

Privatliquidation bei Gesetzlicher Krankenversicherung

JUNI 2026

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Inhalt

3 Vorwort

4 1. Leistungsanspruch und Behandlungspflicht

5 2. Zulässigkeit einer Privatliquidation

7 3. Voraussetzungen für eine Privatliquidation

8 4. Unzulässige Privatliquidation

9 5. Das Leistungsspektrum in der Praxis

10 6. Privatärztliche Behandlung beim Fehlen einer Abrechnungsgenehmigung

10 7. Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten

11 8. Privatliquidation bei prästationärer Diagnostik- gegenüber Krankenhäusern

12 Selbstzahlererklärung eines GKV-Patienten

13 Impressum

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die private Liquidation ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen ist aus dem Praxisalltag kaum mehr wegzudenken. Das gilt zunehmend nicht nur bei Privatpatientinnen und Privatpatienten, sondern auch und gerade für Versicherte der GKV, umfasst doch der GKV-Leistungskatalog keinesfalls alles, was denkbar, wünschenswert und medizinisch möglich wäre.

Das wissen auch die GKV-Patientinnen und -Patienten. Nur die wenigstens sehen das Vertrauensverhältnis zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gestört, wenn diese daher zusätzlich Selbstzahlerleistungen anbieten.

Etliche dieser Leistungen werden unter dem Stichwort „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)“ oftmals aktiv nachgefragt, denkt man beispielsweise an das weite Feld der kosmetischen Behandlungen oder die reisemedizinische Beratung.

Es versteht sich natürlich von selbst, dass hier von ärztlicher Seite kein Druck auf die Patientinnen und Patienten ausgeübt werden darf, sondern in einem Gespräch alle Handlungsoptionen aufgezeigt werden müssen. Für Ärztinnen und Ärzte sowie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellt sich also immer wieder die Frage, wann Leistungen privat in Rechnung gestellt werden können und wie dies korrekt geschehen muss.
Hier gibt es immer wieder Missverständnisse und Unklarheiten. Eine vorab geschlossene Privatliquidationsvereinbarung und eine Rechnung sind die Grundpfeiler der Privatliquidation. Was darüber hinaus noch zu beachten ist, zeigt diese Broschüre detailliert auf.

Unsere Absicht ist es, Ihnen ein nützliches Kompendium für die tägliche Arbeit in Ihrer Praxis an die Hand zu geben. Die Broschüre soll Ihnen helfen, die Möglichkeiten, die die Privatliquidation allen Beteiligten bietet, zu nutzen und sich dabei auf rechtssicherem Terrain zu bewegen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang insbesondere auch auf den IGeL-Kodex der KVBW hinweisen **(www.kvbawue.de/patienten/gesundheitskompetenz/igel-leistungen)**, der auf zehn Grundsätzen zum verantwortlichen IGeLn basiert, die sich aus dem Handlungsleitfaden von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ableiten. Alle Praxen, die sich diesen Grundsätzen verpflichtet haben, erhalten individualisierte Plakate für ihre Praxis, mit denen sie auf ihren Qualitätsanspruch hinweisen können.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Vorsitzender des Vorstands

1. Leistungsanspruch und Behandlungspflicht

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben die Versicherten einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dieser Leistungsanspruch umfasst neben der ärztlichen Behandlung unter anderem auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Dabei gilt in der Regel das sogenannte Sachleistungsprinzip, wonach den Versicherten die erforderlichen Leistungen als Sach- oder Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen sind (§ 2 Abs. 2 SGB V).

Dem Anspruch der Versicherten gegenüber steht eine Behandlungspflicht jener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese haben den Leistungsanspruch der Versicherten zu erfüllen und dabei insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Dies bedeutet: Versicherte haben Anspruch (nur) auf diejenige ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Auf unwirtschaftliche Leistungen haben die Versicherten keinen Rechtsanspruch. Weder dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte diese als Sachleistung der GKV erbringen und verordnen, noch darf die gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bewilligen beziehungsweise bezahlen.

2. Zulässigkeit einer Privatliquidation

in dem oben definierten Rahmen haben die Versicherten einen Anspruch auf die notwendige ärztliche Versorgung. Die Vertragsärzte haben nicht die Befugnis, bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung eigenmächtig zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Tätigkeit oder Behandlung zu wählen.

In der vertragsärztlichen Versorgung ist eine Privatliquidation in der Regel nur möglich, wenn die Versicherten ausdrücklich zustimmen und dies vor der Behandlung schriftlich bestätigen.

Für den „Normalfall“ (Patientin oder Patient kommt als GKV-versicherte Person in die Praxis und gibt sich durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als solche zu erkennen) bedeutet dies, dass die Ärzte die erforderlichen Leistungen im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeiten als Sachleistungen erbringen und abrechnen müssen. Privatliquidationen und Zuzahlungen sind, von den gesetzlich ausdrücklich gestatteten Ausnahmen abgesehen, nicht zulässig.

Die Fälle zulässiger Zuzahlungen oder „Privatbehandlungen“ sind im SGB V und im Bundesmantelvertrag-Ärzte abschließend geregelt.

Hierzu zählen unter anderem Zuzahlungen bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik.

Ausnahmsweise kann eine Vergütung dann gefordert werden, wenn

- die eGK nicht vorgelegt worden ist (beziehungsweise kein gültiger Behandlungsausweis vorliegt) und
- diese nicht innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vom Versicherten nachgereicht wird.

Keinesfalls ist die Erhebung eines Pfandes zulässig.

Wenn der Versicherte bis zum Ende des Kalendervierteljahres aber eine gültige eGK oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis nachreicht, muss ihm eine bereits bezahlte Vergütung wieder zurückerstattet werden.

Daneben gibt es weitere Konstellationen, in denen abweichend vom Sachleistungsprinzip eine privatärztliche Leistungserbringung und -abrechnung durchaus in Betracht kommt:

a) Dazu gehören die Fälle der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V (siehe hierzu unten Punkt 7, S. 15).

b) Die GKV-versicherte Person möchte, obwohl sie einen Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung hat, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies **von sich aus** den Ärzten gegenüber **vor Behandlungsbeginn** zum Ausdruck. Der Versicherte ist dann echter Privatpatient in dem von ihm ausdrücklich gewünschten Leistungsumfang.

c) Der Versicherte kommt zwar unter Vorlage seiner Versichertenkarte (und damit als GKV-Patient) in die Praxis, wünscht aber ganz oder zum Teil Leistungen, die der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst. Hier sind insbesondere
diejenigen Leistungen relevant, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) bezeichnet werden – also Leistungen, die

- nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- dennoch vom Patienten nachgefragt werden und

- ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind.

Um das Bewusstsein der Patienten für die Grenzender Kassenmedizin zu wecken, spielen sowohl die
Transparenz der Leistungen als auch eine entsprechende
Aufklärung durch die Ärzte sowie deren Personal eine wichtige Rolle.

Bei der Erbringung und Abrechnung von IGeL-Leistungen sind daher die in dieser Broschüre dargestellten Bedingungen, die bei einer Privatliquidation erfüllt sein müssen, in besonderer Weise zu beachten.

d) Die GKV-versicherte Person wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und von den Ärzten auch als Sachleistung in diesem Rahmen erbracht werden könnten. Die gewünschten Leistungen sind jedoch im konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder notwendig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes („Wunschbehandlung“).

e) Die Behandlung erfordert Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und im konkreten Fall aus ärztlicher Sicht auch notwendig und geboten sind. Der Patient wünscht dennoch speziell diese abtrennbaren Leistungen auf privatärztlicher Basis, möchte im Übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden („Leistungssplitting“).

   Hierzu gehört auch der Wunsch der Patienten nach Aufteilung der ärztlichen Behandlung in einen privatärztlichen und einen vertragsärztlichen Teil. Voraussetzung dafür ist, dass die privatärztlich gewünschte Leistung eine **selbstständige Leistung** ist und als solche auch selbstständig geltend gemacht werden kann. Gemäß den EBM-Regelungen ist eine Leistung dann nicht neben oder anstelle einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist.

So ist nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zum Beispiel der Begriff „Operation“ abrechnungstechnisch weit zu verstehen. Zu einer „Operation“ gehört danach alles, was zur Erreichung des Operationsziels erforderlich ist. Einzelne Teile oder Teilschritte der „Operation“ sind somit unselbstständige und nicht gesondert abrechenbare Teilleistungen. Sie sind mit den Gebührenpositionen für die Operationsleistung abgegolten.

Dem entsprechen auch die Regelungen des Bundesmantelvertrags, der eine Aufspaltung des Behandlungsvertrags nur zulässt, „wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden“
(§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä)

3. Voraussetzungen für eine Privatliquidation

In allen oben genannten zulässigen Konstellationen ist die private Liquidation in der Regel von folgenden weiteren Bedingungen abhängig:

a) Die Initiative für die Privatbehandlung muss von den Patientinnen und Patienten ausgehen: Sie müssen diesen Wunsch äußern. Dieser ausdrückliche Wunsch ist gemäß den Vorgaben des Bundesmantelvertrags schriftlich zu bestätigen.

   Die Vertragsärzte dürfen dabei keinesfalls die Patienten in irgendeiner Form in Richtung Privatbehandlung drängen. Strittig ist insoweit, ob die Ärzte zumindest auf die Möglichkeit einer Privatbehandlung hinweisen dürfen. Grundsätzlich wird man dies wohl bejahen können, damit die Patienten überhaupt einen Überblick über ihre möglichen Optionen bekommen. Allerdings ist äußerste Zurückhaltung geboten, da die Grenzen zwischen „Hinweis“ und „Drängen“ in der subjektiven Wahrnehmung durchaus fließend und damit häufig Anlass für Auseinandersetzungen sind.

b) Die Patienten müssen über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung in Kenntnis gesetzt werden. Die Ärzte müssen daher die Patienten zunächst darauf hinweisen, welche der gegebenenfalls privat gewünschten Leistungen an sich durch die gesetzliche Krankenversicherung und damit ohne zusätzliche Zahlungen übernommen würden.

c) Die Ärzte müssen die Patienten über die Konsequenzen aus der Privatbehandlung vorab informieren, insbesondere darüber, dass weder eine vollständige noch eine teilweise Beteiligung der Krankenkassen an diesen privat veranlassten Kosten in Betracht kommt.
   Die Patienten müssen sich daher im Klaren sein, dass sie die Kosten alleine zu tragen haben. Selbstverständlich müssen die Patienten vor Beginn der Behandlung auch über die Höhe der zu erwartenden Kosten aufgeklärt werden.

d) Über die gewünschte Privatbehandlung ist vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag zu schließen. Eine entsprechende Verpflichtung steht bereits im Bundesmantelvertrag. Aber auch aus Beweisgründen sind alle Ärzte gut beraten, eine entsprechende Vereinbarung abzuschließen und die Erfüllung der genannten Voraussetzungen zu dokumentieren.

e) Die Rechnungserstellung hat nach den Vorschriften der GOÄ zu erfolgen! Diese sowie das ärztliche Berufsrecht (zum Beispiel hinsichtlich der Fachgebietsgrenzen) gelten in vollem Umfang und sind zu beachten. Da die Patienten ein Recht auf eine der GOÄ entsprechende Rechnung haben, ist es nicht ausreichend, ihnen nur eine Quittung über den bezahlten Betrag auszuhändigen. Nur eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende Rechnung löst eine Zahlungspflicht der Patienten aus (vergleiche § 12 GOÄ).

4. Unzulässige Privatliquidation

Wie bereits dargestellt, kommt eine privatärztliche Leistungserbringung und Leistungsabrechnung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nur unter bestimmten Voraussetzungen infrage. Liegen diese nicht vor, ist eine Privatliquidation unzulässig.

Dennoch werden immer wieder Fälle bekannt, in denen mit verschiedensten, im Ergebnis aber unzulässigen Argumenten Zuzahlungen beziehungsweise Privathonorare verlangt worden sind. Häufig verwendete, aber nicht zulässige Begründungen sind zum Beispiel:

- die bereits erfolgte Budgetausschöpfung,
- die Unterbewertung von Leistungen,
- von Abstaffelungen betroffene Leistungsbereiche, Leistungspauschalen oder Leistungskomplexe,
- Mengen- beziehungsweise Fallzahlbegrenzungen,
- die Leistungen würden von den Krankenkassen nicht mehr, nicht ausreichend oder nur noch teilweise bezahlt.

Die sozialgerichtliche Rechtsprechung bis hin zum Bundessozialgericht hat derartigen Argumentationsbemühungen zwischenzeitlich mehrfach unter Hinweis auf die Mischkalkulation der vertragsärztlichen Gebührenordnung eine eindeutige Absage erteilt. Außerhalb der dargestellten Ausnahmen sind deshalb Honorarvereinbarungen auf privater Basis oder das Verlangen von Zuzahlungen eindeutig unzulässig. Es gilt hier – wie oben bereits ausgeführt – das Sachleistungsprinzip.

Auch in den folgenden Fällen ist im Übrigen eine vollständige oder auch teilweise Privatliquidation unzulässig:

- Für eine bestimmte Leistung, die Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV ist, haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung. Eine Privatliquidation ist hier nur möglich, wenn die Vertragsärzte die Versicherten vorher über das Fehlen der Abrechnungsvoraussetzung informieren und darauf hinweisen, dass die Leistung bei anderen Vertragsärzten als GKV-Leistung erhältlich ist.

- Der Zulassungsausschuss hat den bisherigen Ermächtigungsumfang von Krankenhausärzten eingeschränkt. Die nun nicht mehr von der Ermächtigung umfassten Leistungen können nicht ersatzweise im Wege der Privatliquidation den Patienten in Rechnung gestellt werden.

5. Das Leistungsspektrum in der Praxis

Vertragsärzte können rechtlich nicht verpflichtet werden, in ihrer Praxis alle Leistungen anzubieten, die sie grundsätzlich im Rahmen ihres Fachgebiets erbringen könnten. Unökonomische Nebenleistungen müssen die Vertragsärzte daher nicht anbieten; zur Vorhaltung nicht kostendeckend erbringbarer Nebenleistungen können sie nicht gezwungen werden – soweit der Grundsatz.

Zu berücksichtigen ist aber auf jeden Fall, dass nach der herrschenden Rechtsprechung die wesentlichen, das Fachgebiet prägenden Leistungen, also die so genannten Kernleistungen, im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit anzubieten sind. Die Möglichkeit der Ausgliederung besteht daher, wenn überhaupt, bei „Nebenleistungen“. Auch die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat zwischenzeitlich klargestellt, dass Vertragsärzte ihr Leistungsspektrum nicht beliebig einseitig zulasten der GKV-Versicherten einschränken dürfen. Sie sind aufgrund ihrer Zulassung verpflichtet, an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken, indem sie grundsätzlich die typischen Leistungen ihres Fachgebietes anbieten und erbringen. Anhaltspunkt für die Abgrenzung typischer Fachgebietsleistungen können die einschlägigen Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sein.

Die Entscheidung, einzelne Nebenleistungen aus wirtschaftlichen Gründen in der Praxis nicht mehr zu erbringen, ist daher zu respektieren.

Soweit in der Praxis Leistungen, die in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen fallen und in einem Behandlungsfall notwendig sind, nicht als GKV-Leistungen angeboten werden, sind die Versicherten an entsprechende Kollegen zur Leistungserbringung zu verweisen. Es ist nicht zulässig, in diesen Fällen den Patienten alternativ die Leistungserbringung auf privater Basis anzubieten. Nur wenn die Patienten ausdrücklich die Erbringung dieser Leistungen durch die Ärzte wünschen und die oben unter Punkt 3 genannten Kriterien bezüglich Initiative und Aufklärung vorliegen, kann ausnahmsweise ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag vereinbart werden. Aufgrund der in diesem Zusammenhang immer wieder auftretenden Probleme sollte hier aber eher restriktiv vorgegangen werden.

Ein besonderes Problem entsteht dann , wenn eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten in einem Bereich – auch unabgesprochen – erklärt, bestimmte Leistungen künftig nicht mehr als GKV-Leistungen anzubieten, sondern nur auf privater Basis zu erbringen. Ein notwendiger Verweis der Patienten an andere bereitwillige Kollegen wird dann erschwert oder gar vereitelt. Dieses Vorgehen ist mit den mit der Zulassung übernommenen vertragsärztlichen Pflichten und auch mit dem Sicherstellungsauftrag der KV nicht vereinbar.

6. Privatärztliche Behandlung beim Fehlen einer Abrechnungsgenehmigung

Fehlt den Vertragsärzten die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen, ist der Abschluss eines privatärztlichen Behandlungsvertrags nur mit der Maßgabe zulässig, dass die Vertragsärzte die Versicherten vorher über das Fehlen der Abrechnungsvoraussetzung informieren und darauf hinweisen, dass die Leistung bei anderen Vertragsärzten als GKV-Leistung erhältlich ist.

7. Konkurrenzverhältnis zwischen Behandlung von GKV- und Privatpatienten

Im Rahmen des privaten Behandlungsvertrags ist es den Vertragsärzten freigestellt, wann und in welchem „organisatorischen" Ablauf sie die Patienten behandeln. Solange die Vertragsärzte ihrer Behandlungspflicht gegenüber GKV-Versicherten nach Maßgabe der vertragsärztlichen Bestimmungen – auch mit ausreichenden Sprechstunden – erfüllen, können mit Privatpatienten besondere Absprachen getroffen werden. So ist eine kurzfristige Terminvereinbarung mit Privatpatienten nicht zu beanstanden. Maßgeblich für die Terminvergabe bleibt aber immer die Dringlichkeit der Behandlung, auch für GKV-Versicherte.

Zur Vermeidung gesetzes- beziehungsweise vertragswidrigen Verhaltens gegenüber GKV-Patienten sollten Sie nachstehende Grundsätze unbedingt beachten:

- Notfallbehandlungen haben Vorrang vor jeder anderen Behandlung.
- Schmerzpatienten sind zeitnah zu behandeln.
- Die Behandlung von GKV-Patienten darf aus rein finanziellen Gründen nicht zugunsten der Behandlung von Privatpatienten abgelehnt werden; lediglich eine unterschiedliche, aber dem Behandlungsbedürfnis adäquate Terminvergabe ist möglich.

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass auch gegenüber Privatpatienten, die im Standard-und Basistarif versichert sind, eine Behandlungspflicht besteht (vgl. § 75 Abs. 3a, Satz 1 SGB V).

Sollten Sie nach unseren Ausführungen zu dem Schluss kommen, dass eine Privatliquidation rechtlich zulässig ist, können Sie sich für weitergehende Auskünfte zur Privatliquidation bzw. zu deren Vereinbarung mit den Patienten an die Gemeinsame GOÄ-Gutachterstelle der Bezirksärztekammern wenden. Diese ist bei

der BÄK Nordbaden angesiedelt und unter Baek-nordbaden@baek-nb.de zu erreichen (im Betreff bitte kenntlich machen, dass es um ein Thema für die Gemeinsame GOÄ-Gutachterstelle geht). Die Gemeinsame Gutachterstelle hilft auch bei Streitfragen zum Thema Privatliquidation.
Weitergehende Informationen der Landesärztekammer zu Honorarvereinbarungen (Abdingungsvereinbarungen) sowie ein entsprechendes Muster finden Sie unter **www.aerztekammer-bw.de/merkblaetter**.

Ein Formular für eine Selbstzahlererklärung eines GKV-Patienten (hinsichtlich der freiwilligen Inanspruchnahme von GKV-Leistungen als Selbstzahler) finden Sie im Anhang dieser Broschüre.

8. Privatliquidation bei prästationärer Diagnostik gegenüber Krankenhäusern

Leistungen im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung sind aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen (§ 3 Abs. 2 Nr. 10 BMV-Ä).

Die zur Feststellung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung erforderlichen Untersuchungen sind von niedergelassenen Vertragsärzten ambulant durchzuführen und zulasten der Gesamtvergütung abzurechnen. Ist jedoch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt und Krankenhausbehandlung bereits verordnet, sind alle weiteren erforderlichen prästationären Leistungen ausschließlich vom Krankenhaus zu erbringen. Insbesondere ist dieses weder berechtigt, die Patienten an die niedergelassenen Vertragsärzten zurückzuverweisen, um von ihnen die prästationäre Diagnostik erbringen zu lassen, noch darf es von ihnen eine Überweisung zur ambulanten Behandlung anfordern. Ausnahmen gelten im Bereich der belegärztlichen Behandlung. Ebenso obliegt es den niedergelassenen Vertragsärzten, die Patienten an ermächtigte Krankenhausärzte zu überweisen, wenn die Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ohne deren konsiliarische Beurteilung nicht abschließend geklärt werden kann. In diesen Fällen sind die prästationären Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen und über die Kassenärztliche Vereinigung zulasten der Gesamtvergütung abzurechnen.

Fordert das Krankenhaus also Leistungen von niedergelassenen Vertragsärzten an, die über die Feststellung der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung hinausgehen, sind diese den niedergelassenen Vertragsärzten durch das Krankenhaus auf GOÄ-Basis zu vergüten. Um anschließenden Abrechnungsschwierigkeiten vorzubeugen, empfiehlt es sich, vor Erbringung der Leistungen mit dem Krankenhaus eine schriftliche Vergütungsvereinbarung zu treffen.

Erklärung des GKV-Versicherten zu Selbstzahlerleistungen

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Ärztliche Leistung

Ich wünsche ausdrücklich die Inanspruchnahme folgender Leistungen, **die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören:**

- Bezeichnung/Art der Leistungen: _____
- Ggf. GOÄ-Ziffer(n): _____
- Medizinische Begründung/Zweck: _____

3. Kosten und Vergütung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die oben genannten Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des geltenden Sachleistungsprinzips übernommen werden und ich diese Leistungen ggf. in dieser Praxis oder bei einem anderen Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen könnte.

Dennoch möchte ich ausdrücklich und auf eigenen Wunsch diese Leistungen als Selbstzahler in Anspruch nehmen und bestätige dies mit untenstehender Unterschrift. Ich wurde darüber informiert, dass sich die Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richtet.

Voraussichtlicher Gesamtbetrag: _____ EUR*

Diese Kosten und die daraus resultierenden Verordnungskosten sind von mir in voller Höhe selbst zu tragen. Ein Kostenerstattungsanspruch gegenüber meiner Krankenversicherung ist gemäß § 13 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen.

Ich kann mich auch an die Terminservicestelle der KVBW (Tel.: 116 117) wenden und so die gewünschten Leistungen ggf. bei einem anderen Vertragsarzt zu einem früheren Zeitpunkt als GKV-Leistung in Anspruch nehmen.

Ich erhalte eine Durchschrift/ein Exemplar dieser Erklärung.

Ort, Datum: _____

* Aus § 630 c Abs. 3 Satz 1 BGB ergibt sich eine rechtliche Verpflichtung zur Nennung des voraussichtlichen Gesamtbetrages.

Impressum

Herausgeber	Privatliquidation **KVBW** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg Albstadtweg 11 70567 Stuttgart
Redaktion	Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender KVBW
Autoren	Ass. jur. Alexandra Gisevius Ass. jur. Holger Schmidt Ass. jur. Katja Schwalbe
Gestaltung/Layout	Norman III
Erscheinungstermin	Juni 2026

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0

