

Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?

Verbraucherberichte zu unzulässigen Selbstzahlerleistungen

18. Juli 2025

Verbraucherrelevanz

Die Kosten für notwendige medizinische Behandlungen werden in Deutschland in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen. Das schließt Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder andere Behandlungen bei Erkrankungen ein.

Außerhalb der regulären Kassenleistungen gibt es sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht von der GKV übernommen werden – zum Beispiel, weil keine medizinische Notwendigkeit besteht oder, weil die Wirksamkeit dieser Leistungen nicht ausreichend wissenschaftlich belegt ist. Für Arztpraxen sind solche IGeL-Angebote wirtschaftlich attraktiv: Im Jahr 2024 haben die Verbraucher:innen in Deutschland Hochrechnungen zufolge mindestens 2,4 Milliarden Euro für IGeL ausgegeben.¹

Für Verbraucher:innen spielt jedoch auch eine andere Form von Selbstzahlerleistungen eine Rolle: Medizinische Leistungen, die grundsätzlich von der GKV übernommen werden, aber von Ärzt:innen als Privatleistung angeboten werden. Zu solchen Fällen haben Verbraucher:innen über einen Verbraucheraufruf ihre Erfahrungen geschildert.

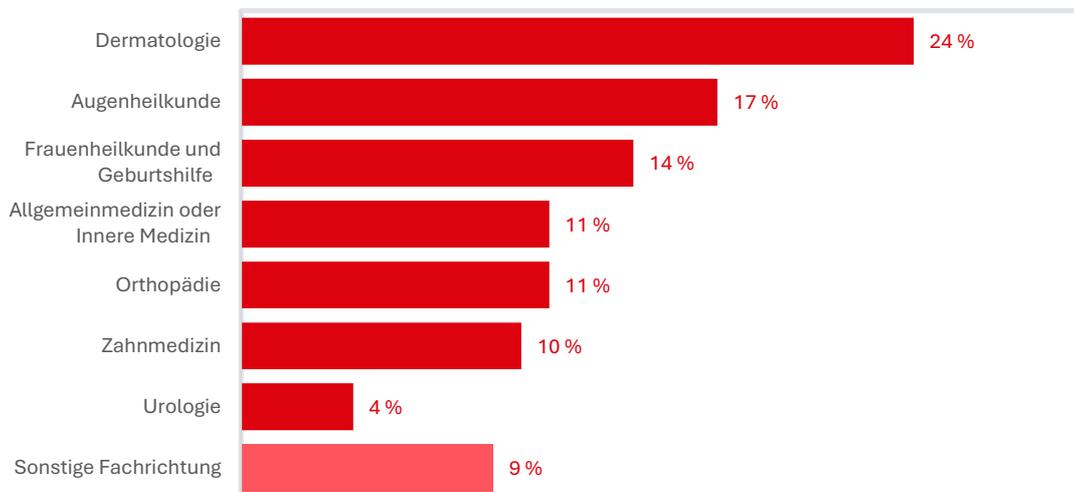
Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) fordert, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen konsequent eingehalten und wirksam kontrolliert werden. Verbraucher:innen dürfen nicht dazu gedrängt oder verleitet werden, privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, obwohl ihnen eine Versorgung im Rahmen der GKV zusteht.

¹ Vgl. Medizinischer Dienst Bund (MDB) (2024): IGeL-Report 2024, https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Report_2024.pdf (zuletzt eingesehen am 14.07.2025).

Verbraucherermeldungen

Der vzbv hat am 29. Februar 2024 den Verbraucheraufruf „Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?“ gestartet, in dem Verbraucher:innen ihre Erfahrungen zu potenziell unzulässigen Selbstzahlerleistungen schildern konnten. Im Oktober 2024 hat der vzbv hierzu einen Zwischenstand auf Grundlage von 297 eingegangenen Rückmeldungen veröffentlicht.² Bis zum 24. Juni 2025 sind insgesamt 583 Verbrauchermeldungen zu diesem Thema eingegangen. Die Erfahrungsberichte beziehen sich dabei auf diverse Facharzttrichtungen, am häufigsten auf Dermatologie, Augenheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung eingegangener Meldungen nach Fachrichtung



Basis: 583 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.

Gemeldete medizinische Leistungen

Im Rahmen des Verbraucheraufrufs wurden Rückmeldungen zu unterschiedlichen ärztlichen Leistungen gegeben – darunter Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, diagnostische Maßnahmen sowie Behandlungen im Krankheitsfall.

Rückmeldungen im Vorsorgebereich gab es unter anderem zum Hautkrebscreening. Dieses übernimmt die GKV ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre als Regelleistung; einige Krankenkassen übernehmen die Untersuchung auch bereits ab einem früheren Alter.³ Dennoch berichteten Verbraucher:innen, dass sie die Kosten der Hautkrebsfrüherkennung selbst tragen oder

² Vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (14.10.2025): Zwischenauswertung – Beim Arzt unnötig zur Kasse gebeten, https://www.vzbv.de/sites/default/files/2024-10/24-10-08_Zwischenauswertung_Selbstzahlerleistungen_vzbv.pdf, (zuletzt eingesehen am 03.07.2025). Darin befinden sich auch weitere qualitative Verbrauchererfahrungen zu diesem Sachverhalt.

³ Vgl. u. a. Techniker Krankenkasse: <https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/weitere-leistungen/praevention/frueherkennungsuntersuchungen-erwachsene/kostenuebernahme-hautkrebsreening-2007966>, (zuletzt eingesehen am 03.07.2025).

Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?

Zuzahlungen leisten mussten – etwa für die Nutzung eines Auflichtmikroskops. Allerdings ist die Nutzung eines solchen Auflichtmikroskops bei Hautuntersuchungen gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereits in der Abrechnung vorgesehen und darf beim Hautkrebsscreening als Kassenleistung nicht zusätzlich berechnet werden.⁴

Sowohl Haus- als auch Hautärzt:innen, die das Hautkrebsscreening über die Krankenkasse abrechnen möchten, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Diese setzt unter anderem die Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung voraus.⁵ Liegt diese Genehmigung nicht vor, darf die Leistung nicht über die GKV abgerechnet werden, kann von den Ärzt:innen aber als Selbstzahlerleistung angeboten werden.

Neben dem Hautkrebsscreening gingen im Rahmen des Aufrufs auch Verbraucherrückmeldungen zu weiteren ärztlichen Leistungen ein, die genehmigungspflichtig sind. Auch für deren Abrechnung mit der GKV benötigen Ärzt:innen eine Genehmigung der KV. Die Voraussetzungen hierfür unterscheiden sich je nach Leistung und umfassen zum Beispiel spezifische Fortbildungen oder das Vorliegen einer bestimmten technischen Ausstattung.⁶ Im Bereich der Diagnostik berichteten Verbraucher:innen von Fällen, in denen sie für medizinisch notwendige diagnostische Maßnahmen selbst aufkommen mussten – etwa für eine Mammasonografie oder für eine andere Ultraschalluntersuchung bei konkretem Krankheitsverdacht. So schilderte eine Verbraucherin, eine Überweisung für eine Mammasonografie von der Frauenärztin bekommen zu haben. Die Ultraschalluntersuchung musste sie jedoch selbst zahlen, weil der Fachpraxis keine Genehmigung zur Abrechnung mit der GKV vorlag.

In der Folge sind Patient:innen gezwungen, die Kosten trotz bestehender medizinischer Indikation privat zu tragen, auf die Leistung zu verzichten oder sich eine andere Praxis zu suchen, die diese Leistung als Kassenleistung anbietet.

Verbraucher:innen berichteten auch darüber, dass Ärzt:innen die medizinische Notwendigkeit einer Leistung nicht anerkannten. Das hatte die Folge, dass die Kosten privat getragen werden mussten, obwohl aus Sicht der Verbraucher:innen ein Anspruch gegenüber der GKV bestand. Zum Beispiel berichteten Verbraucher:innen davon, die Bestimmung des Vitamin-D-Werts privat zahlen zu müssen, obwohl eine chronische Erkrankung vorlag, für deren Behandlung eine regelmäßige Bestimmung dieses Wertes essentiell ist.

Auch schilderten Verbraucher:innen, dass sie die Kosten für eine Knochendichtemessung selbst übernehmen mussten, obwohl eine manifeste Osteoporose oder andere relevante Erkrankungen vorlagen. Die behandelnden Ärzt:innen verfügten mitunter nicht über die notwendige Genehmigung zur Abrechnung mit der GKV. Diese Berichte decken sich mit Erkenntnissen der

⁴ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); EBM Position 01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, <https://ebm.kbv.de/index.xhtml> (zuletzt eingesehen am 03.07.2025).

⁵ Vgl. u. a. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO): Qualität – Hautkrebs-Screening, <https://www.kvno.de/praxis/qualitaet/genehmigungen/hautkrebs-screening> (zuletzt eingesehen am 03.07.2025).

⁶ Vgl. u. a. Kassenärztlich Vereinigung Brandenburg (KVB): Genehmigungspflichtige Leistungen, https://www.kvbb.de/fileadmin/user_upload/pdf/Genehmigungspflichtige_Leistungen/Allgemein/merkblatt_genehmigungsvorbehalt.pdf (zuletzt eingesehen am 03.07.2025).

Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?

Verbraucherzentrale NRW: Sie hat im Jahr 2022 im Rahmen eines Marktchecks festgestellt, dass die Knochendichtemessung (nach DXA-Methode) in ausgewählten Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen kaum als Kassenleistung angeboten wird.⁷

Zum Teil berichten Verbraucher:innen auch davon, dass bereits gesicherte Diagnosen von den Ärzt:innen nicht anerkannt wurden und dadurch zusätzliche Kosten entstanden:

- *„Bei einigen Praxen bekam ich die Auskunft, dass eine Knochendichtemessung dort grundsätzlich nur privat abgerechnet wird. Bei einer Praxis sollte die Knochendichtemessung zwar mit der Kasse abgerechnet werden, aber vorher müsste die Ärztin selbst feststellen, ob wirklich eine Osteoporose bei mir vorliegt. Kostenpunkt rund 100 € [...]. Meine Überweisung mit Diagnose Osteoporose wurde nicht akzeptiert, mein Hinweis auf das Röntgenbild [...] mit fadenscheinigen Begründungen abgeschmettert.“ (Verbraucher:in, 64 Jahre, aus Niedersachsen)*

Auch im gynäkologischen Bereich berichteten Verbraucher:innen, dass sie für Ultraschalluntersuchungen (zum Beispiel Vaginal- oder Brustultraschall) zahlen sollten, obwohl Schmerzen bestanden oder relevante Vorbefunde vorlagen. In einem Fall lehnte der Frauenarzt laut Verbraucherin etwa eine Tastuntersuchung im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung aufgrund vorhandener Implantate ab – stattdessen verwies der Arzt auf einen kostenpflichtigen Ultraschall.

Weitere Verbraucher:innen schildern:

- *„Vaginalultraschall zur Kontrolle einer 4 cm großen Eierstockzyste. Die Zyste sei vor einem Jahr bei der Kontrolle gutartig gewesen, jetzt würde die Krankenkasse [laut der Ärztin, Anm. d. Red.] nicht mehr die Kosten übernehmen.“ (Verbraucherin, 53 Jahre, aus Nordrhein-Westfalen)*
- *„Ultraschall bei Beschwerden nach Spiraleinlage. Verdacht auf Komplikation. [Ärztliche Begründung:] Besonders teures Ultraschallgerät.“ (Verbraucherin, 37 Jahre, Bayern)*

Auch im Bereich Zahnmedizin berichteten Verbraucher:innen von ihren Erfahrungen.

Beispielsweise boten Zahnärzt:innen Aufbisschienen (sogenannte Knirscherschienen) nur gegen Selbstzahlung an – teilweise mit der Begründung, dass die jeweilige Schiene keine Kassenleistung darstelle oder die Krankenkasse das Honorar am Ende des Jahres zurückgefordert habe:

- *„Ich presse nachts die Zähne aufeinander und trage daher eine Aufbisschiene. Nun ist die Schiene fünf Jahre alt [...]. Ich bat beim Zahnarzttermin um eine neue, da wurde mir mitgeteilt, dass ich 100 Euro zuzahlen müsste. Auf die Frage, wieso das so ist, da die Schiene 100 Prozent Kassenleistung ist, wurde mir erklärt, dass die Praxis oft am Ende des Jahres den Krankenkassen Geld zurückzahlen müsse, wenn zu viele Schienen gemacht worden wären, und um diese Kosten zu decken, müsste man nun zuzahlen.“ (Verbraucher:in, 25 Jahre, aus Rheinland-Pfalz)*

Grundsätzlich ist gemäß § 18 des Bundesmantelvertrags der Ärzte geregelt, dass Vertragsärzte gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen, wenn sie Versicherte beeinflussen, anstelle der ihnen zustehenden Leistungen der GKV eine privatärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Davon gibt es nur wenige Ausnahmen, etwa wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der

⁷ Vgl. Verbraucherzentrale NRW (März 2022): Knochendichtemessung mit DXA-Methode als unzulässige IGeL statt Kassenleistung (Marktcheck-Bericht), <https://www.verbraucherzentrale.nrw/pressemeldungen/presse-nrw/knochendichtemessung-oft-nur-als-igel-statt-als-kassenleistung-71952> (zuletzt eingesehen am 01.07.2025).

Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?

ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorliegt, wenn die Versicherten vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangen, auf eigene Kosten behandelt zu werden, oder wenn es sich um Leistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und zuvor eine schriftliche Zustimmung der Versicherten eingeholt wurde.

Verbraucher:innen meldeten mitunter auch, dass sie teilweise ausschließlich gegen Zahlung einen Termin bei niedergelassenen Ärzt:innen erhielten:

- „Bei mir steht [aufgrund eines Krebsbefunds] zum wiederholten Mal eine OP an. Wegen eines Infarkts [...] wurde vom Anästhesiologen eine kardiologische Bewertung angeordnet. Seit Januar 2024 versuche ich im Umland von 150 km einen fachärztlichen Termin zu bekommen. Angeboten werden mir innerhalb von 3 Wochen Termine als Privatpatient oder Selbstzahler. Für mich als Kassenpatient liegt ein Untersuchungstermin jenseits von 3 Monaten [...].“ (Verbraucher, 73 Jahre, aus Rheinland-Pfalz)
- „Erstversorgung wegen Terminmangel. Bei Zahlung von 160 Euro habe ich einen Termin bekommen.“ (Verbraucher:in, 63 Jahre, aus Nordrhein-Westfalen)

Diese individuellen Schilderungen decken sich mit einer repräsentativen Befragung des vzbv aus dem Herbst 2024. Dort gaben 7 Prozent der Befragten an, dass ihnen bereits ein- oder mehrmals ein Arzttermin gegen eine Gebühr angeboten wurde.⁸

Fazit

Verbraucher:innen, die sich gegen unzulässige Abrechnungen oder fragwürdige Selbstzahlerforderungen zur Wehr setzen möchten, benötigen zunächst fundiertes Wissen über Zuständigkeiten und Ansprechpartner im Gesundheitssystem. Besteht aus Sicht der Patient:innen ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten, sind die Möglichkeiten, bestehendes Recht individuell durchzusetzen, jedoch begrenzt.

Zwar kann eine Beschwerde bei der jeweils zuständigen KV eingereicht werden. Die Verfahren und Anforderungen dafür sind jedoch regional unterschiedlich. So akzeptiert beispielsweise die KV Berlin Beschwerden per E-Mail und Post, setzt im Online-Beschwerdeformular jedoch namentliche Angaben voraus.⁹ Laut Angaben der KV Nordrhein ist eine Beschwerde sogar ausschließlich postalisch möglich.¹⁰

Für Patient:innen kann das Einreichen einer Beschwerde bei der KV eine erhebliche bürokratische Hürde darstellen – verbunden mit der Sorge, das persönliche Verhältnis zu behandelnden Ärzt:innen zu belasten. Wer eine Beschwerde einreicht, läuft Gefahr, das Vertrauensverhältnis dauerhaft zu beeinträchtigen. Ein Arztwechsel ist zudem insbesondere in ländlichen Regionen oder

⁸ Internetrepräsentative Online-Befragung von eye square im Auftrag des vzbv. Basis: 909 gesetzlich Versicherte ab 16 Jahren. Erhebungszeitraum: 23. bis 29. Oktober 2024. Statistische Fehlertoleranz: max. ± 2 Prozentpunkte.

⁹ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KVB): <https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/wann-hilft-die-kv-berlin> (zuletzt eingesehen am 04.07.2025).

¹⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO): <https://patienten.kvno.de/die-kv-nordrhein/beschwerdemanagement> (zuletzt eingesehen am 04.07.2025).

Beim Arztbesuch unnötig zur Kasse gebeten?

bei Fachärzt:innen mitunter nur schwer möglich. Teils längere Wartezeiten und mangelnde Verfügbarkeit freier Termine erschweren den Zugang zusätzlich.

In der Folge können Patient:innen gezwungen sein, kostenpflichtige Leistungen in Anspruch zu nehmen – selbst dann, wenn Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Zahlungsaufforderung bestehen. Dies verdeutlicht die strukturelle Schwäche der aktuellen Regelungen: Die Durchsetzung von Verbraucherrechten im Gesundheitswesen ist mit erheblichen Hürden verbunden.

Der vzbv fordert

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine medizinisch notwendige Versorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Dieses Prinzip darf nicht ausgehöhlt werden. Patient:innen dürfen nicht zur Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen gedrängt werden, wenn eine Behandlung eigentlich durch die GKV abgedeckt ist.

Der Gesetzgeber muss Vertragsärzt:innen verpflichten, genehmigungspflichtige Leistungen als Kassenleistung anzubieten, sofern die grundsätzlichen arzttypischen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Zudem müssen Patient:innen umfassend und unabhängig über IGeL informiert werden.

Ärzt:innen sollten dazu verpflichtend standardisierte, neutrale Informationsblätter aushändigen.

Darüber hinaus sollten Ärzt:innen ihre Patient:innen wahrheitsgemäß darüber aufklären müssen, welche Leistungen unter welchen Bedingungen von der GKV übernommen werden. Für einen besseren und objektiveren Zugang zu relevanten Informationen fordert der vzbv die Einführung eines verbindlichen und einheitlichen Muster-Behandlungsvertrags für alle IGeL-Angebote. Dieser sollte klar und verständlich angeben, ob es sich um eine Leistung handelt, die bei anderen Behandler:innen mit entsprechender Zulassung als GKV-Leistung angeboten wird.

All diese Forderungen sind auch vor dem Hintergrund der geplanten Stärkung der hausärztlichen Versorgung (Primärversorgung) relevant. Wenn Hausarztpraxen künftig die erste verbindliche Anlaufstelle für Patient:innen sein sollen, muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass Versicherte nicht durch strukturelle Lücken oder fehlende Genehmigungen finanziell belastet oder benachteiligt werden.

Kontakt:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

mbdigitaales@vzbv.de

vzbv.de

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