

Geschäftsnummer:  
163 C 34297/09

### Endurteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klagepartei EUR 1.323,68 nebst Zinsen i.H.v. 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 24.03.2009 zu bezahlen.
2. Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte.
3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.
4. Der Streitwert wird auf EUR 1.323,68 festgesetzt.

**Tatbestand:**

Die Parteien streiten um die Rückzahlung von ärztlicher Vergütung.

Die Klägerin ist ein privates Krankenversicherungsunternehmen. Die Beklagte ist niedergelassene Fachärztin für Chirurgie. Der Versicherungsnehmer der Klägerin, Herr Philipp Auer, befand sich bei der Beklagten in der Zeit vom 11.03.2008 bis 12.03.2008 in ärztlicher Behandlung. Der Versicherungsnehmer ist bei der Klägerin im Rahmen eines Ergänzungstarifs zur gesetzlichen Krankenversicherung, der eine 100 %-ige Kostenerstattung für belegärztliche Leistungen vorsieht, versichert. Am 07.03.2008 schlossen der Versicherungsnehmer der Klägerin und die Beklagte eine schriftliche Honorarvereinbarung betreffend die streitgegenständliche ärztliche Behandlung ab. In dieser Honorarvereinbarung heißt es unter anderem wie folgt:

"Für die OP-Planung (... ) erfolgt die Abrechnung gemäß GOÄ je nach Leistung zwischen dem einfachen und 3,5-fachen Steigerungssatz (... ). Nach im Einzelfall persönlicher Erläuterung werden für die operativen Leistungen gemäß § 2 GOÄ folgende von den Bestimmungen des § 5 GOÄ abweichende Gebührenregelung vereinbart. Die Begründung für den Steigerungsfaktor ergibt sich aus der speziellen operativen Leistung, die im OP-Bericht ausführlich erläutert wird (... ). Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht/ nicht im vollem Umfang gewährleistet ist."

Die Leistungen der Beklagten wurden dem Versicherungsnehmer der Klägerin mit Rechnungen vom 11. u. 12.03.2008 in Rechnung gestellt. Die Leistungen wurden als belegärztliche Behandlung liquidiert. Die Rechnungen wurden von dem Versicherungsnehmer der Klägerin in voller Höhe ausgeglichen. Mit Erklärung vom 31.08.2008 trat der Versicherungsnehmer der Klägerin etwaige Rückforderungsansprüche gegen die Beklagte an die Klägerin ab. Eine Rückerstattung des Rechnungsbetrags ist durch die Beklagte trotz Aufforderung durch die Klägerin bislang nicht erfolgt.

Die Klägerin ist der Ansicht, die zwischen ihrem Versicherungsnehmer und der Beklagten geschlossene Honorarvereinbarung erfülle nicht die Voraussetzungen einer Vereinbarung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (BMV-Ä/EKV) für eine belegärztliche Abrechnungsfähigkeit der Leistungen.

**Die Klägerin beantragt, die Beklagte kostenpflichtig zu verurteilen, an die Klägerin 1.323,68 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.**

Geschäftsnummer:  
163 C 34297/09

**Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.**

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf das zu den Akten gelangte schriftliche Parteivorbringen nebst Anlagen sowie auf das Sitzungsprotokoll vom 07.04.2010 Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe:**

1. Die zulässige Klage ist begründet.

~~Der Klägerin steht gegen die Beklagte aus abgetretenem bzw. übergegangenem Recht ein Anspruch auf Rückzahlung der von ihrem Versicherungsnehmer an die Beklagte gezahlten 1.323,68 Euro zu, §§ 812 Abs. 1 S. 1 BGB i. V. m. § 398 BGB, § 67 VVG alte Fassung. Mangels wirksamer Vergütungsvereinbarung gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä, § 21 Abs. 8 BMV-Ä/EKV bestand kein Rechtsgrund für die Leistung des Versicherungsnehmers. Gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä, § 21 Abs. 8 BMV-Ä/EKV besteht ein privater Vergütungsanspruch eines Vertrags-/Belegarztes nur, wenn und insoweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertrags-/Belegarzt schriftlich bestätigt. Die zwischen dem Versicherungsnehmer der Klägerin und der Beklagten am 07.03.2008 geschlossene Honorarvereinbarung genügt zwar dem Schriftformerfordernis, nicht aber den inhaltlichen Anforderungen der vorgenannten Bestimmungen. Denn diese Honorarvereinbarung dokumentiert nicht in ausreichendem Maße den ausdrücklichen Wunsch des Versicherten, auf eigene Kosten privatärztlich behandelt zu werden. Zwar besagt die streitgegenständliche Honorarvereinbarung, dass eine Abrechnung der ärztlichen Leistungen gemäß GOÄ erfolgen soll und wird der Versicherte darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht (im vollem Umfang) gewährleistet ist. Es geht jedoch aus der Honorarvereinbarung nicht hinreichend klar hervor, dass der Versicherte trotz des bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich eine privatärztliche Behandlung wünsche. Vielmehr ist Gegenstand der streitgegenständlichen Honorarvereinbarung im Wesentlichen die Vereinbarung einer von den Bestimmungen des § 5 GOÄ abweichenden Gebührenregelung gemäß § 2 GOÄ. Demnach handelt es sich um eine Honorarvereinbarung im Sinne von § 2 GOÄ. Als solche genügt sie jedoch auf Grund des unterschiedlichen Regelungszwecks nicht gleichzeitig den Anforderungen der §§ 18 Abs. 8 BMV-Ä, 21 Abs. 8 BMV-Ä/EKV. Während bei einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 GOÄ dem Zahlungspflichtigen vor Augen geführt werden soll, dass für die ärztlichen Leistungen eine von den üblichen Gebühren der GOÄ abweichende Gebührenhöhe in Rechnung gestellt werden wird, bezwecken § 18 Abs. 8~~

Geschäftsnummer:  
163 C 34297/09

42

BMV-Ä, § 21 Abs. 8 BMV-Ä/EKV, dem Versicherten Klarheit darüber zu verschaffen, dass er durch die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen eine ausreichende ärztliche Behandlung erfährt und dass er, sollte er dennoch eine privatärztliche Behandlung wünschen, die Kosten hierfür grundsätzlich selbst zu tragen hat. Dieser Schutzzweck ist nur erfüllt, wenn die mit dem Versicherten abgeschlossene Honorarvereinbarung seinen ausdrücklichen Wunsch nach privatärztlicher Behandlung und Privatliquidation der ärztlichen Leistungen trotz bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dokumentiert. Daran fehlt es im vorliegenden Fall. Insoweit unterscheidet sich die streitgegenständliche Honorarvereinbarung auch maßgeblich von der der Entscheidung des Landgerichts Traunstein vom 06.12.2006, AZ: 3 S 1543/06 zugrundeliegenden privatärztlichen Vereinbarung, in der der Versicherte sich ausdrücklich damit einverstanden erklärte, dass ihm für die von ihm gewünschte ärztliche Behandlung eine Privatliquidation gestellt werde.

2. Der Zinsanspruch folgt aus §§ 288, 291 BGB.
3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit richtet sich nach § 709 ZPO, die der Streitwertfestsetzung nach §§ 63 Abs. 2, 48 Abs. 1 Satz 1 GKG, § 3 ZPO.