

Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin

von Jürgen Windeler*

ABSTRACT

Seit 1998 gibt es so genannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ mit der einprägsamen Abkürzung IGeL. Der Begriff beschreibt ärztliche Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden und die daher von Interessierten selbst bezahlt werden müssen. Eine weitere medizinische Definition gibt es nicht. Am häufigsten werden Diagnosemethoden als IGeL verkauft, insbesondere in Form so genannter „Vorsorge“. Die vorrangige Motivation für das Konzept war und ist, die finanzielle Situation der Anbieter zu verbessern. IGeL werden oft als Teil eines zweiten Gesundheitsmarkts beschrieben und weisen auch viele marktwirtschaftliche Charakteristika auf, zum Beispiel: Stimulierung von Bedarf, Werbung, Dominanz von Verkaufs- gegenüber Informationsbemühungen. Dies ist bei medizinischen Themen allerdings nicht unproblematisch. An vielen Beispielen kann gezeigt werden, dass Informationen falsch, unvollständig, halb wahr und tendenziös, nach Kriterien der Kassenärztlichen Vereinigungen sogar unseriös sind. Eine angemessene Aufklärung von Interessierten ist nicht gewährleistet. Damit entfällt vielfach die Grundlage und wesentliche Voraussetzung für ein informiertes Einverständnis der an IGeL Interessierten. Zum Schutz der Versicherten besteht bezüglich des IGeL-Marktes insbesondere wegen seiner vielfältigen Auswüchse dringender Regulierungsbedarf.

Schlüsselworte: Arzt-Patient-Beziehung, Gemeinsamer Bundesausschuss, gesetzliche Krankenversicherung, Individuelle Gesundheitsleistungen, Vertrauensverhältnis, zweiter Gesundheitsmarkt

Since 1998, patients in Germany can make use of so-called "individual health services" (IGeL). These are medical services which are not reimbursed by Statutory Health Insurance (SHI) so patients have to pay for them out-of-pocket. A further medical definition does not exist. The most frequent IGeL are diagnostic measures, in particular so-called "preventive" ones. The paramount motivation for the IGeL concept was – and still is – to improve the financial situation of the providers. IGeL are often described as part of a second health care market and indeed show many market-oriented characteristics: for example the stimulation of demand, advertisement, the fact that sales efforts dominate the efforts to inform patients. This is, however, not unproblematic with medical topics. Many examples show that information is frequently wrong, incomplete, half true and tendentious or – according to the criteria of the Regional Associations of SHI Physicians – even dubious. It is not at all ensured that interested patients are appropriately informed. Thus the basis and substantial precondition for their informed agreement is missing. Obviously, there is an urgent need for regulation in order to protect insurees concerning the market of individual health services and its various excesses.

Keywords: physician-patient relationship, Federal Joint Committee, Statutory Health Insurance, "individual health services", mutual trust, second health care market

1. Einleitung

Im Mai 2002 beschrieb der damalige Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts, Norbert Jachertz, in einem halbseitigen Kommentar mit dem Titel „Gesundheitsladen“ einige besondere Auswüchse der Marktwirtschaft in Arztpraxen. Er schloss mit den Worten: „Über kurz oder lang wird der Patient merken, dass sein Doktor, dem sein volles Vertrauen gehört und von dem er deshalb

sogar die neuen merkwürdigen Empfehlungen angenommen hat, sein Vertrauen missbraucht. Dann ist die Basis des Arztberufes dahin.“ (Jachertz 2002)

Ein Sturm der Entrüstung brach los, nicht über das Geschäftsgebaren der Kollegen, sondern über Jachertz' Kritik. Über drei Ausgaben hinweg publizierte das Ärzteblatt 20 Leserbriefe, mit Ausnahmen ablehnend. „Pamphlet“, „Unverschämtheit“, „Belei-

*Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

(MDS), Lützowstraße 53, 45116 Essen · Tel.: 0201 8327-154
Fax: 0201 8327-492 · E-Mail: j.windeler@mds-ev.de

digung aller Kollegen“ hieß es, man fragte sich, von wem Jachertz bezahlt werde, seine Kündigung wurde verlangt, man erkannte Sozialromantik und ein dummes veraltetes Arztbild, reklamierte einen „Selbsterhaltungstrieb“ und verbat sich „moralinsaure Appelle an die ärztliche Ethik“. Den kritischen Anmerkungen von Jachertz und den von ihm angeführten Beispielen gingen vier Jahre Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) voraus.

■ 2. Individuelle Gesundheitsleistungen: Zwischen Definition und Praxis

Im März 1998 stellte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) der Öffentlichkeit ein neues Konzept zu privatärztlichen Leistungen vor. Vor dem Hintergrund von Neuregelungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993, unter anderem der Einführung kassenarztspezifischer Budgets, ging es darum, sinkende Einnahmen von Vertragsärzten aus Leistungen, die sie für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbrachten, zu kompensieren. Mittel war die Neuschöpfung des Begriffs „Individuelle Gesundheitsleistungen“ mit dem einprägsamen Kürzel IGeL.

Von Anfang an war damit klar, dass Grundlage und Motivation dafür, IGeL als Begriff und als Konzept einzuführen, wirtschaftlicher Art waren. Auch heute wird auf Internetseiten, in Leserbriefen sowie in Äußerungen von Funktionsträgern der Ärzte dieser finanzielle Aspekt ganz in den Vordergrund gerückt. Unter Hinweis auf „den 14-tägigen Erholungsurlaub mit der Familie und die Ausbildung der Kinder“ sowie auf von Insolvenz bedrohte Praxen wird eine Art Notwehrrecht reklamiert. In Bezug auf Motivation für und Zielsetzung von IGeL bedeutet dies in der Umkehrung: Bei „ausreichenden“ Einnahmen aus dem GKV-System gäbe es keine IGeL. Dies kann als wichtiges Indiz für die Frage nach einer medizinischen Bewertung gelten. Eine medizinische Motivation für IGeL ist offensichtlich nicht vorrangig, was jedenfalls für das Konzept von IGeL (siehe unten) gilt, nicht unbedingt für jedes individuelle Angebot.

Individuelle Gesundheitsleistungen werden definiert als „ärztliche Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die dennoch von Patienten nachgefragt werden und die ärztlich empfehlenswert oder je nach Intensität des Patientenwunsches zumindest ärztlich vertretbar sind“. Teil der Definition ist also eine medizinische Bewertung.

Wie diese Definition verstanden wird, liest sich so: „Liebe Patientin, lieber Patient, die gesetzlichen Krankenkassen können und dürfen nicht alles bezahlen, was die moderne Medizin leisten kann. ... Wir finden es jedoch unethisch, die Versicherten über die Möglichkeiten der modernen Medizin, die über die Kassenmedizin hinausgehen, im Unklaren zu lassen.“¹

Die genannte Definition beschreibt allerdings kein neues Konzept. Privatärztliche Leistungen, das heißt Leistungen, die GKV-Versicherte gegen separate Rechnung in Anspruch nehmen können, „... sind keine neue Erfindung, sondern im Sinne der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen“.² Und genauer betrachtet, steht hinter IGeL überhaupt kein inhaltliches Konzept. Indizien hierfür sind, dass

- sich unter IGeL eine große Vielfalt von medizinischen Methoden findet, die nur verbindet, dass sie nicht Leistungen der GKV sind beziehungsweise sein können;
- es trotz zahlreicher Versionen keine verbindliche Liste von IGeL gibt (und geben kann);
- jeder Arzt eine Leistung von einer der IGeL-Listen (zum Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigungen) erbringen kann, ohne sie IGeL zu nennen;
- jeder Arzt Leistungen erbringen und IGeL nennen kann, die auf keiner IGeL-Liste verzeichnet sind;
- es keinerlei Bewertungs-, Qualitätssicherungs- oder sonstiges Steuerungsinstrumentarium gibt: „Wer überprüft IGeL? Niemand.“ (Harder 2005)

IGeL als Begriff sowie die zahlreichen Veranstaltungen, Seminare und Zeitschriften zu IGeL verbindet kein medizinischer Inhalt, sondern einzig die Frage nach der besten Vermarktungsstrategie: „Einfach verkaufen: Das erfolgreiche IGeL-Verkaufsgespräch von der Idee bis zum Abschluss. Mit separatem Arzthelferinnen-Booklet – Selbsttest für die Helfer:in: Wie professionell ist mein IGeL-Verkaufstalent?“ (Thill 2004)

Auch in weiteren Details divergieren Definition und Praxis weit. In der Definition ist die Rede von „Patienten“, obwohl sich IGeL-Angebote zu einem erheblichen Teil an Gesunde richten („Vorsorge“, „Vitalmedizin“). Ebenso weist die Definition diesen „Patienten“ eine aktive Rolle zu, was zwar mit der Anforderung der GOÄ übereinstimmt, mit der IGeL-Praxis aber nur wenig zu tun hat. Die Anforderung „zumindest ärztlich vertretbar“ schließlich ist praktisch entbehrlich, da sie so weich ist, dass den Möglichkeiten, etwas als IGeL zu bezeichnen und unter dem IGeL-Etikett zu verkaufen, keine Grenzen gesetzt sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass IGeL einfach als „ärztliche Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören“ zu definieren sind, ausdrücklich: ohne eine medizinische Bewertung.

■ 3. Kategorisierung: Wie sind Individuelle Gesundheitsleistungen einzuordnen?

IGeL umfassen eine große Bandbreite von Leistungen, von verschiedenen Bescheinigungen über Beratungen, Vorsorgemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen bis hin zu apparativen oder esoterischen Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie. Das Überwiegen diagnostischer Methoden ist auffällig, aber leicht erklärlich (siehe weiter unten). Um einer Kategorisierung näher zu kommen, muss man zunächst zwei große Gruppen unterscheiden (Abbildung 1). Die erste Gruppe umfasst Methoden, die grundsätzlich, das heißt wegen der sozialgesetzlichen Regelungen nicht GKV-Leistungen sein können, die also nicht der Früherkennung (§ 25, 26 Sozialgesetzbuch [SGB] V) oder der Krankenversorgung (§ 27 ff. SGB V) dienen (siehe auch Bundesmantelvertrag). Dies sind zum Beispiel kosmetische Eingriffe, das Entfernen von Tätowierungen oder Piercings sowie bestimmte Präventionsmaßnahmen, soweit sie nicht durch entsprechende Regelungen im SGB V abgedeckt sind. Hierzu zählen insbesondere Maßnahmen, die aufgrund spezifischer Bedürfnisse eines Versicherten sinnvoll sein können, zum Beispiel die Impfung vor Fernreisen oder eine Untersuchung vor Tauchaktivitäten.

Neben dieser zahlenmäßig kleinen Gruppe umfasst die zweite Gruppe die große Mehrzahl an Leistungen. Diese könnten zwar sozialrechtlich grundsätzlich Leistungen der GKV sein, sind dies aber (zurzeit) nicht. Für den ambulanten, das heißt hier ver-

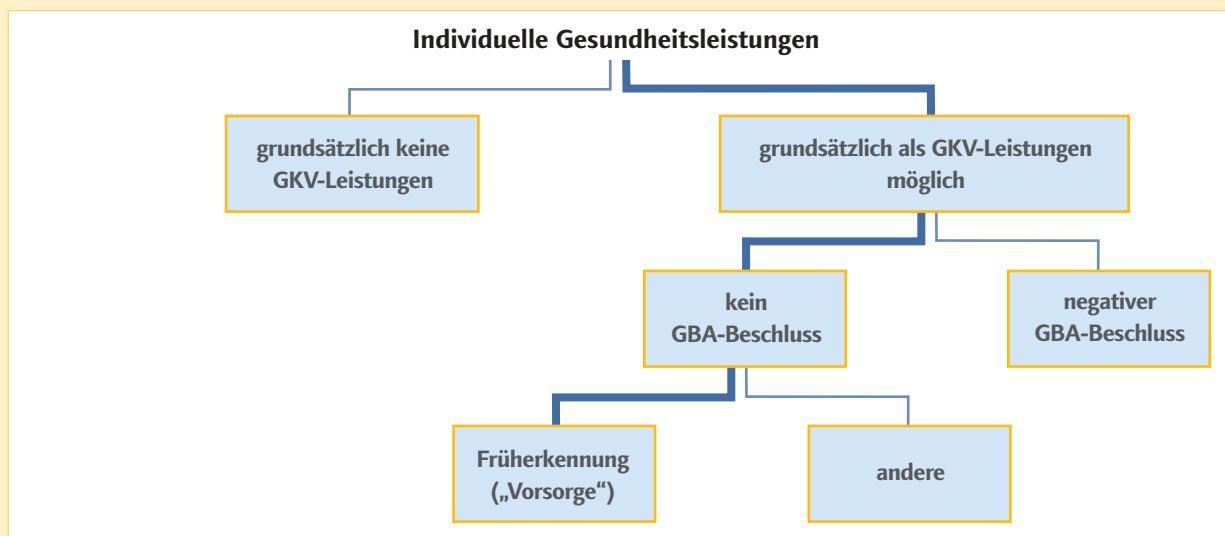
tragsärztlichen Versorgungssektor ist für die Einführung einer Methode als GKV-Leistung der paritätisch von Ärzten und Kassen besetzte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) allein zuständig. Eine Einführung als GKV-Leistung ist von einem positiven Beschluss dieses Gremiums abhängig. Bei IGeL, also Leistungen, für die es diesen positiven Beschluss nicht gibt, ergeben sich zwei Untergruppen:

1. Leistungen, für die der GBA einen ablehnenden Beschluss gefasst hat (diese Leistungen sind in der so genannten Anlage B der BUB-Richtlinien [Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden] gelistet).³ Grundlage dieser Beschlüsse ist immer das Ergebnis einer medizinischen Bewertung mit einem in der Regel nicht ausreichend belegten therapeutischen Nutzen.
2. Leistungen, die der GBA bisher nicht beraten hat oder für die jedenfalls bisher kein positiver Beschluss gefasst wurde. Diese Gruppe stellt die mit Abstand größte Gruppe von IGeL dar.

Wenn man die zweite Gruppe noch einmal nach Leistungen der Krankheitsfrüherkennung (fälschlich als „Vorsorgeleistungen“ bezeichnet) und übrigen Leistungen unterteilt, dann stellt erstere Gruppe mit mindestens 40 Prozent aller IGeL entsprechend den aktuellen Umfrageergebnissen des WIdO den quantitativ bedeutendsten Leistungsbereich von IGeL dar (Zok/Schuldzinski 2005). Entsprechend dieser Erhebung werden solche Leistungen insbesondere von Frauenärzten und Hautärzten erbracht.

ABBILDUNG 1

Kategorisierung der Individuellen Gesundheitsleistungen



Quelle: J. Windeler 2006

■ 4. Medizinische Bewertung von Individuellen Gesundheitsleistungen

IGeL, die der Krankenversorgung beziehungsweise der Früherkennung von Krankheiten dienen sollen und die damit grundsätzlich Leistungen der GKV sein könnten, ist im Wesentlichen gemeinsam, dass ihr medizinischer Nutzen im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise der Prognose für Patienten nicht belegt ist. Wäre dies anders, so stünde ihrer Einführung als GKV-Leistung nichts im Wege. Für einige wenige Methoden ist das Schadenspotenzial klein und/oder Hinweise auf einen Nutzen vorhanden, so dass trotz nicht gegebener „GKV-Reife“ eine Anwendung im Einzelfall nach angemessener Aufklärung vertretbar erscheint. Für die große Mehrzahl an IGeL stellt sich aber in der anfangs angeführten Definition die Frage, welche Anforderungen dem Kriterium „ärztlich empfehlenswert“ zugrunde liegen sollen.

Damit ist der entscheidende Kritikpunkt gegenüber IGeL vorgebracht. Hier werden medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren propagiert und teilweise aggressiv beworben, deren medizinischer Nutzen nicht belegt ist, für die nicht sicher ist, ob ein zu erwartender Nutzen mögliche Schäden überwiegt, die bisher überhaupt nicht ernsthaft erprobt worden sind und schließlich solche, für die der GBA einen nicht ausreichend belegten Nutzen festgestellt und daher zur Grundlage eines negativen Beschlusses gemacht hat.

An einer – bisher nicht vom GBA beratenen – Methode sei exemplarisch verdeutlicht, welche Sachlage man bei IGeL antreffen kann (ähnliche Beispiele lassen sich in großer Zahl finden):

In den 1960er und 70er Jahren wurden sechs randomisierte Studien mit insgesamt 50.000 Teilnehmern zur Frage des Nutzens einer Früherkennung von Lungenkrebs durchgeführt und publiziert. Methoden waren damals die Röntgenuntersuchung des Thorax und die Sputum-Zytologie, die in verschiedenen Kombinationen angewandt wurden. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass es keinen Vorteil der Früherkennung in Bezug auf die Mortalität an Lungenkrebs gab. Vielmehr ließ sich in der Tendenz ein Schaden im Sinne einer höheren Sterblichkeit in der Gruppe mit Früherkennung erkennen. Vermutet wird, dass die negativen Ergebnisse vor allem auf biologische und prognostische Charakteristika (Überdiagnostik) dieses Tumors zurückzuführen sind (*Manser et al. 2003*).

In dieser Situation einer möglicherweise schädlichen, jedenfalls sicher nicht bezüglich des Nutzens positiv zu bewertenden Methode wird eine IGeL angeboten. „Die zytologische Analyse des Sputums ist eine innovative Untersuchungsmethode, die

eine effektive Krebsfrüherkennung ermöglicht und damit das Risiko von Rauchern, an Lungenkrebs zu sterben, deutlich senken kann.“ Dies sei daher „... eine interessante IGeL-Leistung, die der Praxis einen weiteren Image-Gewinn bringen kann“, ist im Internet zu lesen.⁴

Bei der Methode handelt es sich um eine Weiterentwicklung der in den genannten Studien untersuchten Zytologie, insofern wohlwollend um eine innovative Methode. Laut Internetseite des an diesem Angebot beteiligten Instituts für Cytopathologie der Universität Düsseldorf gibt es allerdings nur eine einzige, 20 Jahre alte Studie. Eine orientierende Durchsicht zeigt, dass diese ungeeignet ist, die Aussagekraft des Tests in der Früherkennung zu quantifizieren.⁵ Allein schon die Auswahl von „symptomatischen Patienten mit klinischem Verdacht“ mit einer Prävalenz von 11,6 Prozent entspricht nicht im Entferntesten einer Früherkennungssituation. Studien zum Nutzen dieser Methode liegen nicht vor. Es spricht nichts dafür, dass die negativen Ergebnisse der oben genannten Studien nicht auch für diesen Test gelten. Bei dieser „qualitätsgesicherten Lungenkrebs-Früherkennung“ handelt es sich also um einen schlecht erprobten Test, für den nicht nur keine Daten existieren, die seine besondere Zuverlässigkeit und den medizinischen Nutzen belegen könnten, sondern umgekehrt Daten, die ein Schadenspotenzial aufzeigen. All dies findet bei der Information über diese IGeL keine Erwähnung. Das Ergebnis: haltlose Versprechungen, unzureichende Aufklärung und Fehlinformationen (Interessierte mögen sich insbesondere die FAQ für Ärzte durchsehen).

Es gibt eine Reihe von Gründen dafür, dass diagnostische Methoden und dabei vor allem Früherkennungsmaßnahmen die große Mehrzahl von IGeL ausmachen:

1. Bei der Anwendung von therapeutischen Maßnahmen besteht das „Risiko“, dass der Patient in der Beurteilung seiner Situation und seiner Erwartungen nicht zufrieden gestellt ist. Dieser Nachteil besteht bei der Anwendung von diagnostischen Verfahren grundsätzlich nicht. Der Patient ist entweder erleichtert, wenn ihm gesagt wird, eine mögliche Erkrankung bestehe bei ihm nicht. Oder er ist wenigstens zufrieden damit, dass ein diagnostischer Test die bei ihm vorliegende Krankheit tatsächlich festgestellt hat, denn nun kann erfolgversprechend gehandelt werden. Diagnostischen Maßnahmen und speziell Früherkennungsuntersuchungen fehlt es an negativem Feedback (*Ransohoff et al. 2002*).

2. Das Schadenspotential von diagnostischen Maßnahmen im Sinne von falschen, das heißt falsch-positiven und falsch-negativen Aussagen, von falschen, möglicherweise risikoreichen Konsequenzen, von Überdiagnostik und Übertherapie ist fast allen

Versicherten und auch den meisten Ärzten nicht bekannt oder jedenfalls in der Praxis nicht ausreichend bewusst. Dies führt zu einem sorglosen Umgang mit solchen Methoden (auch innerhalb der GKV).

3. Die Methodik der Bewertung diagnostischer Verfahren ist trotz vieler Anstrengungen immer noch unterentwickelt und die kritische Bewertung in der Praxis wenig verbreitet.

4. Die Absicht, Interessenten mit der Anwendung solcher Tests – bei nicht-pathologischem Ergebnis – Sicherheit zu geben oder sie zu beruhigen, ist zwar auf den ersten Blick verständlich. Die Methoden speziell der Früherkennung sind aber aufgrund ihrer Testcharakteristika grundsätzlich nicht geeignet, eine Krankheit auszuschließen. Sie reduzieren das Risiko, allerdings um einen Betrag, den die meisten Menschen, wüssten sie ihn, nicht als relevant bewerten würden (Gigerenzer 2004).

Ein weiteres und spezielles Problem von IGeL liegt darin, dass einer Reihe dieser Leistungen der fehlende Nutzen quasi attestiert worden ist, nämlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter paritätischer Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Es soll zwar eine Zusage der KBV geben, solche als ungeeignet bewerteten Leistungen „als IGeL abzulehnen“ (Hess/Klakow-Franck, S. 9). Praxis ist jedoch, dass fast alle der in der Anlage B der BUB-Richtlinien gelisteten Methoden von Ärzten als IGeL angeboten werden (so zum Beispiel die Magnettherapie, die pulsierende Signaltherapie und die extrakorporale Stoßwellentherapie in der Orthopädie), überwiegend mit unzutreffenden Angaben zum Nutzen und ohne auf den Grund des GKV-Ausschlusses und damit auf die medizinische Bewertung des GBA hinzuweisen.

■ 5. Anforderungen an eine sachgerechte Aufklärung

Jeder (Erwachsene) ist frei, für seine Person eine Entscheidung für oder gegen eine medizinische Leistung zu fällen. Der Freiheit, Leistungen zu erbringen, sind jedoch medizinrechtliche Grenzen gesetzt. Jeder medizinische Eingriff ist nach der Rechtsprechung seit Ende des 19. Jahrhunderts als Körperverletzung anzusehen, die einer Einwilligung bedarf. Damit erfordert also auch jede IGeL die Einwilligung des „Zahlungswilligen“. Voraussetzung für die wirksame Einwilligung wiederum ist eine sachgerechte Aufklärung. Hierzu hat der Bundesgerichtshof schon vor 50 Jahren festgestellt: „Eine wirksame Einwilligung des Patienten setzt voraus, dass dieser das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen erkannt hat.“ (BGH, Urteil vom 10.7.1954 – VI ZR 45/54, NJW 1956, 1106) – wohlgemerkt: „erkannt hat“, nicht nur: „ihm gesagt worden ist“.

Eine solche Aufklärung des IGeL-Interessierten müsste unter anderem folgende Punkte umfassen:

- Informationen über die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode als solche,
- Informationen über den gegebenenfalls fehlenden Nutzen nachweis,
- Informationen über das Schadenpotenzial,
- Informationen über den Grad der Erprobung,
- Informationen über den Grund, weshalb eine Methode keine GKV-Leistung ist,
- Informationen über mögliche GKV-Leistungen für die in Frage stehende Situation.

Bei Früherkennungsuntersuchungen, also einem Großteil der IGeL, gelten die Anforderungen an Details der Aufklärung verschärft, da für solche Maßnahmen keine medizinische Indikation besteht und aus diesem Grund den Interessenten in besonderem Maße eine sorgfältige und nüchterne Abwägung ermöglicht werden muss.

Es besteht der Eindruck, dass eine solche Aufklärung nur in begrenztem Maße stattfindet. Leider gibt es zur Verbreitung von Defiziten kaum belastbare Daten. Dass nach der Untersuchung des WIdO fast 60 Prozent derjenigen, die IGeL in Anspruch genommen haben, hierzu keine (erforderliche!) schriftliche Vereinbarung geschlossen hatten, legt jedoch die Vermutung nahe, dass es sich auch bei anderen Versäumnissen und Mängeln nicht um Einzelfälle handelt. Eine Untersuchung der Stiftung Warentest aus dem Jahr 2004 hat ergeben, dass von 20 aufgesuchten Urologen nur zwei in der Lage waren, eine nach den Kriterien der Stiftung angemessene Aufklärung zu leisten.⁶ Sieht man sich Inhalte von Internetseiten und Zeitungsartikeln zu einzelnen IGeL oder Informationsblätter in Arztpraxen an, so kann vielfach nicht von einer angemessenen Aufklärung ausgegangen werden. Berücksichtigt man zudem die zahlreichen Einzelfallberichte, dass

- Patientinnen während der Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl IGeL-Angebote gemacht werden und ihr Einverständnis eingefordert wird,
- Arzthelferinnen den Patienten bereits bei Betreten der Arztpraxis IGeL anbieten und die Arztkonsultation von der Inanspruchnahme dieser IGeL abhängig machen („Das will unser Doktor immer vorher haben“),
- Patienten unterschreiben sollen, dass sie eine angebotene Leistung *nicht* wünschen,

dann kann in diesen Fällen auch von einer angemessenen Aufklärungssituation und natürlich auch von einer angemessenen Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Intervention keine Rede sein.

Was Versicherte beachten sollten, wenn sie sich für IGeL interessieren, hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) in einer Broschüre zusammengestellt (Tabelle 1).

Man kann nach diesen Eindrücken die begründete Hypothese formulieren: IGeL lebt von der unzureichenden Aufklärung der Interessenten. Wie viele der „Kunden“ würden wohl dem Kauf einer Methode zustimmen, nachdem sie informiert wurden,

- dass für diese in mehreren Untersuchungen gezeigt wurde, dass ihre Aussagekraft einem Münzwurf entspricht (Elektroakupunktur nach Voll, Bioresonanztherapie),
- dass in breitem internationalen Konsens von ihrem Einsatz abgeraten wird (Tumormarker zur Krebs-„Vorsorge“),
- dass diese Methode unzureichend geprüft und für eine vergleichbare Methode in großen Studien belegt wurde, dass sie nicht nur keinen Nutzen, sondern einen Schaden für die Anwender bedeutet; dass also die „Informationen“ der Anbieter offensichtlich falsch sind (Lungenkrebs-Früherkennung),

- dass die Methode nach sorgfältiger Prüfung vom Bundesausschuss unter paritätischer Beteiligung der Vertragsärzte wegen fehlenden Nutzens abgelehnt wurde (verschiedene Beispiele)?

In Studien ist gezeigt worden, dass eine detaillierte Information zu einer deutlich niedrigeren Inanspruchnahme führt. Patienten, denen ein 20-minütiges Video mit umfassenden Informationen über die Bestimmung des PSA (prostata-spezifisches Antigen) zur Entdeckung eines Prostatakarzinoms gezeigt wurde, hatten zu 34 Prozent über das folgende Jahr diese Methode in Anspruch genommen. 55 Prozent waren es in der Kontrollgruppe, die nur ein einseitiges Informationsblatt erhielt (Volk *et al.* 2003). Auch in einer zweiten Studie wurde durch evidenzbasierte Informationen eine deutliche Verbesserung des Wissens erreicht, das unmittelbar mit einer verringerten Inanspruchnahme einherging (Gattellari/Ward 2005). Welcher Arzt kann bei einer Methode, deren Anwendung ausdrücklich der Steigerung seines Verdienstes gilt, Interesse an einer solchen Aufklärung haben? „To tell or to sell?“ sind die schwer vereinbaren Alternativen (Rodgers 1990).

TABELLE 1

Vorschläge für den Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen

Informieren Sie sich möglichst schon vor einem Arztbesuch über eine Methode, die Sie interessiert.

Fragen Sie Ihren Arzt,

- welchen Nutzen eine Methode für Sie haben könnte,
- wie gut die Methode geprüft ist,
- welche Risiken mit einer Methode verbunden sein können (geben Sie sich mit der Antwort „keine“ nicht zufrieden, solche Methoden gibt es nicht),
- welche Folgen sich für Sie aus einem „positiven“ oder „negativen“ Untersuchungsergebnis ergeben;
- werden Folgeuntersuchungen notwendig?
- welche Kosten Ihnen entstehen würden,
- warum diese Leistung keine Kassenleistung ist.

Treffen Sie keine übereilten Entscheidungen. IGeL sind niemals dringend. Seien Sie besonders skeptisch bei so genannten Vorsorge-Angeboten.

Fragen Sie Ihre Krankenkasse, ob die von Ihnen gewünschte Leistung in Ihrer Situation Kassenleistung ist. Leistungen, die die Krankenkasse bezahlt, dürfen nicht als IGeL gesondert in Rechnung gestellt werden.

Wenn Ihnen bei einem Praxisbesuch IGeL empfohlen oder gar nahe gelegt werden: Lehnen Sie ab, erbitten Sie sich Bedenkzeit und informieren Sie sich zunächst selbst.

Wehren Sie sich entschieden dagegen, wenn Ihnen der Arzt oder Praxispersonal bereits vor Beginn der Behandlung IGeL anbietet und möglicherweise sogar die Behandlung von einer Inanspruchnahme abhängig macht. Informieren Sie Ihre Krankenkasse oder die zuständige Ärztekammer in einem solchen Fall.

Bestehen Sie auf einem schriftlichen Vertrag, der den genauen Rahmen der IGeL und die damit verbundenen Kosten enthält. Ohne eine schriftliche Vereinbarung müssen Sie keine Rechnung bezahlen.

Lassen Sie sich keine Angst machen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen decken alle notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ab.

Quelle: Informationsblatt „Individuelle Gesundheitsleistungen – Grundlegende Informationen“, MDS 2005¹⁵

Internetseiten zu IGeL mit den dort zu findenden IGeL-Listen machen die Auswüchse des Marktes und die Defizite angemessener Patienteninformation deutlich. Begibt man sich – als beliebiges Beispiel – auf der Seite „medi-deutschland“ auf die für Patienten vorgesehenen Seiten⁷, so findet man dort

- eine alphabetische, ansonsten aber völlig willkürliche Liste irgendwelcher Leistungen von A wie „Abtragung kleine Hautveränderung“ bis X wie „Xanthelasma-OP“,
- Vernünftiges (Impfberatung) neben Scharlatanerie (Elektroakupunktur nach Voll, Bioresonanztherapie),
- keinerlei inhaltliche Informationen zu Nutzen und Risiko dieser Leistungen (die „Vorlagen“ zum Download enthalten nur Preise),
- Leistungen der Anlage B der BUB-Richtlinien des GBA (Softlaser, Pulsierende Signal-Therapie, Colon-Hydro-Therapie) ohne entsprechende Kenntlichmachung,
- ein intransparentes Spiel mit der Abgrenzung von GKV-Leistungen (aufgelistet werden zum Beispiel U2–U9, die aber natürlich GKV-Leistung sind; in der „Vorlage“ heißt es dann „bei versäumter U2 bis U9 [Termine überschriften]“),
- offensichtliche Fehlinformationen, indem Probeexzisionen und die Entfernung von Naevi generell als IGeL benannt werden.

Schnell würde bei weiteren Darstellungen der Eindruck von Karikaturen entstehen: „Prophetische Allergietests auf Wunsch“⁸, Schröpfen und Traditionelle Chinesische Medizin als „neue und innovative“ Behandlungsmethoden⁹ oder „medizinisch-notwendige Vorsorgeuntersuchungen“ (Kundenbrief der Württembergischen Krankenversicherung) sind Beispiele für Stilblüten, die das Buhlen um Kundschaft hervorbringt.

Kassenärztliche Vereinigungen haben in ihren Hinweisen zum Umgang mit IGeL Kriterien für ein „berufswidriges Verhalten“ öffentlich gemacht (Tabelle 2). Hiernach wären die folgenden Aussagen wohl mindestens als unseriös zu bezeichnen (die Beispiele sind beliebig und keineswegs Einzelfälle; es sei aber insbesondere darauf aufmerksam gemacht, dass hier nur im Internet, das heißt öffentlich zugängliche Informationen verwendet werden konnten):

- Zur Ozontherapie (in Anlage B der BUB-Richtlinien des GBA aufgeführt, also abgelehnt): „Nachgewiesen wirksam im Rahmen der biologischen Krebstherapie (zur Unterstützung und Nachbehandlung der konventionellen Maßnahmen), bei chronischen und wiederkehrenden Infektionen mit Viren,

TABELLE 2

Definitionen eines berufswidrigen ärztlichen Verhaltens

Berufswidrig ist das Verhalten, wenn die gegebenen mündlichen oder schriftlichen Informationen insbesondere unsachlich, unwahr, unwürdig, unseriös, vergleichend, täuschend oder zur Täuschung geeignet, anpreisend, primär auf einen Werbeeffect abzielend, sind.

Unsachlich ist eine Information, wenn sie sich nicht auf die sachliche Unterrichtung medizinischer Inhalte bezieht.

Unwahr ist eine Information, wenn sie den Tatsachen nicht entspricht.

Vergleichend ist eine Information, wenn Arzt oder Ärztin Vergleiche, auch Kostenvergleiche zu anderen Kolleginnen oder Kollegen oder deren Verfahren herstellen und dies vergleichend herausstellen.

Täuschend oder zur Täuschung geeignet sind Informationen, wenn sie ungerechtfertigte Erwartungen erwecken, wenn der Eindruck der medizinischen Exklusivität erweckt werden kann oder Informationen gegeben werden, die die Unwissenheit der Patientinnen und Patienten ausnutzt.

Anpreisend ist eine Information, wenn die eigene Person oder die ärztliche Tätigkeit in aufdringlicher Weise hervorgehoben wird.

Unwürdig ist die Information, wenn sie dem Ansehen der Ärzteschaft schadet oder zu Schaden geeignet ist.

Unseriös ist eine Information, wenn beispielsweise fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass das Verfahren oder bestimmte Behandlungen erfolgreich, ungefährlich oder wissenschaftlich erprobt sind.

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein¹⁶

Bakterien und Pilzen, sowie bei allergischen Erkrankungen. Völlig frei von Nebenwirkungen!“¹⁰

- Zur Ozontherapie (in Anlage B der BUB-Richtlinien des GBA aufgeführt, also abgelehnt): „Viruserkrankungen: Hepatitis kann wesentlich schneller behandelt werden als bisher.“¹¹
- Zur Atlasterapie (in Anlage B der BUB-Richtlinien des GBA aufgeführt, also abgelehnt): „Die Atlasterapie nach Arlen bietet eine zusätzliche Möglichkeit, Krankheiten sehr effektiv und gefahrlos zu behandeln, die einer normalen chiroth erapeutischen Behandlung nicht zugänglich sind.“¹²
- Zur Lungenkrebs-Früherkennung: „Untersuchungsmethode, die eine effektive Krebsfrüherkennung ermöglicht und damit das Risiko von Rauchern, an Lungenkrebs zu sterben, deutlich senken kann.“¹³

Die wenigen Beispiele zeigen, dass schon in Bezug auf öffentlich zugängliche Informationen eine wirksame Kontrolle des IGeL-Marktes nicht oder jedenfalls sicher nicht in erforderlichem Umfang stattfindet. Die offensichtliche Konsequenz schon allein dieser Fälle ist, dass die Aufklärung von Interessenten unzureichend und ihre informierte Einwilligung damit gar nicht möglich ist.

■ 6. Auswirkungen von Individuellen Gesundheitsleistungen auf unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen

6.1 Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Es soll durchaus nicht der Eindruck erweckt werden, dass Missstände medizinisch-inhaltlicher Art (zum Beispiel Nutzen-Schaden-Bewertung) oder auch nichtmedizinisch motivierter Leistungsausweitung nur im IGeL-Bereich anzutreffen sind. Auch innerhalb des GKV-Systems gibt es solche Mängel. Hier haben aber die gesetzlichen Krankenkassen nicht nur ein Interesse, sondern selbst sowie zusammen mit den Partnern der Selbstverwaltung auch die Möglichkeiten der Einflussnahme. Für den IGeL-Markt gibt es diese Möglichkeiten für die GKV nicht.

Man könnte also meinen, dass den Krankenkassen der IGeL-Markt egal sein kann (oder muss) und dass sie sogar froh darüber sein könnten, einen Teil des Leistungsspektrums quasi „auslagern“ zu können. Allerdings liegt es im Interesse der GKV in ihrem Selbstverständnis eines Sachwalters von Versicherteninteressen, sich um den Schutz der Versicherten vor falschen Informationen und unangemessenen Entscheidungen zu bemühen. Aus diesem Grund wurde ein Projekt beim MDS eingerichtet, das laienverständliche Informationen zu einzelnen IGeL erarbeitet.¹⁴

Auch aus einem unmittelbar wirtschaftlichen Interesse können den Krankenkassen IGeL nicht egal sein: Die Anwendung von Un-

tersuchungsmethoden, speziell Früherkennungsmethoden, stimuliert Folgeuntersuchungen zur Abklärung von verdächtigen Befunden (zu Lasten der GKV). In krassem Ausmaß betrifft dies die unspezifischen bildgebenden Verfahren (zum Beispiel Ganzkörper-Magnetresonananztherapie), bei denen in bis zu 50 Prozent der untersuchten Fälle abklärungsbedürftige Auffälligkeiten gefunden werden, weit überwiegend ohne Krankheitswert.

Schließlich kann es der GKV nicht egal sein, wie die gemeinsam mit den Vertragsärzten im GBA getroffenen Entscheidungen dargestellt beziehungsweise benutzt werden. Ins Auge springt die Inkonsistenz des Verhaltens der Ärzteschaft, deren Vertreter sich einerseits in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses engagiert für eine sorgfältige Nutzenbewertung einsetzen und so zu einer inhaltlich angemessenen Bewertung von Verfahren beitragen, und anderen Vertretern, die offensichtlich auf ablehnende Beschlüsse nur warten, um diese Leistung dann mit weit reichenden Versprechungen als IGeL vermarkten zu können. Dass in diesem Zusammenhang herabsetzende Äußerungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verbreitet sind, zeigt auch der Umstand, dass dieser Punkt ausdrücklich in einem der 14 Punkte des Entwurfs zum 108. Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr erwähnt werden musste (Tabelle 3).

Für die GKV stellen allerdings IGeL insofern auch eine Herausforderung dar, als sich das System mit der Frage befassen muss, warum Leistungen, deren Nutzen kaum besser belegt ist als der vieler IGeL, GKV-Leistungen sind. Für den Bereich der Früherkennung wären diese Fragen zum Beispiel bezüglich der rektal-digitalen Untersuchung, Teilen der Gesundheitsuntersuchung („Gesundheits-Check-up“; § 25 Abs. 1 SGB V) und auch Leistungen der Schwangerenvorsorge zu stellen. Insofern werden kritische Anmerkungen und Fragen zu privatärztlichen Leistungen unmittelbar – und nicht unberechtigt – Fragen zur Ausgestaltung des GKV-Leistungskatalogs nach sich ziehen.

Private Krankenversicherungen bedienen sich des IGeL-Marktes durch Zusatzpolicen, was marktwirtschaftlich verständlich, aber medizinisch nur dann vertretbar erscheint, wenn den Angeboten eine angemessene Aufklärung vorausgeht, wovon man nicht ausgehen kann.

6.2 Auswirkungen auf die Ärzte

Der Berufsstand der Apotheker hat in gewisser Weise vorge-macht, was geschieht, wenn die Mitglieder einer hoch qualifizierten Profession mit differenzierten Aufgaben in einer Vertrauensstellung diese Stellung in Frage stellen oder aufgeben (wobei ausdrücklich konzediert wird, dass die Dominanz der Fertigarzneimittel die Apotheker auch eines wesentlichen Teils ihrer Auf-

TABELLE 3

**„14 Gebote für eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung bei der Erbringung von IGeL“
(Entwurf wurde von der Bundesärztekammer für den 108. Deutschen Ärztetag 2005 vorgelegt, dort aber nicht beraten)**

- 1 Korrektheit und Transparenz der Indikationsstellung
- 2 Nur erforderliche, empfehlenswerte oder vertretbare Leistungen, keine gewerblichen Dienstleistungen
- 3 Sachliche Information ohne Herabwürdigung der Leistungspflicht der GKV
- 4 Keine Verunsicherung von Patienten
- 5 Kein Aufdrängen von Leistungen
- 6 Aufklärung auch über Alternativen
- 7 Angemessene Bedenkzeit vor Abschluss des Behandlungsvertrages
- 8 Nur sinnvolle Koppelung mit sonstigen Behandlungen
- 9 Hinweis auf Informationsmöglichkeiten bei Dritten
- 10 Wirtschaftliche Aufklärung
- 11 Schriftlicher Behandlungsvertrag
- 12 Anwendung der GOÄ
- 13 Einhaltung der Fachbereichsgrenzen
- 14 Einhaltung sonstiger Qualitätsstandards

Quelle: Gerst 2005

gaben beraubt hat). Betrachtet man heute Schaufenster von Apotheken oder wird bei einem Besuch Zeuge von Gesprächen, so ist klar, dass aus dem Apotheker ein qualifizierter Verkäufer geworden ist. Dass diese Verkäufe sich – ohne adäquate Aufklärung – in den Bereich von medizinischen Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in der Apotheke fortsetzen, macht nur deutlich, dass IGeL bereits einen großen Schritt in Richtung „qualifizierter Verkauf“ darstellt.

Natürlich betrifft ein solches Infragestellen oder Aufgeben einer Vertrauensstellung die „Basis des Arztberufs“ (Jachertz 2002): Ärzten das für medizinische Laien – speziell: Leidende – unabdingbare Vertrauen entgegen zu bringen, wenn klar ist, dass Untersuchungs- und Behandlungsverfahren wegen der damit verbundenen finanziellen Vorteile empfohlen werden, scheint schwer vorstellbar. Die Anbieter riskieren das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten und sägen damit an dem Ast, auf dem sie sitzen. Ärzte riskieren so nicht nur den Verlust ihrer Profession und ihres Ansehens, sondern auch, dass sich in der Vertrauens- und Informationslücke Institutionen etablieren, die Teile ärztlicher Aufgaben übernehmen und damit die Bedeutung des Arztes weiter mindern.

IGeL haben in der Zeit ihrer Existenz dazu beigetragen, in der Ärzteschaft die bequeme Opferrolle mit der Perspektive „der Feind ist draußen“ zu pflegen und dabei zu übersehen, dass ent-

scheidende Probleme innerhalb der Ärzteschaft existieren. Probleme, deren Lösung beim Gesetzgeber oder den Krankenkassen eingeklagt wird, stellen sich nicht selten als Abgrenzungs- und Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft dar, zum Beispiel zwischen Haus- und Fachärzten oder zwischen ambulantem und stationärem Bereich. IGeL verhindern an diesen Stellen das Problembewusstsein und Lösungen, da sie einen einfachen „Anything goes“-Ausweg anbieten.

Wie intensiv Bemühungen von KVen und Ärztekammern im Einzelnen sind, den Auswüchsen und Unzulänglichkeiten des IGeL-Marktes wirksam zu begegnen, ist nicht bekannt. Das in der Praxis zu beobachtende Ergebnis ist bisher jedenfalls nicht überzeugend. Die 14 „Gebote“, die im Entwurf für den 108. Deutschen Ärztetag im vergangenen Jahr vorlagen, wurden nicht beraten. Ihr weiteres Schicksal ist unklar und jedem Beobachter klar, dass die dort formulierten Anforderungen in der Praxis nicht erfüllt werden. Die Gebote haben ohnehin eher deklaratorischen Charakter, und man fragt sich, welche Möglichkeiten seitens der Ärzteschaft bestehen oder gewollt sind, die Einhaltung dieser Gebote auch einzufordern. Der Ausruf des Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe, „Patienten sind keine Kunden, und der Arztberuf ist kein Gewerbe“ (Gerst 2005), markiert das Dilemma eindrucksvoll, denn genau das Gegenteil ist das Selbstverständnis von IGeL. Ärztekammern sehen sich denn

auch, nach persönlicher Information einiger Vertreter, nicht als zuständig an oder ziehen sich auf die Position zurück, dass sie ja keine Beschwerden erreichen.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine wirksame Kontrolle der IGeL-Praxis, die derzeit nur bei den Ärzten und ihren Verbänden liegen kann, nicht oder jedenfalls sicher nicht in erforderlichem Umfang stattfindet.

6.2 Auswirkungen auf die Versicherten

Der Begriff „Versicherte“ wird deshalb gewählt, weil sich die meisten IGeL-Angebote nicht an Patienten wenden. Insofern ist IGeL auch Teil einer generellen Entwicklung, die bei Einführung der zweijährlichen Gesundheitsuntersuchung (§ 25 Abs. 1 SGB V) von einem Diagnostika-Hersteller auf den Punkt gebracht wurde: „Jetzt kommen auch die Gesunden in Ihre Praxis!“ Tatsächlich geht es bei dem so genannten zweiten Gesundheitsmarkt nicht nur – und nach der Häufigkeit der angebotenen und in Anspruch genommenen Leistungen nicht einmal primär – darum, GKV-Patienten bezüglich der Versorgung ihrer Krankheit zusätzliche Leistungen anzubieten. Es geht vor allem darum, Versicherten generell mehr Leistungen anzubieten, daher vor allem Noch-Nicht-Kranke in die Praxen und damit in die medizinische Versorgung zu bringen.

Der IGeL-Markt ist wie jeder Wirtschaftszweig davon abhängig, dass Nachfrage erzeugt wird: „Wecken Sie den Wunsch nach Gesundheit“ (*Hermanns et al. 2004*). Diese Nachfrage zu stimulieren ist zwar bisher erfolgreich gewesen. Komplementär zu dem für die Ärzte angesprochenen Vertrauensverlust werden sich Versicherte aber wegen der entsprechenden Notwendigkeit

im IGeL-Bereich daran gewöhnen (müssen), generell stärker Informationen zu suchen, die nicht von den sie behandelnden oder beratenden Ärzten stammen, und diese Informationen in ihre Entscheidungen einbeziehen. Diese Entwicklung wiederum liegt ganz auf der Linie einer auszubauenden Patientenbeteiligung bis hin zu einem „shared decision making“. Die beabsichtigte Analogie von IGeL-Markt zu freier Wirtschaft findet auch hier ihre Entsprechung: Qualitativ unzureichende Produkte zu verkaufen gelingt nur so lange, wie die Kunden uninformatiert oder gleichgültig sind. Es gilt also, GKV-Versicherte in ihren Informations-, damit Frage- und Entscheidungsmöglichkeiten zu stärken, um sie so einerseits vor unsinnigen oder risikoreichen Leistungen zu schützen und ihnen zum anderen die Anforderungen und Bedingungen bewusst zu machen, die sie einfordern können, wenn sie sich für privatärztliche Leistungen interessieren.

7. Fazit

Die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen ist legitim, insbesondere, wenn diese nicht GKV-Leistungen sein können. Zurzeit ist allerdings davon auszugehen, dass für einen vermutlich erheblichen Teil privatärztlicher Leistungen wegen mangelnder oder unzureichender Aufklärung, die bis hin zu falschen und unseriösen Versprechen reicht, keine wirksame Aufklärung der „Zahlungswilligen“ vorliegt. Zusammen mit dem vorrangig finanziell motivierten Angebot von IGeL und der für die meisten IGeL ungünstigen Nutzenbewertung ergibt sich so eine brisante Mischung aus Interessen(konflikten) und Qualitätsmängeln, die zu vielerlei Auswüchsen führt. Eine wirksame Regulierung dieses Marktes ist dringend erforderlich, um sowohl Gefahren für Versicherte zu begegnen als auch negativen Ausstrahlungen auf das GKV-System entgegenzuwirken. ♦

Fußnoten

Web-Quellen

(letzter Zugriff im März 2006)

- 1 http://www.medwell.de/start.php4?content=fuer_den_patienten_medwell.php4
- 2 <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Gebuehrenordnung/10Aktuelles/20020614.html>
- 3 http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=98
- 4 <http://www.lungenkrebsvorsorge.de/>
- 5 <http://www.med.uni-duesseldorf.de/cytopathologie/Sputum/1titel.htm>
- 6 http://www.stiftung-warentest.de/online/gesundheit_kosmetik/test/1152277/1152277.html
- 7 http://www.medi-deutschland.de/Patienten/IGeL_CD/html/listen_alphabetisch.html
- 8 http://www.medi-deutschland.de/Patienten/IGeL_CD/html/il_dermatologie.html
- 9 <http://www.praxis-m-jung.de/IGEL.html>
- 10 <http://www.sydash.de/therapie/ozon.htm>
- 11 http://www.dr-waida.de/igel_mehr/ozontherapie/index_ger.html
- 12 <http://www.dr-schalda.de/unterseiten/atlastherapie.htm>
- 13 http://www.medwell.de/start.php4?content=fuer_den_arzt.php4 (→ „Leistungen allgemein“, → „Lungenkrebs-Früherkennung“)
- 14 <http://www.mds-ev.de/download/index.asp#kv2>
- 15 http://www.mds-ev.de/download/IGel_November2005.pdf
- 16 <http://www.kvno.de/mitglieder/honorar/erlaegkv.html>

Literatur

- Gattellari M/Ward JE (2005):** A community-based randomised controlled trial of three different educational resources for men about prostate cancer screening. *Patient Education and Counseling*, Jg. 57, 168–182.
- Gerst T (2005):** Individuelle Gesundheitsleistungen. Anstoß für eine offene Diskussion. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 102, A1414.
- Gigerenzer G (2004):** Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin: BVT Berliner Taschenbuch Verlag.
- Harder B (2005):** Der große IGeL-Check. München: Knauer.
- Hermanns P/ Filler G/Roscher B (2004):** IGeL-Liste. Kommentierte Ausgabe mit Abrechnungstipps. Reihe: *Arzt & Wirtschaft Bibliothek*, 3. Auflage. Landsberg: Ecomed.
- Hess R/Klakow-Franck R (Hrsg.) (2005):** IGeL-Kompodium für die Arztpraxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jachertz N (2002):** Gesundheitsladen; in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, C1089.
- Manser RL/Irving LB/Byrnes G et al. (2003):** Screening for lung cancer: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Thorax*, Jg. 58, 784–789.
- Ransohoff DF/McNaughton CM/Fowler FJ (2002):** Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? *Am J Med*, Jg. 113, 663–667.
- Rodgers A (1990):** To tell or to sell? Informed consent in breast screening. *Cancer Topics*, Jg. 4, 27–28.
- Thill KD (2004):** Einfach verkaufen – der IGeL-Verkaufstrainer. Reihe: *Arzt & Wirtschaft Bibliothek*, mit Booklet für Arzthelferin. Landsberg: Ecomed.
- Volk RJ/Spahn SJ/Cass AR/Hawley ST (2003):** Patient education for informed decision making about prostate cancer screening: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Ann Family Med*, Jg. 1, 22–28.
- Zok K/Schuldzinski W (2005):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Bonn: WlDO.

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, geboren 1957, Medizinstudium in Göttingen und Lübeck, Promotion 1985. 1993 Habilitation zu Themen aus dem Bereich medizinische Biometrie, Bewertung von Diagnoseverfahren. Von 1993 bis 1999 Hochschuldozent und stellvertretender Leiter der Abteilung für Medizinische Biometrie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Zahlreiche Publikationen,

unter anderen zur Evaluation von Diagnose- und Therapieverfahren, insbesondere zur Bewertung von Arzneimitteln. Seit 1999 Leiter des Fachbereichs Evidenzbasierte Medizin beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in Essen. Seit Juli 2004 stellvertretender Geschäftsführer und Leitender Arzt beim MDS.