

Fragen und Antworten zu IGeL-Leistungen

Was sind IGeL?

Viele Patientinnen und Patienten nennen Individuelle Gesundheitsleistungen – kurz IGeL – ganz einfach "Selbstzahlerleistungen". Damit meinen sie alle Leistungen, die sie in der Praxis selbst zahlen müssen. Das kann aber von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein, weil Krankenkassen ihren Versicherten gemäß ihrer Satzung unterschiedliche Leistungen anbieten können.

Genauer ist daher folgende Definition: IGeL sind alle ärztlichen Leistungen, die per Gesetz nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören. Hierzu zählen Aufgaben, die per se nicht in den GKV-Bereich fallen wie beispielsweise Atteste oder Reiseimpfungen. Zum weitaus größeren Teil sind IGeL jedoch medizinische Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, für die eine ganz wesentliche Voraussetzung, die das Gesetz fordert, von offizieller Seite nicht festgestellt wurde, nämlich dass sie dem anerkannten medizinischen Standard entsprechen.

Wer entscheidet, welche Leistung bezahlt wird und welche nicht?

Ob eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen und damit zu einer Leistung wird, die von den gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig bezahlt wird, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In diesem Ausschuss sind Ärzte und Krankenhäuser vertreten. Außerdem gehören ihm Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen an. Geleitet wird der G-BA von einem unparteiischen Vorsitzenden. Zusätzlich wirken Patientenvertreter mit. Die Krankenkassen entscheiden also gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten darüber, welche Methoden zu den GKV-Leistungen gehören und welche nicht.

Warum werden IGeL nicht von den Krankenkassen bezahlt?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Behandlungsmethoden und Untersuchungen, die medizinisch notwendig sind. Damit eine neue Leistung im ambulanten Bereich von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden kann, sind laut Gesetzgeber zwei Voraussetzungen erforderlich: Die Methode muss der Behandlung oder Früherkennung von Krankheiten dienen und sie muss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) positiv bewertet worden sein.

IGeL lassen sich daher in zwei Gruppen aufteilen:

1. Leistungen, die weder Therapie noch Früherkennung sind und deshalb generell nicht Leistung der GKV sein können. Beispiele hierfür sind Sportuntersuchungen oder private Impfungen vor Fernreisen.

- Leistungen, die als Behandlung oder Maßnahmen zur Früherkennung („Vorsorge“) gelten, für die es aber keine positive Bewertung durch den G-BA gibt. Das kann sein, weil der G-BA die Methode geprüft hat und zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die Methode nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden soll (z.B. Sauerstoff-Therapie beim Hörsturz oder die Eigenblut-Behandlung). Ebenso ist es aber möglich, dass die Anerkennung einer Leistung beim G-BA nicht beantragt und damit der Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen nicht geführt worden ist.

Was will der „IGeL-Monitor“?

Etwa 1,5 Milliarden Euro geben gesetzlich Versicherte jährlich in deutschen Arztpraxen für IGeL aus. Dabei müssen die Versicherten selbst entscheiden, ob sie die angebotene Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen und damit einen privatrechtlichen Vertrag mit dem Arzt eingehen wollen – oder ob sie auf die angebotene und oft auch empfohlene Leistung verzichten wollen. Bei dieser Entscheidung fühlen sich viele Patienten allein gelassen. Denn häufig erhalten Sie Werbeflyer statt neutralem Informationsmaterial, das angemessen über die Selbstzahlerleistung informiert.

Hier setzt das Internetportal www.igel-monitor.de an: Zum einen will das neue Internetangebot individuelle Gesundheitsleistungen wissenschaftlich fundiert bewerten und sie bezüglich Nutzen und Schaden durchleuchten. Auf diese Weise unterstützt der IGeL-Monitor die Versicherten dabei, sich begründet für oder gegen die IGeL zu entscheiden. Dafür analysiert und bewertet das Team des Internetportals das aktuelle Wissen über einzelne IGeL und bereitet es allgemeinverständlich auf. Es klärt auch darüber auf, welche Maßnahmen bei einem bestimmten Krankheitsbild von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Zum zweiten schafft der Internetdienst generell Transparenz im IGeL-Markt und klärt über dessen Akteure auf. So verhilft der IGeL-Monitor den Patienten zu mehr Autonomie und bewahrt sie möglicherweise vor Schäden.

Welche Leistungen bewertet der „IGeL-Monitor“

Der IGeL-Monitor wählt Leistungen aus,

- die in der Praxis eines niedergelassenen Arztes angeboten werden (Angebote von Krankenhäusern und Heilpraktikern werden nicht berücksichtigt) und
- die „relevant“ sind, also in nennenswertem Umfang angeboten werden oder auf das besondere Interesse der Nutzer des IGeL-Monitors stoßen.

Wie bewertet der „IGeL-Monitor“ die Leistungen?

Das Redaktions-Team des IGeL-Monitors legt Wert darauf, über die geprüften IGeL wissenschaftlich fundiert und neutral zu informieren. Damit die Versicherten die Bewertungen

der einzelnen IGeL nachvollziehen können, werden Vorgehensweise und sämtliche Einzelschritte detailliert beschrieben.

Die Bewertung läuft nach einem festgelegten Prozess ab: Zu jeder IGeL wird der wissenschaftliche Kenntnisstand aufgearbeitet. Dazu recherchiert das aus Medizinern und anderen EbM-Experten bestehende Team beim MDS in medizinischen Datenbanken, trägt die Informationen nach einer definierten Vorgehensweise zusammen und wertet sie systematisch aus. Dann werden die Ergebnisse dieser Arbeiten analysiert und Nutzen und Schaden einer IGeL formuliert. Schließlich werden Nutzen und Schaden gegeneinander abgewogen und in einer von fünf Bewertungsaussagen zusammengefasst:

positiv: nach unserer Ansicht überwiegt der Nutzen der IGeL deutlich den Schaden

tendenziell positiv: nach unserer Ansicht überwiegt der Nutzen der IGeL geringfügig den Schaden

unklar: nach unserer Ansicht sind Nutzen und Schaden der IGeL ausgewogen, oder wir finden keine ausreichenden Daten, um Nutzen und Schaden zu beurteilen

tendenziell negativ: nach unserer Ansicht überwiegt der Schaden der IGeL geringfügig den Nutzen

negativ: nach unserer Ansicht überwiegt der Schaden der IGeL deutlich den Nutzen

Wie wird der IGeL-Monitor finanziert?

Initiator und Auftraggeber des IGeL-Monitors ist der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Finanziert wird der MDS vom GKV-Spitzenverband.

Wie viele IGeL gibt es?

Inzwischen gibt es mehrere hundert IGeL. Wie viele es genau sind, lässt sich nicht sagen. Ein Standardwerk für Ärzte (MEGO 2011, ecomed Medizin) führt mehr als 360 IGeL auf, die die Autoren explizit als "seriös" ansehen. Ständig kommen neue Angebote hinzu und andere geraten in Vergessenheit.

Das hat mehrere Gründe: Einzelne IGeL lassen sich beliebig fein unterteilen: So können mehrere Blutuntersuchungen als ein IGeL-Paket oder auch einzeln angeboten werden. Dem Angebot sind praktisch keine Grenzen gesetzt, da auch Verfahren eingesetzt werden, deren Wirkung nicht nachgewiesen ist. Gerade die Alternativmedizin eignet sich dazu, beinahe jede beliebige Handlung als Heilverfahren zu bezeichnen.

Welche IGeL sind besonders beliebt?

Viele Versicherte möchten aktiv etwas für ihre Gesundheit tun und Krankheiten frühzeitig erkennen. Deshalb zählen Vorsorgeuntersuchungen zu den beliebtesten IGeL. Am häufigsten angeboten werden die Glaukom-Vorsorgeuntersuchung beim Augenarzt und die Ultraschalluntersuchungen zur Krebsfrüherkennung beim Frauenarzt. Aber auch Verfahren der Alternativmedizin zählen zu häufig angebotenen IGeL. Sie kommen dem Bedürfnis vieler Menschen nach einer "ganzheitlichen" Behandlung entgegen.

Was dürfen IGeL kosten?

Wenn Ärzte privatärztliche Leistungen anbieten, sind sie an die Berechnung der so genannten einfachen Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden. Das ist bei IGeL nicht der Fall. Hier dürfen die Ärzte den 2,3-fachen Satz oder sogar den 3,5-fachen Höchstsatz berechnen. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistung sehr schwierig und (zeit)aufwendig ist und daher den Höchstsatz rechtfertigt. Der Versicherte kann die GOÄ einsehen, wenn er möchte. Auf jeden Fall sollte er für eine vorgeschlagene IGeL vorab einen schriftlichen Kostenvoranschlag erhalten, auf dem die Kosten nach der GOÄ erläutert sind.

Bieten alle Ärzte IGeL an?

Für viele Ärzte spielen IGeL nur eine untergeordnete Rolle. Sie bieten einige wenige IGeL an, bewerben sie aber nicht aktiv. Manche Ärzte betonen auf ihren Homepages sogar, dass sie grundsätzlich keine IGeL anbieten. Nach einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahr 2010 bieten Frauenärzte, Augenärzte, Urologen, Orthopäden und Hautärzte ihren Patientinnen und Patienten pro Jahr durchschnittlich zwischen 300- und 600-mal eine IGeL an, praktische Ärzte und Allgemeinärzte knapp 100-mal.

Stimmt alles, was in der Arztpraxis über IGeL gesagt wird?

- *„Der Arzt will, dass Sie der IGeL zustimmen. Sonst nimmt er sie nicht dran.“*

Eine solche Drohung ist schlichtweg nicht haltbar. Ein Arzt darf eine Behandlung nicht ablehnen, nur weil der Patient eine IGeL-Untersuchung verweigert. Im Gegenteil: 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 soll.

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

Das stimmt vor allem im Zusammenhang mit so genannten "Vorsorge"-Angeboten nicht immer. Viele Untersuchungen werden bei einem konkreten Verdacht auf eine Erkrankung

sehr wohl von der Krankenversicherung bezahlt. Hier lohnt sich auf jeden Fall ein Anruf bei der Krankenkasse, bevor der Versicherte dem Selbstzahlungsvertrag zustimmt.

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

Derartige Aussagen sind in der Regel falsch. Die meisten IGeL waren noch nie im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen. Es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Untersuchung oder Behandlungsmethode geprüft, negativ bewertet und damit aus dem Katalog ausgeschlossen, weil er das Nutzen-Risiko-Verhältnis als ungünstig angesehen hat.

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

Auch das trifft in der Regel nicht zu. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen Untersuchungen und Behandlungen, die medizinisch notwendig sind (laut Gesetz „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“) und dem anerkannten medizinischen Standard entsprechen. IGeL sind oft Leistungen, bei denen nicht ausreichend geprüft ist, wie groß Nutzen und Schaden sind.

Mehr Vorsorge ist doch gut, oder?

Unter den IGeL-Leistungen gibt es sehr viele diagnostische Untersuchungen wie „Vorsorge“-Untersuchungen und so genannte „Gesundheits-Check-ups“ oder „Sono-Checks“. Dies hat einen einfachen Grund: Ärzte und Versicherte finden solche Untersuchungen sehr einleuchtend und attraktiv. „Mal gucken kann ja nicht schaden“, denken viele. Dabei sind sie sich über die vielfältigen Risiken, die in solchen Untersuchungen liegen, oft nicht ausreichend im Klaren. Doch vor allem die Konsequenzen falscher Ergebnisse – weitere Untersuchungen bis hin zu Operationen – sind nicht zu unterschätzen und können sehr belastend sein. Gerade angesichts dieser Risiken ist es besonders wichtig, sich vorab umfassend über Vor- und Nachteile einer Methode, deren Konsequenzen und Alternativen zu informieren. In einem angemessenen Aufklärungsgespräch müsste der Arzt darauf hinweisen, dass eine Methode bislang nur ungenügend erprobt ist. Das ist leider nicht immer der Fall. Untersuchungen der Stiftung Warentest haben beispielsweise zum PSA-Screening auf Prostatakrebs eklatante Aufklärungsmängel offengelegt.

Was tun bei einem IGeL-Angebot?

Grundsätzlich sollten Versicherte sich ausreichend informieren, bevor sie einer IGeL zustimmen: Der Arzt sollte erklären, warum er die IGeL empfiehlt und eine entsprechende Kassenleistung für nicht ausreichend hält, welche Vor- und Nachteile die IGeL hat und wie gut diese nachgewiesen sind. Und schließlich sollten die Patienten erfahren, was die IGeL kostet. Ganz wichtig: IGeL sind bis auf ganz wenige Ausnahmen, wie beispielsweise eine

Impfung vor einer bevorstehenden Auslandsreise, nicht dringend. Es besteht also keine Notwendigkeit, eine IGeL sofort in Anspruch zu nehmen. Man sollte sich deshalb die Zeit nehmen, sich auch anderweitig zu informieren, etwa auf den Seiten des IGeL-Monitors. Bevor der Arzt dann die IGeL ausführt, muss der Versicherte einen schriftlichen Vertrag unterschreiben. Dies dient auch dem Schutz des Arztes, denn ohne Vertrag ist der Versicherte nicht verpflichtet, die IGeL anschließend zu bezahlen.

Weitere Tipps und Ratschläge bietet die Broschüre des MDS: "Individuelle Gesundheitsleistungen" - Grundlegende Informationen".