

# Der Behandlungsvertrag – Wann ist eine schriftliche Vereinbarung sinnvoll?

*Jede Kinder- und Jugendarztpraxis kennt das Problem: Privatversicherte Patienten erhalten nicht alle erbrachten ärztlichen Leistungen von ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) oder der Beihilfe erstattet. Rechnungen für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden nicht bezahlt oder der Patient (gesetzlich oder privat versichert) legt keine Versichertenkarte vor. All diese Situationen bergen das Risiko, dass die Praxis nicht ihr vollständiges Honorar erhält. Dieser Aufsatz widmet sich der Frage, ob dies durch einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten vermeidbar oder zumindest besser lösbar ist.*



Dr. iur.  
Juliane Netzer-Nawrocki



Dr. iur. Daniel Gröschl

## Grundsatz

Ärzte und ihre Patienten schließen immer einen **Behandlungsvertrag** ab. Dies geschieht allein dadurch, dass sich der Patient – ganz gleich ob gesetzlich oder privat versichert – in die Behandlung bei einer(m) niedergelassenen Ärztin/Arzt begibt. Der Vertrag (Angebot auf Erbringung ärztlicher Leistungen und dessen Annahme) kommt dabei durch schlüssiges – sog. konkludentes – Handeln zustande. Es handelt sich um einen **Dienstleistungsvertrag** (§ 630a BGB), wonach der Arzt die Behandlung und der Patient aufgrund üblicher Erwartung, auch wenn nichts Ausdrückliches dazu vereinbart ist (§ 612 BGB), die Vergütung schuldet. Bei gesetzlich versicherten Patienten gelten hinsichtlich der Vergütung spezielle Regelungen aufgrund der systemischen Einbindung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen (sog. vertragsärztliches Vierecksverhältnis); hierbei schuldet jedenfalls der Patient keine Vergütung.

Außer bei Honorarvereinbarungen (die speziellen Vorgaben folgen; vgl. § 2 GOÄ), gilt bei Selbstzahlern ausschließlich die GOÄ (§ 1 GOÄ). Aus diesem Grund darf ein Arzt auch **keine** von der GOÄ nicht vorgesehenen **Pauschalen** berechnen, und eine **Rechnung** wird erst fällig, wenn sie **ordnungsgemäß**, also vollständig korrekt ist (§ 12 GOÄ).

Aus all dem folgt, dass

- a. Privatpatienten zur Zahlung der in Rechnung gestellten ärztlichen Leis-

tungen – unabhängig von der Erstattung durch ihre private Krankenversicherung – immer verpflichtet sind, wenn die Rechnungslegung ordnungsgemäß ist und den Regeln der GOÄ entspricht, und

- b. niedergelassene Ärzte bei Privatpatienten einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließen können, es aber keineswegs müssen.

Der schriftliche Behandlungsvertrag dient daher letztlich (nur) einer bestmöglichen Dokumentation – eine Motivation, die jeder für sich selbst ermitteln kann.

## Mögliche Konfliktfälle

Es sind indes bestimmte Fallkonstellationen denkbar, in denen der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages durchaus sinnvoll erscheint – beispielsweise weil die Praxis in diese schriftliche Vereinbarung weitere Informationen und Feststellungen aufnehmen kann, die wiederum durch Unterschrift der gesetzlichen Vertreter des Patienten ausdrücklich bestätigt werden.

## IGeL

Im Rahmen der Erbringung und Abrechnung sog. Individueller Gesundheitsleistungen bei gesetzlich versicherten Patienten trifft den Kinder- und Jugendarzt eine besondere wirtschaftliche **Aufklärungspflicht**. Die diesbezüglichen Angaben (konkret gewünschte Leistung, Kostenaufstellung nach der GOÄ, Bestä-

tigung der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Vertreter) können in einem schriftlichen Behandlungsvertrag fixiert werden.

## Honorarvereinbarung

Gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ kann der Kinder- und Jugendarzt über eine Honorarvereinbarung einen **abweichenden höheren Steigerungssatz** mit dem privat versicherten Patienten vereinbaren. Dies muss gemäß § 2 Abs. 2 GOÄ nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Ärztin/Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung in einem Schriftstück vereinbart werden. Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Die pädiatrische Praxis hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhandigen.

## Nichtvorlage der Versichertenkarte

Nicht selten kommt es vor, dass der privat oder gesetzlich versicherte Patient keine Versichertenkarte vorlegt und die Praxis nicht weiß, auf welcher Grundlage sie ihre Leistungen berechnen soll. Grundsätzlich ist der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt vertragsarztrechtlich zur Behandlung verpflichtet (§ 13 Abs. 7 BMV-Ärzte). Zur Abrechnung gilt Folgendes, wobei zwischen der regulären Sprechstunde und der Behandlung in der Notfallpraxis oder im Bereitschaftsdienst zu unterscheiden ist:

Für die **Behandlung in der Notfallpraxis** oder im **Bereitschaftsdienst** kommt es im Ergebnis darauf an, ob das Kind im Zeitpunkt der Behandlung gesetzlich krankenversichert war oder nicht. Hieran richtet sich alles aus. Besteht keine gesetzliche Krankenversicherung, kann der Kinder- und Jugendarzt privat liquidieren. Es gelten zum Behandlungsvertrag die oben dargestellten Grundsätze. Ist der Patient jedoch gesetzlich krankenversichert, gilt grund-

sätzlich das sogenannte „Ersatzverfahren“ gemäß Anlage 4a zum BMV-Ärzte (dort Anhang 1, Ziffer 2.3 und 2.5) und eine zunächst erfolgende Privatliquidation, die vom Kinder- und Jugendarzt wieder erstattet wird, wenn für den Patienten seine Krankenkassenkarte vorgelegt wird, scheidet – jedenfalls dann, wenn eine tatsächliche Notfallbehandlung vorliegt – aus. Ein schriftlicher Vertrag hilft hier nicht.

Denkbar wäre hier aber, dass die gesetzlichen Vertreter des Patienten – wenn sie keine Krankenversicherungskarte vorlegen und **keine Notfallbehandlung medizinisch erforderlich ist (!)**, die Eltern aber gleichwohl eine sofortige Behandlung wünschen – eine Übernahme der Behandlungskosten auf Selbstzahlerbasis, also privat, vereinbaren. Hierfür wäre dann eine **schriftliche Vereinbarung** aufzusetzen, die über die Höhe der Kosten aufklärt und eine ausdrückliche Erklärung zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Vertreter vorsieht und zwar unter Berücksichtigung von § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ärzte.

Für die Behandlung in der **regulären Sprechstunde** gilt Folgendes: Wird die **elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt**, besteht gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 1 und Abs. 9 BMV-Ärzte die Möglichkeit zur Privatliquidation. Die Praxis kann nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn **bis zum Ende des Quartals** eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte oder ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird. Die Praxis nimmt den Fall sodann in ihre Quartalsabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf. Für diese Konstellation empfiehlt sich die Abfassung eines **schriftlichen Behandlungsvertrages**, in welchem das Prozedere – insbesondere bezüglich der fristgerechten, **nachträglichen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte** – beschrieben wird und der Patient bzw. die gesetzlichen Vertreter dies durch ihre Unterschrift bestätigen.

## Sonderfall: privater Abrechnungsdienstleister

Rechnet die pädiatrische Praxis bei der Behandlung von privatversicherten Pati-

enten nicht selbst gegenüber diesen bzw. den gesetzlichen Vertretern ab, sondern leitet die Abrechnungsunterlagen an einen privaten **Abrechnungsdienstleister** weiter, so benötigt sie bzgl. der Weitergabe der patientenbezogenen Daten das **Einverständnis der gesetzlichen Vertreter**. Dieses Einverständnis kann – mit deutlicher Hervorhebung – im Rahmen des Abschlusses eines schriftlichen Behandlungsvertrages erklärt werden oder aber auch als isolierte Einzelerklärung abgegeben werden. Wichtig ist in beiden Fällen, dass diese Erklärung zur Patientendokumentation genommen wird.

## Fazit

Es lässt sich also festhalten, dass ein **schriftlicher Behandlungsvertrag** auch bei der Behandlung privat versicherter Patienten **regelmäßig nicht erforderlich** ist. Für **einzelne Fallgestaltungen** ist die Verschriftlichung der Vergütungsgrundsätze jedoch, wenn man das anstrebt, aus Dokumentationsgründen **sinnvoll**. Dabei stellt sich naturgemäß auch immer die Frage, wer diese Erklärung unterzeichnen muss und ob die Erklärung eines Sorgeberechtigten ausreicht. Dies ist zum einen von der Sorgerechtsituation (getrennt lebend, geteiltes oder gemeinsames Sorgerecht in Gesundheitsfragen usw.) aber auch von der Art der Behandlung (Notfallbehandlung, Routineeingriff, schwerer Eingriff) sowie von den möglichen Folgen der (Nicht)Behandlung abhängig. Hierzu gibt es eine Vielzahl kasuistischer Rechtsprechung, die jeweils einzelfallbezogen eine Abwägung vornimmt.

*Die Darstellung bleibt einem weiteren Beitrag vorbehalten.*

### Korrespondenzanschrift:

*Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki,  
Rechtsanwältin und Fachanwältin  
für Medizinrecht  
Dr. iur. Daniel Gröschl, Rechtsanwalt und  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht  
(www.moellerpartner.de)  
Die Anwälte der Kanzlei sind als  
Justiziare des BVKJ e.V. tätig.*

*Red.: WH*