



Informationen zu IGeL-Leistungen

- Vertragsabschlüsse über

individuelle Gesundheitsleistungen -

Gesetzlich versichert – privat bezahlen?

Ob beim Orthopäden, bei der Augenärztin oder in der gynäkologischen Praxis, immer häufiger sollen medizinische Leistungen privat bezahlt werden. Zwar gibt es schon lange Gesundheitsleistungen auf eigene Rechnung, wie z. B. in der kosmetischen Chirurgie, Angebote der Alternativmedizin und zahnärztliche Leistungen, aber seit der Einführung der Praxisbudgets bemühen sich viele Arztpraxen, möglichst viele medizinische Behandlungen außerhalb der Kassenleistungen zu erbringen und sich so lukrative Einkommensmöglichkeiten zu erschließen.

Individuelle oder auch „besondere“ Gesundheitsleistungen werden mit den wohlklingenden Bezeichnungen: Vorsorge und Prävention – Innovations- und Spitzenmedizin – Top-Service und Komfortmedizin – Lifestyle- und Wellness-Medizin angeboten. Auch die Alternativ- und Umweltmedizin gehört in diesen Bereich. Viele dieser Leistungen mussten schon immer privat bezahlt werden. Sie werden entgegen ihrer vielversprechenden Deklaration oft ohne jede Qualitätskontrolle erbracht, sind oft ohne nachweislichen Nutzen und können im schlimmsten Fall belastend oder schädlich sein. Die Absicht des Gesetzgebers, den Anstieg medizinisch nicht notwendiger Leistungen aufzuhalten, hat lediglich zu einer Verschiebung in die Privatmedizin geführt. Neu sind neben den zahllosen oben genannten Angeboten die sogenannten IGeL-Leistungen. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Angebote aus dem Vorsorge-/Früherkennungsbereich.

BUNDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
DER
PATIENTINNEN-
STELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)

Auenstr. 31

80469 München

TELEFON

089 / 76 75 51 31

FAX

089 / 725 04 74

http:

patientenstellen.de

mail@

patientenstellen.de

Sprechzeiten:

Mo - Do

13 - 14 Uhr

und AB

50 Cent

Was sind IGeL Leistungen?

IGeL ist die Abkürzung für **I**ndividuelle **G**esundheits**L**eistungen.

IGeL-Leistungen sind ärztliche Leistungen, die entweder:

- medizinisch nicht notwendig oder
- aus der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, aber dennoch aus der Sicht des Arztes sinnvoll sind
- und/oder vom Patienten gewünscht werden.

Über solche Leistungen können zwischen ÄrztInnen und PatientInnen freie vertragliche Vereinbarungen abgeschlossen werden. Die Leistungen sind kostenmäßig nach der GOÄ/GOZ (Gebührenordnung der Ärzte/Zahnärzte) abzurechnen).¹

Ein Großteil der medizinisch notwendigen Leistungen werden nach wie vor von den Kassen finanziert. Zu den IGeL-Leistungen zählen alle medizinischen Leistungen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Eine medizinische Leistung, die grundsätzlich von der Krankenkasse bezahlt wird, darf nicht von einem Kassenarzt privat abgerechnet werden.

Beispiel Vorsorgeleistungen:

Viele Arztpraxen bieten zusätzliche Vorsorgeleistungen an, die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht im Sinne der Vorsorge von den Kassen übernommen werden dürfen. Dabei erwecken sie den Eindruck, das Vorsorgeangebot der Kassen sei nicht ausreichend. Jede zusätzliche, überflüssige und manchmal keinesfalls harmlose Vorsorgeuntersuchung beinhaltet aber auch Risiken, u. a. das Risiko eines falsch positiven Untersuchungsbefundes. Ein Mehr an Diagnostik ist zudem nicht automatisch verbunden mit einem besseren Schutz vor Erkrankungen.

Besteht der Verdacht auf eine Erkrankung, z. B. Hautkrebs, Prostatakrebs, auf den Grünen Star (Glaukom), auf Brustkrebs auf Grund eines Tastbefundes oder bei familiären Brustkrebsvorbelastungen, so übernehmen die Kassen nach wie vor die Kosten der Untersuchung.

Mit der Ausweitung der Privatmedizin in den kassenärztlichen Bereich sind viele Probleme verbunden. ÄrztInnen werden von unabhängigen Heilkundigen zu „VerkäuferInnen“ von Gesundheitsdienstleistungen.

Auf PatientInnenseite erwächst daraus Unsicherheit. Sie können als Laien nicht so ohne weiteres die Sinnhaftigkeit einer (zusätzlichen) Untersuchung oder Behandlung beurteilen. Diese Unsicherheit, die Sorge um die Gesundheit sowie die Angst vor Krankheiten ebnen den Weg, sich im Zweifelsfall für eine IGeL-Leistung zu entscheiden.

Wo aber sind privatärztliche Abrechnungen berechtigt, und wann handelt es sich hauptsächlich um Geldschneiderei? Wie können Sie als PatientIn wissen, ob eine Untersuchung oder Behandlung eine Kassen- oder eine IGeL-Leistung ist und worauf müssen Sie beim Vertragsabschluss achten?

Wir möchten Sie nachfolgend über die wichtigsten Sachverhalte informieren.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und IGeL-Leistungen

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass

die medizinische Versorgung der Versicherten bedarfsgerecht und gleichmäßig und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend zu erfolgen hat. Die Versorgung muss zudem ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. (siehe § 70, Abs. 1 Sozialgesetzbuch V)

Welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Sinne des Gesetzes in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversi-

cherung aufgenommen werden, darüber entscheidet der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Die Unsicherheit, ob die behandelnden ÄrztInnen neben medizinischen Erwägungen vor allem aus Einkommensgründen handeln, führt zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses. Problematisch für das Arzt/Patient-Verhältnis kann auch die Ablehnung einer vorgeschlagenen Behandlung oder die Reklamierung einer Honorarforderung sein.

Wenn Sie als PatientIn eine IGeL-Leistung angeboten bekommen oder wünschen, empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

Beachten Sie, dass es sich nur dann um eine IGeL-Leistung handelt, wenn klar ist, dass keine medizinische Notwendigkeit für die Untersuchung/Behandlung vorliegt und Sie als PatientIn die Leistung ausdrücklich wünschen. Im Gegensatz zur Kassenbehandlung muss über eine IGeL-Leistung ein schriftlicher Vertrag geschlossen werden.² IGeL-Verträge setzen³ – bevor sie abgeschlossen werden – die Information des Patienten/Vertragspartners über die Leistung, ihre Indikation (Begründung) und ihre Kosten voraus.

Vor Vertragsschluss müssen Sie informiert werden über:

- die Leistung (z.B. ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren)
- die Kosten der Leistung und
- die Gründe, warum eine Leistung nicht von den Krankenkassen bezahlt wird.⁴

Zu den ersten beiden Punkten ist hier auch ein vorbereitetes Formular erlaubt.

Die Indikationsstellung und die Aufklärung darf nur durch den Arzt erfolgen. Der Arzt muss Sie umfassend über alle Aspekte der Untersuchung oder Behandlung informieren, also über

- den therapeutischen Sinn
- mögliche Risiken und Nebenwirkungen
- alternative Behandlungsmöglichkeiten und
- das Risiko einer Nichtbehandlung.

Die Information muss vollständig und richtig sein. Eine Beeinflussung hat zu unterbleiben, es ist auch unzulässig, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen als unzulänglich darstellt.

In der Praxis ist es häufig so, dass die Frage, ob es sich um eine GKV- oder eine IGeL-Leistung handelt, von einer **ärztlichen** Untersuchung abhängt. Der Arzt muss dann die Notwendigkeit (Indikation) für die Behandlung feststellen.

Gibt es eine Notwendigkeit für die Behandlung, kann und muss sie automatisch über die Krankenkasse abgerechnet werden. Stellt sich heraus, dass es für die Behandlung keine medizinische Notwendigkeit gibt, handelt es sich um eine IGeL-Leistung.

Ihnen muss ausreichend Zeit eingeräumt werden, eine Entscheidung über die Inanspruchnahme einer IGeL-Leistung zu überdenken. Insofern ist es unzulässig, wenn Sie z. B. in Ausnutzung einer Notlage, unter Zeitdruck oder während einer laufenden Untersuchung oder Behandlung auf die Möglichkeit zusätzlicher privatärztlicher Leistungen hingewiesen werden oder Ihr Einverständnis geben sollen.

Aus der Beratungspraxis der PatientInnenstellen ist bekannt, dass diese Vorgaben keineswegs eingehalten werden. Deshalb:

- Prüfen Sie, ob die Ihnen angebotene, privat zu bezahlende medizinische Leistung nicht doch zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehört. Lassen Sie sich vom Arzt erklären, warum diese Leistung nicht (oder nicht mehr) von den Krankenkassen bezahlt wird. Informieren Sie sich umfassend. Sie können sich auch an Ihre Krankenkasse, die (Zahn-) Ärztekammer, eine PatientInnenstelle oder weitere Patientenberatungseinrichtungen wenden.
- Wägen Sie Nutzen und Risiko, aber auch Nutzen und Kosten gegeneinander ab.
- Prüfen Sie alle Aspekte in Ruhe, lassen Sie sich nicht zu einer Entscheidung für die Inanspruchnahme drängen.

- Achten Sie darauf, dass der Ablauf des Vertragsabschlusses den gesetzlichen Vorgaben entspricht:
 - Abklärung der Notwendigkeit der Behandlung
 - Aufklärung durch den Arzt
 - schriftlicher Vertragsabschluß
 - ein Ihnen vorliegendes Vertragsexemplar.

Auch wenn Ihnen dieses Verhalten Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin gegenüber befremdlich erscheint, ÄrztInnen, die zu „Verkäufern“ werden, müssen sich auf kritische „Kunden“ einstellen.

Nach Inanspruchnahme der IGeL-Leistung:

Überprüfen Sie die private Arztrechnung darauf, ob die Abrechnung formal und rechnerisch ordnungsgemäß erfolgt ist:

- Sind Sie über alle Aspekte der Behandlung und der Kosten aufgeklärt worden?
- Ist die Leistungserbringung ordnungsgemäß erfolgt?
- Entspricht die Höhe der Abrechnung den Vorschriften der GOÄ/GOZ?
- Sind die einzelnen Abrechnungsposten ordnungsgemäß mit den Ziffern der GOÄ/GOZ erfolgt?
- Entspricht die Abrechnung der vertraglich vereinbarten Leistung?
- Werden die im Vertrag genannten Kosten eingehalten?

Gegen unberechtigte Honorarforderungen können Sie sich zur Wehr setzen! ⁵

Erscheinungsdatum August 2003

Fazit:

IGeL-Leistungen sind private, zusätzliche Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Sie werden vermehrt seit 1998 (dem Zeitpunkt ihrer Erfindung und Einführung) angeboten und ermöglichen Ärzten eine private Einkommensmöglichkeit, die keiner Kontrolle unterliegt. Abhängig davon, wie sie PatientInnen vermittelt oder angeboten werden, können sie bei PatientInnen den Eindruck erwecken, das bestehende Vorsorgeangebot der Gesetzlichen Krankenkassen sei nicht ausreichend und zusätzliche Leistungen seien deshalb nötig.

Nur in wenigen Fällen sind IGeL-Leistungen gerechtfertigt und bedürfen daher dem besonderen Augenmerk der PatientInnen, denen sie angeboten werden, oder die sie wünschen.

Sie können PatientInnen verunsichern und zu massiven Störungen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und PatientIn führen.

Anmerkungen

¹ s. IGeL-Konsenspapier des Diskussionsforums Gesundheit beim Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen (IGMR) August 2002 (s.a. www.igmr.uni-bremen.de)

² § 18 Abs. 1 Nr. 3 Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte (BMV-Ä) verpflichtet den Vertragsarzt, für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten einzuholen und ihn auf die Kostenfolgen hinzuweisen.

³ ähnlich wie Vereinbarungen über ärztliche Wahlleistungen im Krankenhaus.

⁴ Ist die Leistung von vornherein aus der GKV ausgeschlossen, muss die Information mit schriftlicher Angabe der Ausschlussbegründung vorher – durch den Arzt oder das nichtärztliche Personal – erfolgen.

⁵ Nähere Einzelheiten erfahren Sie dazu in unserer Informationsbroschüre:

**Patientenrechte bei ärztlichen
Honorarforderungen**