Privatliquidation gegenüber GKV-Versicherten

kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Nicht erst im Zusammenhang mit dem unlängst verabschiedeten und in wesentlichen Teilen am 30.07.2026 in Kraft getretenen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) stellt sich für viele Ärztinnen und Ärzte die Frage, inwieweit sie berechtigt sind, ärztliche Leistungen gegenüber GKV-Versicherten privat zu liquidieren. Grundsätzlich gilt in der GKV das sogenannte Sachleistungsprinzip. Danach erhalten Versicherte die medizinisch notwendigen und erforderlichen Leistungen, ohne diese selbst bezahlen zu müssen. Dabei bezieht sich der Leistungsanspruch der Versicherten insbesondere auf die ärztliche Behandlung mit den im EBM aufgeführten Leistungen sowie die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, das heißt auf Leistungen, für die die Krankenkassen nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) die Kosten übernehmen. Diesem Anspruch der Versicherten steht die Behandlungspflicht vertragsärztlicher Leistungserbringer gegenüber, die in diesem Rahmen insbesondere auch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten haben. Das bedeutet, dass Versicherte nur dann einen Sachleistungsanspruch haben, wenn die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch der Versicherten auf Erbringung von unwirtschaftlichen Leistungen oder Verordnungen besteht nicht. Solche Leistungen dürfen von den vertragsärztlichen Leistungserbringern nicht im Rahmen der Sachleistung erbracht bzw. verordnet werden.

Ungeachtet des in der GKV grundsätzlich geltenden Sachleistungsprinzips regelt der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), wann eine Privatliquidation ausnahmsweise zulässig ist.

Nachfolgend haben wir für Sie die wichtigsten Fragen und Antworten zu dieser Thematik zusammengestellt und hoffen, somit einen Beitrag dazu leisten zu können, das Spannungsverhältnis zwischen Sachleistungsprinzip einerseits und Privatliquidation andererseits aufzulösen:

I. Privatliquidation

1. In welchen Fällen darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung fordern?

Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,

a) wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein Anspruchsnachweis seitens der Krankenkasse nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird (§ 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä),

b) wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä; vgl. hierzu Punkt I, 2.),

c) wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä, vgl. hierzu Punkt I, 3.),

d) wenn der Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat (§ 13 SGB V).

2. Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit eine Privatliquidation für Leistungen der GKV zulässig ist – sog. Selbstzahlerleistungen (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä)?

a) Eigeninitiative vor Beginn der Behandlung

Der Versicherte muss vor Beginn der Behandlung aus eigener Initiative ausdrücklich verlangen, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Diesen Wunsch muss er dem vertragsärztlichen Leistungserbringer schriftlich bestätigen. Der Versicherte darf unter keinen Umständen vom Arzt zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst werden. Dies stellt nach § 128 Abs. 5a SGB V eine erhebliche vertragsärztliche Pflichtverletzung dar. Eine unzulässige

Beeinflussung kann beispielsweise schon dann vorliegen, wenn die Privatbehandlung mit der zeitnahen Terminvergabe seitens der ärztlichen Leistungserbringer verknüpft wird.

b) Aufklärung

Der Patient ist darüber in Kenntnis zu setzen, dass er einen Anspruch darauf hat, diese Leistung kostenlos im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu erhalten. Dem Versicherten sind die zu erwartenden Kosten mitzuteilen, welche er privat zu bezahlen hat. Ihm muss auch mitgeteilt werden, dass er keinen Anspruch darauf hat, dass sich die Krankenkasse ganz oder teilweise an den Kosten beteiligt. Im Übrigen ist der Patient darauf hinzuweisen, dass die mit der Privatbehandlung im Zusammenhang stehenden Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu vergüten sind.

c) Schriftliche Vereinbarung

Darüber hinaus muss der Patient dem Leistungserbringer eine schriftliche Erklärung gegenüber abgeben, aus der hervorgehen muss, dass der Versicherte in Kenntnis des ihm zustehenden Sachleistungsanspruchs vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Aus der Erklärung muss zudem ersichtlich sein, dass der Patient über die zu erwartenden und von ihm vollständig selbst zu tragenden Kosten der entsprechenden Selbstzahlerleistung informiert wurde. Eine entsprechende Aufstellung der Behandlungskosten sollte ebenfalls enthalten sein.

d) Privatrechnung

Die im Anschluss an die Behandlung zu erstellende Rechnung erfolgt nach den Bestimmungen der GOÄ.

3. Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit eine Privatliquidation für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, zulässig ist – sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (§ 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä)?

a) Leistungen außerhalb der GKV

Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, sind insbesondere individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Dazu gehören z. B. die medizinische Beratung vor Fernreisen, kosmetische Operationen oder einzelne Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Diese Leistungen können zum einen vom Patienten selbst gewünscht, zum anderen aber auch - anders als bei privat zu liquidierenden Leistungen der GKV - vom Arzt empfohlen werden. Ferner zählen zu den Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, auch Leistungen, die an sich vom Leistungskatalog der GKV umfasst sind, im Einzelfall aber gegen das in § 12 SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen.

b) Aufklärung und schriftliche Zustimmung

Vor der Behandlung muss die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen werden. Es ist daher erforderlich, dass vor der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag zwischen den Beteiligten abgeschlossen wird, welcher inhaltlich insbesondere Angaben zur beabsichtigten ärztlichen Gesundheitsleistung und deren Kosten enthalten muss sowie den Hinweis, dass die genannte Leistung gerade nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und damit die anfallenden Kosten weder ganz noch teilweise von der Krankenkasse erstattet werden. Weitere Informationen zu IGeL-Leistungen sowie ein Muster für ein Vertragsformular stellen die Bundesärztekammer sowie die KBV in ihrer Broschüre „Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Igelcheck2Aufl201401.pdf auf Seite 31 zur Verfügung.

II. Privatsprechstunden

1. Dürfen Vertragsärzte Privatsprechstunden anbieten?

Ja, soweit sie ihrer Verpflichtung zum Angebot von GKV-Sprechstunden entsprechend ihrem Versorgungsauftrag vollumfänglich nachkommen. Vertragsärzte müssen bei Vorliegen eines vollen Versorgungsauftrages mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Versicherte zur Verfügung stellen, wobei besondere Facharztgruppen davon 5 offene Sprechstunden ohne Terminvereinbarung anbieten müssen. Weitere Informationen finden Sie in der Sprechstunden-Richtlinie der KV Thüringen:
https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Justitiariat/Rechtsquellen/08_KVT_Sprechstunden-Richtlinie.pdf

2. Worauf ist besonders zu achten, wenn Privatsprechstunden angeboten werden?

a) Es sollte eine klare Trennung zwischen GKV- und Privatsprechstunde erfolgen, um hervorzuheben, dass es sich bei den Privatsprechstunden um ein besonderes Angebot der Praxis handelt, welches strikt getrennt von dem Angebot der GKV-Sprechstunden zur Verfügung gestellt wird.

b) Um den GKV-Versicherten einen adäquaten Zugang zu den Kassensprechstunden zu ermöglichen, müssen GKV-Sprechstunden an jedem Werktag (Montag bis Freitag) angeboten werden. Das folgt aus den Vorgaben des BMV-Ä, wonach GKV-Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung anzubieten sind. Nach der Rechtsprechung des BSG entspricht es den Bedürfnissen der Versicherten am ehesten, wenn sie den Vertragsarzt an jedem Werktag aufsuchen können.

3. Dürfen GKV-Versicherte in der Privatsprechstunde behandelt werden?

Ja, sofern sie eigeninitiativ und unbeeinflusst einen Termin in der Privatsprechstunde vereinbaren bzw. über eine Online-Terminvergabeplattform buchen. Wichtig ist, dass GKV-Versicherte nicht dahingehend beeinflusst oder gedrängt werden dürfen, Termine in der Privatsprechstunde zu vereinbaren oder zu buchen. Hat der GKV-Versicherte einen Termin in der Privatsprechstunde vereinbart oder gebucht, muss der GKV-Patient entsprechend aufgeklärt werden (vgl. hierzu I. 2.).

Verordnungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Selbstzahler stehen, müssen ebenfalls auf Privatrezept erfolgen.

4. Dürfen GKV-Versicherte auf Privatsprechstunden hingewiesen werden?

Hier ist zu unterscheiden.

Keinesfalls ist es zulässig, GKV-Versicherte aus finanziellen Gründen oder zur Vergabe eines schnelleren Termins dahingehend zu beeinflussen, eine Behandlung als Selbstzahler in Anspruch zu nehmen. Wichtig ist, dass der Patient von sich aus, aus freien Stücken die Privatbehandlung wählt. Ein Drängen in diese seitens des Arztes oder des nichtärztlichen Personals ist nicht zulässig.

Nicht eindeutig geklärt ist, ob Ärzte zumindest auf die Möglichkeit einer Privatbehandlung hinweisen dürfen. Da die Grenzen zwischen sachlichen Informationen und Hinweisen einerseits und einem Drängen und Beeinflussen andererseits fließend sind, besteht hier ein hohes Potential für Auseinandersetzungen, so dass äußerste Zurückhaltung in der Kommunikation geboten ist.

III. Terminvergabe

1. Gibt es eine Vorgabe hinsichtlich der Organisation der Terminvergabe?

Nein, die Terminvergabe obliegt der Organisation der Praxis, wobei Akut-/Notfälle hinsichtlich der begrenzt zur Verfügung stehenden Termine vorrangig zu behandeln sind.

2. Haben Patienten Anspruch auf einen Wunschtermin?

Nein, die Terminvergabe obliegt der Organisation der Praxis. Das bedeutet, dass GKV-Versicherte, sofern dies aus Sicht des behandelnden Arztes medizinisch vertretbar ist, gegebenenfalls längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

3. Darf die Behandlung eines GKV-Versicherten abgelehnt werden?

Die Ablehnung der Behandlung eines GKV-Versicherten ist nur unter engen Grenzen möglich, beispielsweise bei einer Zerstörung des Vertrauensverhältnisses oder aus kapazitären Gründen. Akut-/Notfälle müssen immer behandelt werden (Haftung).

4. Darf eine zeitnahe Terminvergabe davon abhängig gemacht werden, dass der Patient eine Leistung privat bezahlt?

Nein, die Behandlung eines Patienten oder auch die Vergabe eines zeitnahen Termins darf nicht davon abhängig gemacht werden, dass der Patient eine Leistung privat bezahlt. Anders ist es, wenn der Patient von sich aus – aus freien Stücken und völlig unbeeinflusst – einen Termin in der Privatsprechstunde als Selbstzahler vereinbart oder bucht.

5. Dürfen Patienten aus finanziellen Gründen auf die Privatsprechstunde verwiesen werden?

Nein, monetäre Gründe berechtigen den Arzt nicht, eine GKV-Behandlung (nur) noch im Rahmen von Privatsprechstunden anzubieten oder die Behandlung davon abhängig zu machen, dass diese privat bezahlt wird.

6. Gibt es einen Anspruch auf Ausfallhonorar, wenn Termine nicht eingehalten werden?

Ja, es besteht die Möglichkeit, dass Ärzte gegenüber Patienten ein Ausfallhonorar geltend machen, wenn diese Termine nicht rechtzeitig vorher absagen. Dies ist jedoch nach der einschlägigen Rechtsprechung an enge Voraussetzungen geknüpft:

Hierzu gehören beispielsweise die Vereinbarung eines festen verbindlichen Termins im Rahmen eines reinen Bestellsystems. Das bedeutet, dass die Praxis für den Patienten eine exklusive Termingarantie gibt und das entsprechende Zeitfenster ausschließlich für diesen bereit hält. Ferner muss der Patient zuvor darauf hingewiesen worden sein, dass bei Nichteinhaltung bzw. nicht rechtzeitiger Absage des Termins, in der Regel 24 Stunden vorher, eine Vergütung in Höhe des ausfallenden Honorars geltend gemacht wird. Wichtig ist, dass die Praxis einen Nachweis darüber hat, dass der Patient den Hinweis zur Kenntnis genommen hat, beispielsweise im Rahmen einer schriftlichen Vereinbarung. Darüber hinaus muss für den Patienten Art, Inhalt und Höhe der Ausfallpauschale deutlich sein; er muss klar wissen, was auf ihn zukommt. Ist es dem Arzt z. B. möglich, insbesondere weil er keine Bestellpraxis hat, die Termine anderweitig zu vergeben oder ist erst gar keine Terminlücke dadurch entstanden, dass der Patient den Termin nicht wahrgenommen hat (z. B. Mehrfachvergabe von Terminen), besteht hingegen kein Anspruch auf Ausfallhonorar.

Ob die Gerichte bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen tatsächlich einen Anspruch des Arztes auf Ausfallhonorar anerkennen, kann an dieser Stelle nicht garantiert werden, insbesondere auch

deshalb, weil sich die Beurteilung immer nach den konkreten Umständen des jeweiligen Einzelfalls sowie nach der jeweils nach der aktuell geltenden Rechtsprechung richtet (Diese ist in der Vergangenheit sehr unterschiedlich gewesen.).

Sie haben Fragen? Dann erreichen Sie uns

telefonisch	***03643 559 -141***
per E-Mail	***rechtsabteilung@kvt.de***