
- Ärzte durch BGH- Entscheidung verunsichert
- Änderung der Kooperationsvereinbarung mit dem KH-Träger
- Anstellungsverhältnis mit / ohne Liquidationsrecht
- In laufenden Fällen – keine Aussicht auf Erfolg den Honoraranspruch durchzusetzen (wenn PKV Honorararztstatus erkannt und beanstandet hat)

## III. Honorararztproblematik

### **(Be)trifft die Problematik auch den Belegarzt?**

- PKV argumentiert gleichlautend zur Honorararztproblematik bei belegärztlichen Leistungen
- Relevanz ausschließlich bei privat zusatzversicherten Patienten
- Zulässigkeit der Erstellung einer Privatliquidation für belegärztliche Leistungen bei privat zusatzversicherten Patienten oder Pflicht zur Abrechnung mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger?
- Problematik betrifft auch „mitbehandelnde“ Ärzte (Operateur – Belegarzt, Anästhesie – hinzugezogener niedergelassener Arzt)

## III. Honorararztproblematik

### **Ablehnung der Erstattung privatärztlicher Belegarztleistungen - Argumentation der PKV**

- Belegärztliche Leistungen sind keine Wahlleistungen
- Wahlleistungen sind eindeutig in § 17 Abs. 3 KHEntgG definiert
- Belegarzt räumt sich das Liquidationsrecht selbst ein
- Belegarzt ist nicht am Krankenhaus angestellt und kommt daher als Wahlarzt nicht in Betracht
- Belegärzte sind unabhängig von der Differenzierung des § 121 SGB V, also als klassischer Belegarzt oder als Honorar-Belegarzt, nicht angestellte Ärzte des Krankenhauses
- Verweis auf § 18 Abs. 8 Nr. 2 und 3 BMV-Ä
- Bestätigende Rspr:       LG München, Az.: 31 S 10595/10 vom 31.05.2011  
                                  LG Regensburg, Az.: 2 S 118/12 vom 11.12.2012



## III. Honorararztproblematik

### Belegarzt - Rechtliche Grundlagen

- § 18 Abs. 1 KHEntgG „Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. (...)“
- § 121 Abs. 3 SGB V „Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. (...)“
- § 18 Abs. 8 Satz 3 BMV-Ä „Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, ( Nr. 1...)“
  - Nr. 2 – Verlangen auf eigene Kosten behandelt zu werden
  - Nr. 3 - Leistungen nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung
- In beiden Fällen schriftliche Zustimmung/Bestätigung

## III. Honorararztproblematik

### Belegarzt – mögl. Voraussetzungen der Privatliquidation

- Patient ist privat vollversichert – keine Besonderheiten
- Patient ist ges. krankenversichert und privat zusatzversichert – Prüfung, ob belegärztliche Leistungen zu 100% Bestandteil des privaten Krankenversicherungsvertrages sind
- Pflicht zum Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages in jedem Fall?
- Schutzzweck des § 18 Abs. 8 Nr. 2 und 3 BMV-Ä einschlägig auch bei privatem Krankenversicherungsstatus mit 100% Belegarztleistungen?
- Klärung des Umfangs der privaten Zusatzversicherung Patient oder Arzt?
- § 630 c Abs. 3 BGB wirtschaftlich Aufklärungspflicht des Arztes besteht „nur“ bei positiver Kenntnis oder hinreichenden Anhaltspunkten für „Nichterstattung“

## III. Honorararztproblematik

### Belegarzt – Beratung

- Bisherige Rechtsprechung sieht den Arzt in der Pflicht zur schriftlichen Aufklärung, ungeachtet des Umfangs der privaten Zusatzversicherung des Patienten
- Abschluss eines Behandlungsvertrages (Schriftformerfordernis) mit folgendem Inhalt anzuraten:
  - Unabhängig von einem bestehenden Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wünscht der Patient die privatärztliche Behandlung (§ 18 Abs. 8 BMV-Ä).
  - Abrechnung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung
  - Unabhängig von Erstattung der privatärztlichen Leistungen, Pflicht Kosten für die ärztliche Behandlung selbst zu tragen
  - Information gemäß § 630c Abs. 3 BGB

# Kontakt

**Daniela Kessler, Teamleitung Recht  
PVS Südwest GmbH**

Tel.: 0621 164-321

Fax: 0621 164-5321

E-Mail: [daniela.kessler@pvs-suedwest.de](mailto:daniela.kessler@pvs-suedwest.de)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**