

Kurzfassung zum Vortrag zu IGeL-Leistungen vom 05.09.2023/ Petra Schwenk, Verbraucherzentrale NRW

Was sind individuelle Gesundheitsleistungen: IGeL?

IGeL sind ein zusätzliches Angebot von verschiedenen Behandlungen neben den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und müssen vom Patienten selbst bezahlt werden.

Was ist wichtig in Bezug auf Igel?

Patient:innen sind **nicht** verpflichtet, das Angebot anzunehmen! Die Leistungen sind immer freiwillig.

Es gibt viele verschiedene Arten von IGeL siehe unter: „Igel-Monitor“

Hier zwei Behandlungen aus dem Igel-Monitor, die negativ bewertet wurden:

„Durchblutungsfördernde Infusionstherapie beim Hörsturz“ und „Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung“

Ein Beispiel mit tendenziell positiver Bewertung:

„Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung („Winterdepression“)“

Ihr Nutzen ist häufig nicht belegt.

IGeL unterliegen **keiner** Zulassung, Prüfung oder ähnlichem Verfahren, bevor sie auf den Markt kommen. Ganz anders ist das bei Medikamenten oder Hilfsmitteln.

Informieren Sie sich vor Ihrer Entscheidung genauer über eine IGeL-Behandlung und deren Vor- und Nachteile.

IGeL sind keine „eiligen“ Behandlungsmaßnahmen. Bei Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen zahlt die gesetzliche Krankenversicherung die notwendige Untersuchung und Behandlung.

Checkliste für den Arztbesuch

Beratung und Aufklärung durch den *behandelnden* Arzt
zu Nutzen, Risiken, Kosten, Möglichkeiten über gesetzliche Krankenversicherung
(Alternativen) der vorgeschlagenen Igel-Behandlung.

Nach dem Gespräch, Kostenklärung mit der Krankenkasse: übernimmt diese in Ihrem Fall eventuell doch die Kosten?

Kostenvoranschlag vom Arzt, vor Behandlungszusage.

Schriftliche Vereinbarung ist notwendig! Vom Patienten unterschrieben, damit dieser die Behandlungsart und Kosten kennt.

Frühzeitig medizinische Information einholen (z.B. IGeL-Monitor, Krankenkasse, ärztliche Zweitmeinung) sich Zeit nehmen oder erbitten.

Rechnung nach der Gebührenordnung der Ärzte vorlegen lassen.
Quittung aushändigen lassen.

Wer entscheidet, welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheidet in Richtlinien darüber, welche Behandlungen in den verpflichtenden „Leistungskatalog“ der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Es ist ein Gremium, dass sich aus verschiedenen Fachleuten und Patientenvertretern zusammensetzt.

„Gesetzlich versicherte haben Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung – so formuliert es das Gesetz. Mit Aufgaben, den Leistungsanspruch auf Basis von möglichst guten wissenschaftlichen Erkenntnissen näher auszugestalten, wurde der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt.“

Neben diesen festgelegten, verpflichtenden Leistungen kann jede Krankenkasse eigene Satzungsleistungen anbieten.

Siehe dazu auch bei Stiftung Warentest, „Vergleich gesetzlicher Krankenkassen“

www.test.de

Fünf goldene Patientenrechte bei IGeL:

IGeL dürfen den Patient:innen nicht aufgedrängt werden.

Aufklärung und Zustimmung dürfen nur im persönlichen Gespräch mit Ärzt:innen stattfinden.

Patient:innen haben das Recht auf sachliche, verständliche und zeitlich angemessene Aufklärung durch die behandelnden Ärzt:innen

Patient:innen muss eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt werden

Patient:innen haben vor Leistungserbringung ein Recht auf einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit Auflistung der einzelnen Leistungs- und Kostenpositionen

Hier können Sie sich unabhängig informieren:

www.igel-monitor.de

www.igel-aerger.de

www.kostenfalle-zahn.de

www.verbraucherzentrale.nrw/wissen/gesundheit-pflege

www.gesundheitsinformation.de

www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen

www.faktencheck-gesundheit.de

www.gesund.bund.de/individuelle-gesundheitsleistungen-igel

www.krebsinformationsdienst.de

www.derprivatpatient.de