

# Individuelle Gesundheitsleistungen

## Steuerungsprobleme eines wachsenden Versorgungssegments

von Thomas Gerlinger<sup>1</sup> und Rolf Schmucker<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** sind ärztliche Versorgungsangebote, die nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Seit einigen Jahren werden Patienten beim Arztbesuch zunehmend mit solchen Angeboten konfrontiert. Die Einnahmen aus IGeL machen einen wachsenden Anteil des Umsatzes in den Arztpraxen aus. Als privatärztliche Leistungen unterliegen IGeL nicht den Anforderungen, die hinsichtlich Wirksamkeit und Qualität an GKV-Leistungen gestellt werden. Unter dem Label IGeL können daher auch Leistungen angeboten werden, deren Wirksamkeit nicht belegt ist und die ein unbestimmtes Risikopotenzial aufweisen. Eine funktionierende ärztliche Selbstregulierung, die ökonomische Interessen dem Wohle des Patienten unterordnet, ist nicht erkennbar. Dies ruft Verunsicherungen aufseiten der Versicherten und Störungen im Verhältnis von Arzt und Patient hervor. Der wachsende IGeL-Markt erzeugt einen gesundheitspolitischen Steuerungsbedarf im Interesse des Schutzes der Patienten vor unwirksamen und möglicherweise schädigenden ärztlichen Leistungen.

**Schlüsselwörter:** Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), privatärztliche Leistungen, Qualitätssicherung, Arzt-Patient-Verhältnis, Gesundheitswesen

**Individuell Health Services (IGeL)** are medical services that are not part of the benefits catalogue of statutory health insurance (SHI). In recent years, patients have increasingly been confronted with such offers when visiting a doctor. The revenue from individual health services constitutes a growing proportion of the turnover in doctor's offices. As private medical services, IGeL services are not subject to the requirements regarding the effectiveness and quality of statutory health insurance services. Therefore it is possible to offer IGeL services whose effectiveness is not proven and which have an undetermined risk potential. A working medical self-regulation which subordinates economic interests to the welfare of the patient is not recognizable, evoking uncertainty on the part of the insureds and disturbances in the relationship between doctor and patient. The growing market of individual health services calls for regulations of health policy in order to protect patients from ineffective and potentially harmful medical services.

**Keywords:** Individual Health Services (IGeL), private medical services, quality assurance, physician-patient relationship, health care system

## 1 Einleitung

Im Kontext der Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung in den 1990er Jahren wurde der Verkauf privatärztlicher Leistungen an GKV-Versicherte von den niedergelassenen Ärzten als ergänzende Einnahmequelle entdeckt. Die von großen Teilen der Ärzteschaft als unbefriedigend empfundene Honorarsituation führte dazu, „dass Vertragsärzte ihre Suche nach zusätzlichen oder auch alternativen Möglichkeiten für

Honorareinnahmen intensiviert haben“ (Schiller 2009, 17). Der Begriff der individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) wurde erstmals im Jahr 1998 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und einige ärztliche Berufsverbände lanciert. Und obwohl viele IGeL aufgrund ihres zweifelhaften medizinischen Nutzens auch innerhalb der Ärzteschaft umstritten sind (DEGAM 2007), hat ihr Stellenwert in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Mit dieser Entwicklung werden nicht nur Fragen der Qualitätssicherung und

<sup>1</sup>Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Postfach 100131 · 33501 Bielefeld  
Telefon: 0521 106-4565 · Telefax: 0521 106-89049 · E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

<sup>2</sup>Dr. phil. Rolf Schmucker, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Postfach 100131 · 33501 Bielefeld  
Telefon: 0521 106-4560 · Telefax: 0521 106-89049 · E-Mail: rolf.schmucker@uni-bielefeld.de

des Patientenschutzes aufgeworfen. Das wachsende Angebot von IGeL verändert zudem die Arzt-Patient-Beziehung und hat Auswirkungen auf den ordnungspolitischen Rahmen der Versorgung von GKV-Versicherten.

## 2 Was sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)?

Eine verbindliche Definition von IGeL existiert nicht. Dem entsprechend gibt es auch keine abschließende Liste von ärztlichen Leistungen, die als IGeL angeboten werden. Vielmehr kursieren verschiedene IGeL-Kataloge, die von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), ärztlichen Berufsverbänden, einzelnen Leistungsanbietern oder von medizinischen Beratungs- und Marketingunternehmen erstellt werden und mehrere Hundert Einzelleistungen umfassen können. Eine ärztliche Leistung kann ohne jegliche Prüfung ihrer Qualität und Wirksamkeit als IGeL bezeichnet und erbracht werden. Das gemeinsame Merkmal dieses disparaten Sammeluriums ärztlicher Dienstleistungen besteht darin, dass es sich um Angebote an GKV-Versicherte handelt, die diese aus eigener Tasche bezahlen müssen. Daher lassen sich gemäß Medizinischem Dienst des Spitzenverbandes IGeL als „ärztliche Leistungen, die nicht Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind“, definieren (*MDS 2008, 2*). Betrachtet man die IGeL im Einzelnen, so lassen sich verschiedene Kategorien unterscheiden: Zum einen Leistungen, die keine GKV-Leistungen sein können, weil sie nicht den im Sozialgesetzbuch benannten präventiven, kurativen oder rehabilitativen Zwecken dienen (zum Beispiel kosmetische Eingriffe, reisemedizinische Leistungen). Zum anderen diagnostische Verfahren, die von der GKV nur dann übernommen werden, wenn im Einzelfall ein konkretes Risiko oder ein begründeter Verdacht vorliegt. Schließlich Leistungen, die keine GKV-Leistungen sind, weil sie entweder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ausgeschlossen oder noch nicht beraten wurden. Die letzte Gruppe stellt den weitaus größten Teil der angebotenen IGeL dar (*Windeler 2006, 19*).

IGeL sind Privatleistungen, das heißt, sie unterliegen nicht den in der GKV üblichen Bewertungs- und Vergütungsmodalitäten. Dieser Wechsel des Regulierungsbereichs von der gesetzlichen zur privaten Leistung ist dem Versicherten dadurch transparent zu machen, dass für Behandlungen jenseits der vertragsärztlichen Versorgung die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und er auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen werden muss (Paragraf 8 Absatz 8 Ziffer 3 Bundesmantelvertrag Ärzte). Ohne den Abschluss eines solchen schriftlichen Vertrags kann der behandelnde Arzt keinen Honoraranspruch gegenüber dem Patienten geltend machen (*Pieritz 2009*). Kostenaufstellung und Abrechnung haben nach den Regeln der Amtlichen Gebührenordnung

für Ärzte (GOÄ) zu erfolgen, dies bedeutet auch, dass dem Patienten nach Paragraf 12 GOÄ eine detaillierte Rechnung auszustellen ist.

## 3 Empirische Befunde zur Verbreitung von IGeL

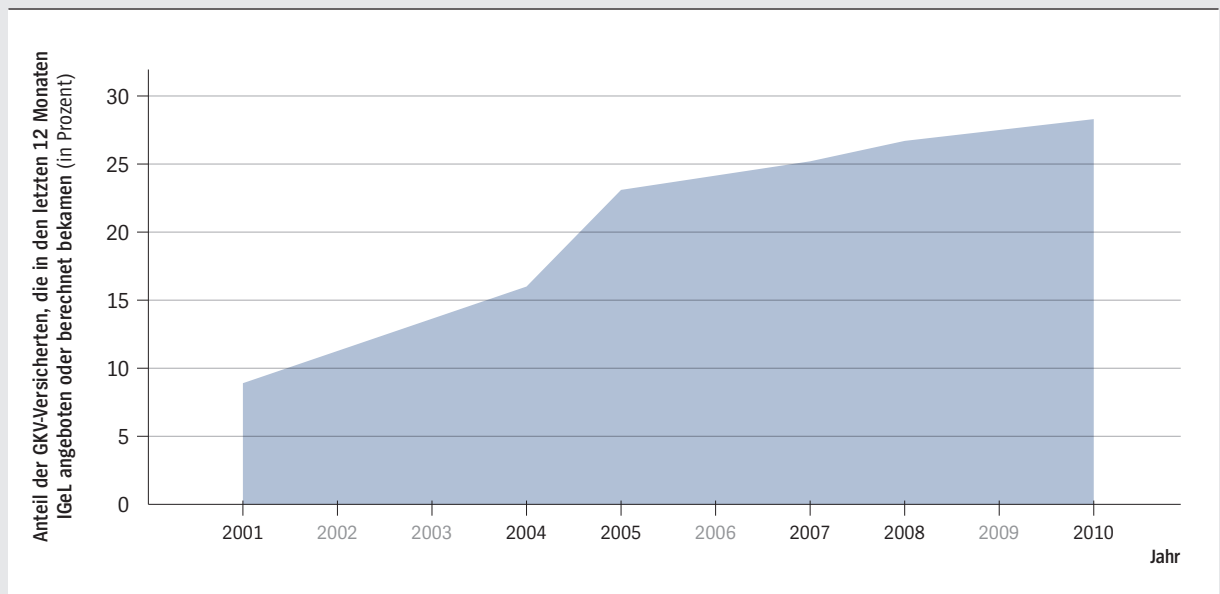
Da die ärztlichen Abrechnungsdaten von IGeL nicht offen zugänglich sind, lassen sich Aussagen über die Verbreitung der Leistungen nur auf der Grundlage von Ärzte- und Patientenbefragungen treffen. Hierzu liegen aus den vergangenen Jahren verschiedene Studien vor, die allerdings aufgrund unterschiedlicher methodischer Designs und voneinander abweichender Fragestellungen nur bedingt vergleichbar sind. Dies unterstreicht den Bedarf an einer systematischen Erfassung des Angebots und der Inanspruchnahme von IGeL. Dennoch lassen sich auch auf der Basis der vorliegenden Daten einige allgemeine Entwicklungstrends benennen.

Nach den repräsentativen Befragungsdaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist der Anteil der Versicherten mit „IGeL-Kontakten“ in den vergangenen zehn Jahren deutlich angestiegen. Gaben im Jahr 2001 noch 8,9 Prozent der befragten GKV-Versicherten an, dass ihnen „im Laufe der letzten zwölf Monate in einer Arztpraxis eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt“ (ohne Zahnärzte) wurde, stieg dieser Anteil in den folgenden Jahren kontinuierlich an und lag 2010 bei 28,3 Prozent (Abbildung 1). Danach haben etwa 17 Millionen Versicherte beim Arztbesuch Erfahrungen mit IGeL gemacht (*Zok 2010*). Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung ermittelte einen weitaus höheren Anteil von GKV-Versicherten, die beim Arztbesuch mit IGeL-Angeboten konfrontiert wurden. In der Befragung von Herbst 2006 gaben 53 Prozent der Befragten an, „in letzter Zeit“ ein ärztliches Angebot erhalten zu haben. Die Daten des Gesundheitsmonitors deuten auf einen rasanten Anstieg von IGeL-Angeboten durch den Arzt hin. Im Frühjahr 2004 waren es lediglich knapp über 20 Prozent der Befragten, die eine privatärztliche Leistung angeboten bekommen hatten (*Schuldzinski und Vogel 2007, 209*). Während die Zahlen des WIdO und der Bertelsmann-Stiftung alle GKV-Versicherten einschloss, unabhängig davon, ob sie einen Arzt besucht hatten, ermittelte die Studie von Richter und Mitarbeitern den Anteil der IGeL-Kontakte bei gesetzlich Versicherten, die in den vergangenen zwölf Monaten tatsächlich eine Arztpraxis aufgesucht hatten (*Richter et al. 2009*). Für das Jahr 2007 gaben hier 41,7 Prozent der Befragten an, Privatleistungen angeboten oder nachgefragt zu haben (*Richter et al. 2009, 435*).

Die voneinander abweichenden Ergebnisse haben vermutlich verschiedene Ursachen. Neben der möglichen Verzerrung durch die Subjektivität der Versichertenwahrnehmung

ABBILDUNG 1

## Entwicklung der IGeL-Angebote im Zeitverlauf



Quelle: Zok 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

spielt sicherlich auch die Unbestimmtheit des Gegenstands eine Rolle. Die Vielfalt der privat zu zahlenden Leistungen, die den GKV-Versicherten angeboten werden, und die begriffliche Unschärfe von IGeL erschweren die Erhebung valider Daten. Dennoch weisen die Untersuchungen auf einige grundsätzliche Trends hin: IGeL nehmen im Rahmen ambulanter Arztkontakte der GKV-Versicherten eine stark wachsende Bedeutung ein. Die verschiedenen Studien stimmen zudem darin überein, dass die Initiative zu privatärztlichen Leistungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht von den Versicherten, sondern von den Ärzten ausgeht (z. B. Zok 2010, 5). Bei einer Ärztebefragung aus dem Jahr 2009 gab fast jeder vierte Arzt an, IGeL-Angebote bei allen Patientenkontakten aktiv anzusprechen (PVS 2009).

Die Autoren des WIdO schätzten den Umfang des IGeL-Marktes für das Jahr 2005 auf etwa eine Milliarde Euro (Zok und Schuldzinski 2005, 31 f.) und für das Jahr 2010 auf 1,5 Milliarden Euro (Zok 2010, 4). Damit steigt auch die Bedeutung, die der Umsatz mit IGeL für die einzelnen Praxen erlangt. Acht Prozent der befragten Ärzte gaben 2009 an, dass der Umsatz mit IGeL bereits über 20 Prozent des gesamten Praxisumsatzes ausmache, bei 17 Prozent beträgt er zwischen 10 und 20 Prozent. In knapp der Hälfte der Praxen liegt er (noch) unter 5 Prozent. Mehr als zwei Drittel der befragten Ärzte erwarten für die Zukunft eine weitere Steigerung der IGeL-Umsätze (PVS 2009).

### 3.1 Schwerpunkt auf Früherkennungsleistungen

Im Verhältnis zur Größe der Facharztgruppe sind Augen- und Frauenärzte die aktivsten Anbieter von IGeL (Tabelle 1). Aber auch in orthopädischen und allgemeinmedizinischen Praxen werden Versicherten häufig privatärztliche Leistungen angeboten (Richter et al. 2009; Zok 2010; KBV 2006). Das Engagement der verschiedenen Facharztgruppen steht unter anderem in Zusammenhang mit der Art der Leistungen, die für den IGeL-Markt offenbar besonders geeignet sind. Maßnahmen der Früherkennung – häufig auch als Vorsorgeuntersuchungen bezeichnet – dominieren das IGeL-Spektrum. Die große Verbreitung solcher Leistungen hängt mit der Sorge der Menschen vor dem Entstehen schwerwiegender Erkrankungen ebenso zusammen wie mit dem scheinbar geringen Schädigungspotenzial der Früherkennungsuntersuchungen. Die äußerst geringe Reduzierung des Risikos durch solche Verfahren ist den Patienten dabei in der Regel ebenso wenig bekannt wie die Möglichkeit eines falsch-positiven Befundes und daraus resultierender gesundheitsschädlicher Überversorgungen (Windeler 2006; 20 f.). Die häufigsten Einzelleistungen sind die Augeninnendruckmessung zur Glaukomfrüherkennung sowie Ultraschalluntersuchungen (zum Beispiel zur Früherkennung von Ovarialkarzinomen). Ebenfalls weit verbreitet sind Arzneimittelverordnungen auf Privat Rezept, Laborleistungen, Leistungen im Zusammenhang mit Freizeit-, Urlaubs- und Sportaktivitäten sowie alternative Heilmethoden (Zok 2010; Schuldzinski und Vogel 2007).

### 3.2 „Bevorzugt“ behandelte Gruppen

Die Befragungsergebnisse weisen darauf hin, dass nicht alle Versichertengruppen in gleichem Maße Ziel von IGeL-Angeboten sind (vgl. *KBV 2006*; *Schuldzinski und Vogel 2007*; *Zok 2010*). So werden Frauen häufiger durch den Arzt auf solche Leistungen angesprochen als Männer. Höhere Sozialschichten, gemessen an Einkommen und Bildungsstand, sind ebenfalls eine bevorzugte Kundengruppe. Zudem unterscheiden sich Angebot und Inanspruchnahme von IGeL hinsichtlich der Lage der Arztpraxen: In Großstädten spielen IGeL eine weitaus größere Rolle als in Kleinstädten oder im ländlichen Raum. Unterschiedliche Ergebnisse werden hinsichtlich des Zusammenhangs von IGeL-Angeboten und Gesundheitszustand der Versicherten berichtet. Die KBV kommt in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass subjektiv kränkere Personen häufiger IGeL-Angebote durch den Arzt erhalten als gesunde Personen (*KBV 2006, 20 f.*). Diese Befunde werden durch den Bertelsmann-Gesundheitsmonitor und die WiDO-Befragung nicht bestätigt. Während das WiDO keinen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Verfassung und IGeL-Angebot feststellen konnte (*Zok 2010*), gehen die Autoren der Bertelsmann-Studie davon aus, dass gesunde Personen bevorzugt IGeL-Angebote erhalten (*Schuldzinski und Vogel 2007*).

### 3.3 Unzureichende medizinische Aufklärung – Defizite in der formalen Abwicklung

Die medizinisch und rechtlich angemessene Erbringung von ärztlichen Leistungen erfordert eine umfassende Aufklärung über Nutzen und Risiken der Behandlung sowie über bestehende Alternativen. Der privatärztliche Charakter von

IGeL verlangt zudem den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags vor der Leistungserbringung sowie die Ausstellung einer schriftlichen Rechnung für den Patienten. Beide Anforderungen werden auf dem IGeL-Markt offenbar nur unzureichend erfüllt. Während der Nutzen der angebotenen Leistung Gegenstand fast aller Aufklärungsgespräche ist, wird nur von 45 Prozent der betroffenen Versicherten berichtet, dass auch über mögliche Risiken informiert wurde. Ein Drittel der Befragten berichtete darüber, dass die Aufklärung über die IGeL von einer ärztlichen Kritik am Leistungskatalog der GKV begleitet wurde. Zwölf Prozent der Befragten empfanden die Darstellung der IGeL als übertrieben positiv, knapp 14 Prozent fühlten sich durch die Aufklärung verunsichert beziehungsweise verängstigt (*Richter et al. 2009, 436*). Die Angaben über den Abschluss einer schriftlichen Vereinbarung variieren zwischen etwa 20 Prozent (*Richter et al. 2009*) und 45,6 Prozent (*Zok 2010*). Danach wird in der überwiegenden Zahl der Fälle gegen die Vorschriften des Bundesmantelvertrags Ärzte verstoßen. Eine schriftliche Rechnung im Anschluss an die Behandlung erhielten dagegen zwischen 80 und 90 Prozent der IGeL-Empfänger.

Die oftmals unzureichende ärztliche Aufklärung über die angebotenen Leistungen fällt umso mehr ins Gewicht, als es an unabhängigen, verständlichen und leicht zugänglichen Informationen über dieses Leistungsspektrum mangelt. Aufseiten der Patienten zeigt sich eine weit verbreitete Unwissenheit hinsichtlich des Charakters und der Modalitäten der Erbringung von IGeL (*Marstedt 2010, 60 f.*). In dem Maße, in dem sich der IGeL-Markt ausbreitet, wächst auch der Bedarf an einem transparenten, wissenschaftlich fundierten Informationsangebot jenseits kommerzieller Interessen.

TABELLE 1

#### IGeL-Angebote nach Facharztgruppen

Arztgruppe	Durchschnittliche Anzahl der IGeL-Angebote (p. a.)	Anteil an privatärztlichen Leistungen der vergangenen 12 Monate (in Prozent*)
Augenarzt	578	16,0
Frauenarzt	544	28,9
Urologe	431	5,6
Orthopäde	387	6,2
Hautarzt	311	11,1
Praktischer Arzt / Allgemeinmediziner	89	19,2
Internist	48	5,1
Sonstige Fachrichtungen	27	7,3

\* 0,6 Prozent machten keine Angaben

Quelle: Zok 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

## 4 Qualität und Wirksamkeit von IGeL

Was bedeutet es, wenn Leistungen nicht in den Katalog der GKV aufgenommen werden? Nach Paragraph 12 Absatz 1 SGB V müssen die Leistungen, die im Rahmen der GKV erbracht werden, „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Diese Vorgabe wird durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern konkretisiert, die im GBA verbindliche Richtlinien für die im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs zu erbringenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beschließen. Mit diesem Verfahren soll sichergestellt werden, dass in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Leistungen zur Anwendung kommen, die einen wissenschaftlich nachweisbaren Nutzen aufweisen, medizinisch notwendig sind und zugleich eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten. Erfüllen Leistungen diese Anforderungen nicht, kann ihre Erbringung eingeschränkt oder ganz ausgeschlossen werden.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich beim GBA keinesfalls um eine interessenfreie Arena handelt, sondern dort stets auch wirtschaftliche Aspekte im Spiel sind, wenn über die Aufnahme beziehungsweise den Ausschluss von Leistungen entschieden wird. Der GBA hat zwar auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz zu entscheiden, zugleich soll er dabei aber auch einen Interessenausgleich zwischen den Beteiligten herbeiführen. Genau darin liegt ein wichtiger Grund dafür, dass die Entscheidungen über die Bewertung von Leistungen von den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung – und nicht etwa, was auch denkbar wäre, von unabhängigen wissenschaftlichen Experten – getroffen werden. Der Inhalt dieser Entscheidungen unterliegt also einem Aushandlungsprozess, in dem nicht allein die vorliegende Evidenz eine Rolle spielen muss, sondern in den auch die Interessen der beteiligten Akteure eingehen (vgl. *Etgeton 2009, 109*). Gleichzeitig sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Leistungen, auf deren Grundlage der GBA Entscheidungen treffen muss, von unterschiedlicher Güte, weshalb der GBA in seiner Verfahrensordnung ja auch mehrere Evidenzstufen unterscheidet (*GBA 2011*). Gerade die nicht eben seltenen Fälle von schwacher Evidenz (*Schwalm et al. 2010*) bieten Spielräume zur Verfolgung von Partialinteressen der beiden Bänke. Überdies sind auch Konstellationen denkbar, in denen beide Bänke – Krankenkassen und Leistungserbringer – an einer negativen Entscheidung oder einer Nichtbefassung interessiert sind: die Krankenkassen, weil ihnen dann keine zusätzlichen Ausgaben entstehen; die Leistungserbringer, weil ausgeschlossene Leistungen nicht aus der Gesamtvergütung finanziert werden müssen und einzelne Gruppen der Leistungserbringer es vorziehen mögen, die infrage stehenden Leistungen privat zu erbringen. Man wird also nicht umstandslos von einer Entscheidung des GBA – sei sie positiv oder negativ – auf eine eindeutig vorliegende Evidenz schließen können. Nicht immer bedeutet also die Nichtaufnah-

me einer Leistung, dass deren Nutzen nicht nachgewiesen ist. Freilich ist es wohl kaum diese – zum Teil unvermeidbare – Problematik, die Vertragsärzte vermehrt zu IGeL greifen lässt.

Unabhängig von dieser Frage kommt es mit der Einführung und Ausbreitung von IGeL zu einem gesundheitspolitischen Paradox. In der jüngeren Vergangenheit hat der Gesetzgeber die Anforderungen von Qualitäts- und Wirksamkeitsnachweisen medizinischer Leistungen in der GKV erhöht. Evaluationen, die an den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin (EBM) und des Health Technology Assessment (HTA) orientiert sind, sollen dazu beitragen, Effizienz und Effektivität der Versorgung zu steigern und einen besseren Schutz der Versicherten vor unwirksamen oder gar schädlichen Eingriffen zu gewährleisten. Gleichzeitig werden Patienten beim Arztbesuch durch das Angebot von IGeL nun verstärkt mit einem Leistungsangebot konfrontiert, für das ein wissenschaftlich belegter Nutzen (noch) nicht nachgewiesen wurde oder nicht nachweisbar ist.

Während eine Reihe von IGeL angeboten wird, die weithin als medizinisch sinnvoll und notwendig betrachtet werden (wie reisemedizinische Untersuchungen und Impfungen), gibt es für andere keinen ausreichenden Nutznachweis oder gar deutliche Hinweise auf einen fehlenden Nutzen beziehungsweise auf mögliche gesundheitsschädigende Folgen (vgl. *Stiftung Warentest 2004*). Ein aktueller HTA-Bericht, der im Auftrag des DIMDI den Forschungsstand zum Glaukomscreening und zum Vaginalultraschallscreening (VUS) ausgewertet hat, kommt zu dem Ergebnis, dass für das Glaukomscreening keine Studien vorliegen, die den Nutzen der Maßnahme belegen könnten: „Auf der derzeitigen Evidenzgrundlage kann ein Screening auf Glaukom nicht empfohlen werden.“ (*DIMDI 2011, 9*) Hinsichtlich des VUS kommt der Bericht zu dem Ergebnis, „dass durch Screening ein hohes Maß an Überdiagnose mit invasiven Eingriffen erzeugt wird“. Wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich einer durch das VUS-Screening reduzierten Mortalität oder einer erhöhten Lebensqualität liegen nicht vor (*DIMDI 2011, 10*). Für zwei der am häufigsten angebotenen IGeL-Leistungen fehlt demnach der Nutznachweis beziehungsweise liegen Hinweise auf eine Schädigung der Patientinnen durch unnötige Eingriffe vor, die infolge des Screenings durchgeführt wurden.

Im IGeL-Leistungsspektrum finden sich auch solche Leistungen, die durch Beschluss des GBA aufgrund des fehlenden Nutznachweises aus der GKV-Versorgung ausgeschlossen wurden. Damit kommt es zu einer widersprüchlichen Praxis: Vertragsärzte bieten Leistungen an, die aufgrund einer Entscheidung, an der die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitgewirkt hat, als ungeeignet klassifiziert wurden. So ist zum Beispiel das Screening des Prostatakarzinoms auf Grundlage der Analyse des prostataspezifischen Antigens (PSA) vom GBA nicht in den GKV-Leistungskatalog aufge-



nommen worden, weil die Messungen ungenau sind und die Ergebnisse eine zu geringe Sensitivität und Spezifität aufweisen. Durch Messergebnisse ausgelöste Folgebehandlungen (zum Beispiel Biopsien) können zu unnötigen Schädigungen und Komplikationen führen (MDS 2009). Der PSA-Test, der relativ häufig angeboten wird, stellt offensichtlich keine Ausnahme dar. Windeler geht davon aus, „dass fast alle der in der Anlage B der BUB-Richtlinien [Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden] gelisteten Methoden [Liste der vom GBA ausgeschlossenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; TG/RS] von Ärzten als IGeL angeboten werden“ (Windeler 2006, 21).

## 5 Selbstregulierung der Ärzteschaft?

Diese widersprüchliche Entwicklung hat auch innerhalb der Ärzteschaft zu kontroversen Diskussionen über die Legitimität von IGeL geführt (vgl. DEGAM 2007). Der Ärztetag legte in einem Beschluss aus dem Jahr 2006 fest, dass IGeL ausdrücklich auf Wunsch der Patienten erbracht werden und „aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind“ (Ärztetag 2006, 39). Was als erforderlich, empfehlenswert oder vertretbar gilt, wird allerdings nicht weiter präzisiert. Ebenso wenig spricht sich der Ärztetag für eine systematische wissenschaftliche Evaluation der Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens beziehungsweise der mit ihnen verbundenen Risiken aus.

So bleibt als rechtlicher Rahmen für die Erbringung von IGeL das Berufsrecht der Ärztinnen und Ärzte. Neben den grundsätzlichen Hinweisen in der Berufsordnung, dass es sich beim Arztberuf nicht um ein Gewerbe handele (Paragraf 1 Musterberufsordnung [MBO]) und der Beruf nach „den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit“ auszuüben sei (Paragraf 2 MBO), ist für den Umgang mit IGeL der Paragraf 11 MBO von Bedeutung. Hier wird die Verpflichtung der Ärzte auf eine „gewissenhafte[n] Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ ebenso formuliert wie das Verbot, diagnostische oder therapeutische Verfahren „unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden“. Diese berufsethischen Normen sind für die Anwendung von IGeL durchaus relevant. Allerdings ist die Ärztliche Berufsordnung in der Vergangenheit nicht gerade als Instrument der Durchsetzung von Qualitäts- und Wirksamkeitsstandards auffällig geworden. Auch hinsichtlich der IGeL zeichnet sich keine wirksame Selbstregulierung des Berufsstandes hinsichtlich einer notwendigen Evidenzbasierung dieser Leistungen ab.

Das beträchtliche Misstrauen der Ärzteschaft gegenüber dem Handeln des eigenen Berufsstandes kommt darin zum

Ausdruck, dass der Ärztetag 2006 „Gebote“ für den verantwortungsvollen Umgang der Ärzte mit IGeL beschloss, in denen eigentlich selbstverständliche Kriterien ärztlicher Tätigkeit, wie die sachliche Information, die seriöse Beratung und Aufklärung oder die korrekte und transparente Indikationsstellung betont werden (Ärztetag 2006, 39 f.). Gleichzeitig geben Bundesärztekammer (BÄK) und KBV einen IGeL-Ratgeber für Patientinnen und Patienten heraus, in dem sie eine Checkliste mit acht Fragen formulieren, die dem Patienten darüber Auskunft geben soll, ob sie von ihrem Arzt gut beraten worden sind (BÄK und KBV 2009). Die Checkliste kann für den einzelnen Patienten eine nützliche Hilfestellung sein. Sie drückt andererseits erhebliche Zweifel daran aus, dass von einer verantwortungsbewussten, am Patientenbedarf orientierten IGeL-Beratung durch den behandelnden Arzt auszugehen ist. Die Betonung berufsrechtlicher Pflichten im Umgang mit IGeL durch ärztliche Standesorganisationen verstärkt den Eindruck, dass die Neueröffnung dieses Geschäftsfeldes nicht automatisch auf der Basis einer professionellen ärztlichen Ethik betrieben wird.

## 6 Ordnungspolitische Dimensionen von IGeL

Bei IGeL geht es nicht allein um die Qualität und Notwendigkeit der betreffenden Leistungen; ihre Existenz und ihr Bedeutungsgewinn haben darüber hinaus eine im Kern ordnungspolitische Dimension. Auf der Mikro-Ebene wird der Patient mit der Erbringung von IGeL primär zum Objekt wirtschaftlicher Überlegungen des Arztes. In der Tendenz untergräbt dies das Vertrauen im Arzt-Patient-Verhältnis, wenn Patienten die Erfahrung machen, dass der Verkauf von Leistungen gegenüber der anwaltlichen Vertretung der gesundheitlichen Belange seines Agenten im ärztlichen Handeln an Bedeutung gewinnt (Kühn 1996). Die Ärzteschaft läuft damit zugleich Gefahr, langfristig ihren besonderen gesellschaftlichen Status einer Profession zu unterminieren. Denn zu den Kernmerkmalen einer Profession zählt, dass ihre Tätigkeit der Aufrechterhaltung eines gesellschaftlichen Zentralwerts dient (Mieg 2003) – im Fall der Ärzte des Werts Gesundheit. In dem Maße, wie Ärzte in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit die Eigenschaft von Gewerbetreibenden annehmen, dürfte auch ihr nach wie vor hohes gesellschaftliches Ansehen leiden.

Darüber hinaus ist die Erbringung von IGeL Bestandteil und Ausdruck eines Wandlungsprozesses, in dessen Verlauf die soziale Aufgabe der Krankenversorgung zugunsten ökonomischer Zwecksetzungen an Bedeutung verliert. Mit Blick auf die Steuerung des Gesundheitswesens kommt dies darin zum Ausdruck, dass mit dem Zuwachs von IGeL auch derjenige Teil des gesundheitlichen Leistungsgeschehens ausgebaut wird,

der nicht der Regulierung und Kontrolle durch die Krankenkassen beziehungsweise durch die gemeinsame Selbstverwaltung unterliegt. Damit geht für dieses Versorgungssegment auch die Schutzfunktion der GKV für den Patienten verloren. Die Selbstkontrolle der Ärzte – dies zeigen die Befragungsergebnisse zu IGeL – stellt dafür keinen Ersatz dar.

## 7 Fazit

Individuelle Gesundheitsleistungen haben in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Für Ärzte bieten IGeL eine willkommene Gelegenheit zur Erhöhung ihrer Einnahmen. Da es sich bei ihnen um privatärztliche Leistungen handelt, unterliegen weder die Notwendigkeit oder Angemessenheit der Leistungen noch die Qualität ihrer Erbringung den in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Kriterien und den dortigen Kontrollen. Darüber hinaus deuten vorliegende Befragungsdaten darauf hin, dass die ärztliche Aufklärung über den Nutzen und die Risiken individueller Gesundheitsleistungen sowie die Aufklärung über die Gründe für ihre Nichterstattung durch die GKV oftmals zu wünschen übrig lassen. Diese Probleme sind auch an ärztlichen Standesorganisationen nicht vorbeigegangen. Allerdings beschränken sich deren Interventionen weitgehend auf den an die Ärzte gerichteten Appell, bei der Erbringung von IGeL die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns zu beachten. An der Wirksamkeit derartiger Appelle sind jedoch erheblich Zweifel angebracht. Eine weitergehende Steuerung ärztlichen Handelns erscheint im Licht der vorliegenden Daten über die Erbringung von IGeL dringend geboten.

Die Ausbreitung von IGeL ist Ausdruck einer fortschreitenden Ökonomisierung und Privatisierung von Gesundheitsleistungen. Diese Entwicklung ist allerdings nicht auf das ärztliche Handeln beschränkt. Die gesundheitspolitischen Reformen der vergangenen zwanzig Jahre waren wesentlich darauf ausgerichtet, das Verhalten aller Akteure im Gesundheitswesen durch monetäre Anreize zu steuern. Die Stärkung des individuellen Vorteilskalküls betrifft auch institutionelle Akteure wie Krankenkassen und stationäre Einrichtungen, deren Handeln in einen wettbewerblichen Rahmen eingeordnet wurde. Diese Entscheidungen leisten einer Verkehrung der „Mittel-Zweck-Beziehungen“ im Gesundheitswesen Vorschub: „Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden soll“ (Kühn 2004, 26). Der gesundheitspolitische Paradigmenwechsel befördert das Angebot unwirksamer IGeL durch den Arzt ebenso wie die Vermeidungsstrategien „schlechter Risiken“ durch die Kassen oder das Verschieben von kostspieligen Patienten in andere Einrichtungen. Es erscheint zweifelhaft, ob der sich abzeichnende kulturelle Wandel in der Gesund-

heitsversorgung tatsächlich die von den verantwortlichen Gesundheitspolitikern erhoffte Steigerung von Effizienz und Qualität bewirkt. Das Beispiel der IGeL verweist eher darauf, dass es zu Ausweichreaktionen und Fehlanreizen kommt, deren negative Auswirkungen letztlich die Versicherten und Patienten zu tragen haben.

## Literaturverzeichnis

- Ärztetag (2006):** Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg; [www.bundesaezrtekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf](http://www.bundesaezrtekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2009):** Selbst zahlen? Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten. Berlin 2009. [www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/igel-checkliste-barrierefrei.pdf](http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/igel-checkliste-barrierefrei.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) (2007):** Positionspapier zum Thema „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)“; [www.degam.de/dokumente/IGeL-%20DEGAM%20Positionspapier%202007.pdf](http://www.degam.de/dokumente/IGeL-%20DEGAM%20Positionspapier%202007.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)(Hrsg.)(2011):** Individuelle Gesundheitsleistungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment. Band 113. Köln: DIMDI
- Etgeton S (2009):** Patientenbeteiligung in den Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Jg. 52, Heft 1, 104–110
- GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2011):** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009 in Kraft getreten am 1. April 2009 zuletzt geändert am 20. Januar 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 115 (S. 2754) vom 3. August 2011 in Kraft getreten am 4. August 2011; [www.g-ba.de/downloads/62-492-548/VerfO\\_2011-08-04.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-548/VerfO_2011-08-04.pdf) (letzter Zugriff: 10.08.2011)
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2006):** Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mai/Juni 2006; [www.kbv.de/publikationen/8700.html](http://www.kbv.de/publikationen/8700.html) (letzter Zugriff: 01.08.2011)
- Krüger-Brand H (2011):** Handlungsbedarf bei IGeL. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 13, A686–A688
- Kühn H (1996):** Ethische Probleme einer ökonomisch rationierten Medizin (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P96–207), Berlin: WZB
- Kühn H (2004):** Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner G, Gerlinger T, Stegmüller K (Hrsg.). Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag, 25–41
- Marstedt G (2010):** Gesundheitsfragen – Informationen und Wissen der Bürger. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.). Ge-

sundheitsmonitor 2010. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann, 43–89

**MBO (Musterberufsordnung) (2006):** (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Zuletzt geändert durch den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer am 24.11.2006; [www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)

**MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2008):** „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL). Grundlegende Informationen; [www.mds-ev.de/media/pdf/Grundlegende\\_Informationen\\_12-2008.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Grundlegende_Informationen_12-2008.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)

**MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2009):** Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung. Essen: MDS; [www.mds-ev.de/media/pdf/PSA\\_Screening.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/PSA_Screening.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)

**Mieg HA (2003):** Problematik und Probleme der Professionssoziologie. Eine Einleitung. In: Mieg HA, Pfadenhauer M (Hrsg.). Professionelle Leistung – professional performance. Positionen der Professionssoziologie. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, 11–46

**Pieritz A (2009):** IGeL: Ohne Vertrag kein Honoraranspruch. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 38, A-1856

**PVS (Privatärztliche Verrechnungsstellen)(2009):** IGeL – immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009; [www.igel-umfrage.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/Auswertung-2009.pdf](http://www.igel-umfrage.de/fileadmin/user_upload/PDF/Auswertung-2009.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)

**Richter S, Rehder H, Raspe H (2009):** Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen. Erfahrungen GK-Versicherter und Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 26, 433–439

**Schiller H (2009):** Individualvertraglich vereinbarte ärztliche Leistungen. Profund, Heft 9, 17–19

**Schuldzinski W, Vogel KH (2007):** Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitssystem? Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2007, 201–216

**Schwalm A, Perleth M, Matthias K (2010):** Der Umgang des Gemeinsamen Bundesausschusses mit „schwacher“ oder fehlender Evidenz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 104, Heft 4, 323–329

**Stiftung Warentest (2004):** test extra gesundheit, 5/2004

**Windeler J (2006):** Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. G+G Wissenschaft, Jg. 6, Heft 2, 17–27

**ZEKO (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer) (2010):** Werbung und Informationstechnologie: Auswirkungen auf das Berufsbild des Arztes. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 42, A-2063–A-2068

**Zok K (2010):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wido-monitor, 2/2010, 1–8

**Zok K, Schuldzinski W (2005):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Herausgegeben von der Verbraucherzentrale NRW und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK. Bonn: Wido; [www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ambulaten\\_versorgung/wido\\_amb\\_pub-igel2005\\_0807.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorgung/wido_amb_pub-igel2005_0807.pdf) (letzter Zugriff: 01.08.2011)

## DIE AUTOREN



**Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger,** Jahrgang 1959, Studium der Politikwissenschaft, Soziologie, Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität Marburg, 2004 bis 2010 Professor für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, seit 2010 Professor

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.



**Dr. phil. Rolf Schmucker,** Jahrgang 1969, Studium der Politikwissenschaft an der Philipps-Universität Marburg, 2001 bis 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt am Main, seit 2010 wissen-

schaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.