

## Individuelle Gesundheitsleistungen

# Ausfransungen eines grauen Marktes

Immer mehr Ärzte bieten Leistungen an, die die Patienten selbst bezahlen müssen. Der Präsident der Bundesärztekammer warnt vor dem Missbrauch einer Vertrauensbeziehung.

Eine bestechende Geschäftsidee für Kassenärzte: Patienten auf der Suche nach Geschenken für Angehörige und Freunde sollte in der Vorweihnachtszeit der Kauf von IGeL-Gutscheinen nahe gelegt werden – die IGeL-Welle, die seit geraumer Zeit in Form von Medienberichten und Werbeprospekten über die ärztlichen Praxen hinwegrollt, treibt so manche kuriose Blüte. IGeL steht als Abkürzung für „Individuelle Gesundheitsleistungen“ und hat sich binnen kurzem zum festen Begriff für all diejenigen ärztlichen Leistungen entwickelt, die nicht im Pflichtleistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind und deshalb als private Zusatzangebote von den Patienten selbst bezahlt werden müssen. Der Kassenpatient wird bezogen auf die spezielle Leistung zum Privatpatienten; es gilt die privatärztliche Abrechnungsgrundlage: die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Angeboten werden IGeL-Ratgeber und IGeL-Seminare für Ärzte und Arzthelferinnen, die in der richtigen Ansprache der Patienten geschult werden. Es gibt IGeL-Messen, auf denen Medizingerätehersteller oder Pharmaunternehmen ihre Produktpalette mit der für die IGeL-Praxis fertig vorbereiteten Gebührenabrechnung präsentieren. Unternehmensberater, Kommunikationstrainer und Versicherungsunternehmen haben einen Markt für ihre Dienstleistungen entdeckt. Ärzten, die (noch) nicht „igeln“, wird suggeriert, einen lukrativen Trend zu verpassen und für ihre rückläufigen Ein-

künfte aus der Praxistätigkeit mitverantwortlich zu sein.

Präzise Daten zur Mengenentwicklung der privaten Zusatzangebote in den Arztpraxen liegen nicht vor. Zuverlässige Anhaltspunkte dafür, dass das IGeL-Marketing in den vergangenen Jahren nicht folgenlos blieb, liefert jedoch eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem vergangenen Jahr. Aus einer repräsentativen



Stichprobe von 3 000 Personen gaben 23 Prozent der Befragten an, dass ihnen im Laufe der vergangenen zwölf Monate in einer Arztpraxis eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden war. Auf die gleiche Frage hatten drei Jahre zuvor lediglich 8,9 Prozent zustimmend geantwortet. Fast die Hälfte dieser IGeL entfiel auf drei Untersuchungen: Augeninnendruckmessung, Ultraschalluntersuchung und ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen. Mehr als die Hälfte aller privatärztlichen IGeL-Rechnungen

stammte von Gynäkologen und Augenärzten. Während bei den Fachärzten bestimmte Einzelleistungen dominieren, ist bei Allgemeinärzten und Internisten das Angebotsspektrum breiter. Die WIdO-Studie zeigt auch einen positiven Zusammenhang zwischen dem Angebot von privatärztlichen Leistungen und dem Einkommen sowie der Schulbildung der Versicherten: Je höher Nettoeinkommen und Schulbildung, desto häufiger berichteten die Befragten über Angebote von Selbstzahlerleistungen. Dagegen spielte der Gesundheitszustand und das Alter der Patienten den Angaben zufolge kaum eine Rolle.

Dass Kassenpatienten für bestimmte ärztliche Leistungen selbst aufkommen müssen, ist keine Erfindung der letzten Jahre. Umstrittene alternative Heilverfahren, spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Wunschleistungen im Zusammenhang mit Urlaub, Sport oder Beruf durften eigentlich noch nie über die Solidargemeinschaft der GKV abgerechnet werden. In Zeiten voller So-

zialkassen war allerdings in stillschweigender Übereinkunft von Krankenkassen, Patienten und Ärzten eine Grauzone entstanden: Auch manche ärztliche Leistungen, die nach strenger Auslegung weder dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprachen noch wirtschaftlich und notwendig im Sinne des Sozialgesetzbuches V waren, wurden innerhalb des GKV-Systems erbracht. Sanktionen drohten nicht.

Bei wachsendem Budgetierungsdruck und sinkenden Honoraren aus

der vertragsärztlichen Tätigkeit schien es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Ende der 90er-Jahre jedoch strategisch geboten, diejenigen für sinnvoll erachteten ärztlichen Leistungen, die nicht im gemeinsam mit den Krankenkassen abgestimmten GKV-Leistungskatalog enthalten waren, in einem Verzeichnis „Individueller Ge-

die weiterhin aus der IGeL-Liste zulaisten der GKV abrechneten, wurde deutlich vermittelt, dass sie sich damit am Rande der Legalität bewegten. Mit dieser – gegen den erbitterten Widerstand der Krankenkassen vorgenommenen – Bereinigung des GKV-Leistungskatalog hatte sich für die KBV das Thema „IGeL“ im Grunde erledigt. Die Grenze des GKV-Leistungskatalogs war definiert; über die Aufnahme neuer Leistungen wurde fortan gemeinsam mit den Krankenkassen im Bundesausschuss entschieden. Folgerichtig erhält man derzeit auch kein Statement aus der KBV zum Thema „IGeL-Praxis“.

Das Beispiel der Augeninnendruckmessung, der „Mutter aller IGeL“, verdeutlicht die schwierige Gemengelage. Inzwischen wird diese Präventionsleistung von fast allen Augenärzten privat als IGeL liquidiert. Das hat seinen Grund: Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Hamm aus dem Jahr 1977 verstieß ein Augenarzt gegen seine ärztliche

Sorgfaltspflicht, als er es unterließ, einen Patienten auf die Notwendigkeit einer Augeninnendruckmessung zur Glaukomfrüherkennung ab einem bestimmten Alter hinzuweisen. Die von ärztlicher Seite 1991 in den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingebrachte Forderung, die Augeninnendruckmessung in den Katalog der GKV-Präventionsleistungen aufzunehmen, wurde jedoch von den Krankenkassen abgelehnt. Konsequenz aus diesem Konflikt zwischen Sozial- und Zivilrecht: Der Berufsverband der Augenärzte empfahl seinen Mitgliedern, die Patienten in den Wartezimmern zum Thema Augeninnendruckmessung zu informieren und dieses Angebot offensiv als IGeL anzubieten. Wie erfolgreich diese Strategie umgesetzt wurde, kann jeder, der in den vergangenen Jahren als Patient eine Augenarztpraxis aufgesucht hat, selbst beurteilen. Während von den Krankenkassen weiterhin darauf verwiesen wird, dass sie die Kosten der Glaukom-Früherkennung übernehmen, sofern Veränderungen am Auge oder Beschwerden auf ein Glaukom hindeuten, erhält man beim Augenarzt lapidar die Auskunft, dass es eine solche Indikation beim Glaukom gar nicht gebe.

Sehen viele die Augeninnendruckmessung noch als eine sinnvolle Ergänzung der GKV-Regelleistungen an, so ist der Nutzen einer Reihe anderer Früherkennungsmaßnahmen, die der Patient selbst bezahlen muss, umstritten. So wirft die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, Teilen der Ärzteschaft das „Abzocken“ von Patienten vor. „Es gibt zahlreiche Fälle, wo Leistungen privat in Rechnung gestellt werden, die entweder von den Kassen erstattet werden oder die nicht sinnvoll sind“, sagte die SPD-Politikerin am 15. Februar.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat inzwischen auf seinen Internetseiten erste Bewertungen häufig angebotener Individueller Gesundheitsleistungen eingestellt, darunter viele Früherkennungsuntersuchungen. Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung, Ultraschalluntersuchung zur gynäkologischen Krebsfrüherkennung, Triple-Test und Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft werden ausnahmslos als wenig sinnvolle Leistungen klassifiziert, bei denen die möglichen schädlichen Auswirkungen – etwa eines falschpositiven Ergebnisses – einen eventuellen Nutzen überwiegen. Dagegen kann man einwenden: Als eine Einrichtung der Krankenkassen kann der MDS auch zu keinem anderen Urteil kommen – betonen doch die Krankenkassen öffentlich immer wieder, ihre Versicherten kämen in den Genuss aller medizinisch notwendigen Leistungen.

## Schleichende Rationierung ist längst Realität

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe bezweifelt dies. Die Gesetzliche Krankenversicherung biete heute nicht mehr in allen Bereichen das notwendige medizinische Versorgungsniveau, sagte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) dem Deutschen Ärzteblatt. Schleichende Rationierung sei längst Realität in der medizinischen Versorgung – ein Sachverhalt, der auch vielen Patienten nicht verborgen bleibe. Zudem sei absehbar, dass die Fortschreibung des GKV-Leistungskatalogs aus finanziellen Erwägungen künftig im-



Foto: Georg L. Lopnag

*„Parallel zur Arztpraxis darf kein Gewerbe angemeldet sein. ... Ärzte dürfen nicht als Kaufleute empfunden werden. ... Ich will mich dafür einsetzen, dass das Vertrauen der Patienten zum Arzt erhalten bleibt.“*

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

sundheitsleistungen“ zusammenzufassen. Mit dieser Maßnahme wollte man dem Punktwertverfall bei gedeckelten Budgets entgegenwirken und gleichzeitig dem niedergelassenen Arzt eine neue Einnahmequelle erschließen. Auch sollte transparent werden, dass der GKV-Leistungskatalog – anders als von den Krankenkassen immer wieder beteuert – nicht mehr alle medizinisch sinnvollen Leistungen enthielt. „Letztlich war die Geburt der IGeL auch ein strategisches Abfallprodukt aus den frustrierenden Verhandlungen mit den Krankenkassen darüber, was in den GKV-Leistungskatalog hineingehört und was nicht“, erinnert sich Dr. med. Lothar Krimmel, Allgemeinarzt aus Köln, damals stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV, im Gespräch mit dem Deutschen Ärzteblatt. Ärzten,

mer weniger mit dem medizinischen Fortschritt Schritt halten werde. Das Problem: Im zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss dominiere das politische Interesse an stabilen Beitragssätzen.

## Berufsordnung definiert Rahmen des Erlaubten

Hoppe versichert, dass die meisten der von den Ärzten außerhalb des GKV-Systems privat liquidierten Leistungen medizinisch sinnvoll seien. Er warnt aber auch davor, die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient zu missbrauchen. Die ärztliche Empfehlung, ein privates Zusatzangebot in Anspruch zu nehmen, müsse sich immer direkt aus der Behandlungssituation ergeben beziehungsweise aus der Indikation ableiten. Keinesfalls dürfe der Patient zu etwas gedrängt werden. Hoppe: „Es ist beispielsweise nicht in Ordnung, wenn eine Arzthelferin einen Kassenpatienten vor Beginn der Behandlung darüber in Kenntnis setzt, dass der Arzt ihn nur behandelt, wenn er eine bestimmte Leistung aus der eigenen Tasche bezahlt.“ Der Rahmen des Erlaubten ergebe sich aus der Berufsordnung für die Ärzte, betont der BÄK-Präsident: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe“, heißt es dort in § 1. Und in § 3 wird den Ärzten untersagt, „im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen...“ Manchen Ärzten fehle in Bezug auf die Erbringung von IGeL das Unrechtsbewusstsein, kritisiert Hoppe.

Für die Auslegung und Einhaltung der Berufsordnung, auch in Bezug auf die Erbringung von IGeL, sind die Ärztekammern zuständig. Schlimmstenfalls droht

Eine junge Frau suchte mich in meiner Praxis auf und berichtete über stetig wiederkehrende Blasenentzündungen. „Honeymoon-Zystitis – ick hör dir trapsen!“ Nach eingehender Anamnese, körperlicher und laborchemischer Untersuchung bestätigte sich meine intuitiv gestellte Diagnose. Im Urinstix waren Leukos und Nitrit positiv, die bakteriologische Untersuchung zeigte den erwarteten Eindringling *E. coli*, in der Sonographie zeigt sich außer einem diskret erweiterten Nierenbecken rechts bei normal weitem Harnleiter kein pathologischer Befund. Nach gezielter antibiotischer Therapie war die Patientin sofort beschwerdefrei. Sie wurde eingehend über ihre Erkrankung und Vorbeugemaßnahmen beraten.

Eine Woche später stand sie mit verheultem Gesicht und einem Brief in der Hand in meinem Sprechzimmer, ihr Gemütszustand entsprach dem Zustand einer mittelschweren depressiven Episode. Dem guten Rat eines ihrer Arbeitskollegen folgend („Für jede Krank-

## Abkassiert

heit gibt es einen Spezialisten.“), war sie an einen bekannten Urologen geraten. Dieser hatte bei der jungen Dame folgende Diagnose gestellt:

Subchron. weitgehend abakterielle, bakteriell rezidivierende fibrinöse Urocystitis mit vorwiegend postkoitaler dysurisch-sensorisch-dranghaft-obstruktiver Miktion bei mittelgradiger Urethra-Blasenhalsenge. / BOO/LUTS.

Subchron. Pyelonephritis bds., rezidivierende mäßige subpelvine Harnleiterengen, Nephroptose re., intrarenale Nierenkelchzysten, Harnstauung I. re.

Ich wusste bis dahin nicht, dass jemand so viele urologische Erkrankungen auf einmal haben kann, ohne dahinsiechend im Krankenbett liegen zu müssen. Tränen der Verzweiflung liefen der jungen Frau die Wangen hinunter, als sie mir berichtete, spätestens in der Schwangerschaft ihre Niere verlieren zu müssen, wenn sie sich nicht sofort einer immunstimulierenden Therapie, ja gegebenenfalls einer Operation unterziehen würde. Ich brauchte 20 Minuten, um die Arme zu beruhigen; am Ende spürte ich jedoch noch ein gewisses Misstrauen. „Warum machen Sie das alles umsonst?“, fragte sie mich voller Unverständnis. „Ähm... Wieso? Ich rechne das Gespräch und die Untersuchungen mit der Krankenkasse ab“, erwiderte ich unsicher.

„Sind Sie eigentlich fachkompetent?“ platzte daraufhin die Frage aus ihrem Mund. Mir blieb der Mund offen stehen. Nach meiner Erklärung, dass ich mich als Facharzt für Allgemeinmedizin mit halbjähriger Ausbildung auch in einer urologischen Abteilung durchaus in der Lage sähe, sie fachkompetent zu beraten, gab sie sich zufrieden. „Aber wieso musste ich bei dem Kollegen 90 Euro für das Labor bezahlen und habe einen Kostenvoranschlag über 200 Euro für die notwendige Therapie erhalten?“

Ich zuckte nur die Schulter, seufzte und wusste, dass eine Erklärung zu weit führen würde. AD

den Ärzten ein Berufsrechtsverfahren. Möglich sind auch Geldstrafen: Ein Gynäkologe, dessen Arzthelferin die Patientinnen vor der Behandlung zu Ultraschalluntersuchungen gedrängt hatte, habe beispielsweise kürzlich einen vierstelligen Betrag an einen wohltätigen Zweck spenden müssen, berichtet Hoppe. Bei der Information über unseriöse Angebote von Ärzten sind die Ärztekammern auf die Meldungen von Patienten und Ärzten angewiesen.

Um den „Ausfransungen“ (Hoppe) des IGeL-Marktes zu begegnen – gemeint sind jene Grenzüberschreitungen, in denen ein Arzt eine Leistung einzig aus Profitstreben erbringt –, will die Bundesärztekammer bis zum 108. Deutschen Ärztetag im Mai in Berlin eine Handlungsanweisung für die Erbringung von IGeL vorlegen. Dabei geht es im Kern darum, den Ärzten die einschlägigen Paragraphen der Berufsordnung vor Augen zu führen. Hoppe spricht von einem Ehrenkodex, den der Ärztetag beschließen solle. Mittelfristiges Ziel sei es, die IGeL zu katalogisieren und dabei zu systematisieren. Über eine Suchmaske im Internet könnte dann jeder Patient den Sinn oder Unsinn einzelner ihm nahe gelegter Selbstzahlerleistungen erkennen. Hoppe hofft auf das Mandat des Ärztetages, dafür eine ständige BÄK-Arbeitsgruppe mit Ärzten aller Fachrichtungen einrichten zu können. Langfristig kann er sich auch die Etablierung eines Peer-Review-Verfahrens für die Pflege eines solchen von der BÄK erstellten IGeL-Kataloges vorstellen.

Dass die Bundesärztekammer mehr Licht in den „sehr, sehr grauen“ Markt bringen will, ist für IGeL-„Erfinder“ Krimmel überfällig. Denn unter den IGeL-Anbietern gebe es halt auch solche, die es „dreist übertreiben und damit den ganzen Markt in Verruf bringen“, sagt



Krimmel. Er gilt als bester Kenner der Szene. Hat er doch nach seiner Tätigkeit für die KBV die MedWell Gesundheits AG in Köln gegründet und vier Jahre geleitet. Deren Geschäftsidee ist es (inzwischen hat die Deutsche Krankenversicherung DKV die Geschäftsleitung übernommen; die Firma schreibt schwarze Zahlen), einen zweiten Gesundheitsmarkt neben der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzubauen und zu etablieren. Mittlerweile ist Krimmel der für Strategie, Marketing und Vertrieb zuständige Geschäftsführer der Bioscienta GmbH, eines Instituts für Laboruntersuchungen in Ingelheim, das jährlich rund 2,5 Millionen Euro mit Individuellen Gesundheitsleistungen umsetzt.

Krimmel geht davon aus, dass etwa die Hälfte aller 116 000 Kassenärzte überhaupt keine IGeL anbietet: teilweise aus Überzeugung oder weil sie die Kassenmedizin als ausreichend erachten und nicht als Geschäftemacher gelten wollen, teilweise aus Altersgründen oder weil sie den Aufwand scheuen. 40 Prozent aller Kassenärzte haben nach Krimmels Markteinschätzung zwar einzelne Selbstzahlerleistungen im Angebot, allerdings rein indikationsbezogen und nicht im Rahmen eines ausgefeilten IGeL-Konzeptes.

## Wenige reichen, um das Ansehen aller zu gefährden

Verbleiben zehn Prozent oder 16 000 Ärzte, die ihren Patienten strukturierte IGeL-Angebote unterbreiten. Diese Gruppe geht davon aus, dass der zweite Gesundheitsmarkt weiter wächst. Für sie ist wegen der in den vergangenen Jahren spürbar zurückgehenden Umsätze und Erträge aus der Kassenpraxis die Perspektive reizvoll, mit den Individuellen Gesundheitsleistungen für einen Ausgleich zu sorgen. Den Anteil derer, die ihr Vertrauensverhältnis zum Patienten missbrauchen, um ihm „Schrottprodukte“ (Krimmel) gegen private Rechnung aufzudrängen, schätzt Krimmel auf zwei Prozent der Kassenärzte. Das wären immerhin mehr als 2 000 Ärzte, die das Ansehen der Ärzteschaft nachhaltig zu gefährden drohen.

Jens Flintrop, Thomas Gerst

**M**ir wurde, quasi als Peer Review, umfangreiches Datenmaterial zur kritischen Sichtung vorgelegt: der Klinik-Führer Ruhrgebiet. Über ein halbes Jahr wurden Tausende Patienten und Ärzte zu einzelnen Fachabteilungen verschiedener Krankenhäuser im Ruhrgebiet befragt, vom Krankenhaus der Regelversorgung bis zur Universitätsklinik. Hochglanzdruck und zahlreiche Fotos lächelnder Menschen erleichtern mir das Sortieren der Zahlengebirge. Im einleitenden Text kommt allerdings eine tief greifende Unsicherheit über das erhobene Material zum Ausdruck („Qualitätsmerkmale verdeutlichen die Tendenz zur Behandlungsqualität“) als auch Zweifel darüber, wie nun die Zahlen zu interpretieren sind („... heißt dies freilich nicht, dass Krankenhäuser, die niedrigere Qualitätskennzahlen haben, automatisch eine niedrigere Qualität besitzen“). Nun, ich als ausgewiesener Kenner der Materie werde hier offensichtlich um Rat gefragt, und selbstverständlich komme ich der an mich herangetragenen Aufgabe gerne nach, zur Klärung der Sachlage beizutragen. Vor-

## Hitliste

neweg: Die Patienten sind überwiegend begeistert, die Zustimmung ist in der Regel zwischen 80 und 90 Prozent (gut), häufig darüber (sehr gut). In der Regel? Nur eine renommierte Universitätsklinik liegt abgeschlagen in den Siebzigern. Ausgerechnet eine Universitätsklinik, der Hort der Innovation, die Brutstätte zukünftiger Nobelpreisträger, Leuchtturm aller Qualität?! Das muss hinterfragt werden. Liegt es am Ärztemangel? Nein, in der Uniklinik betreut ein Arzt gerade mal zwei unzufriedene Patienten, im Gegensatz dazu teilen sich in anderen Krankenhäusern fünf hochzufriedene Patienten einen einzigen Arzt. Zu wenig Schwestern und Fachpersonal? Auch diese Vermutung ist zu widerlegen, die Uniklinik hat den entschieden höheren Stellenschlüssel. Warum also ist man dort so unzufrieden? Ich muss eine Antwort finden, also rufe ich in der Uniklinik an; die wissen doch schließlich alles besser. Die Zentrale verbindet mich zunächst ins Bettenhaus. In bestimmten Situationen, so kann ich es mir vorstellen, ruft diese Vermittlung beim Telefonierenden keine Begeisterung hervor. Nein, ich möchte kein Bett, sondern einen Oberarzt der unzufriedenen Abteilung sprechen. „Einen Moment, ich verbinde Sie weiter.“ Es wird mir viel Gelegenheit gegeben, mich mit der Warteschleifenmusik auseinander zu setzen. Da des Menschen Musikgeschmack vielfältig ist, könnte manche Laune sich, insbesondere beim längeren Zuhören, drastisch verschlechtern. Eine Schwester Monika meldet sich, würde mich gerne dialysieren. Hier könnte eine Ursache für Vergrätzung liegen, stößt doch das Dialysieren bei normaler Nierenfunktion auf wenig Gegenliebe. Nein, ich wollte die Abteilung mit den unzufriedenen Patienten sprechen. „Einen Moment, bitte.“ Die Musik geht mir langsam aber sicher auf den Zwirn. Endlich habe ich eine Sekretärin in der Leitung. „Einen Oberarzt? Hier ist keiner!“ Ob der Kollege mich zurückrufen könnte. „Das geht nicht, der ist in Boston!“ Das wird's wohl sein: Ein Doktor vor Ort ist allemal besser als der Professor auf dem Kongress.

Dr. med. Thomas Böhmeke

