

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL)

Grundlegende Informationen



Ärzte mit einer Kassenzulassung („Vertragsärzte“) können neben Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch weitere Leistungen gegen gesonderte Rechnung erbringen. GKV-Versicherte müssen solche Leistungen selbst bezahlen, sofern sie nicht zusätzlich privat versichert sind. Seit einigen Jahren werden diese privatärztlichen (Selbstzahler-) Leistungen auch „IGeL“ genannt.

Was sind IGeL?

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) sind ärztliche Leistungen, die nicht Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

Unter IGeL finden sich im Einzelfall medizinisch sinnvolle Leistungen, die jedoch nicht zu den Aufgaben der GKV gehören (z.B. besondere Impfungen vor Urlaubsreisen). IGeL umfassen weiterhin Leistungen, über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen Zweifel bestehen oder die risikoreich sind (z.B. Ozontherapie). Hierzu gehören auch ungenügend erprobte Methoden, deren Risiken bislang gar nicht oder nicht gut untersucht und daher nicht kalkulierbar sind.

Viele Versicherte gehen davon aus, dass IGeL bestimmte Leistungen („IGeL-Listen“) oder ein einheitliches Konzept verbindlich beschreiben oder dass medizinische Inhalte und Preise festgelegt seien. Dies ist jedoch nicht der Fall. Es gibt sehr unterschiedliche Listen solcher Leistungen, die z.B. bei Arztpraxen oder bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) öffentlich zugänglich sind. Sie sind aber nur als Orientierung zu verstehen. Ärzte können als IGeL auch andere Leistungen anbieten oder privatärztliche Leistungen erbringen, ohne sie IGeL zu nennen.



Der Begriff „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) wurde Ende der 1990er Jahre mit dem Ziel eingeführt, Ärzte zu einer offensiveren Einstellung zu privatärztlichen Leistungen zu bewegen. Es sollte so eine finanzielle Kompensation für zurückgehende Einnahmen aus dem GKV-System geschaffen werden. In dieser Weise werden IGeL auch auf zahlreichen Internetseiten gerechtfertigt. Nebenbei wird auf angebliche medizinische Defizite der GKV und medizinische Vorteile von IGeL hingewiesen.

IGeL stößt zwar bei vielen Ärzten auf Interesse, doch es gibt auch kritische bis ablehnende Stimmen, die insbesondere vor einem Vertrauensverlust für Ärzte warnen, wenn diese als Verkäufer von Gesundheitsleistungen auftreten. Wegen der meist überdeutlich erkennbaren finanziellen Motivation für das Anbieten solcher Leistungen haben Kritiker aus den Reihen der Ärzte sie als „Irgendwie Geld einbringende Leistungen“ oder als „Intransparentes Gemisch entbehrlicher Leistungen“ bezeichnet.

Was unterscheidet IGeL von GKV-Leistungen?

Damit eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu einer ambulanten GKV-Leistung werden kann, sind laut Gesetzgeber zwei Voraussetzungen erforderlich: Die Methode muss der Krankenbehandlung oder der Früherkennung von Krankheiten dienen und sie muss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) positiv bewertet worden sein (Näheres zum G-BA im Abschnitt „Wer entscheidet?“). IGeL lassen sich daher in zwei Gruppen aufteilen:

1. Leistungen, die weder Krankenbehandlung noch Früherkennung sind und deshalb generell nicht Leistung der GKV sein können. Beispiele hierfür sind Sportuntersuchungen, Impfungen vor Fernreisen oder auch die Entfernung von Tätowierungen.
2. Leistungen, die als Krankenbehandlung oder als Maßnahmen zur Früherkennung („Vorsorge“) anzusehen sind, für die es aber keine positive Bewertung des G-BA gibt. Dazu gehören z.B. Früherkennungsuntersuchungen wie ein Test auf Lungenkrebs, zahlreiche Laboruntersuchungen sowie eine Reihe angeblich innovativer Behandlungsmethoden.

Diese zweite Gruppe lässt sich aufteilen in:

2.1 Leistungen, für die der G-BA oder seine Vorgänger einen negativen Beschluss gefasst haben. Für solche Leistungen wurde also festgestellt, dass sie keinen medizinischen Nutzen haben, nicht notwendig sind und/oder nicht als wirtschaftlich angesehen werden. Beispiele sind die Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie bei Krebserkrankungen oder die Magnetfeldtherapie bei orthopädischen Diagnosen. Die negativ bewerteten Methoden sind in der Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ aufgeführt (www.g-ba.de).

2.2 Leistungen, für die im G-BA bisher kein (positiver) Beschluss gefasst worden ist. Diese Situation betrifft die große Mehrzahl aller IGeL.

Wer entscheidet?

Über die Aufnahme von medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das Leistungsspektrum der GKV entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Der Ausschuss ist mit Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der Ärzte gleichberechtigt besetzt. Er wird von einem unparteiischen Vorsitzenden geleitet. Im G-BA wirken auch Patientenvertreter mit, haben aber kein Stimmrecht. Die Krankenkassen entscheiden also nicht eigenständig darüber, welche Methoden zu den GKV-Leistungen gehören und welche nicht.

Für die ambulante Behandlung gilt, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so lange keine GKV-Leistungen sind und somit von Ärzten nicht auf Kosten der GKV angewendet werden können, bis der G-BA hierzu ein positives Votum abgegeben hat (Erlaubnisvorbehalt).

Für die Behandlung im Krankenhaus gelten diese Beschlüsse grundsätzlich nicht. Hier gilt für Methoden das umgekehrte Prinzip des „Verbotsvorbehalts“: Methoden dürfen angewendet werden, solange der G-BA sie nicht ausgeschlossen oder Einschränkungen beschlossen hat.



IGeL – warum eigentlich nicht?

IGeL umfassen Leistungen, die vom G-BA bisher nicht bewertet wurden oder deren Einführung sogar vom G-BA nach sorgfältiger umfassender Prüfung wegen unzureichenden medizinischen Nutzens abgelehnt worden ist. Insofern besteht bei IGeL ein hohes Risiko, unzureichend geprüfte, risikoreiche und/oder nutzlose medizinische Leistungen zu erhalten.

Auffällig ist, dass es bei IGeL neben wenigen therapeutischen Leistungen (z.B. apparative Methoden bei orthopädischen Krankheiten) sehr viele diagnostische Leistungen gibt (z.B. „Vorsorge“-Untersuchungen und so genannte „Gesundheits-Check-ups“, „Sono-Check“). Dies hat einen einfachen Grund: Ärzte und Versicherte finden solche Untersuchungen sehr einleuchtend und attraktiv („Man kann ja mal gucken“) und sind sich gleichzeitig über die in solchen Untersuchungen liegenden vielfältigen Risiken nicht ausreichend im Klaren.

Die Konsequenzen falscher Ergebnisse sind aber nicht zu unterschätzen und können sehr einschneidend sein, wenn z.B. aufgrund eines Testergebnisses weitere Untersuchungen oder eine Operation für erforderlich gehalten werden. Für die meisten der als IGeL angebotenen Untersuchungen ist keineswegs sicher, dass sie mehr Nutzen als Schaden nach sich ziehen. Dies gilt ganz besonders für so genannte „Vorsorge“-Untersuchungen.

Dennoch hat grundsätzlich jeder das Recht, sich auch für Leistungen mit diesen Risiken zu entscheiden. Eine solche Entscheidung setzt jedoch eine umfassende Aufklärung über Vor- und Nachteile einer Methode, deren Konsequenzen und Alternativen voraus. Eine angemessene Aufklärung müsste auch zur Sprache bringen, dass eine Methode bislang nur ungenügend erprobt ist.

Nach derzeit verfügbaren Informationen ist ein solches „informiertes Einverständnis“ der Versicherten oft nicht gewährleistet. Untersuchungen der Stiftung Warentest haben z. B. zum PSA-Screening auf Prostatakrebs eklatante Aufklärungsmängel offengelegt. Die Bundesärztekammer verlangt zwar für IGeL eine sachliche Information und Aufklärung, jedoch enthalten auch patientenorientierte Internetseiten viele unangemessene Darstellungen. Eine umfassende Aufklärung über solche Methoden könnte auch dem Ziel des Anbieters, sein Einkommen zu verbessern, entgegen stehen – zumal aus einigen Untersuchungen bekannt ist, dass sorg-



fältige Aufklärung die Inanspruchnahme verringert. Diese Situation sollte Versicherte sensibilisieren und zu Zurückhaltung und Vorsicht bei IGeL veranlassen.

Entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) handelt es sich bei IGeL um „Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen“. Die Bundesärztekammer weist daher besonders darauf hin, dass der Wunsch nach einer IGeL vom Versicherten ausgehen muss. Der Einblick in verschiedene Internet-Seiten und in die Praxis zeigt, dass diese Anforderung offenbar eher großzügig ausgelegt wird.

Häufige Fehlinformationen über IGeL

► „Die Leistung ist nicht im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten.“

Die Aussage ist vielfach im Zusammenhang mit so genannten „Vorsorge“-Angeboten zu finden und insofern unzutreffend, als die betreffende Leistung bei einem konkreten Verdacht auf eine Erkrankung oft sehr wohl Leistung der GKV ist.

► „Diese Leistung wird nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt.“

Diese Aussage ist in aller Regel unzutreffend. Fast alle IGeL haben bisher nicht zum Leistungskatalog der GKV gehört. Ausnahmen sind die erwähnten, vom G-BA negativ bewerteten und ausgeschlossenen Leistungen, für die das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig angesehen werden muss.

► „Diese Leistung ist besser als das, was die Kasse Ihnen bezahlt.“

In der Regel handelt es sich bei solchen Leistungen um neuere, aber unzureichend geprüfte Methoden, für die nicht einmal sichergestellt ist, dass sie wenigstens genauso gut sind wie die entsprechende GKV-Leistung.

► „Die Leistung ist eine wissenschaftlich und schulmedizinisch abgesicherte Behandlungsmethode.“

Versicherte können davon ausgehen, dass eine solche Leistung bereits GKV-Leistung wäre. Da sie es offenbar nicht ist (sonst könnte sie keine IGeL sein), kann die Information des Anbieters nicht stimmen oder sie ist – eine häufige Situation – nur die „halbe Wahrheit“.

Was kann der Versicherte tun, wenn der Arzt ihn auf IGeL anspricht? Hinweise für den Versicherten



- ▶ Gehen Sie nicht selbstverständlich davon aus, dass Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) für Ihre Gesundheit medizinisch notwendig oder sinnvoll sind. Informieren Sie sich daher besonders sorgfältig.
 - ▶ Falls Sie sich für eine bestimmte IGeL interessieren, informieren Sie sich möglichst schon vor einem Arztbesuch über diese Methode.
 - ▶ Fragen Sie Ihren Arzt,
 - welchen Nutzen eine Methode für Sie haben könnte
 - wie gut die Methode geprüft ist
 - welche Risiken mit einer Methode verbunden sein können (geben Sie sich mit der Antwort „keine“ nicht zufrieden, solche Methoden gibt es nicht)
 - welche Folgen sich für Sie aus einem „positiven“ oder „negativen“ Untersuchungsergebnis ergeben. Werden Folgeuntersuchungen notwendig?
 - welche Kosten Ihnen entstehen würden
 - warum diese Leistung keine Kassenleistung ist.
 - ▶ Seien Sie besonders skeptisch bei so genannten Vorsorge-Angeboten.
 - ▶ Fragen Sie Ihre Krankenkasse, ob die von Ihnen gewünschte Leistung in ihrer Situation Kassenleistung ist. Leistungen, die die Krankenkasse bezahlt, dürfen nicht als IGeL gesondert in Rechnung gestellt werden.
 - ▶ Wenn Ihnen bei einem Praxisbesuch IGeL empfohlen oder gar nahe gelegt werden: Erbitten Sie sich Bedenkzeit und informieren Sie sich zunächst selbst.
 - ▶ Wehren Sie sich dagegen, wenn Ihnen der Arzt oder das Praxispersonal bereits vor Beginn der Behandlung IGeL anbietet und möglicherweise sogar die Behandlung von einer Inanspruchnahme abhängig macht. Informieren Sie Ihre Krankenkasse oder die zuständige Ärztekammer in einem solchen Fall.
 - ▶ Bestehen Sie auf einem schriftlichen Vertrag, der den genauen Rahmen der IGeL und die damit verbundenen Kosten enthält. Ohne eine schriftliche Vereinbarung müssen Sie keine Rechnung bezahlen.
 - ▶ Lassen Sie sich keine Angst machen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen decken alle notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ab.
 - ▶ **Treffen Sie keine übereilten Entscheidungen. IGeL sind niemals dringend.**
- Noch ein Hinweis:
Für IGeL sind selbstverständlich keine Praxisgebühren zu zahlen.

Bildnachweis Titel, S. 5: www.BilderBox.com
S.2: Volkmar Schulz/Keystone
S.3: Thomas Plaßmann, Essen
S.4: Kay Blaschke/Stock4B

Herausgeber



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de