

## **IGeL – Angebotsinduktion für Fortgeschrittene**

Robert Nuscheler, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)  
Sebastian Thomasius, Freie Universität Berlin

Die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) „ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören“ (www.g-ba.de, 20.6.2006). Der G-BA ist gleichberechtigt mit Vertretern der Leistungserbringer und der GKV besetzt. Zudem wirken Patientenvertreter beratend mit. Die Ermittlung des GKV-Leistungskatalogs soll damit ausgewogen erfolgen.

Gleichwohl hat sich seit Ende der 1990er Jahre ein privater Markt für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) entwickelt, die von Vertragsärzten neben den GKV-Leistungen angeboten werden können, jedoch nicht von der GKV finanziert werden. Die Kosten hat der GKV-Patient zu tragen, der für diese Leistungen praktisch zu einem Privatpatienten wird. Entsprechend muss bei der Abrechnung der IGeL die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angewandt werden. Wie bei „regulären“ Leistungen auch, kann der 1 bis 3,5-fache Satz abgerechnet werden. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) ermittelt mit 83 Euro einen recht moderaten mittleren Preis (Zok, Schuldzinski 2005, S. 58f.).

Da jedoch etwa 60% aller Ärzte IGeL-Einnahmen erzielen (ebd., S. 38) bzw. 3 von 4 Fachärzten solche Leistungen anbieten (Gesellschaft für Konsumforschung, Stiftung Gesundheit 2005, S. 18) und so knapp 30% aller Patienten IGeL angeboten bekommen haben, schätzt das WiDO das Marktvolumen auf knapp 1 Mrd. Euro. Die Größe des Marktes ist erstaunlich, da alles medizinisch Notwendige durch die GKV abgedeckt ist bzw. sein sollte. Es bieten sich zwei alternative Erklärungen an: I) Die Festlegung des GKV-Leistungskataloges ist nicht so konsensual, wie dies die Stimmenverteilung im G-BA nahe legt, d.h. aus Sicht der Leistungserbringer fehlen relevante Leistungen. II) Die Ärzte sehen IGeL als zusätzliche Einkommensquelle und nutzen ihren Informationsvorsprung gegenüber den Patienten, um eine entsprechende Nachfrage zu schaffen (angebotsinduzierte Nachfrage).

Seit die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahre 1997 das Konzept der IGeL vorgestellt hat, wird es sehr kontrovers diskutiert. Eine Studie des WiDO aus dem vergangenen Jahr liefert einen sehr guten Marktüberblick und trägt viele Erfahrungen mit IGeL zusammen. Allein schon die Tatsache, dass etwa 20% der Patienten angeben, das Arzt-Patienten-Verhältnis hätte sich durch die individuelle IGeL-Erfahrung verschlechtert (Zok, Schuldzinski 2005, S. 64), lässt das IGeL-Konzept in keinem guten Licht erscheinen. Dieser Eindruck verfestigt sich durch viele Einzelergebnisse der WiDO-Studie.

Wendet man die ärztliche Berufsordnung auf IGeL an und überprüft die sich daraus ergebenden Implikationen für ärztliches Verhalten mit dem tatsächlichen Verhalten der Ärzte, so lässt sich zwischen diesen beiden oben genannten Alternativen diskriminieren. Die linke Spalte von Tabelle 1 nennt die in diesem Zusammenhang wichtigsten Verhaltensregeln. Folgen die Ärzte

diesem „Verhaltenskodex“, erfüllen individuelle Gesundheitsleistungen ihren Zweck. Schließlich fragt ein informierter Patient eine Leistung nur dann nach, wenn seine individuelle Zahlungsbereitschaft die veranschlagten Kosten übersteigt. Sinnvolle individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht in den GKV-Katalog gehören, sind z.B. Atteste für private Zwecke, Sporttauglichkeitsuntersuchungen und Reiseimpfungen (Bilger, Rüter 2005, S. 155). Tabelle 1 zeigt, dass der „Verhaltenskodex“ keineswegs eingehalten wird, weshalb sich als Erklärung für die Größe des Marktes die Angebotsinduktion aufdrängt.

Für gewöhnlich ist es relativ schwierig, Angebotsinduktion nachzuweisen. Dies liegt u.a. daran, dass es angesichts umfassender Versicherungsdeckung nur eines relativ geringen Impulses des Arztes bedarf, um Patienten von der Notwendigkeit bestimmter GKV- Leistungen zu „überzeugen“. Bei IGeL hingegen tragen die Patienten die Kosten in vollem Umfang, weshalb die Überzeugungsaktivitäten vermutlich drastischer ausfallen. So scheint es, dass beispielsweise bei Vorsorgeuntersuchungen, wie dem PSA-Test, häufig ein Geschäft mit der Angst und der Verunsicherung der Patienten betrieben wird (Bilger, Rüter 2005, S. 155).

Dass die Situation problematisch ist, lässt sich auch direkt aus der zitierten WIdO-Studie herauslesen. So werden diese Leistungen überwiegend wohlhabenderen Patienten angeboten, während die Morbidität eines Patienten für das Angebot wenig relevant zu sein scheint (S. 43). Nicht von ungefähr kursieren IGeL daher auch unter „Irgendwie Geld einbringende Leistungen“ (MDK 2005, S. 2).

## **Literatur**

Bilger S, Rüter G. IGELN – ein fragwürdiges Geschäft. Z Allg Med 2005; 81, 154–156.

Gesellschaft für Konsumforschung, Stiftung Gesundheit. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit (online). o.O., 06.03.2005 (Zitierdatum: 13.06.2006), abrufbar unter [http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/Studie\\_Aerzte\\_im\\_Zukunftsmarkt\\_Gesundheit.pdf](http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/Studie_Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit.pdf)

MDK (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen). Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Grundlegende Informationen. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen; 2005.

Zok H, Schuldzinski W. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO); 2005.

**Tabelle 1:** Einhaltung der ärztlichen Verhaltensregeln in Bezug auf IGeL

<b>Maßgebliche Verhaltensregeln</b>	<b>Ergebnisse der WIdO-Studie (Zok, Schuldzinski 2005)</b>
Ein Arzt darf IGeL nicht aktiv bewerben. Die Leistungen müssen vom Patienten nachgefragt werden.	61% der nachgefragten Leistungen wurden aktiv in den Arztpraxen angeboten. Dabei wurde auch das Praxispersonal in den Vermarktungsprozess mit einbezogen. Weiterhin sollen Patienten durch gezielte Informationen in Wartezimmern zur Nachfrage nach IGeL bewegt werden. (S. 48ff.)
Die angebotene Leistung muss medizinisch sinnvoll sein.	Etwa 16% der angebotenen IGeL entfallen auf die Augeninnendruckmessung. Eine solche Messung ohne konkrete Indikation wurde vom G-BA ausdrücklich für nicht sinnvoll erklärt und ist daher auch nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten (S. 34ff.).
Aufklärung des Patienten über die Vor- und Nachteile der Behandlung.	Etwa 25% der Patienten fühlten sich verunsichert und nur zureichend informiert (S. 64).
Dem Patienten muss ausreichend Zeit zur Entscheidung über die Behandlung gewährt werden.	20% der Patienten gaben an, dass sie unzureichend Zeit hatten (S. 54).
Erstellung eines Kostenvoranschlages.	Eine schriftliche Vereinbarung erfolgte in 58% der Fälle nicht (S. 57).
Ordnungsgemäße Abrechnung nach der GOÄ.	13% der Patienten haben keine Rechnung erhalten (S. 57). Inwieweit ordnungsgemäß abgerechnet wurde, ist zwar schwer nachvollziehbar aber zumindest fraglich. So wurden für eine Knochendichtemessung zwischen 15 und 80 Euro abgerechnet, obwohl die GOÄ gut 17 Euro dafür vorsieht. Selbst mit einem Faktor von 3,5 werden 80 Euro nicht annähernd erreicht (S. 59).