

Fragen und Antworten zu IGeL-Leistungen

1. 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 bezahlen 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 Leistungen, 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, die nicht zeigen können oder nicht gezeigt haben, dass sie, wie es das Gesetz fordert, „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“.

2. 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 regelhaft bezahlt wird, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In diesem Ausschuss sind Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten. Geleitet wird der G-BA von einem unparteiischen Vorsitzenden. Zusätzlich wirken Patientenvertreterinnen und -vertreter mit. Die Krankenkassen entscheiden also gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten darüber, welche Methoden zu den GKV-Leistungen gehören und welche nicht.

3. 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 G-BA positiv bewertet worden sein.

IGeL lassen sich daher in zwei Gruppen aufteilen:

- 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.

4. Was will der IGeL-Monitor?

In Deutschland geben gesetzlich Versicherte etwa 1 Milliarde Euro jährlich in ärztlichen Praxen für IGeL aus. Dabei müssen die Versicherten selbst entscheiden, ob sie die angebotene Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen und damit einen privatrechtlichen Vertrag mit der Praxis eingehen wollen oder ob sie auf die angebotene und oft auch empfohlene Leistung verzichten wollen. Bei dieser Entscheidung fühlen sich viele Patientinnen und Patienten alleingelassen. Denn häufig erhalten sie Werbeflyer anstatt neutralem Informationsmaterial, das angemessen über die Selbstzahlerleistung informiert.

Hier setzt das Internetportal www.igel-monitor.de an: Zum einen werden individuelle Gesundheitsleistungen wissenschaftlich fundiert bewertet und bezüglich Nutzen und Schaden durchleuchtet. Dafür analysieren und bewerten medizinische und methodische Expertinnen und Experten das aktuelle Wissen über einzelne IGeL und bereiten es allgemeinverständlich auf. Der IGeL-Monitor klärt auch darüber auf, welche Maßnahmen bei einem bestimmten Krankheitsbild von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Außerdem schafft er generell Transparenz im IGeL-Markt und klärt über dessen Akteurinnen und Akteure auf. So hilft der IGeL-Monitor den Patientinnen und Patienten zu mehr Autonomie und bewahrt sie möglicherweise vor Schäden.

5. Welche Leistungen bewertet der IGeL-Monitor?

Der IGeL-Monitor wählt Leistungen aus,

- die in den Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden (Angebote von Krankenhäusern und heilpraktischen Berufen werden nicht berücksichtigt) und
- die „relevant“ sind, also in nennenswertem Umfang angeboten werden oder auf das besondere Interesse der Nutzerinnen und Nutzer des IGeL-Monitors stoßen.

6. Wie bewertet der IGeL-Monitor Leistungen?

Das 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.

Das Team des IGeL-Monitors besteht aus Medizinerinnen und Medizinern sowie anderen Expertinnen und Experten der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Die Bewertung läuft nach einem festgelegten Prozess ab: Zu jeder IGeL wird der wissenschaftliche Kenntnisstand aufgearbeitet. Dazu recherchiert das Team des IGeL-Monitors 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.

7. Wie wird der IGeL-Monitor finanziert?

Betreiber des IGeL-Monitors ist der [Medizinische Dienst Bund](#) unter Trägerschaft der 15 Medizinischen Dienste in den Ländern. Der [Medizinische Dienst Bund](#) wurde zum 1. Januar 2022 als Rechtsnachfolger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. ([MDS](#)) errichtet. Die Vorgängerorganisation [MDS](#) hatte den IGeL-Monitor initiiert und 2012 ins Leben gerufen.

8. Wie viele IGeL gibt es?

Es gibt mehrere hundert IGeL. Genauer lässt sich die Zahl der IGeL nicht beziffern, da der Markt unübersichtlich ist und sich ständig wandelt. So ist das IGeL-Angebot von Praxis zu Praxis verschieden, Art und Qualität der Angebote werden nicht erfasst oder überprüft, und aufgrund neuer Geräte und medizinischer Maßnahmen kommen ständig neue IGeL hinzu.

9. Welche IGeL sind besonders beliebt?

Viele Versicherte möchten aktiv etwas für ihre Gesundheit tun und Krankheiten frühzeitig erkennen. Der größte Teil der IGeL gehört zu den Früherkennungs- und Präventionsleistungen.

Zu den bisher 55 im IGeL-Monitor bewerteten IGeL zählen auch die am häufigsten angebotenen Leistungen: die IGeL zur Krebsfrüherkennung wie der Ultraschall der Eierstöcke, der Ultraschall der Brust und der PSA-Test, sowie die Glaukom-Früherkennung. Damit hat der IGeL-Monitor die „Top-Seller“ bewertet. Sechs Leistungen wurden nur beschrieben, da sie als Teil der persönlichen Lebensführung nicht zum Leistungsspektrum der Kassen gehören.

10. Was dürfen IGeL kosten?

Wenn Ärztinnen und Ärzte privatärztliche Leistungen anbieten, sind sie an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden. Bei individuellen Gesundheitsleistungen dürfen sie 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. Versicherte können die GOÄ einsehen, wenn sie möchten. Auf jeden Fall sollten sie vorab einen schriftlichen Kostenvoranschlag erhalten, in dem die Kosten nach der GOÄ erläutert sind. Vor der Behandlung sollte ein Vertrag geschlossen werden. Ohne diesen Vertrag muss die IGeL nicht bezahlt werden, auch wenn sie in Anspruch genommen wurde.

11. Stimmt alles, was in der ärztlichen Praxis über IGeL gesagt wird?

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

Eine solche Drohung ist schlichtweg nicht haltbar. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine Behandlung nicht ablehnen, nur weil Versicherte eine IGeL-Untersuchung verweigern. 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 sogenannten „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 Versicherte dem Selbstzahlungsvertrag zustimmen.

- „*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-Schaden-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.

12. Mehr Vorsorge ist doch gut, oder?

Unter den IGeL-Leistungen gibt es sehr viele diagnostische Untersuchungen wie „Vorsorge“-Untersuchungen und sogenannte „Gesundheits-Check-ups“ oder „Sono-Checks“. Dies hat einen einfachen Grund: Ärztinnen, Ärzte und Versicherte finden solche Untersuchungen sehr einleuchtend und attraktiv. „Mal gucken, kann ja nicht schaden“, denken viele. Dabei sind sich die Patientinnen und Patienten über die vielfältigen Risiken, die in solchen Untersuchungen liegen, oft nicht ausreichend im Klaren. Doch vor allem die Konsequenzen falscher oder unnötiger Befunde – 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.

13. Was tun bei einem IGeL-Angebot?

Grundsätzlich sollten Versicherte sich ausreichend informieren, bevor sie einer IGeL zustimmen: Ärztinnen und Ärzte sollten erklären, warum sie die IGeL empfehlen und eine entsprechende Kassenleistung für nicht ausreichend halten, welche Vor- und Nachteile die IGeL hat und wie gut diese nachgewiesen sind. Und schließlich sollten die Patientinnen und 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 die Ärztin oder der Arzt dann die IGeL ausführt, müssen Versicherte einen schriftlichen Vertrag unterschreiben.

14. Wie kommt der IGeL-Monitor bei den Nutzerinnen und Nutzern an?

Die Resonanz der Versicherten auf den IGeL-Monitor war und ist außerordentlich gut. Jahr für Jahr gehen mehrere Hundert Zuschriften ein, in denen Besucherinnen und Besucher das Internetportal als sehr informativ und hilfreich bezeichnen und auch über ihre persönlichen Erfahrungen mit IGeL-Angeboten berichten. In vielen Fällen wird die Kontaktmöglichkeit zudem genutzt, um weitergehenden Rat zu suchen und Vorschläge für weitere Bewertungen abzugeben.

Stand: März 2022