

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Linda Heitmann,
Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/6706 –**

Individuelle Gesundheitsleistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind medizinische Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören und deshalb von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden müssen. Dabei handelt es sich um Leistungen, für die ein ausreichender wissenschaftlicher Nutznachweis fehlt, der Nutzen widerlegt wurde oder die Leistungen nach aktuellem Stand über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen; daher besteht für diese Leistungen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Gleichwohl werden IGeL seit Jahren in großem Umfang in ärztlichen Praxen angeboten und in Anspruch genommen.

Der Markt für Selbstzahlerleistungen hat mittlerweile eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung erreicht. Nach Angaben des IGeL-Reports 2024 (https://igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Report_2024.pdf) werden in Deutschland jährlich mindestens 2,4 Mrd. Euro mit IGeL umgesetzt. Da sich die Erhebung lediglich auf gesetzlich Krankenversicherte im Alter zwischen 18 und 80 Jahren bezieht, dürfte das tatsächliche Marktvolumen deutlich höher liegen. Besonders häufig werden Früherkennungsuntersuchungen als IGeL angeboten und nachgefragt. Die höchsten Umsätze entfallen dabei auf die Facharztgruppen der Augenheilkunde, Gynäkologie und Orthopädie.

Der IGeL-Report 2024 zeigt erhebliche Informationsdefizite bei Patientinnen und Patienten, die IGeL in Anspruch genommen haben. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, nicht oder nur teilweise über ausreichende Kenntnisse zu verfügen, um eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine IGeL treffen zu können. Außerdem hält ein erheblicher Teil der Befragten IGeL für gesundheitlich besonders wichtig beziehungsweise geht davon aus, dass diese Leistungen einem höheren medizinischen Standard entsprächen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies legt nahe, dass die Wahrnehmung vieler Patientinnen und Patienten wesentlich durch das ärztliche Angebot und die Kommunikation in den Praxen geprägt wird.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Wissens- und Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten kommt einer

verständlichen, evidenzbasierten und interessenunabhängigen Aufklärung über Nutzen, Risiken und wissenschaftliche Evidenz von IGeL besondere Bedeutung zu. Gleichzeitig gibt es Berichte darüber, dass Patientinnen und Patienten teilweise Leistungen als IGeL privat bezahlen, die eigentlich vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt sind (www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/verbraucherzentrale-aerzte-kassieren-falsch-bei-kassenleistungen,US0cQHs).

Aus den geschilderten Gründen besteht aus Sicht der fragestellenden Fraktion Klärungsbedarf hinsichtlich der Transparenz, der Qualität der ärztlichen Aufklärung, möglicher wirtschaftlicher Fehlanreize im Gesundheitswesen sowie der Auswirkungen von IGeL auf die Versorgungsqualität.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Krankenbehandlung. Die Versorgung muss zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Voraussetzung für Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten ist eine Zulassung. Im Rahmen dieser Zulassung sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Erbringung der oben genannten Leistungen verpflichtet.

Die Zulassung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet diese im Umfang ihres Versorgungsauftrages dazu, an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten teilzunehmen, § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 25 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellen. Die Sprechstunden sind so einzurichten, dass die Versicherten entsprechend ihrem Behandlungsbedarf (zum Beispiel Vorsorge- oder Akutbehandlung) innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten behandelt werden können, § 17 des Bundesmantelvertrags-Ärzte.

Zugleich sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte berechtigt, neben ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit eine anderweitige Tätigkeit auszuüben (zum Beispiel eine gesonderte privatärztliche Sprechstunde), sofern sie für die Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrags in ausreichendem Umfang persönlich zur Verfügung stehen, § 20 Absatz 1 Satz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Eine solche Nebentätigkeit darf allerdings nicht zu einer Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten führen.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es gehört unter anderem nach § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, zu überprüfen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag vollständig erfüllen.

Bei etwaigen Rechtsverstößen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten besteht für Patientinnen und Patienten daher die Möglichkeit, direkt Kontakt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen oder sich an die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigungen zu wenden. Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

Die gesetzlichen Krankenkassen unterliegen zudem gegenüber ihren Versicherten gesetzlichen Beratungs- und Informationspflichten. Sie haben über Leis-

tungsansprüche sowie deren Voraussetzungen zutreffend und verständlich zu informieren und dürfen Versicherte nicht durch unvollständige oder fehlerhafte Auskünfte benachteiligen. Zwar besteht keine allgemeine Verpflichtung, proaktiv über sämtliche Leistungsangebote oder Individuelle Gesundheitsleistungen zu informieren. Besteht jedoch ein konkreter Beratungsanlass oder ist erkennbar, dass ein Leistungsanspruch in Betracht kommt, trifft die Krankenkasse eine weitergehende Hinweispflicht.

1. Wie viele gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten haben in den letzten zehn Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung ein oder mehrere IGeL-Angebote in einer Arztpraxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einem Krankenhaus in Anspruch genommen (bitte nach Jahren, nach Arztpraxen, MVZ und Krankenhäusern, nach Bundesländern, nach medizinischen Fachgruppen, nach Geschlecht und nach Altersgruppen aufgliedern), und wenn einzelne Daten nicht zur Verfügung stehen sollten, worin ist dies begründet?
2. Welche waren nach Erkenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren die zehn von den Versicherten am häufigsten in Anspruch genommenen IGeL (bitte jeweils mit Zahlen der Inanspruchnahme, jeweils aggregiert und aufgegliedert nach Jahren und nach Geschlecht, angeben), und welchen medizinischen Fachgruppen gehörten diese IGeL jeweils an?
3. Wie bewertet die Bundesregierung die Inanspruchnahme jeder einzelnen dieser IGeL in Frage 2 im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit ihrer Inanspruchnahme, ihren Nutzen und ihre potentiellen Gefahren einschließlich späterer zusätzlicher Diagnostik und Therapien?
4. Wie haben sich die Umsätze bei IGeL in den letzten 20 Jahren entwickelt (Gesamtumsätze und nach Fachgebieten, Geschlecht der Inanspruchnehmenden aufteilen sowie im Vergleich zur Entwicklung der GKV-Ausgaben darstellen)?
5. Welches waren in den letzten zehn Jahren die zehn umsatzstärksten IGeL (jeweils aggregiert und nach Jahren und nach Geschlecht aufgliedern), welchen medizinischen Fachgruppen gehörten diese IGeL jeweils an, und welche Umsätze wurden mit jeder dieser IGeL jeweils erzielt?
6. Wie unterteilen sich die IGeL nach ihrer Zugehörigkeit in Maßnahmen
1. zur Früherkennung von Krankheiten, 2. zur erweiterten Diagnostik, 3. zur Therapie von Krankheiten und 4. zu anderen Gruppen in den letzten zehn Jahren aggregiert und in einzelnen Jahren?
7. Welche Unterschiede bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung hinsichtlich Art, Umfang und wirtschaftlicher Bedeutung von IGeL zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich?

Die Fragen 1 bis 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungsumfang der GKV in der vertragsärztlichen Versorgung gehören. Im stationären Bereich werden daher grundsätzlich keine IGeL erbracht.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über privatärztlich erbrachte Leistungen oder privatärztlich erwirtschaftete Einnahmen vor. Es gehört zudem nicht zu den Aufgaben der Bundesregierung, IGeL im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit ihrer Inanspruchnahme, ihren Nutzen oder ihre potenziellen Gefah-

ren einschließlich späterer zusätzlicher Diagnostik und Therapien zu bewerten oder fachliche Einteilungen von IGeL vorzunehmen.

Die Bewertung medizinischer Leistungen im Hinblick auf ihre Zweckmäßigkeit und ihren Nutzen erfolgt nicht durch die Bundesregierung, sondern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, der seine Bewertungen eigenständig auf Grundlage eines strukturierten Verfahrens und des jeweils aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse vornimmt.

Ergänzend wird auf den IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes Bund verwiesen, der Nutzen und Schaden speziell von IGeL wissenschaftlich fundiert bewertet (vgl. im Internet unter igel-monitor.de/).

8. Welche gesetzlichen Regelungen gewährleisten nach Auffassung der Bundesregierung, dass Patientinnen und Patienten unabhängig von wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringenden umfassend und objektiv über Nutzen, Risiken und Kosten von IGeL aufgeklärt werden?

Eine umfassende, objektive und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Aufklärung von Patientinnen und Patienten über IGeL wird primär durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) sowie flankierend durch das Berufs- und Vertragsärzterecht gewährleistet. Steht fest oder gibt es hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass eine Kostenübernahme durch die GKV nicht gesichert ist, muss der Behandelnde die Patientin oder den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Leistung in Textform informieren, § 630c Absatz 2 BGB. Zudem muss eine Aufklärung über die für die Behandlung wesentlichen Umstände erfolgen, § 630e BGB. Dies umfasst insbesondere Art, Umfang, Durchführung, Notwendigkeit, Dringlichkeit, Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie Behandlungsalternativen, sofern diese zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen oder Heilungschancen führen können. Die Aufklärung muss mündlich, verständlich und so rechtzeitig erfolgen, dass die Patientin oder der Patient eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann.

Zudem ist es Ärztinnen und Ärzten nach § 32 Absatz 1 Satz 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), an der sich die Ärztekammern der Länder bei der Ausgestaltung ihrer jeweiligen Berufsordnungen in der Regel orientieren, nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung oder Aufklärung beeinflusst wird. Die Überwachung der Einhaltung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten obliegt den Ländern bzw. der jeweiligen Ärztekammer. Bei Verstößen gegen berufsrechtliche oder berufsethische Pflichten sehen die Heilberufekammergesetze der Länder in der Regel vor, dass die jeweilige Kammer ein förmliches berufsrechtliches Verfahren einleiten und den Verstoß durch Rüge oder berufsgerichtliche Maßnahme ahnden kann.

9. Wie bewertet die Bundesregierung die heute bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Information der Patientinnen und Patienten über IGeL vor dem Hintergrund, dass gemäß IGeL-Report 2024 (s. Vorbemerkung der Fragesteller) mehr als die Hälfte der Befragten, die IGeL in Anspruch genommen haben, angab, nicht ausreichend über IGeL aufgeklärt worden zu sein, und welche zusätzlichen gesetzlichen Maßnahmen im Bereich Information und Aufklärung über IGeL hält die Bundesregierung für erforderlich?
- a) Welche gesetzlichen oder untergesetzlichen Vorgaben bestehen hinsichtlich einer angemessenen Bedenkzeit zwischen Aufklärungsgespräch und Durchführung beziehungsweise Vereinbarung einer IGeL, und hält die Bundesregierung diese Vorgaben für ausreichend, um eine informierte und freie Entscheidung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen?

Die Fragen 9 und 9a werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die rechtlichen Vorgaben zur zeitlichen Komponente der Aufklärung ergeben sich unmittelbar aus dem BGB sowie dem untergesetzlichen Regelwerk (beispielsweise die Berufsordnungen der Landesärztekammern, siehe Antwort zu Frage 8).

Gemäß § 630e Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 BGB muss die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Zudem legt § 630c Absatz 3 BGB fest, dass den Patientinnen und Patienten vor Beginn der Behandlung die voraussichtlichen Kosten in Textform mitzuteilen sind.

- b) Welche Anforderungen bestehen nach Auffassung der Bundesregierung an die Verständlichkeit und Barrierefreiheit von Aufklärungsgesprächen sowie schriftlichen Informationen zu IGeL, insbesondere mit Blick auf Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, älteren Menschen oder Menschen mit Behinderungen?
- c) Wo oder wie sind Anforderungen ggf. auch bereits gesetzlich oder in Form von Richtlinien festgeschrieben und damit verbindlich?

Die Fragen 9b und 9c werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufklärungsgespräche müssen zwingend auf die kognitiven, sprachlichen und altersbedingten Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein, § 630e BGB. Für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder ältere Menschen bedeutet dies den Verzicht auf unverständliche Fachsprache. Für Menschen mit Behinderungen müssen Informationen in geeigneter Weise zugänglich sein (zum Beispiel in Leichter Sprache oder gut lesbaren Formaten). Der Bundesmantelvertrag-Ärzte und das ärztliche Berufsrecht fordern eine strikte Trennung von Kassen- und Privatleistungen. Schriftliche Vereinbarungen müssen Kosten, Nutzen und Risiken sachlich abbilden – völlig frei von gewerblichen Verkaufsstrategien. Schriftliche Unterlagen müssen Kosten, Nutzen und Risiken sachlich abbilden und dürfen nur als Ergänzung zum mündlichen Gespräch dienen, um jeden wirtschaftlichen Verkaufsdruck zu verhindern.

- d) Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung – beispielsweise durch Berichte der Verbraucherzentralen – darüber vor, ob und in welchem Umfang Patientinnen und Patienten sich beim Angebot von IGeL unter Druck gesetzt fühlen oder den Eindruck haben, eine medizinisch sinnvolle Behandlung könne von der Inanspruchnahme einer IGeL abhängig sein?

Die Bundesregierung nimmt Berichte der Verbraucherzentralen zur Kenntnis. Eigene Daten oder Statistiken im Sinne der Fragestellung liegen der Bundesregierung jedoch nicht vor.

Gesetzgeberische Maßnahmen plant die Bundesregierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht.

10. Wie will die Bundesregierung insbesondere sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten keine IGeL angeboten werden, die nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse keinen nachweisbaren Nutzen aufweisen oder potenziell schädlich sind?

Die IGeL werden in der Regel von den Krankenkassen nicht übernommen, weil deren Nutzen widerlegt oder nicht erwiesen ist oder weil sie das Maß des medizinisch Notwendigen überschreiten. Ärztinnen und Ärzte können ihren Patientinnen und Patienten grundsätzlich im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungsumfang der GKV gehören, als privatärztliche Leistung anbieten. Voraussetzung ist, dass die gesetzlichen Informations- und Aufklärungspflichten beachtet werden.

11. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag zur Einführung einer Positiv- und Negativliste für IGeL, um mehr Transparenz über Nutzen und Risiken dieser Leistungen zu schaffen und Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten eine bessere Orientierung zu ermöglichen?
- a) Hält die Bundesregierung standardisierte und evidenzbasierte Informationsblätter zu häufig angebotenen IGeL für sinnvoll, die Patientinnen und Patienten verständlich über Nutzen, Risiken, wissenschaftliche Evidenz, mögliche Folgediagnostik sowie bestehende Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung informieren?
- b) Welche gesetzlichen Regelungen gelten für die Bewerbung individueller Gesundheitsleistungen auf Praxiswebseiten, in sozialen Medien oder auf digitalen Termin- und Gesundheitsplattformen, und sieht die Bundesregierung diesbezüglich regulatorischen Handlungsbedarf?

Die Fragen 11 und 11b werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die transparente und evidenzbasierte Aufklärung von Patientinnen und Patienten ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Auf der Seite des Nationalen Gesundheitsportals wurde hierzu eigens eine Informationsseite zu IGeL aufgenommen (vgl. im Internet unter: gesund.bund.de/individuelle-gesundheitsleistungen-igel).

Zudem kann nochmals auf den seit 2012 existierenden und vom Medizinischen Dienst Bund betriebenen IGeL-Monitor (igel-monitor.de/) verwiesen werden. Laut dessen Internetseite hat sich der IGeL-Monitor zwei Ziele gesetzt: Zum einen möchte er einzelne IGeL wissenschaftlich fundiert bewerten, um Versicherte in die Lage zu versetzen, sich gut informiert für oder gegen eine IGeL zu entscheiden. Für die Bewertung analysiert das Team des IGeL-Monitors das

aktuelle Wissen über Nutzen und Schaden einzelner IGeL und bereitet es allgemeinverständlich auf. Der IGeL-Monitor verhilft damit Versicherten zu mehr Autonomie und bewahrt sie möglicherweise vor Schäden. Zum anderen klärt er generell über den IGeL-Markt auf und gibt Tipps im Umgang mit IGeL.

12. Inwieweit bestehen nach Auffassung der Bundesregierung auch gegenüber privatversicherten Patientinnen und Patienten gesetzliche Aufklärungs- und Informationspflichten hinsichtlich Nutzen, Risiken und möglicher Schäden von IGeL, die Ärztinnen und Ärzte empfehlen oder anbieten?

Die gesetzlichen Aufklärungs- und Informationspflichten von Ärztinnen und Ärzten bei IGeL gelten gegenüber privatversicherten Patientinnen und Patienten in gleichem Maße und Umfang wie gegenüber gesetzlich Versicherten. Die im BGB verankerten Pflichten zur verständlichen medizinischen Aufklärung über Nutzen, Risiken und Behandlungsfolgen nach § 630e BGB, sowie zur wirtschaftlichen Information über die voraussichtlichen Kosten nach § 630c Absatz 3 BGB, knüpfen an den Behandlungsvertrag an. Sie differenzieren grundsätzlich nicht nach dem Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten.

Der Bundesmantelvertrag-Ärzte konkretisiert, dass vor der Erbringung einer kostenpflichtigen Leistung eine schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt werden muss. Auch hieraus leitet sich der Grundsatz ab, dass Information und wirtschaftliche Vereinbarung der Durchführung organisatorisch und zeitlich vorausgehen müssen.

13. Sieht die Bundesregierung bei Früherkennungsuntersuchungen (z. B. vaginaler Ultraschall zur Ovarialkarzinom-Früherkennung) als IGeL ein Risiko gesundheitsschädlicher Überversorgung nach falsch-positivem Befund bei unzureichendem gesundheitlichem Nutzen, und wenn ja, bei welchen Früherkennungsuntersuchungen sieht die Bundesregierung ein solches Risiko?

Es ist nicht die Aufgabe der Bundesregierung, zu einzelnen als IGeL angebotene Früherkennungsuntersuchungen wertend Stellung zu nehmen. Dies ist Aufgabe der Fachwelt, insbesondere der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der Erstellenden wissenschaftlich-medizinischer Leitlinien, beispielsweise der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ (www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/ovarialkarzinom, Stand: Januar 2026). Diese Leitlinie wurde unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe erstellt und wird regelmäßig aktualisiert.

14. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung eine Verpflichtung zur nachvollziehbaren und standardisierten Dokumentation von Aufklärungsgesprächen zu IGeL, insbesondere hinsichtlich der Darlegung des wissenschaftlichen Nutzens, möglicher Risiken, potentieller Folgediagnostik sowie bestehender Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung?
15. Wenn eine Verpflichtung gemäß Frage 14 besteht, worauf gründet diese Verpflichtung, und welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Einhaltung dieser Pflicht?

16. Wenn eine Verpflichtung gemäß Frage 14 nicht besteht, hält die Bundesregierung regulatorische Maßnahmen zur standardisierten Dokumentation von Aufklärungsgesprächen zu IGeL für erforderlich, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung?

Die Fragen 14 bis 16 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine ausdrücklich spezialgesetzlich normierte, formularmäßig standardisierte Dokumentationspflicht für Aufklärungsgespräche zu IGeL besteht nicht.

Die Dokumentation von IGeL-Aufklärungen richtet sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Vorgaben im BGB. Nach § 630f Absatz 1 und 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, eine Behandlungsakte zu führen und darin alle wesentlichen Maßnahmen – einschließlich der Einwilligung und der ordnungsgemäßen Aufklärung – zeitnah zu dokumentieren. Die Pflicht zur verständlichen Aufklärung über medizinische Risiken ergibt sich aus § 630e BGB.

Von der Aufklärungspflicht zu unterscheiden ist die wirtschaftliche Informationspflicht. Diese Pflicht zur Information über die fehlende Leistungspflicht der GKV und die voraussichtlichen Kosten ist in § 630c Absatz 3 BGB als wirtschaftliche Informationspflicht vor Beginn der Behandlung festgeschrieben. Insofern besteht allerdings keine Aufzeichnungspflicht in der Behandlungsakte (vergleiche Staudinger/Gutmann (2021), § 630f BGB Rn. 46).

Der Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung obliegt im Streitfall der oder dem Behandelnden, was in der Praxis zu einer umfassenden Dokumentation zwingt. Eine Verpflichtung zur standardisierten Darlegung des wissenschaftlichen Nutzens in der Behandlungsakte besteht hingegen nicht. Unabhängige und evidenzbasierte Informationen zum Nutzen von IGeL stehen Patientinnen und Patienten unter anderem über den IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes Bund zur Verfügung.

Der Bundesregierung liegen keine systematischen statistischen Erkenntnisse über die flächendeckende Einhaltung dieser Dokumentationspflichten im Praxisalltag vor. Die bestehenden gesetzlichen Instrumente des BGB sowie des Bundesmantelvertrags-Ärzte bieten bei Verstößen bereits weitreichende Sanktions- und Haftungsmöglichkeiten. Weitergehende regulatorische Maßnahmen zur Einführung starrer, standardisierter Dokumentationsvorgaben, auch im Hinblick auf möglichst bürokratiearme Praxisabläufe, plant die Bundesregierung derzeit nicht.

17. Welche Möglichkeiten haben Patientinnen und Patienten derzeit, eine unzureichende oder fehlerhafte ärztliche Aufklärung im Zusammenhang mit IGeL nachzuweisen (und eine Zurückzahlung der Aufwendungen für IGeL verlangen zu können), und sind diese Möglichkeiten aus Sicht der Bundesregierung ausreichend?
- a) Hält die Bundesregierung die bestehenden zivilrechtlichen Möglichkeiten für ausreichend, damit Patientinnen und Patienten eine unzureichende oder fehlerhafte Aufklärung im Zusammenhang mit IGeL wirksam geltend machen können, oder sieht sie Bedarf für weitergehende Dokumentations- oder Beweiserleichterungen?

Die Fragen 17 und 17a werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das geltende Zivilrecht bietet Patientinnen und Patienten bereits wirksame Instrumente, um eine unzureichende oder fehlerhafte Information und Aufklärung im Zusammenhang mit IGeL geltend zu machen und finanzielle Ansprüche durchzusetzen.

Wurde die wirtschaftliche Informationspflicht nach § 630c Absatz 3 BGB, also die rechtzeitige Information über die Kosten in Textform, verletzt, ist der Behandlungsvertrag zwar wirksam, die oder der Behandelnde macht sich jedoch nach § 280 Absatz 1 BGB schadenersatzpflichtig. Die Patientin oder der Patient ist dann im Wege des Schadensersatzes so zu stellen, als hätte sie oder er die Vereinbarung nicht getroffen, was in der Praxis einem Anspruch auf Rückzahlung des Honorars entspricht.

Die Beweislast für das Vorliegen der Informationspflichtverletzung trägt die Patientin oder der Patient (vergleiche Staudinger/Gutmann (2021), § 630c Rn. 160).

Wurde die Aufklärungspflicht nach § 630e BGB verletzt, die nach Absatz 1 Satz 3 auch den Hinweis auf Alternativen zur Maßnahme umfasst, kommt ebenfalls grundsätzlich ein Schadensersatzanspruch nach § 280 Absatz 1 BGB in Betracht. Im Hinblick auf die Aufklärungspflicht hat der Behandelnde die ordnungsgemäße Erfüllung zu beweisen, § 630h Absatz 2 BGB.

Die bestehenden Beweislastregeln sind aus Sicht der Bundesregierung sachgerecht. Weitergehende Dokumentations- oder Beweiserleichterungen erscheinen insoweit nicht erforderlich. Betroffene können sich zur Durchsetzung ihrer Ansprüche an die Schlichtungsstellen der Landesärztekammern wenden oder den zivilrechtlichen Klageweg beschreiten.

- b) Sieht die Bundesregierung Bedarf, Patientinnen und Patienten vor der Inanspruchnahme kostenintensiver oder medizinisch umstrittener IGeL einen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung oder unabhängige Beratung einzuräumen?

Einen gesetzlichen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung oder Beratung speziell vor der Inanspruchnahme von IGeL plant die Bundesregierung derzeit nicht. Das Instrument der Zweitmeinung ist nach § 27b SGB V gezielt für bestimmte, meist planbare und schwerwiegende Eingriffe im Rahmen der GKV vorgesehen. Bei IGeL handelt es sich um private Wahlleistungen außerhalb des GKV-Systems. Patientinnen und Patienten steht es jedoch jederzeit frei, auf eigene Kosten eine Zweitmeinung einzuholen oder kostenfreie, unabhängige Beratungsangebote – wie die der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland oder den IGeL-Monitor – zur Entscheidungsfindung zu nutzen.

- 18. Welche Sanktionsmöglichkeiten bestehen nach geltendem Recht, wenn Ärztinnen und Ärzte ihren vertraglichen Verpflichtungen (insbesondere im Rahmen schriftlicher Behandlungsverträge) oder ihren gesetzlichen Aufklärungspflichten nicht nachkommen, hält die Bundesregierung die Sanktionsmöglichkeiten für ausreichend, und wenn nein, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zusätzlich?

Auf die Antworten zu den Fragen 8 und 25 bis 29 wird verwiesen.

- 19. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Anzahl von Beschwerden im Zusammenhang mit IGeL bei Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, Verbraucherzentralen oder Krankenkassen vor, und welche Schlüsse zieht sie daraus?

Der Bundesregierung liegen keine validen Daten zur konkreten Anzahl von Beschwerden vor.

20. Mit welchen Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, sicherzustellen, dass die für die Durchführung von IGeL, einschließlich der erforderlichen Aufklärungsgespräche, aufgewendete ärztliche Arbeitszeit nicht zulasten der Behandlungszeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geht?

Die Bundesregierung hat keine eigene Möglichkeit, aufsichtsrechtlich gegenüber Vertragsärztinnen und Vertragsärzten tätig zu werden, die gegen die berufs- oder vertragsarztrechtlichen Vorschriften verstoßen. Es wird insoweit auf die Vorbemerkung verwiesen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die vertragsärztlichen Versorgungsaufträge zu prüfen und die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen den Landes- und Zulassungsausschüssen und für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahrs zu übermitteln.

21. Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass nach dem IGeL-Report 2024 (s. Vorbemerkung der Fragesteller) rund 0,5 Mrd. Euro jährlich für IGeL-Leistungen ausgegeben werden, die vom IGeL-Monitor mit „unklar“, „tendenziell negativ“ oder „negativ“ bewertet werden?

Aus Sicht der Bundesregierung deutet dieses Ausgabenvolumen auf eine unzureichende Umsetzung der Aufklärungspflichten in den Praxen hin. Die Bundesregierung setzt daher auf einen verstärkten Patientenschutz durch unabhängige Aufklärung über das Internetportal gesund.bund.de und dem consequenten Nachgehen von Verstößen bei Verkaufsgesprächen durch die Landesärztekammern.

22. Sieht die Bundesregierung regulatorischen Handlungsbedarf hinsichtlich des Angebots von IGeL-Leistungen, die vom IGeL-Monitor mit „tendenziell negativ“ oder „negativ“ bewertet werden, und wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung sieht derzeit keinen neuen bundesgesetzlichen Regelungsbedarf, da der bestehende Rechtsrahmen (§§ 630c, 630e BGB sowie § 8 MBO-Ä) den Patientenschutz bereits vollumfänglich und lückenlos normiert. Die Überwachung und Sanktionierung von Verstößen gegen diese Aufklärungspflichten liegt in der Zuständigkeit der Landesärztekammern. Ein pauschales gesetzliches Verbot von Leistungen würde unzulässig in die ärztliche Therapiefreiheit und in das Recht der Patientinnen und Patienten auf informationelle Selbstbestimmung eingreifen.

23. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Befund des IGeL-Reports 2024 (s. Vorbemerkung der Fragesteller), dass Frauen in allen Altersgruppen häufiger IGeL in Anspruch nehmen als Männer, und sieht die Bundesregierung Hinweise auf geschlechtsspezifische Vermarktungs- oder Angebotsstrukturen im Bereich individueller Gesundheitsleistungen?

Die Bundesregierung hat keine eigenen belastbaren Erkenntnisse oder Statistiken im Sinne der Fragestellung.

- b) Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten – insbesondere ältere Menschen, chronisch Kranke oder Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz – überdurchschnittlich häufig IGeL in Anspruch nehmen oder besonders häufig von problematischen Angeboten betroffen sind?

Die Bundesregierung hat keine eigenen belastbaren Erkenntnisse oder Statistiken im Sinne der Fragestellung.

24. Inwieweit sieht die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen der Umsatzstärke einzelner Facharztgruppen im IGeL-Bereich und möglichen wirtschaftlichen Anreizen bei der Leistungserbringung?

Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Erkenntnisse oder Statistiken im Sinne der Fragestellung vor, die eine fundierte Bewertung wirtschaftlicher Anreize für einzelne Leistungen aufgrund der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erlauben würden.

Der IGeL-Report 2024 verweist ebenfalls darauf, dass diese Leistungen nicht zentral erfasst werden und es somit weder eine vollständige Auflistung aller IGeL noch eine Übersicht über das Umsatzvolumen gibt.

25. Welche Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, werden nach Kenntnis der Bundesregierung auch als IGeL angeboten?
26. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, dass Patientinnen und Patienten für medizinisch notwendige diagnostische Leistungen selbst aufkommen mussten, obwohl ein Anspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung bestand, etwa für Mammasonografien oder andere Ultraschalluntersuchungen bei konkretem Krankheitsverdacht?
27. Wie häufig werden nach Kenntnis der Bundesregierung Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung als IGeL angeboten, und welche Umsätze (bundesweit und aufgeschlüsselt nach Bundesländern und medizinischen Fachgruppen) werden aus diesen Leistungen erzielt?
28. Auf welcher Grundlage erfolgen diese Angebote von Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung als IGeL, und wie bewertet die Bundesregierung diese Angebote?
29. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass es einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten gemäß § 18 des Bundesmantelvertrags-Ärzte darstellt, wenn Versicherte dahin gehend beeinflusst werden, anstelle ihnen zustehender Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eine als IGeL angebotene Versorgung in Anspruch zu nehmen?

Die Fragen 25 bis 29 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat keine eigenen belastbaren Erkenntnisse oder Statistiken im Sinne der Fragestellung.

Die IGeL sind medizinische Leistungen, die regelmäßig nicht zum festgeschriebenen Leistungsumfang der GKV gehören und folglich nicht über den Einheit-

licher Bewertungsmaßstab abgerechnet werden können und daher auch nicht von den Krankenkassen für ihre Mitglieder übernommen werden müssen.

Bieten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte gesetzlich Versicherten notwendige medizinische Leistungen, die zum festgeschriebenen Leistungsumfang der GKV gehören, nur als Selbstzahlerleistung beziehungsweise nur eine Behandlung in einer Selbstzahlersprechstunde an, verstoßen sie nach Auffassung der Bundesregierung gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten. Die Vorschrift des § 128 Absatz 5a SGB V wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) eingeführt. Mit dieser Vorschrift wurde gesetzlich klargestellt, dass die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der GKV und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Leistung zu bewegen, einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellt.

Vor diesem Hintergrund liegt eine unzulässige Beeinflussung auch dann vor, wenn die Vergabe eines zeitnahen Termins von der Inanspruchnahme einer sogenannten Selbstzahlersprechstunde abhängig gemacht wird, deren Kosten die Patientinnen oder Patienten dann selbst tragen müssen.

Es gehört zu den Aufgaben der als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Landesaufsicht stehenden KVen, die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen und bei Verstößen geeignete Disziplinarmaßnahmen nach § 81 Absatz 5 SGB V zu ergreifen. In gravierenden Fällen kommt die Entziehung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss nach § 95 Absatz 6 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 27 Satz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in Betracht (vergleiche Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 30. Oktober 2002 – L 11 KA 94/02, BeckRS 2009, 61737).

30. Welche konkreten Möglichkeiten zur Beschwerde und Rechtsdurchsetzung stehen Patientinnen und Patienten zur Verfügung, wenn ihnen vertragsärztliche Leistungen unzulässigerweise nur gegen Selbstzahlung angeboten oder verweigert werden?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und auf die Antwort zu Frage 17 verwiesen.

31. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um sicherzustellen, dass medizinisch notwendige Leistungen regelhaft als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und nicht unzulässig als IGeL angeboten werden?

Derzeit sind keine gesetzlichen Maßnahmen geplant. Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

32. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag zur Einführung eines verbindlichen und einheitlichen Muster-Behandlungsvertrags für IGeL, der insbesondere klar ausweist, ob die jeweilige Leistung bei anderen Leistungserbringenden mit entsprechender Zulassung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann?

Der Bundesregierung liegt ein solcher Vorschlag nicht vor. Eine entsprechende Regelung würde sich jedenfalls nicht in das BGB einfügen. Auch ein Vertrag über IGeL ist ein Behandlungsvertrag. Die Forderung einer darüberhinausgehenden Regelung eines eigenen Formularvertrags kann nicht nachvollzogen

werden. Ein einheitliches Muster für alle Verträge über IGeL kommt nicht in Betracht, da sich die Leistungen ganz erheblich voneinander unterscheiden und die Bereitschaft zur Kostenübernahme vom individuellen Versicherungsverhältnis (etwa bei der Vereinbarung von Zusatzleistungen) abhängt. Zudem bleibt völlig offen, welche Stelle solche Muster-Behandlungsverträge in welchem Verfahren entwerfen soll.

