

WDR

Fernsehen

Quarks&Co

Westdeutscher Rundfunk Köln
Appellhofplatz 1
50667 Köln

Tel.: 0221 220-3682
Fax: 0221 220-8676

E-Mail: quarks@wdr.de

www.quarks.de

Dienstags um 21.00 Uhr im
WDR Fernsehen



Die Vorsorge-Lüge

IGeL-Leistungen auf dem Prüfstand

Quarks&Co

Skript zur WDR-Sendereihe *Quarks & Co*



Inhalt

- 4 IGeL – was ist das?

- 7 Früh erkannt, Gefahr gebannt?

- 11 Dem Brustkrebs auf der Spur

- 14 Wenn Krankenkassen geizen

- 17 „Ich hätte da was für Sie!“

- 20 Augen auf beim IGeL-Kauf

- 22 Die wichtigsten IGeL-Leistungen

Herausgeber: Westdeutscher Rundfunk Köln; **Verantwortlich:** Öffentlichkeitsarbeit; **Text:** Thomas Liesen, Claudia Ruby, Markus Schall, Silvio Wenzel; **Redaktion:** Lorenz Beckhardt/Thomas Kamp; **Copyright:** WDR, November 2008; **Gestaltung:** Designbureau Kremer & Mahler, Köln

Bildnachweis: alle Bilder Freeze WDR 2008 **außer:** Titel, kleine Bilder – Rechte Mauritius

Die Vorsorge-Lüge

Wer krank ist, geht zum Arzt, in der Hoffnung, gut beraten und bestmöglich behandelt zu werden. Doch schon in den meisten Wartezimmern wird er konfrontiert mit Plakaten, Flyern und Hochglanzbroschüren, die für Sauerstoff-Therapie oder Hirnleistungs-Check zur Früherkennung von Demenz werben, für Gentests, Ultraschallaufnahmen oder Blutanalysen. Manche der Zusatzleistungen sind sinnvoll, aber nicht immer notwendig und manchmal sogar schädlich.

Und: Die Kosten muss der Patient aus eigener Tasche bezahlen. Das Zauberwort heißt *IGeL* – Individuelle Gesundheitsleistungen, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden. Aus gutem Grund? *Quarks & Co* zeigt anhand von Fallbeispielen, was Patienten in deutschen Wartezimmern widerfährt und erklärt, was genau *IGeL*-Leistungen sind.

Beuge vor, und du lebst länger versprechen uns Ärzte und Gesundheitspolitiker. Doch ist Prävention so wirkungsvoll wie behauptet? Verlängert Früherkennung wirklich das Leben? Welche Verfahren zum Beispiel der Krebsfrüherkennung – wie die Mammografie oder der Prostata-Marker-Test (PSA) – sind sinnvoll und wie hoch ist die Fehlerquote? *Quarks & Co* erklärt, welche Risiken manche Vorsorge-Untersuchungen für Körper und Seele der Patienten bergen.

Den Sinn und Unsinn einer Vorsorge-Untersuchung können Patienten selbst nur schwer einschätzen. Und auf den Arzt, der die Untersuchung anbietet, können sie sich nur bedingt verlassen, denn für viele Praxen sind *IGeL*-Leistungen mittlerweile ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Aber wer entscheidet eigentlich, was die Kassen zahlen? Und auf welcher Grundlage?

■ Weitere Informationen, Lesetipps und interessante Links finden Sie auf unseren Internetseiten. Klicken Sie uns an: www.quarks.de

IGeL – was ist das?

Wenn Patienten zur Kasse gebeten werden

Eine Kassenpatientin benötigt beim Arzt in der Regel eine Überweisung und eine Versicherungskarte. Der Arzt rechnet darüber die Kosten der Behandlung mit der Krankenkasse ab. Doch fast jeder dritte Patient erhält in der Praxis inzwischen ein *stacheliges* Angebot. Die Abkürzung *IGeL* steht für *Individuelle Gesundheitsleistungen*. Und was dahintersteckt, ist gar nicht niedlich, sondern vor allem teuer. Gemeinsam ist den höchst unterschiedlichen Angeboten, dass der Patient selbst zahlen muss, *IGeL* sind keine Kassenleistungen. Eingeführt wurden sie 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es ging darum, den Ärzten in Zeiten sinkender Einnahmen eine zusätzliche Einkommensquelle zu verschaffen.

Was der Patient selbst zahlen muss

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse müssen *ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich* sein, so ist es im Sozialgesetzbuch geregelt. Leis-

tungen, die diese Kriterien nicht erfüllen, muss der Patient selbst bezahlen. Ein typisches Beispiel dafür ist die Impfberatung vor einer Fernreise. Wer in den Ferien so exotische Ziele wie Kenia oder Thailand wählt, muss sowohl die Beratung als auch die Impfungen selbst bezahlen. Reiseimpfungen sollen also nicht durch die Solidargemeinschaft der Versicherten mitfinanziert werden. Auch Tauglichkeitsuntersuchungen für bestimmte Sportarten werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Wer zum Beispiel einen Tauchkurs machen möchte, benötigt vorher eine entsprechende Bestätigung vom Arzt. Die dafür nötige Untersuchung muss jeder selbst zahlen.

Auch Schönheitsoperationen fallen nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer seine Falten glätten oder das Fett absaugen lassen will, wird selbst zur Kasse gebeten. Dasselbe gilt für viele alternative Heilmethoden – von der Ozontherapie bis zur UV-Bestrahlung des Blutes.

Die typischen IGeL

Die meisten *IGeL*-Leistungen fallen jedoch in eine andere Kategorie. In der Regel verkaufen Ärzte Vorsorgeuntersuchungen als *IGeL*, die von den Kassen nur in besonderen Risikofällen bezahlt werden. Die meisten *IGeL*-Angebote kommen von Gynäkologen, Augenärzten, Hautärzten und Urologen. In einigen Facharztpraxen machen diese Leistungen mehr als dreißig Prozent der Einnahmen aus. Eine vollständige *IGeL*-Liste existiert nicht, jeder Arzt ist frei, sich eigene Angebote auszudenken. Das Spektrum reicht dabei von der Akupunktur, die nur in speziellen Fällen von der Krankenkasse bezahlt wird, über den Manager-Gesundheits-Check bis zu Vitaminkuren und Ozontherapie.

Weitere Beispiele sind zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, der PSA-Test für Männer oder die Messung des Augeninnendrucks. Insgesamt gibt es weit über 300 verschiedene Angebote. Das

IGeL – was ist das?

Motto hinter all diesen Untersuchungen: Viel hilft viel. Doch das ist nicht immer richtig. In den meisten Fällen ist der Nutzen dieser Untersuchungen nicht belegt. Auch deshalb werden sie von den Kassen nicht bezahlt.

PSA-Test

Der PSA-Test besteht aus einer Blutuntersuchung, die das Prostata-spezifische Antigen (PSA) nachweist – ein körpereigenes Eiweiß, das ausschließlich die Prostata bildet. Liegt ein Tumor vor, produziert die Prostata besonders viel von diesem Stoff. Allerdings kann der PSA-Wert auch aus anderen Gründen erhöht sein. Eine häufige Fehlerquelle zum Beispiel ist ein harter Fahrradsattel. Drückt er bei der Fahrt zum Arzt gegen die Vorsteherdrüse, steigt der PSA-Wert ebenfalls an.



IGeL – was ist das?

Was kosten IGeL?

Grundsätzlich gilt bei den IGeL-Leistungen die **Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)**. Ein EKG zum Beispiel ist dort mit 8,86 Euro verzeichnet, eine Messung des Augeninnendrucks mit 14,11 Euro. Allerdings kann der Arzt nach eigenem Ermessen den zwei-, drei- oder sogar den dreieinhalbfachen Betrag abrechnen. Aus 14,11 Euro werden so schnell fast 50 Euro. Arzt und Patient schließen einen schriftlichen Vertrag über die vereinbarte Leistung, und auch die Rechnung muss schriftlich erstellt werden. Wer sich beim Arztbesuch nicht sicher ist, ob er die angebotene Leistung wirklich haben möchte oder ob der Preis angemessen ist, der sollte abwarten und eine zweite Meinung einholen – zum Beispiel bei der Krankenkasse oder einem anderen Arzt. Grundsätzlich gilt: IGeL-Angebote sind nie dringend. Und Ärzte, die versuchen, Angst oder Druck auszuüben, verhalten sich unseriös.

Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte ist Abrechnungsgrundlage für die Leistungen der Ärzte bei der Behandlung von Privatpatienten, die ihre Arztrechnungen selbst bezahlen. Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 GOÄ).



Früh erkannt, Gefahr gebannt?

Warum die Krebsvorsorge auch schaden kann

Früh erkannt

Das Ziel der Krebsvorsorge ist klar und einfach: Krebs soll möglichst früh erkannt werden. Und je früher er erkannt wird, heißt es, desto größer sind die Heilungschancen. Für die meisten Patienten ist es daher auch gar keine Frage, solche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Dass sie auch schaden können, wissen die wenigsten. Und leider klären viele Ärzte über diese Tatsache zu wenig auf.

Bei 120 von 1.000 Männern um die 65 Jahre fällt der Wert verdächtig hoch aus. Eine Gewebeprobe ist die Folge, doch bei 80 dieser Männer stellt sich der erhöhte PSA-Wert als Fehlalarm heraus. Ohne den Test wären ihnen Sorgen und die schmerzhaft Entnahme verdächtigen Gewebes erspart geblieben. Bei rund 40 von 1.000 Männern wird allerdings ein Tumor entdeckt. Damit hat der PSA-Test eigentlich sein Ziel erreicht.

Zweifelhafte Vorsorge bei Prostatakrebs

Ist ein Mann über 45 Jahre alt, empfehlen fast alle Urologen den sogenannten PSA-Test zur Vorsorge von Prostatakrebs. PSA steht für Prostata-spezifisches Antigen. Das ist ein Eiweiß, das bei einer Krebserkrankung der Prostata unter Umständen verstärkt gebildet wird und im Blut zirkuliert. Durch einen Bluttest wird die genaue Konzentration des PSA gemessen. Der Test kostet rund 25 Euro, die der Patient selbst bezahlen muss. Aber der Test ist ungenau.

Aber tatsächlich ist nur ein Teil der Tumore auch gefährlich. Laut einer Studie niederländischer Forscher an der Erasmus-Universität in Rotterdam hätte über die Hälfte der Tumore, die der Test bei Männern um die 65 findet, die Patienten nie belästigt. Und auch wenn der Tumor Beschwerden macht, die wenigsten sterben daran. Denn Prostatakrebs wächst oft sehr langsam. Fast jeder zweite 80-jährige Mann hat Prostatakrebs, die spätere Todesursache wird in der Regel aber eine ganz andere Krankheit sein.



Prostata-Operationen haben oft unangenehme Folgen



Das individuelle Risiko für Brustkrebs wird meist überschätzt

Früh erkannt...

■ Risiko Impotenz

Wird die Prostata wegen eines Krebsverdachts operiert, so sind die Folgen oft drastisch: Rund jeder zweite Mann wird impotent. Für einen Mann, der dank Früherkennung länger lebt, ein akzeptabler Preis. Aber die übrigen Männer werden durch den PSA-Test unnötig geschädigt. In Studien rechnen US-Experten vor: Wenn bei 40 von 1.000 Männern um die 65 dank des PSA-Tests Krebs entdeckt wird, bedeutet das nur für drei dieser Männer einen echten Nutzen: Ihnen wird Leid erspart und ihr Leben verlängert sich. Fünf Männer sterben trotz Früherkennung am Krebs. Die restlichen 32 sterben an ganz anderen Krankheiten und hätten den Krebs meist nicht einmal gespürt.

■ Fehlerhafte Mammografie

17.500 Frauen sterben in Deutschland jährlich an Brustkrebs. Statistisch gesehen bedeutet das: Ein neugeborenes Mädchen bekommt mit einer Wahrscheinlichkeit von zehn Prozent irgendwann

im Laufe seines Lebens Brustkrebs. Doch tatsächlich beträgt das Risiko, zu einem bestimmten Zeitpunkt im späteren Leben zu erkranken, nur ein Bruchteil dieses lebenslangen Risikos. Von 1.000 Frauen im Alter von 60 erkranken nur etwa fünf innerhalb von zwei Jahren. Anders ausgedrückt: Mit einer Wahrscheinlichkeit von 99,5 Prozent hat eine Frau in diesem Alter keinen diagnostizierbaren Brustkrebs. Das individuelle Risiko für Brustkrebs wird also meist überschätzt.

Viele Frauen lassen regelmäßig eine Mammografie machen, weil sie sicher sein wollen, dass alles in Ordnung ist. Doch die Mammografie ist nicht fehlerfrei. Statistiken aus dem holländischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zeigen: Ein Drittel der Tumore wird beim Röntgen übersehen, obwohl gerade in Holland die Mammografie seit Jahren strengen Qualitätskontrollen unterliegt. Außerdem werden viele Frauen durch eine Mammografie mit einem Fehlalarm konfrontiert. Bei 1.000 Frauen, die zehn Jahre lang zur Mammografie gehen, sind das fünf Untersuchungen pro Frau. Im Laufe der Zeit wird es bei rund 200 von ihnen einen Krebsverdacht geben. Das

bedeutet zunächst einen Schock für die Betroffene. Und es müssen daraufhin weitere Untersuchungen folgen. Bei rund 40 bis 50 Frauen erhärtet sich dann der Verdacht, so dass die Ärzte eine Gewebeprobe veranlassen. An den verdächtigen Stellen wird dabei aus der Brust eine Gewebeprobe entnommen. In vielen Fällen haben sich die Patientinnen umsonst Sorgen gemacht, denn schließlich lautet der Befund nur bei rund der Hälfte der Frauen tatsächlich Krebs. In nur etwa 20 von 200 Verdachtsfällen also bewahrheitet sich die nach dem Röntgen aufgeworfene Krebsvermutung.

■ Ernüchternde Bilanz der Vorsorge

Die Früherkennung ist keine Garantie für Heilung. Wenn 1.000 Frauen zur Mammografie gehen und Krebs dadurch früh entdeckt wird, werden trotzdem sechs bis sieben der Frauen im Laufe von zehn Jahren daran sterben. Gehen alle diese Frauen dagegen nicht zur Mammografie, sterben acht – wie mittlerweile mehrere Studien belegt haben. Also haben nur ein bis zwei von 1.000 Frauen einen

echten Nutzen von der Vorsorgeuntersuchung. Zur Erinnerung: 200 Frauen werden in dieser Zeit mit der zumeist falschen Diagnose *Krebsverdacht* konfrontiert. Sie erleiden einen Schaden durch unnötige Gewebeentnahmen oder zumindest durch psychische Belastungen.

Dass die Brustkrebsvorsorge so wenig bewirkt, liegt auch in der Biologie des Krebses begründet. Denn ein Teil der Tumore ist äußerst aggressiv. Selbst wenn sie in einem scheinbar frühen Stadium entdeckt werden, haben sie schon Metastasen gebildet. Die Früherkennung bewirkt dann nur eines: Die betroffenen Frauen wissen länger um ihren Krebs. Ihr Leben verlängert sich dagegen um keinen Tag.

■ Wann Vorsorge sinnvoll ist

Auch bei allen anderen Vorsorgeuntersuchungen besteht die Gefahr, dass ein falscher Krebsverdacht entsteht oder dass ein Krebs nicht erkannt wird. Außerdem haben die einzelnen Methoden unter Umständen Nebenwirkungen.



Die Brustkrebsfrüherkennung rettet nur wenige Leben



Mit dem Kernspintomographen entdecken Ärzte Brustkrebs sehr zuverlässig

...Gefahr gebannt?

Dem Brustkrebs auf der Spur Was ist die richtige Früherkennungsmethode?

Dem gegenüber steht die entscheidende Frage: Kann man mit der Untersuchung Leben retten oder verlängern? Leider fällt ausgerechnet diese Antwort aus wissenschaftlicher Sicht in keinem Fall eindeutig aus, denn es fehlen aussagekräftige Studien. Dennoch halten kritische Experten sowie die Stiftung Warentest folgende Früherkennungsmethoden für geeignet, weil der Nutzen den Schaden zumindest leicht überwiegt:

- Darmkrebs-Vorsorge durch Darmspiegelung
- Darmkrebs-Vorsorge durch Tests auf Blut im Stuhl
- Hautkrebs-Vorsorge durch Ganzkörperuntersuchung beim Hautarzt
- Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge durch Test auf Papilloma-Viren
- Brustkrebs-Vorsorge durch Mammografie (wird trotz oben genannter Kritik von vielen Ärzten empfohlen)

Bei allen anderen Methoden wie dem PSA-Test, dem Ultraschall zum Beispiel der Bauchspeicheldrüse oder dem Röntgen der Lunge ist der Schaden größer als der Nutzen.

Im Kampf gegen Brustkrebs hat man in Deutschland ein großangelegtes Mammografie-Screening gestartet. Möglichst alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren sollen alle zwei Jahre ihre Brüste röntgen lassen. Ziel ist es, Tumore möglichst frühzeitig zu erkennen und so die Sterblichkeit der Brustkrebspatientinnen zu senken. Doch während das Mammografie-Screening gerade etabliert ist, belegen inzwischen mehrere Studien, dass es eine zuverlässigere Methode gibt, um Frühformen von Brustkrebs zu entdecken: die Kernspintomographie. Weil sie als Früherkennungsmaßnahme aber nicht anerkannt ist, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen diese Untersuchung nicht.

■ Bessere Brustkrebsdiagnostik mit Kernspin

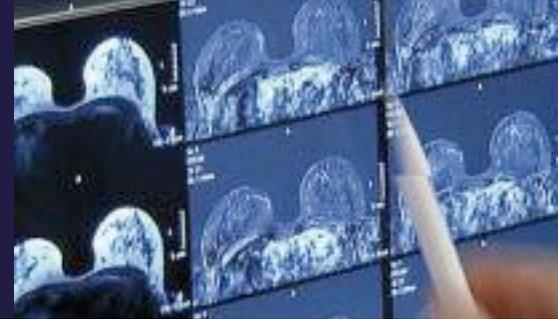
Eine Studie an der Bonner Uniklinik aus dem Jahr 2007 hat in Sachen Brustkrebsfrüherkennung für Aufruhr gesorgt. Die Radiologin Christiane Kuhl hat gezeigt, dass die Kernspintomographie Brust-

krebs-Vorstufen weitaus zuverlässiger aufspürt als die herkömmliche Mammografie mit Röntgenstrahlen. Für die Studie haben die Bonner Radiologen über fünf Jahre hinweg 7.319 Frauen untersucht. Bei allen führten sie sowohl eine Kernspintomographie durch als auch eine klassische Mammografie. Bei 167 Frauen entdeckten sie Frühformen des Brustkrebses. Sie befinden sich in den Milchgängen. Manche dieser Vorstufen bleiben gutartig und auf die Milchgänge beschränkt. Andere sind aber sehr aggressiv, verlassen die Milchgänge und entwickeln sich zu größeren Tumoren, die umliegendes Gewebe, Lymphknoten oder andere Körperregionen befallen können. Diese aggressive Variante wurde von der Kernspintomographie zu 98 Prozent entdeckt, von der Mammografie hingegen nur zu 52 Prozent.

Viele Experten sind von der Eindeutigkeit der Studienergebnisse überrascht. Denn die Suche nach den Brustkrebs-Vorstufen galt bislang als Domäne der Röntgen-Mammografie. Dass die Kernspintomographie doppelt so viele aggressive Brustkrebsvorstufen gefunden hat, ist für



Auf der Kernspin-Aufnahme ist die Krebsvorstufe deutlich zu erkennen



Die Kernspin-Methode kommt öfter zu falschen Positiv-Befunden als die Mammografie

Dem Brustkrebs auf der Spur

Christiane Kuhl ein wichtiges Argument dafür, dass sie in Zukunft häufiger zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt werden müsste.

■ Risiko Fehllarm

Kritiker der Brustkrebs-Früherkennung durch die Kernspintomographie argumentieren allerdings, dass die Methode die Zahl der Falsch-positiv-Befunde in die Höhe treibe. Das hätte zur Folge, dass viele Frauen mit der Diagnose Krebs konfrontiert würden, obwohl sie gar keinen bösartigen Krebs haben. Christiane Kuhl hält das Argument für wenig stichhaltig. Für sie ist ausschlaggebend, dass die Kernspin-Methode die Krebsvorstufe besser erkennt. Betrachte man das Verhältnis von solchen Fehllarmen zur Zahl der tatsächlich gefundenen Krebsfälle, schneide die Kernspin-Methode eindeutig besser ab als die Mammografie. Außerdem, so argumentiert Kuhl, seien viele Falsch-positiv-Befunde mit der Kernspintomographie auf die mangelnde Erfahrung von Radiologen zurückzu-

führen. Weil diese Methode bei der Brustkrebs-Früherkennung so selten eingesetzt wird, gebe es einfach nicht genügend Radiologen, die in dieser speziellen Diagnostik gut ausgebildet sind.

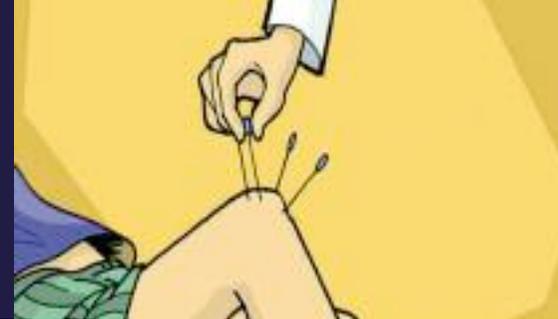
■ Wer soll das bezahlen?

Christiane Kuhl ist sich sicher, dass mit Kernspin vielen Frauen das Leben gerettet werden könnte. Trotzdem hält sie das Mammografie-Screening als Früherkennungsmaßnahme für unverzichtbar. Die Kernspintomographie sei für einen flächendeckenden Einsatz schlichtweg zu teuer. Denn eine Untersuchung mit dem Kernspintomographen kostet mindestens 450 Euro, eine Mammografie hingegen nur etwa 70 Euro. Die Wissenschaftlerin versteht allerdings nicht, dass die Kernspintomographie bei weniger lebensbedrohlichen Krankheiten wie zum Beispiel bei Knieproblemen oder bei Rückenschmerzen regelmäßig eingesetzt und von den Krankenkassen bezahlt wird, bei der Brustkrebsdiagnostik aber nur in seltenen Ausnahmefällen.

Die meisten Kernspin-Studien der Bonner Forscher hat das amerikanische Nationale Krebsinstitut (NCI) finanziert. Und die USA haben bereits auf die neue Studienlage reagiert. Die amerikanische Krebsgesellschaft empfiehlt die Kernspintomographie mittlerweile jeder Frau, die aufgrund ihrer familiären Belastung oder ihres Alters ein leicht erhöhtes Brustkrebsrisiko hat.



Was die Krankenkassen zahlen und was nicht, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss



Die Akupunktur bei Kniearthrose bezahlt die Krankenkasse seit 2007

Wenn Krankenkassen geizen Warum einige Leistungen nicht von der Kasse bezahlt werden

Was die gesetzlichen Krankenkassen zahlen und was nicht, wird in einem unscheinbaren Bürogebäude am Rande von Siegburg entschieden. Hier setzen sich einmal im Monat die wichtigsten Kontrahenten aus dem Gesundheitswesen an einen Tisch. Auf der einen Seite die, die das Geld verteilen, also Vertreter der Krankenkassen. Auf der anderen Seite die, die das Geld haben wollen: Ärzte. Der Ausschuss heißt offiziell **Gemeinsamer Bundesausschuss** und soll den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufstellen. Von beiden Parteien sitzen je fünf Vertreter im Ausschuss. Dazu kommen noch Patientenvertreter, die allerdings kein Stimmrecht haben. Und damit man nicht nur mit heißen Köpfen, sondern auch mit Ergebnissen aus den Sitzungen kommt, gibt es noch stimmberechtigte neutrale Fachleute: zwei Juristen und einen Verwaltungswissenschaftler. Was die Kassen zahlen und was nicht, wird also ausführlich diskutiert und ist alles andere als willkürlich.

► **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Gremium des durch Ärzte und Krankenkassen selbst verwalteten Gesundheitswesens. Seine Aufgabe ist zum einen die Qualitätssicherung. Wichtiger aber noch: Er bestimmt, welche Medikamente, Therapien und Behandlungen durch die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt werden und welche nicht.

■ **Nutzen auf dem Prüfstand**

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei seinen monatlichen Sitzungen sowohl neue Medikamente oder Therapieverfahren, die gerade auf den Markt gekommen sind, als auch Leistungen, die bereits durch die Kasse erstattet werden. Der Bundesausschuss streicht nur dann Leistungen aus dem Katalog oder nimmt sie gar nicht erst auf, wenn diese Leistungen nach Ansicht des Ausschusses keinen Nutzen für den Patienten bringen. Oder wenn sie im Vergleich nicht mehr nutzen, als bereits vorhandene und obendrein preisgünstigere Leistungen. Der Auftrag des Bundesausschusses

Wenn Krankenkassen geizen

ist also nicht, möglichst viele Kassenleistungen zu streichen. Vielmehr prüft er aufgrund wissenschaftlicher Daten, ob die Leistungen überhaupt ihr Geld wert sind. So eine Prüfung ist allerdings sehr aufwendig, beschäftigt viele Fachleute und Gutachter und dauert in der Regel zwei Jahre. Es kann daher vorkommen, dass eine neue Therapie in der Phase der Überprüfung nicht von der Kasse erstattet wird, obwohl sie sich im Nachhinein als sinnvoll und nützlich erweist.

■ **Was die Kasse zahlt und was nicht – drei Beispiele**

Im April 2005 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, dass die Augeninnendruck-Messung als Vorsorgeuntersuchung für die Augenkrankheit Grüner Star nicht von der Kasse bezahlt wird. Nach Durchsicht der vorliegenden Studien zweifelt der Ausschuss an der Aussagekraft der Augendruckmessung. Es bestehe die Gefahr, dass viele vollkommen gesunde Patienten fälsch-

licherweise für krank erklärt werden. Andere Patienten, die bereits am Grünen Star erkrankt sind, würden dagegen durch die Augeninnendruckmessung nicht erkannt, weil nicht in jedem Krankheitsfall der Augendruck tatsächlich erhöht ist.

Im April 2006 wird die Akupunktur zur Behandlung von Rücken- und Kniebeschmerzen zur Kassenleistung. Zwei Modellprojekte hatten wissenschaftlich bewiesen, dass Akupunktur bei chronischen Gelenk- und Rückenschmerzen überraschend gut wirkt, teilweise sogar besser als die von der Kasse bereits bezahlten Schmerz- und Entzündungshemmer.

Im November 2007 wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (wieder) Kassenleistung. Studien haben ergeben, dass eine Ganzkörperuntersuchung der Haut möglicherweise das Risiko senkt, an Hautkrebs zu sterben.



Weittragende Entscheidungen:
Zahlt die Kasse?



IGeL-Leistungen sind auch bei Ärzten umstritten

Wenn Krankenkassen geizen

■ Medikamente selbst bezahlen

Etwas anders ist die Situation bei Medikamenten: Sie werden zunächst von der Genehmigungsbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, offiziell zugelassen. Voraussetzung dafür ist, dass die Medikamente wirken und sie keine gravierenden Nebenwirkungen haben. Nach der Zulassung kann jeder Arzt sie zulasten der Kasse verschreiben. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann aber von diesen verschreibungsfähigen Medikamenten einzelne auf ihren Nutzen untersuchen. Denn trotz Zulassung muss nicht jedes neue und in der Regel teure Präparat auch einen Zusatznutzen haben, also besser sein als altbewährte und preiswerte Vorläuferpräparate. Stellt der Bundesausschuss fest, dass die Mehrkosten des neuen Präparats nicht gerechtfertigt sind, kann er verfügen, dass die Kasse nur die Kosten bis zur Höhe der gleich wirksamen, aber preiswerteren Medikamente übernimmt. Verschreibt der Arzt trotzdem das neue und teure Präparat, muss der Patient die Mehrkosten aus eigener Tasche bezahlen.

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses ist insgesamt nicht unumstritten. Besonders die Pharmaindustrie übte mehrfach Kritik und drohte den Gutachtern des Ausschusses sogar in einem Fall mit einer Klage, als Medikamente aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen wurden.

„Ich hätte da was für Sie!“

Marketing in der Arztpraxis

„Ich hätte da was für Sie!“

Beim 11. deutschen *IGeL-Kongress* in Köln feierte die Branche im September 2008 Geburtstag. Erstmals stand auf dem von der Pharmaindustrie finanzierten Kongress nicht allein das Marketing im Vordergrund. In Vorträgen und Seminaren sollte es auch um den wissenschaftlichen Sinn verschiedener *Individueller Gesundheitsleistungen* gehen. Der Mediziner Lothar Krimmel, Begründer der *IGeL-Leistungen*, stellte erstaunt fest, dass viele Ärzte noch immer keine *Individuellen Gesundheitsleistungen* anbieten. Sie gehören für ihn zum *Recht der Ärzte auf freie Berufswahl*. Trotzdem warnte auch Krimmel vor Übertreibungen. Es dürfe keine Zweiklassenmedizin geben. „Wir alle, die wir *IGeL* anwenden, müssen sehr aufpassen, weil der Grundkonsens in unserer Republik schon ist, dass in den Kerngesundheitsleistungen wirklich jeder Bürger möglichst optimal versorgt werden muss – egal welchen Versicherungsstatus er hat.“

■ IGeL spalten die Ärzteschaft

Bestimmte *IGeL* sind auch innerhalb der Ärzteschaft unumstritten. Klar ist zum Beispiel, dass Reiseimpfungen und Sportuntersuchungen Sinn machen. Trotzdem können sie nicht von der Gemeinschaft der Versicherten getragen werden. Zu den Spitzenreitern im *IGeL-Geschäft* gehören jedoch Untersuchungen zur Vorsorge beziehungsweise Früherkennung von Krankheiten. In vielen Fällen ist der Nutzen dieser Methoden wissenschaftlich nicht erwiesen. Einige Ärzte sehen die Individuellen Gesundheitsleistungen daher kritisch. Außerdem verändern sie die Beziehung zwischen Arzt und Patient: Der Arzt wird zum Kaufmann, der Patient zum Kunden. In vielen Wartezimmern laufen bereits Filme, die *IGeL-Leistungen* anpreisen. Der Urologe Reinhold Schäfer hat damit kein Problem. Er setzt auf das „dritte Standbein“. „Ich muss ja auch für meine Mitarbeiter sorgen. Die Einnahmen aus dem *IGeL-Geschäft* gehören einfach mit dazu.“ Ganz anders sieht das der Allgemeinmediziner Peter Lau: „Ich bin Arzt geworden und kein Kaufmann“, sagt er. Der



Links:
Der Verkaufshelfer im Wartezimmer weckt die Nachfrage

Mitte:
Verkaufen und Heilen: Für viele Ärzte passt das nicht zusammen

Rechts:
Verkaufsseminar für Ärzte: Die Einstellung muss sich ändern

„Ich hätte da was für Sie!“

zunehmende Wettbewerb zerstöre das Solidarsystem der Krankenkassen. Bis heute beruht die Krankenversicherung darauf, dass die Jungen für die Älteren bezahlen und die Gesunden für die Kranken. „All das verkommt immer mehr zu einem Marktmechanismus von Angebot und Nachfrage. Und die Nachfrage kann nur der stellen, der auch das Geld hat.“

■ „Ärzte sind keine Kaufleute“

Im ersten Paragraphen der Berufsordnung für Ärzte heißt es: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe“. Auch Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, findet klare Worte: „Ärzte sind keine Kaufleute.“ Eine Haltung, die von der Realität in vielen Praxen deutlich abweicht. Auf dem Kölner *IGeL*-Kongress brach Ursula Stüwe, bis vor kurzem Präsidentin der hessischen Landesärztekammer, eine Lanze für die Ärzte: Der wirtschaftliche Druck ließe vielen Ärzten keine andere Wahl. Dazu komme der Patienten-Wunsch nach zusätzlichen

Gesundheitsleistungen. Natürlich sollen Patienten *IGeL*n, so Stüwe, allerdings nur unter bestimmten Bedingungen. Der Arzt sei verpflichtet, über Risiken und Nebenwirkungen der Untersuchung zu informieren. Viele Praxen sparten sich außerdem die Bürokratie, doch es sei vorgeschrieben und nötig, dass Arzt und Patient einen schriftlichen Vertrag schließen. Darin sollte auch stehen, warum die jeweilige Leistung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. „Lassen sie den Patienten Bedenkzeit. Haustürgeschäfte liebt keiner von uns“, mahnte Stüwe zum Abschluss. Gegen das schlechte Image vieler *IGeL*-Leistungen könnten die Ärzte aktiv vorgehen, in dem sie eine Qualitätskontrolle einführen.

■ Wo Ärzte verkaufen lernen

Unabhängig von diesen Diskussionen boomt der *IGeL*-Markt. Mehrere Firmen vermarkten mittlerweile Fernsehspots für das ärztliche Wartezimmer. Neben Naturbildern und Nachrichten werden dort

einzelne *IGeL*-Leistungen vorgestellt und angepriesen – zugeschnitten auf die jeweilige Praxis und ihre Kunden. Beim Zahnarzt laufen Kurzfilme über professionelle Zahnreinigung, beim Urologen geht es um den PSA-Test und beim Augenarzt wird auf den Augeninnendruck hingewiesen. Und da viele Ärzte nicht die geborenen Verkäufer sind, gibt es längst Aquiseworkshops und Verkaufsseminare für das gesamte Praxisteam. Einige Ärzte bringt der wirtschaftliche Druck dazu, ein solches Seminar zu besuchen. Dr. M. zum Beispiel, ein Landarzt aus Nordrhein-Westfalen, bekommt nur 49 Prozent seiner Leistungen bezahlt. „Die Kassenärztliche Vereinigung erkennt 100 Prozent an, bezahlt aber aufgrund der Budgetierung nur 49 Prozent“, so der Arzt. Im Seminar will er lernen, seine *IGeL*-Angebote an den Patienten zu bringen. Im Rollenspiel soll er Aufbaukuren und eine Impfberatung für Fernreisen verkaufen. Das Anpreisen fällt ihm sichtlich schwer. Noch immer haben viele Ärzte Schwierigkeiten, heilen und verkaufen in Einklang zu bringen.



Links:
Druck ist in der Arztpraxis völlig fehl am Platz

Mitte:
Eine zweite Meinung kann man auch per Telefon einholen

Rechts:
IGeL Kosten kann man von der Steuer absetzen



Augen auf beim IGeL-Kauf

Fünf Tipps für den Arztbesuch

Augen auf beim IGeL-Kauf

■ **Tipp 1** ▶ Nicht unter Druck setzen lassen

Einer IGeL-Leistung sollte man nicht übereilt zustimmen. Besser ist es, sich ausreichend Zeit zu nehmen und über den eventuellen Nutzen der Untersuchung nachzudenken beziehungsweise sich beraten zu lassen. Denn: Wird dem Patienten eine IGeL-Leistung angeboten, besteht kein Grund für eine sofortige medizinische Behandlung. Man kann nicht selbstverständlich davon ausgehen, dass diese Extra-Leistungen für die Gesundheit des Patienten medizinisch notwendig oder sinnvoll sind. Niemand sollte sich vom Arzt unter Druck setzen lassen. Der muss Sinn und Zweck der Behandlung genau erklären und ausreichend Bedenkzeit einräumen.

■ **Tipp 2** ▶ Bei der Krankenkasse nachfragen

Man sollte den Arzt nach den Gründen fragen, warum die Behandlung nicht von der Krankenkasse übernommen wird. Zusätzlich kann man sich bei der Krankenkasse informieren, warum die Behandlungskosten nicht übernommen werden.

■ **Tipp 3** ▶ Eine zweite Meinung einholen

Wer sich nach dem Arztbesuch über den Nutzen einer IGeL-Leistung weiterhin im Unklaren ist, sollte sich nicht scheuen, eine weitere Meinung einzuholen. Rat bietet eine unabhängige Patientenberatung, die Krankenkassen oder ein zweiter Arzt.

■ **Tipp 4** ▶ Die Aussagekraft der Untersuchung prüfen

Viele sogenannte IGeL sind Vorsorge-Untersuchungen. Man sollte deshalb darauf achten, dass die Untersuchung zu einem eindeutigen Ergebnis kommt. In manchen Fällen sind Folgeuntersuchungen notwendig. Erst diese Folgeuntersuchungen können eine Erkrankung wirklich nachweisen. Am besten erkundigt man sich beim behandelnden Arzt, wie aussagekräftig die empfohlene Untersuchung tatsächlich ist. Vor allem bei werbeähnlichen Bezeichnungen und Leistungsbeschreibungen wie zum Beispiel *Großer Körper-Check*, *Krebsvorsorge Plus* oder *Schwangerenbetreuung Plus* sollte man das Angebot gründlich prüfen.

■ **Tipp 5** ▶ Auf Vertrag und Rechnung bestehen

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Arzt entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet. Unser Tipp: Auf einem Kostenvoranschlag bestehen und einen Vertrag abschließen. Denn der Vertrag ist Pflicht. Darin müssen alle Einzelleistungen und deren Kosten aufgelistet werden. Aus dem Vertrag muss hervorgehen, dass die Behandlung auf Wunsch des Patienten erfolgt und die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt. Mit einem Vertrag und einer Rechnung kann man die IGeL-Ausgaben von der Steuer absetzen.

Übrigens: Individuelle Gesundheitsleistungen haben zum Teil auch individuelle Preise. Der Vergleich der Kosten bei unterschiedlichen Ärzten kann sich lohnen. Und: Wer ausschließlich wegen einer IGeL-Leistung zum Arzt geht, braucht keine Praxisgebühr zu bezahlen.





Die wichtigsten IGeL-Leistungen

Was sie kosten und was sie Ihnen bringen

IGeL-Leistungen

IGeL-Leistungen – was sie kosten und was sie Ihnen bringen.

Immer häufiger bieten Ärzte kostenpflichtige Zusatzleistungen an, sogenannte *IGeL*. Oft handelt es sich dabei um Methoden zur Vorsorge bzw. Früherkennung von Krankheiten. Der Nutzen dieser Verfahren ist jedoch häufig wissenschaftlich nicht erwiesen.

Quarks & Co hat – gemeinsam mit der AOK – die wichtigsten IGeL-Leistungen zusammengestellt und bewertet. Bei einer negativen Bewertung sollten Patienten besonders kritisch hinterfragen, ob sie die angebotene Untersuchung wirklich in Anspruch nehmen wollen.

INNERE MEDIZIN

Untersuchung	Sport-Check
Kosten (circa)	75 Euro (je nach Umfang)
Zielgruppe	Für alle, die nach längerer Pause wieder aktiv werden wollen. Außerdem vorgeschrieben bei bestimmten Sportarten (z. B. Tauchkurs)
Nutzen/Methode	Der genaue Umfang muss vereinbart werden. In der Regel gehören dazu: körperliche Untersuchung, Ultraschall des Herzens, Ruhe- und Belastungs-EKG, sowie beim Tauchsport ein Lungenfunktionstest und evtl. zusätzliche Laborwerte.
Bewertung	[+] Der Sport-Check soll bis dahin unerkannte Herzfehler aufdecken und so verhindern, dass es beim Sport zu Überlastungen kommt. Bestehen besondere Risiken, ist auch eine individuelle Beratung sinnvoll, um das Trainingspensum festzulegen.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ

INNERE MEDIZIN

Untersuchung	Impfberatung vor Fernreisen
Kosten (circa)	50 Euro (zzgl. Impfstoffe)
Zielgruppe	Empfohlen vor Fernreisen vor allem in tropische Länder
Nutzen/Methode	Länderspezifische Impfberatung und Abgleich mit den gesetzlichen Regelungen und dem bestehenden Impfschutz
Bewertung	[+] Besonders vor Reisen in tropische und subtropische Länder ist es sinnvoll, sich über gesundheitliche Risiken und Vorsorgemaßnahmen beraten zu lassen. Einige Länder schreiben bestimmte Impfungen zwingend vor. Durch eine Beratung und entsprechende Impfungen lässt sich das Krankheitsrisiko deutlich reduzieren. Wer im Urlaub in ein tropisches Land reist, muss auch den zugehörigen Impfschutz selbst bezahlen. Die Kosten können nicht von der Gemeinschaft der Versicherten getragen werden, so die Argumentation der Krankenkassen. Bei beruflichen Reisen trägt in der Regel der Arbeitgeber die Kosten.
Untersuchung	Schilddrüsen-Check (TSH-Test)
Kosten (circa)	25 Euro
Zielgruppe	Ab 45 Jahren
Nutzen/Methode	Nach einer Blutabnahme wird der Gehalt der Schilddrüsenhormone bestimmt. So kann der Arzt eine Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse feststellen.
Bewertung	[±] Der Test hat eine hohe Empfindlichkeit (98%) und ist daher geeignet, um Gesunde als gesund zu ermitteln. Auch der Vorhersagewert einer Erkrankung ist mit 54-80% relativ hoch. Bei beschwerdefreien Menschen gibt es dennoch keine Belege dafür, dass eine frühzeitige Diagnose und Behandlung den Verlauf in Bezug auf die Sterblichkeit verbessert. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten deshalb nur bei Krankheitssymptomen oder einem begründeten Verdacht.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ



I GeL-Leistungen

INNERE MEDIZIN

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Kleine Darmspiegelung (Sigmoidoskopie)

40 – 90 Euro

Ab 50 Jahren

Bei der kleinen Darmspiegelung werden die letzten 50-60 cm des Darms mit einem speziellen Endoskop untersucht. Zur Vorbereitung trinkt man 1-2 Stunden vorher ein Abführmittel.

[+]

Die Darmspiegelung ist die derzeit beste Methode zur Früherkennung von Darmkrebs. Außerdem besteht die Hoffnung, dass Tumore erst gar nicht entstehen, weil die Vorstufen bereits entfernt werden. Ein Drittel der Tumore entsteht allerdings in den Bereichen des Darms, die bei der kleinen Darmspiegelung nicht erreicht werden. Größere Sicherheit bietet deshalb die große Darmspiegelung, die anders als die kleine Darmspiegelung von den Krankenkassen bezahlt wird. Allerdings bedeutet sie auch mehr Aufwand und ist unangenehmer.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Ultraschall des Bauchraums

20 Euro

Ab 50 Jahren

Per Ultraschall wird die Bauchspeicheldrüse auf verdächtige Veränderungen untersucht.

[-]

Ein Ultraschall des Bauchraums ist zur Früherkennung von Bauchspeicheldrüsenkrebs bei symptomfreien Patienten nicht geeignet. Nach den bisher vorliegenden Studien übersehen Ärzte bei der Untersuchung bis zu zwei Drittel der Tumore. Gleichzeitig kommt es zu vielen Falsch-positiv-Befunden. Auf einen entdeckten Krebs kommen mehrere hundert Fehlalarme. Die betroffenen Patienten müssen unnötige Ängste und weitere Untersuchungen durchstehen.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ

INNERE MEDIZIN

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Ganzkörper-Computer-Tomografie (CT) zur Früherkennung von Krebs

Bis zu 450 Euro

Ab 50 Jahren

Der Patient wird auf einer Liege in eine Röhre geschoben. In der Röhre rotiert ein Röntgenstrahl, der den Körper durchleuchtet.

[-]

Wenn an 100 Personen ein Ganzkörper-CT durchgeführt wird, erhalten laut amerikanischer Studien 30 einen auffälligen Befund, der sich in 29 Fällen als Fehlalarm herausstellt. Es gilt als widerlegt, dass ein Ganzkörper-CT das Risiko verringern kann, an Krebs zu sterben. Im Gegenteil: Die Strahlenbelastung während der Untersuchung ist so hoch, dass sie selbst ein nennenswertes Krebsrisiko darstellt. Trotzdem wird die Untersuchung von einigen Kliniken als besondere Form der Vorsorge angeboten.

UROLOGIE

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Früherkennung von Prostatakrebs (PSA-Test)

70 – 100 Euro

Männer ab 50 Jahren

Durch eine Blutuntersuchung wird festgestellt, ob der PSA-Wert erhöht ist. Das könnte auf einen Tumor der Prostata hindeuten, die das Prostata-spezifische Antigen (PSA) produziert.

[-]

Mindestens 2 von 3 Männern mit einem auffälligen PSA-Wert haben tatsächlich keinen Krebs. Außerdem gilt: Nicht jeder gefundene Prostatakrebs muss behandelt werden. Die meisten Männer werden weder beinträchtigt noch gefährdet, da der Krebs langsam verläuft, keine Beschwerden hervorruft und die Betroffenen nicht daran sterben. Für diese Männer hat eine Krebstherapie nur Nachteile, denn Impotenz und Inkontinenz sind mögliche Nebenwirkungen der Behandlung. Die Krankenkassen zahlen den PSA-Test deshalb nur bei Verdacht auf ein Prostatakarzinom oder zur Verlaufskontrolle eines Tumors.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ



IGeL-Leistungen

UROLOGIE

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Hormondiagnostik (Testosteron-Test)

120 Euro

Männer ab 45 Jahren

Durch eine Blutuntersuchung wird festgestellt, ob die Testosteronwerte erhöht oder zu niedrig sind.

[-]

Durch den Test lassen sich erhöhte und zu niedrige Testosteronwerte feststellen. Das Ergebnis sagt jedoch nichts über die Ursache der Abweichung aus. Diese müssen in der Folge abgeklärt werden. Alle nötigen Untersuchungen und die Therapie übernimmt dann die Krankenkasse. Ab dem 40. Lebensjahr sinkt bei Männern der Testosteronwert um jährlich ca. 1 Prozent. Dies gilt als natürlicher Vorgang und nicht als Hormonmangel. Es gibt derzeit kein Präparat in Deutschland, das eine Zulassung für eine Testosteronersatztherapie bei einem beschwerdefreien älteren Mann hat. Die Bestimmung des Blut-Testosteronwertes bei gesunden Männern ohne Beschwerden hat keine oder nur eine geringe Aussagekraft und ist deshalb keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

GYNÄKOLOGIE / SCHWANGERSCHAFT

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Untersuchung auf Schwangerschaftsdiabetes (Oraler Glukosetoleranztest)

30 Euro

Schwangere ab der 24. Schwangerschaftswoche

Die Patientin trinkt eine standardisierte Zuckerlösung. Vorher sowie nach 1 und 2 Stunden wird der Blutzucker gemessen.

[+]

Schwangerschaftsdiabetes tritt verstärkt im letzten Drittel der Schwangerschaft auf und bleibt ohne Test häufig unerkannt. Er kann dann zu Fehlgeburten oder einer Fehlentwicklung des Kindes führen. Häufig kommt es zu einem starken Wachstum des Kindes, was Komplikationen bei der Geburt bedeuten kann. Nach der Geburt drohen beim Kind Anpassungsprobleme durch eine plötzliche Unterzuckerung. Risikofaktoren sind Übergewicht, ein Alter der Schwangeren über 30 sowie erbliche Vorbelastung. Bei Risikogruppen und wenn ein begründeter Verdacht vorliegt, zahlt die Krankenkasse den Test.

GYNÄKOLOGIE / SCHWANGERSCHAFT

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Toxoplasmostest (Toxoplasmose ist eine durch den Parasiten Toxoplasma gondii ausgelöste Infektionskrankheit)

30 Euro

Schwangere bei Verdacht auf eine frische Toxoplasmose-Infektion

Durch eine Blutuntersuchung wird getestet, ob die Schwangere jemals eine Toxoplasma-Infektion hatte und ob sie schützende Antikörper gegen den Erreger im Blut hat.

[-]

Zurzeit gibt es keinen ausreichenden Beleg, dass Toxoplasmose-Tests Schwangeren und ihren ungeborenen Kindern nutzen. Fast jede zweite Frau trägt den Toxoplasmose-Erreger in sich. Problematisch für das ungeborene Kind ist jedoch nur eine frische Infektion während der Schwangerschaft. Die jedoch kann mit den verfügbaren Tests nicht zuverlässig entdeckt werden. Das Risiko: Eine mit Nebenwirkungen behaftete Toxoplasmose-Therapie könnte einer großen Zahl von Schwangeren unnötig verordnet werden. Bei Verdacht auf eine akute Infektion übernehmen die Krankenkassen den Toxoplasmose-Test.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Ultraschall des Beckens (Sono-Check)

30 – 50 Euro

Bei Frauen im Rahmen der Krebsvorsorge

Mit Hilfe des Ultraschalls werden Gebärmutter und Eierstöcke auf Auffälligkeiten untersucht, wie z. B. die Dicke der Gebärmuttermuskelschleimhaut oder die Größe der Eierstöcke.

[-]

Eierstock- und Gebärmutterkrebs können bei beschwerdefreien Frauen durch Ultraschalluntersuchungen weder zuverlässig entdeckt noch sicher ausgeschlossen werden. Bei vielen Frauen entstände ein Verdacht auf Krebs, der sich nur bei sehr wenigen bestätigen würde. Verdachtsfälle müssten dann mittels eingreifender Untersuchungen geklärt werden. Für den Eierstockkrebs ist dafür eine Operation notwendig. Es ist nicht belegt, dass Teilnehmerinnen an Ultraschalluntersuchungen länger leben als Frauen, die nicht teilnehmen.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ



IGeL-Leistungen

GYNÄKOLOGIE / SCHWANGERSCHAFT

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Test auf Gebärmutterhalskrebs (Humane Papilloma-Viren/HPV)

50 Euro

Frauen ab 30 Jahren

Der Test soll eine HPV-Infektion nachweisen. Dazu wird ein Abstrich des Gebärmutterhalses untersucht. Infektionen mit einigen Typen des Papilloma-Virus erhöhen das Krebsrisiko.

[-]

Mit dem Test lässt sich zwar eine Infektion mit Humanen Papilloma-Viren feststellen. Das Ergebnis sagt allerdings nichts darüber aus, ob eine Krebsvorstufe oder sogar ein Gebärmutterhalskrebs vorliegt oder nicht. HPV-Infektionen sind häufig. 80 Prozent aller Frauen infizieren sich im Laufe ihres Lebens, und bei 80-90 Prozent aller Infektionen kommt es zu einer spontanen Rückbildung. Nur bei etwa 10 Prozent entstehen Zellveränderungen, die nach langer Zeit und unter dem Einfluss zusätzlicher Faktoren zu einem Gebärmutterhalskrebs führen können. Der HPV-Test kann den Gebärmutterhalsabstrich im Rahmen der Krebsvorsorgeuntersuchung nicht ersetzen. Nur wenn hierbei Veränderungen auffallen, ist der Test sinnvoll und wird dann auch von den Kassen bezahlt.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Zusätzlicher Ultraschall in der Schwangerschaft (Baby-TV)

35 Euro

Potenziell alle Schwangeren

Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft

[±]

Während einer Schwangerschaft sind drei Ultraschalluntersuchungen routinemäßig vorgesehen. Ergeben sich dabei auffällige Befunde oder besteht ein konkreter Verdacht, werden weitere Ultraschalluntersuchungen als Kassenleistung durchgeführt. Studien haben gezeigt, dass bei klinisch unauffälligen Schwangeren weitere Ultraschalluntersuchungen keinen zusätzlichen Nutzen für Mutter und Kind bedeuten. Wer aus reinem Interesse die Entwicklung des ungeborenen Kindes verfolgen will (*Baby-TV*), muss das selbst bezahlen. Risiken sind mit dem zusätzlichen Ultraschall nicht verbunden.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ

AUGENHEILKUNDE

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Früherkennung von Grünem Star (Glaukom)

20-50 Euro

Aufgrund der vorliegenden Studien keine Empfehlung für eine bestimmte Zielgruppe möglich

In der Regel wird die Messung des Augeninnendrucks kombiniert mit einer Spiegelung des Augenhintergrunds. Immer häufiger kommen dabei berührungsfreie Diagnoseverfahren (Laser) zum Einsatz.

[-]

Ein erhöhter Augeninnendruck deutet nicht zwangsläufig auf Grünen Star hin. Auch eine Kombination der Testverfahren kann den Grünen Star nicht zuverlässig entdecken. Jede dritte bis fünfte Erkrankung wird dabei übersehen. Eine alleinige Messung des Augeninnendrucks würde sogar jedes zweite Glaukom übersehen. Umgekehrt kommt es zu vielen Falsch-positiv-Befunden, die unnötige Folgeuntersuchungen nach sich ziehen. Ein genereller Test ist deshalb keine Kassenleistung. Bei Personen mit besonderen Risiken oder einem konkreten Verdacht übernehmen die Krankenkassen jedoch die Untersuchung.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Lasik (Lasertherapie bei Fehlsichtigkeit)

Min. 2.000 Euro für beide Augen

Lasik kann eine Kurzsichtigkeit bis max. 10 Dioptrien korrigieren. Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung lassen sich nur bis ca. 3 Dioptrien verbessern

Mit speziellen Laser-Strahlen wird die Hornhaut modelliert und die Brechkraft des Auges verändert.

[±]

Laserverfahren sind eine Alternative zu Brille und Kontaktlinse. Wie bei jeder Operation können dabei Komplikationen und Nebenwirkungen auftreten. Schwere Komplikationen sind jedoch sehr selten. Das Ziel „Normalsichtigkeit“ wird nicht immer erreicht und hängt u. a. von der Stärke der Fehlsichtigkeit ab. Durch die Behandlung können Teile des Sehvermögens dauerhaft beeinträchtigt werden – z. B. das Kontrastsehen sowie das Sehen in der Dämmerung. Die Krankenkassen zahlen Laserverfahren nur, wenn Brille oder Kontaktlinse nicht zum Erfolg führen, z. B. bei einer Narbe auf der Hornhaut.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ



IGeL-Leistungen

HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Akupunktur bei Allergien (z. B. Pollen) und Migräne

20 – 45 Euro (pro Sitzung)

Die Akupunktur kann potenziell bei allen Patienten angewandt werden

Der Patient liegt oder sitzt entspannt, während der Arzt bis zu 16 Nadeln an spezielle Stellen des Körpers setzt. Eine komplette Therapie umfasst in der Regel 10 bis 15 Sitzungen à 30 Minuten.

Bewertung

[-]

Die Akupunktur ist eine Methode der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Die Wirksamkeit der Akupunktur bei Allergien und Migräne ist nicht erwiesen. Lediglich bei chronischen Rücken- und Knie-schmerzen konnte bisher eine Wirkung nachgewiesen werden. In diesen Fällen zahlen auch die gesetzlichen Krankenkassen eine Akupunkturbehandlung.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Rauchervorsorge / Früherkennung von Lungenkrebs (Sputum-Zytologie)

20 Euro

Raucher

Der Bronchialschleim wird im Labor auf bösartige Zellveränderungen untersucht. Dazu muss der Patient an vier Tagen morgens nach dem Aufstehen in ein Teströhrchen husten.

Bewertung

[-]

Der Test kann zu vielen Falsch-positiv-Befunden und häufigen Falsch-negativ-Diagnosen führen. Das heißt: Bis zu 50 Prozent der Erkrankungen werden übersehen und tatsächlich Erkrankte wiegen sich anschließend in falscher Sicherheit. Früherkennungsuntersuchungen für Lungenkrebs bei gesunden, symptomlosen Personen werden international selbst für Risikogruppen (z. B. Raucher) abgelehnt, da derzeit keine anerkannte Methode existiert. Bei einem Verdacht auf Lungenkrebs stehen etablierte Methoden (Röntgen, CT, Bronchoskopie) zur Verfügung. Diese Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ

ORTHOPÄDIE

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Knochendichtemessung (Osteo-Densitometrie)

30 Euro

Frauen ab 60, Männer ab 70 Jahren – max. alle 2 Jahre

Meistens wird mit schwacher Röntgenstrahlung der Mineralsalzgehalt der Knochen im Bereich der Oberschenkel und der Lendenwirbelsäule gemessen.

Bewertung

[±]

Die Knochendichtemessung soll eine beginnende Osteoporose diagnostizieren, um Knochenbrüchen vorzubeugen. Das Ergebnis wird als Vergleich mit dem durchschnittlichen Wert einer gesunden 30-jährigen angegeben (T-Wert). Das individuelle Risiko für Knochenbrüche kann – unabhängig vom T-Wert – sehr unterschiedlich sein und hängt z. B. von der Fitness ab. Vor allem bei erhöhten Risiken (Rauchen, Untergewicht, frühere Wirbelkörperbrüche) kann eine Knochendichtemessung ab 60 bzw. 70 Jahren sinnvoll sein. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen die Untersuchung erst, wenn bereits ein Knochenbruch vorliegt.

Untersuchung

Kosten (circa)

Zielgruppe

Nutzen/Methode

Bewertung

Hyaluronsäure-Injektionen (Arthrose-Therapie)

300 Euro (pro Jahr)

Patienten und Patientinnen mit beginnender Arthrose

Drei bis sechs Injektionen mit Hyaluronsäure werden direkt in das erkrankte Gelenk gespritzt.

[±]

Hyaluronsäure ist der Hauptbestandteil der Gelenkflüssigkeit. Sie sorgt u.a. dafür, dass Knorpelteile im Gelenk nicht aneinander reiben. Bei einem Verschleiß kann Hyaluronsäure direkt in das betroffene Gelenk (meist Knie oder Hüfte) gespritzt werden. Dort soll sie als „Stoßdämpfer“ wirken und die Beschwerden mildern. Meist stellt sich nach den Injektionen eine kurzfristige Besserung ein. Nach drei bis sechs Monaten treten die Beschwerden jedoch wieder auf und die recht teuren Injektionen müssen wiederholt werden. Grundsätzlich besteht dabei das Risiko einer Gelenkinfektion. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Behandlung nicht.

Bewertung: [+] Positiv / [±] Neutral / [-] Negativ