

# BEIM ARZTBESUCH UNNÖTIG ZUR KASSE GEBETEN?

Berichte von Verbraucher:innen, die für ärztliche Leistungen bezahlen mussten, obwohl diese regulär von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden

14.10.2024

## VERBRAUCHERRELEVANZ

In Deutschland übernimmt im Regelfall die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Behandlungskosten, wenn Patient:innen eine Arztpraxis aufsuchen. Das Spektrum der grundsätzlich abgedeckten Leistungen reicht von notwendigen Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu medizinischen Behandlungen bei Erkrankungen und Impfungen.

Gesetzlicher Anspruch und Versorgungsalltag klaffen jedoch bisweilen auseinander: Selbstzahlerangebote bzw. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) haben sich in den Arztpraxen etabliert. Dabei geht es häufig um Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von den Ärzt:innen als sinnvoll dargestellt und den Patient:innen nahegelegt werden. Für Ärzt:innen ist das IGeL-Geschäft lukrativ, weshalb von einer weiteren dynamischen Entwicklung auszugehen ist.

Besonders problematisch für Verbraucher:innen ist es, wenn Leistungen, die von der Krankenkasse übernommen werden, ausschließlich als IGeL bzw. Selbstzahlerleistungen angeboten werden. Denn dies kann Verbraucher:innen vor finanzielle Herausforderungen stellen, wenn sie sich trotz bestehender Krankenversicherung gezwungen sehen, für notwendige medizinische Maßnahmen selbst aufzukommen. Eine Abhängigkeit der medizinischen Versorgung vom finanziellen Status der Patient:innen steht im klaren Widerspruch zum Solidarprinzip der GKV. Eine gute medizinische Versorgung muss allen Menschen unabhängig von ihrer finanziellen Lage offenstehen.

## AKTUELLE VERBRAUCHERMELDUNGEN

Um einen aktuellen Eindruck von dem geschilderten Sachverhalt zu erhalten, hat der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) den Verbraucheraufruf „Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?“ gestartet<sup>1</sup>, in dem Verbraucher:innen ihre Erfahrungen schildern können. Zwischen dem 29. Februar und dem 16. September 2024 sind insgesamt 297 Meldungen dazu eingegangen.

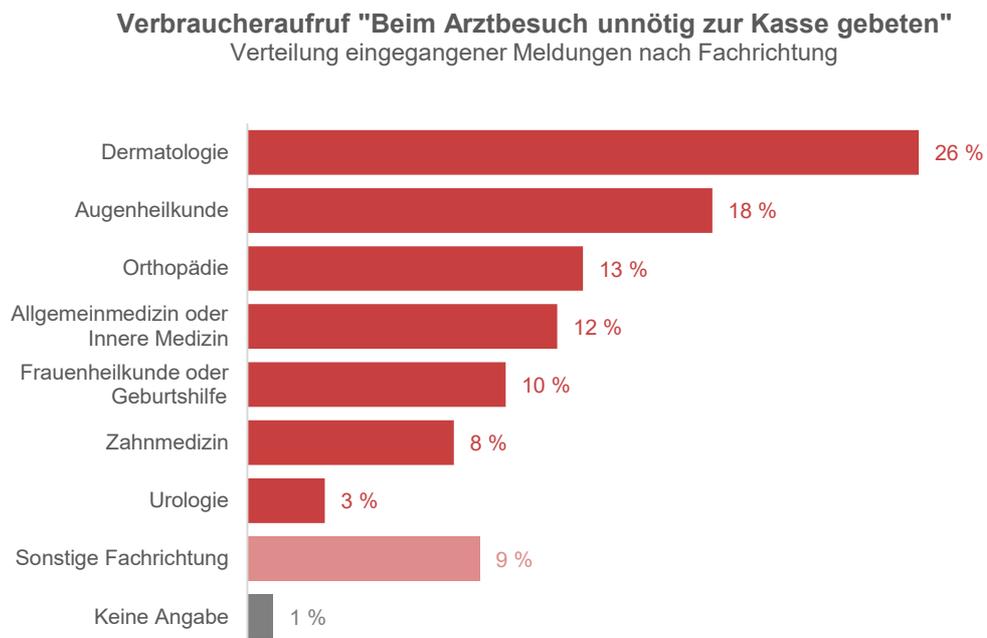
---

<sup>1</sup> Verbraucher:innen können sich über folgende Internetseite weiterhin an dem Verbraucheraufruf beteiligen: <https://www.verbraucherzentrale.de/marktbeobachtung/beim-arztbesuch-unnoetig-zur-kasse-gebeten-92729>

Insgesamt gibt es Rückmeldungen zu diversen Facharzttrichtungen. Die meisten Rückmeldungen betrafen Ärzt:innen für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologie), gefolgt von Ärzt:innen der Augenheilkunde, der Orthopädie und der Allgemein- oder Inneren Medizin (vgl. Abbildung 1). Größtenteils (85 Prozent) wird über medizinische Leistungen berichtet, die im Zeitraum von 2022 bis 2024 durchgeführt wurden. In knapp einem Fünftel der eingegangenen Meldungen (19 Prozent) berichteten Verbraucher:innen, nicht über die privat zu tragenden Kosten im Vorfeld der Behandlung informiert worden zu sein. In zwei Drittel der Fälle (66 Prozent) berichteten sie, dass sie trotz der Kosten die medizinische Leistung in Anspruch genommen haben.

Inhaltlich abgefragt wird im Rahmen des Verbraucheraufrufs, um welche ärztliche Leistung es sich handelt, inwieweit die Leistung aus Sicht der Patient:innen eine Kassenleistung darstellt und wie die Ärzt:innen die Selbstzahlung begründet haben. Verbraucher:innen berichteten dabei von Problemen bei ärztlichen Leistungen aus den Bereichen Vorsorge / Früherkennung, Diagnostik und Behandlung.

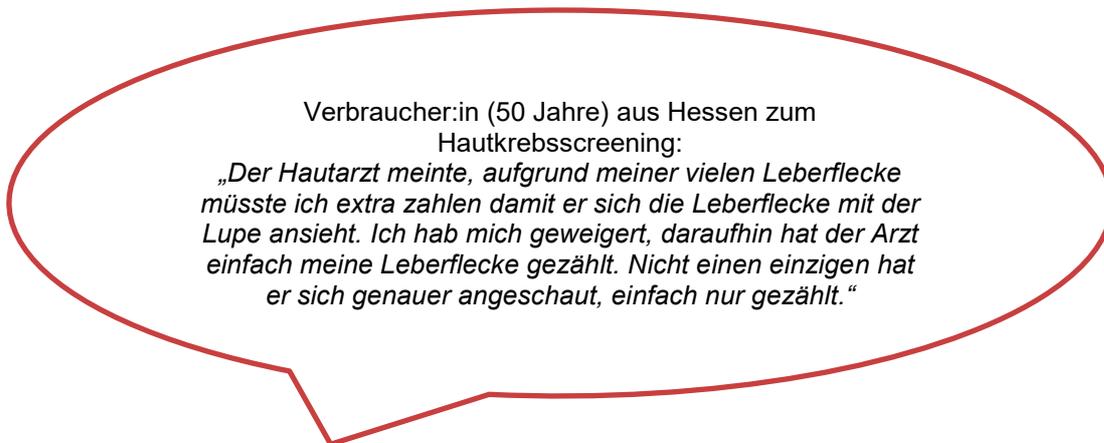
Abbildung 1



Basis: 297 Meldungen von Verbraucher:innen

Hinweis: Die dargestellten Werte stellen ausschließlich die Verteilung der eingegangenen Meldungen dar. Rückschlüsse auf die Häufigkeit der Probleme in der Gesamtbevölkerung sind daraus nicht ableitbar. Die Summe der einzelnen Prozentwerte weicht rundungsbedingt von 100 Prozent ab.

## Vorsorge und Früherkennung



Die meisten Verbrauchermeldungen (26 Prozent) betrafen das Fachgebiet der Dermatologie. Davon größtenteils (70 von 77 Meldungen) die Untersuchung der Hautkrebsfrüherkennung, die ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre von der Krankenkasse zur Regelleistung gehört. Verbraucher:innen berichteten unter anderem, dass sie entweder für die Kosten des Hautkrebsscreenings komplett selbst aufkommen mussten oder Zuzahlungen zur Behandlung leisten mussten, zum Beispiel für die Nutzung eines Auflichtmikroskops. In dem Zusammenhang berichteten Verbraucher:innen zum Teil auch, dass in ihrem näheren Wohnumfeld keine Ärzt:innen die gesetzliche Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung als Kassenleistung anboten.

Rückmeldungen gab es auch zu anderen Untersuchungen, die unter bestimmten Voraussetzungen Kassenleistung sind. Meist sind dies ein erhöhtes Krankheitsrisiko, ein begründeter Krankheitsverdacht oder eine bereits vorliegende Erkrankung. Liegt eine solche medizinische Begründung (Indikation) vor, dann sind zum Beispiel die Untersuchung auf Glaukom<sup>2</sup> und die Messung der Knochendichte (Osteodensitometrie) gesetzliche Leistungen (in festgelegten zeitlichen Abständen) und die Kosten werden vollständig von den Krankenkassen übernommen. Verbraucher:innen berichten, dass sie die Untersuchung auf Glaukom zahlen mussten, obwohl individuelle Risikofaktoren vorlagen oder die Untersuchung aus Verbrauchersicht wegen eines begründeten Krankheitsverdachts durchgeführt werden sollte. Und auch die Knochendichtemessung mussten Verbraucher:innen in solchen Fällen selbst zahlen, in denen nach eigenen Angaben die Voraussetzungen für die Kassenleistung vorlagen.

In einer Meldung berichtete ein:e Verbraucher:in, dass im Rahmen der Darmkrebsvorsorge für die Kosten eines Stuhltests gezahlt werden sollte, weil der Stuhltest, der von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird, nicht in der Praxis angeboten werde. In einer anderen Meldung wurde berichtet, dass für die Durchführung einer Darmspiegelung eine Zuzahlung verlangt wurde, weil laut Aussage des behandelnden Arztes die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen würden.

---

<sup>2</sup> Glaukom ist ein Sammelbegriff für verschiedene Augenkrankheiten, bei denen der Sehnerv geschädigt wird und die zur Erblindung führen können. Weitere Informationen sind verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/glaukom-was-kann-eine-frueherkennung-leisten.html> (eingesehen am 29.08.2024)

Zudem gibt es Berichte über Zahlungen für eigentlich von der Krankenkasse übernommene Impfungen und Verhütungsmittel. So berichteten Verbraucherinnen, dass sie für das Einsetzen einer Spirale zahlen mussten, obwohl sie aufgrund ihres Alters Anspruch auf diesen Eingriff als Kassenleistung hatten. Ebenso wurde von kostenpflichtigen Untersuchungen oder Beratungen im Vorfeld einer Corona-Schutzimpfung und einer kostenpflichtigen Meningokokken-B-Impfung berichtet – letztere ist seit 2024 Kassenleistung.

## Diagnostik

Verbraucherin aus Nordrhein-Westfalen (35 Jahre) zur  
Ultraschalluntersuchung:

*“Ich sollte einen Brustultraschall bezahlen. Es lag eine Symptomatik vor, bei der ein Ultraschall indiziert war. Der Arzt wies mich auf selbst zu tragende Kosten hin. Ich fragte, ob der Ultraschall indiziert ist oder nicht. Dies bejahte er. Dann sagte ich, dann könne er den ja auch mit der Kasse abrechnen. Sollte er den nicht abrechnen können, würde ich auf den Ultraschall verzichten. Daraufhin bekam ich das Ultraschall und er hat dieses erfolgreich mit der Kasse abgerechnet.“*

Rückmeldungen gibt es darüber hinaus zu diagnostischen Maßnahmen einschließlich bildgebender Verfahren und Labordiagnostik. Verbraucherinnen berichten unter anderem, dass sie für eine Ultraschalluntersuchung der Brust mitunter selbst zahlen mussten, obwohl ein begründeter Verdacht auf eine bösartige Veränderung vorlag oder sie eine Überweisung von einem Facharzt bzw. einer Fachärztin hatten. Ähnlich verhielt es sich bei einer Untersuchung auf Varikozele (Krampfadern im Hodensack) und bei einem Ultraschall der Venen aufgrund von Thromboseverdacht, die ebenfalls teils privat abgerechnet wurden.

Ein Verbraucher berichtet, dass er für die Bestimmung des PSA-Wertes (Prostata-spezifischer Antigen-Wert) bei seinem Hausarzt zahlen musste, obwohl ein Tumorbefund vorlag. Beim Urologen hingegen fielen für diesen Verbraucher für dieselbe Leistung keine Kosten an. Ein erhöhter PSA-Wert kann auf einen möglichen Prostatakrebs hindeuten, bei vorliegendem Krebsbefund wird der PSA-Wert regelmäßig zur Verlaufskontrolle bestimmt.<sup>3</sup>

Auch die Bestimmung des Vitamin-D-Wertes im Blut, die unter bestimmten Voraussetzungen Kassenleistung ist, musste von Verbraucher:innen in einzelnen Fällen selbst bezahlt werden. Verbraucher:innen berichten auch, dass ihnen das notwendige Vitamin D zum Teil ausschließlich auf Privatrezept verschrieben wurde.

---

<sup>3</sup> Vgl. Gesundheitsinformationen.de (2022): Örtlich begrenzter Prostatakrebs, verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/der-psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.html> (eingesehen am 26.07.2024), sowie S2-Leitlinie Prostatakarzinom (2024), verfügbar unter: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Prostatakarzinom/Version\\_7/LL\\_Prostatakarzinom\\_Langversion\\_7.0.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Prostatakarzinom/Version_7/LL_Prostatakarzinom_Langversion_7.0.pdf) (zuletzt eingesehen am 26.07.2024)

## Medizinische Behandlung

Verbraucher:in (24 Jahre) aus Niedersachsen:  
*„Ich hatte Zahnschmerzen, es wurde Karies gefunden,  
beseitigt und gesagt, der Topf ist leer, wir müssen privat  
zahlen und die Rechnung bei der Zusatzversicherung  
einreichen.“*

Neben den diagnostischen Maßnahmen einschließlich Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen schildern Verbraucher:innen, dass sie mitunter auch im Rahmen von allgemeinen medizinischen Behandlungen zahlen mussten. Dies geschah unter anderem in den folgenden Situationen:

- Prä- und postoperative Maßnahmen: Laut einem Bericht sollte die Wundversorgung nach einer stationären Operation durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin selbst gezahlt werden. Laut anderen Berichten waren notwendige Untersuchungen im Vorfeld einer Linsenoperation sowie die Nachsorge beim Augenarzt oder bei der Augenärztin ebenfalls kostenpflichtig.
- Zahnbehandlungen: Bei Zahnbehandlungen wurden Leistungen wie Knirschschiene und Zahnfüllung bei Karies von Zahnärzt:innen teils nur als Privatleistung angeboten. In einem Fall wurde die Behandlung von Karies laut Verbraucher:in künstlich über zwei Quartale gestreckt.
- Hautuntersuchungen: In einem Fall war die Abklärung eines Muttermals ausschließlich im Rahmen eines kostenpflichtigen Hautkrebsscreenings möglich.
- Leberflecken entfernen: In einem Bericht fielen trotz eines positiven Hautkrebsbefunds Kosten für die Entfernung eines bösartigen Leberflecks an.
- Augenuntersuchungen: Es gab Berichte, in denen notwendige Kontrolluntersuchung bei Augenärzt:innen sowie Tests zur Feststellung der Sehstärke als Selbstzahlerleistungen abgerechnet wurden.
- Sedierung: In einem Fall wurde berichtet, dass die Betäubung im Rahmen einer Magenspiegelung selbst gezahlt werden sollte.

## Ärztliche Begründungen

Verbraucher:innen gaben an, nicht immer eine Begründung dafür erhalten zu haben, warum die Leistung als Selbstzahlerleistung angeboten wurde. Gab es jedoch eine Begründung für die private Zahlung, dann sagten die Ärzt:innen laut Verbraucherberichten mitunter, dass für sie keine Möglichkeit bestünde, diese mit der gesetzlichen Krankenkasse abzurechnen. Berichtet wurde, dass die Ärzt:innen das mit einer fehlenden Genehmigung für die Abrechnung mit der Krankenkasse begründeten, etwa für die Durchführung einer Hautkrebsuntersuchung oder Mammasonografie. Um beispielsweise eine Hautkrebsfrüherkennung als Kassenleistung

anbieten zu können, benötigen Haut- und Hausärzt:innen eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Dafür müssen sie an einer zertifizierten Fortbildung teilnehmen. Tun sie dies nicht, ist eine Abrechnung über die Krankenkasse nicht möglich.<sup>4</sup>

Auch wurde laut Auskunft der Verbraucher:innen teils von ärztlicher Seite angegeben, dass die von der Krankenkasse übernommene Leistung nur unzureichend sei und die Praxen ausschließlich „bessere“ Behandlungsverfahren nutzten, dass die medizinische Leistung keine Kassenleistung darstelle und somit nicht abgerechnet werden könne, oder dass das Krankheitsprofil des Versicherten nicht die Voraussetzungen für eine Abrechnung mit der Krankenkasse erfülle.

Des Weiteren kam es laut Verbrauchermeldungen vor, dass Ärzt:innen ihre Entscheidungen damit begründeten, dass die von den Krankenkassen erstattenden Kosten für die Leistung im Verhältnis zum Aufwand zu gering seien, was private Zahlungen oder Zuzahlungen notwendig machen würde.

Zusätzlich gab es eine Meldung, laut der eine Praxis aus Sorge vor Regressforderungen bestimmte Leistungen nur als IGeL anbot, wie etwa eine Corona-Impfung.

### **Meldungen weiterer unerwarteter Kosten**

Einzelne Verbraucher:innen berichten, dass sie für Leistungen bei Ärzt:innen zahlen mussten, die nicht direkt mit einer konkreten medizinischen Behandlung zusammenhängen. Darunter fallen beispielsweise folgende Verbrauchermeldungen:

- Neupatient:innen: Es wird geschildert, dass die Praxen keine neuen Kassenpatient:innen aufnehmen oder keine freien Termine im Rahmen der Sprechstunde für gesetzlichen Versicherte anbieten, weshalb alle ärztlichen Leistungen ausschließlich als IGeL angeboten wurden.
- Budget der Praxis laut Ärzt:in überschritten: Trotz Schmerzen hat die Ärzt:in der Patient:in keine Physiotherapie verordnet und als Alternative Quellgas als IGeL angeboten.
- Terminverschiebung: Nach einer Terminverschiebung seitens der Patient:in war ein erneuter Termin nur im Rahmen der Privatsprechstunde möglich.
- Häufige Arztbesuche: Ab dem dritten Kontakt (telefonisch, persönlich, per E-Mail) im Quartal wurde bei einer Hausarztpraxis eine Zuzahlung für die Behandlung von chronischen Erkrankungen gefordert.
- Frühzeitige Termine: Termine für ein Hautkrebsscreening, das von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird, seien erst in knapp einem Jahr wieder verfügbar, deutlich frühere Termine (2 Tage nach Terminanfrage) wären jedoch für Selbstzahler:innen möglich.
- Dokumentation: Die Erstellung eines Arztbriefes sowie die Ausgabe einer CD mit Röntgenbefund waren nur gegen Gebühr möglich.
- Ausfallhonorar: Zahlung eines Ausfallhonorars von fast 300 Euro, obwohl Termin vorher telefonisch abgesagt wurde.
- Zusatzgebühren: Im Zuge einer medizinischen Untersuchung wurde eine Reinigungs- bzw. Benutzungsgebühr für die verwendeten Geräte verlangt.

---

<sup>4</sup> KBV: Hautkrebsfrüherkennung, verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/hautkrebsvorsorge.php> (zuletzt eingesehen am 25.07.2024)

## FAZIT

Die vorliegende Auswertung beleuchtet Kassenleistungen, die ungerechtfertigterweise als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten werden. Dazu wurden verschiedene medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betrachtet, für die Patient:innen laut eigener Aussage trotz gesetzlicher Krankenversicherung und entsprechendem Anspruch selbst zahlen mussten. Die ausgewerteten Verbraucherrückmeldungen deuten darauf hin, dass mit den ärztlichen IGeLn immense Verbraucherprobleme einhergehen können und daher politischer Handlungsbedarf entsteht.

Die Patient:innen schildern, dass sie sich teilweise selbst dann den Forderungen der Arztpraxis beugen, wenn sie mit der Zahlungsforderung nicht einverstanden sind. Zum Teil scheint auch ein Arztwechsel keine Option zu sein, da entweder keine anderen Fachärzt:innen im nahen Umkreis verfügbar seien oder diese keine neuen Patient:innen aufnehmen.

Kommt es also in einer Region zu Terminengpässen und längeren Wartezeiten, dürfte das die Verhandlungssituation der Patient:innen schwächen und je nach Handlungsdruck ihre Zahlungsbereitschaft entsprechend erhöhen. Gesetzlich und/oder vertraglich nicht gedeckte finanzielle Forderungen von Arztpraxen werden dann einfacher durchsetzbar. Für den Gesetzgeber, für die gemeinsame Selbstverwaltung und nicht zuletzt die Ärzteschaft selbst unterstreicht das den großen Handlungsbedarf bei den IGeL-Geschäftspraktiken, um Verbraucher:innen künftig besser vor finanzieller Benachteiligung und gegebenenfalls gesundheitlichen Risiken in der Arztpraxis zu schützen.

## Kontakt

*Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände –  
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.*

*Team Markbeobachtung Digitales*

*[mbdigitales@vzbv.de](mailto:mbdigitales@vzbv.de)*

*Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin*

*Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).*