

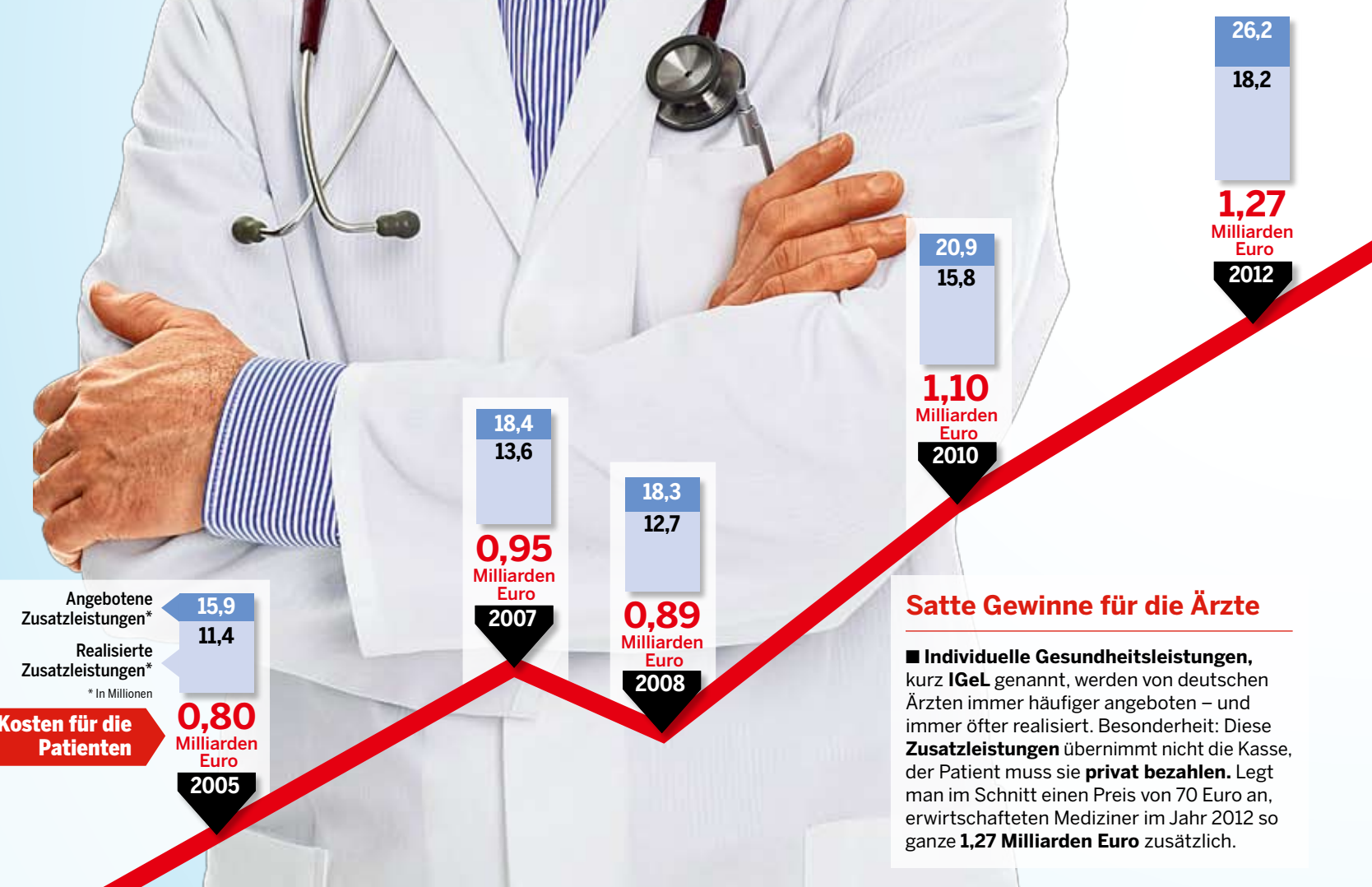


Pharmazeut  
**Prof. Gerd Glaeske**  
Exklusiv in **HÖRZU**

# Zur Kasse, bitte!

**Krämer in Weiß**  
Wenn der Arzt zum Verkäufer wird, ist Skepsis geboten

## DIE GROSSE ABZOCKE



### Satte Gewinne für die Ärzte

■ **Individuelle Gesundheitsleistungen**, kurz **IGeL** genannt, werden von deutschen Ärzten immer häufiger angeboten – und immer öfter realisiert. Besonderheit: Diese **Zusatzleistungen** übernimmt nicht die Kasse, der Patient muss sie **privat bezahlen**. Legt man im Schnitt einen Preis von 70 Euro an, erwirtschafteten Mediziner im Jahr 2012 so ganze **1,27 Milliarden Euro** zusätzlich.

Viele Ärzte überreden Patienten zu Extraleistungen, die privat zu zahlen sind – und oft unnötig. So schützen Sie sich vor den **Tricks der Mediziner**

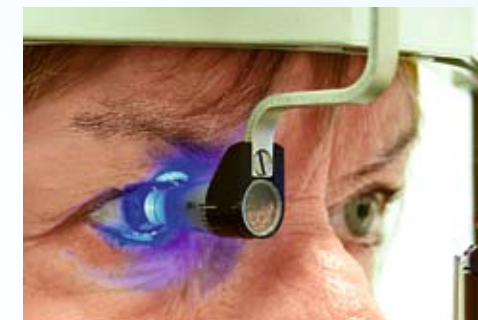
**R**eine Routine, denkt Sigrid Bens\*, als sie sich bei ihrem Augenarzt einem Check unterzieht. Krank ist die 75-jährige Münchnerin zwar nicht, wegen ihrer Kurzsichtigkeit will sie aber auf Nummer sicher gehen. Schon bei der Anmeldung bittet die Sprechstundenhilfe sie zur Augeninnendruckmessung, ein Verfahren zur Früherkennung von grünem Star. Kosten: 20 Euro, die die Rentnerin per Vorkasse zahlen soll. Für Sigrid Bens eine scheinbar notwendige Maßnahme. Sie zückt bereitwillig ihr Portemonnaie, blättert das Geld auf den Tisch, erhält eine Quittung und verschwindet im Untersuchungszimmer.

Über 350 dieser „Individuellen Gesundheitsleistungen“, kurz IGeL, bieten deutsche Ärzte in ihren Praxen an. Eine kostspielige Sache – für Patienten. Denn sie müssen die Angebote selbst bezahlen. Ein lukratives Geschäft – für Mediziner. Sie nehmen dank solcher Leistungen pro Jahr über eine Milliarde Euro zusätzlich ein (s. Grafik links). Von anderen einträglichen Geschäftsfeldern ganz zu schweigen. In deutschen Praxen scheint Gewinnmaximierung immer wichtiger zu werden. Zulasten des Patientenwohls?

### Geschäft mit der Angst

**Machen Zusatzleistungen uns gesünder?** „Nein. Denn sie sind meines Erachtens völlig überflüssig“, sagt Hausarzt Dr. Wolfgang Blank. „Alles medizinisch Notwendige ist über die Kassen abgedeckt.“ Blanks Praxis in Kirchberg im Bayerischen Wald ist seit Lan-

\* Name von der Redaktion geändert



**Augen auf** Die Messung des Augeninnendrucks zählt zu den häufigsten Offerten aus dem IGeL-Katalog

gem eine „IGeL-freie Zone“. Auf Nachfrage bietet der Allgemeinmediziner allenfalls Atteste für den Tauchurlaub, für Behörden oder reisemedizinische Beratung an. Fälle wie jenen von Sigrid Bens betrachtet er mit Argwohn: „Ich kenne keine Früherkennungsuntersuchung, die als IGeL sinnvoll ist.“ Im Gegenteil. Mitunter richten diese sogar Schaden an. Beispiel: der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs. Wegen mangelnder Zuverlässigkeit ist er unter Experten sehr umstritten: Laut neuesten Studien können daraus Fehldiagnosen und falsche Therapieentscheidungen entstehen. Eine vorschnelle OP aber bedeutet für manchen Mann lebenslang Inkontinenz oder Impotenz.

Auf der sicheren Seite sind Patienten immer mit jenen Gesundheits-Checks, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen (siehe Kasten Seite 8). Denn bei ihnen wurden Notwendigkeit und Nutzen in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen.

Prof. Gerd Glaeske, Pharmazeut und Forscher am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, ist deshalb überzeugt: „Das IGeL-Geschäft ist reine Geldschneiderei.“ Er schränkt ein, es gebe in einzelnen Fällen natürlich auch Leistungen, die dem einen oder anderen Patienten helfen könnten.

Ein Beispiel wäre Lichttherapie bei Winterdepression. Diese Behandlung wird auch auf der Beratungswebsite [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de) positiv eingestuft. Das kostenlose Bewertungsportal hilft Patienten durch den IGeL-Dschungel. Nützliche Tipps zum Thema gibt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Wer persönlich informiert werden will, findet Hilfe bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

Auch Sigrid Bens wandte sich an diese Adresse, nachdem sie gelesen hatte, der Nutzen von Messungen des Augeninnendrucks sei äußerst fraglich: „Ich fühlte mich komplett verunsichert und über den Tisch gezogen.“ Zumal es bei ihr kein Vorgespräch, keine Informationen, keine Beratung gab. „Hier liegen eklatante Verstöße vor“, kritisiert Patientenberaterin Andrea Fabris. Der Arzt müsse vorab persönlich über Zweck, Preis und mögliche Risiken der Behandlung aufklären. All das fand bei Sigrid Bens jedoch nicht statt. „Genau genommen ist das Körperverletzung“, sagt die studierte Juristin Fabris. Schließlich bedarf jede ärztliche Untersuchung einer Einwilligung des Patienten, ansonsten ist sie nach Paragraph 223 des Strafgesetzbuches sogar strafbar. Um überhaupt einwilligen zu können, muss der Patient aber aufgeklärt worden sein. Das ist in vielen deutschen Praxen leider immer noch nicht üblich.

Dass IGeL-Leistungen unterdessen zum gut organisierten Geschäftsmodell avanciert sind, verrät ein Blick hinter die Kulissen: ▶

**50%** aller Patienten fühlen sich vom Arzt schlecht über Zusatzleistungen informiert





**Pillenirrsinn**  
90 Prozent der neuen Arzneimittel wirken nicht besser als die vorhandenen, sind aber meist deutlich teurer

Sabine Gebert\* (29) ist Arzthelferin und erinnert sich noch genau an ihre Ausbildung beim Gynäkologen: „Wir bekamen dort sogar Fangprämien und wurden am Umsatz beteiligt. Bis zu 100 Euro landeten pro Helferin im Quartal in der Kaffeekasse. Von dem Geld sind wir dann schön essen gegangen.“ Diesen Umgang mit IGel-Leistungen sieht sie heute kritisch. Etwa die Machenschaften eines Orthopäden, für den sie später arbeitete. Der Arzt habe, so sagt sie, vor allem Senioren das Geld förmlich aus der Tasche gezogen. Zwackte es etwa im Kreuz, habe er vorzugsweise teure Wasserbettmassagen verordnet. „Das war nicht korrekt. In den meisten Fällen hätte es auch einfach eine Wärmflasche getan.“

Die Profitgier solcher Ärzte droht nun die Glaubwürdigkeit eines ganzen Berufsstandes zu untergraben. Dass Mediziner unternehmerisch denken müssen, ist durchaus verständlich. Bleibt jedoch das Patientenwohl auf der Strecke, sind Grenzen erreicht.

### Pillen ohne Nutzen

**Auch auf dem Arzneimittelmarkt gibt es bedenkliche Grauzonen.** Jedes Jahr werden zahlreiche neue Medikamente eingeführt. Als renommierter Pharmazeut kennt Prof. Glaeske die Branche wie kein Zweiter. Im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) erarbeitete er mit seinem Team den Innovationsreport 2013 – und stellt darin fest: Lediglich zwei der 23 jüngst auf den deutschen Markt gekommenen Arzneimittel nützen den Patienten tatsächlich mehr als herkömmliche Präparate mit gleichem Wirkstoff. Eine echte Inno-

„In den Praxen gab es Fangprämien.“

Sabine Gebert\*, Arzthelferin

vation ist etwa „Brilique“, ein Präparat zur Verhinderung von Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch das Mittel „Revolade“ zur Behandlung von Blutungsstörungen schnitt relativ gut ab. 14 Mittel hingegen floppten in der Studie total: kein Mehrwert für die Gesundheit, wohl aber für die Pharmafirmen. Sie verdienen prächtig, denn drei Viertel aller Neuzugänge sind teurer als die älteren Pendanten. Von den Ärzten werden sie trotzdem massenweise verordnet. Glaeske sieht hier Aufklärungsbedarf: „Viele Mediziner sitzen dem Missverständnis auf, Neues sei generell besser.“ Interessant: In den neuen Bundesländern werden überbeuerte Innovationen deutlich häufiger verordnet

als im Rest der Republik. Warum, ist bisher unklar. Der Forscher hat eine Vermutung: Im Osten sei heute noch eher der unerschütterliche Glaube an gute Forschung verankert. Dabei bergen gerade Neuheiten eine große Gefahr: In ihnen können Risiken lauern. Zwar werden neue Arzneimittel im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach ihrem Innovationswert beurteilt. Glaeske warnt jedoch: Erst nach längerer, breiter Anwendung zeige sich, welche Nebenwirkungen es insgesamt geben könne. Deshalb sei bei vielen Mitteln eine weitere, spätere Bewertung vonnöten.

Das ist auch im Interesse der gesetzlichen Krankenkassen, die ihre Budgets für Arzneimittel gern einschränken möchten. Schließ-

lich müssen sie gut wirtschaften mit den Beitragsgeldern der Versicherten. Diese werden bei vielen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln allerdings zusätzlich zur Kasse gebeten: mit zehn Prozent des Preises, mindestens jedoch mit fünf, maximal mit zehn Euro. Beispiel: Bei einem Medikament, das 400 Euro kostet, muss der Patient zehn Euro aus eigener Tasche zahlen. Ein neues Verfahren soll nun verhindern, dass die Kosten explodieren. Nach dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts (AMNOG) müssen Pharmafirmen bei Neuheiten einen Zusatznutzen nachweisen, bevor sie mit den Krankenkassen einen angemessenen Preis aushandeln können. Versicherte werden somit vor teuren Scheininnovationen geschützt, die Kosten gesenkt. Gegriffen hat die Preisbremse bereits: 120 Millionen Euro konnten die Kassen so bereits einsparen. Ein Tropfen auf den heißen Stein – verschwinden doch anderswo im Nirwana des Gesundheitssystems Unsummen, weil sich Scharlatane auf Kosten anderer bereichern.

„Jede zehnte Klinikrechnung ist fehlerhaft.“

Prof. Gerd Glaeske, Gesundheitsforscher

### Abrechnungsbetrug

**Beliebter Trick: getürkte Rechnungen.** Veronica Mächler\* (45) trifft fast der Schlag, als sie einen Blick auf ihre Zahnarztrechnung wirft: Knapp 1500 Euro soll sie für ihre letzte Behandlung berappen. Als die 45-Jährige die einzelnen Positionen gründlich prüft, kommt sie ins Stutzen. Es sind zwei Überkronungen aufgeführt – dabei hatte sie lediglich zwei Zahnfüllungen bekommen. Fraglich auch, wie die Laborkosten zustande kamen. Mächler ist empört und wendet sich an die Patien-

tenberatung. „Es scheint sich hier um eine falsche Rechnung zu handeln“, sagt Beraterin Andrea Fabris und empfiehlt, nicht zu bezahlen, bevor Näheres geklärt ist. Die Sache fliegt auf, als Veronica Mächler ihre Zahnärztin um eine gesonderte Laborrechnung bittet, denn man kann ihr keine vorlegen. Wie auch. Das Labor war in die Behandlung gar nicht involviert. Das Material für die Füllungen wurde direkt in der Praxis angemischt. Merke: Ein Blick in die Abrechnung lohnt sich allemal. Bei Unregelmäßigkeiten sollte man jedoch nicht sofort bewusste Manipulation unterstellen.

Meist sind es die Kassen, denen Unstimmigkeiten auffallen und die bei Betrugsverdacht auch Anzeige erstatten. Im vergangenen Jahr wurde allein in Thüringen gegen 85 Heilberufler ermittelt – das sind fast doppelt so viele wie 2011. Die Organisation Transparency International schätzt, dass den gesetzlichen Krankenkassen durch Manipulation, Betrug und Schlamperei jährlich ein Schaden in zweistelliger Milliardenhöhe entsteht. „Es gibt eine hohe Intransparenz in unserem Abrechnungsmarkt“, kritisiert auch Prof. Gerd Glaeske. Ein Scharlatan kann, wenn er es darauf anlegt, Fantasietherapien abrechnen oder sogar Rezepte für Verstorbene ausstellen, ohne damit zwangsläufig aufzufliegen.

Mittlerweile wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, eigene Spezialabteilungen aufzubauen, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufzudecken. Diese „Task Forces“ wurden im Kampf gegen Betrug und Schlamperei mächtig aufgerüstet. Ihr Augenmerk liegt vor allem auf Kliniken, denn diese sind für die Kassen Kostenfaktor Nummer eins.

Bei der Techniker Krankenkasse (TK) werden unterdessen etwa 2000 Fälle pro Jahr bearbeitet. Ein Detektivteam fahndet hier mithilfe modernster Software nach Fehlern. Diese erkennt typische Betrugsmuster und schlägt dann sofort Alarm. Das zahlt sich aus: Im Jahr 2010 konnte die TK allein von Krankenhäusern, die nicht korrekt abgerechnet hatten, 107 Millionen Euro zurückfordern. Auch Prof. Gerd Glaeske schätzt: „Etwa jede zehnte Klinikabrechnung ist fehlerhaft.“

Übrigens: Jeder Patient kann selbst prüfen, was Ärzte seiner Kasse in Rechnung gestellt haben. Und jeder kann dadurch mithelfen, Fehler zu entlarven. Auf Anfrage stellen die Krankenversicherer kostenlos eine so-



**Vertrauen** Jeder Patient hat das Recht, von seinem Arzt profund und ausführlich beraten zu werden

nannte Patientenquittung aus, die über ärztliche Leistungen sowie Arzneimittelkosten der letzten 18 Monate informiert. Bei den meisten Kassen muss man sie beantragen und erhält sie per Post. Bei einigen hat man sogar online Zugriff auf die Daten.

Veronica Mächler ist froh, dass sie bei der Zahnarztrechnung nachhakte und Widerspruch einlegte. Das hat sich für sie gelohnt: Nun muss sie nur den unstrittigen Teil der Rechnung bezahlen. Alles Weitere klärte ihre Kasse direkt mit dem Arzt. „Jeder sollte sich gegen die Abzocke beim Arzt wehren“, sagt Mächler kampfeslustig. Den Preis zahle sonst der Patient. Am Ende vielleicht sogar mit seiner Gesundheit. ANNE-KATHRIN HASSE

**FR 19.7.** HR 11.35 UHR  
SERVICE: GESUNDHEIT Ratgebermagazin rund um Medizinfragen. Moderiert von Anne Brüning

## Diese Leistungen sind sinnvoll

■ Diese Check-ups, auf die Sie als gesetzlich Versicherter Anspruch haben, sind empfehlenswert und können Leben retten

- ➔ **HAUSARZT** Ab 35 sollten sich sowohl Frauen als auch Männer alle zwei Jahre einer Untersuchung unterziehen, die zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenleiden sowie von Diabetes dient.
- ➔ **UROLOGE** Ab 45 Jahren ist für jeden Mann jährlich eine Tastuntersuchung von Lymphknoten und Prostata sinnvoll. Sie stellt eine wichtige Krebsvorsorge dar.
- ➔ **GASTROENTEROLOGE** Ab 50 Jahren: Darmkrebsvorsorge (Test auf verborgenes

- Blut im Stuhl), bis 54 jährlich, danach alle zwei Jahre. Ab 55: alle zehn Jahre zusätzlich eine Darmspiegelung vornehmen lassen.
- ➔ **FRAUENARZT** Ab 20 sollte sich jede Frau jährlich einer Untersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs unterziehen (mittels Abstrich). Ab 30: jährlich Brustkrebsvorsorge durch Abtasten. Ab 50: alle zwei Jahre zum Mammografie-Screening.
- ➔ **HAUTARZT** Ab 35 steht hier alle zwei Jahre eine Ganzkörperuntersuchung der

**Kontrolle**  
Auch wer sich körperlich fit fühlt, sollte sich beim Arzt regelmäßig einem Check unterziehen



Haut auf Krebs an. Achtung: bitte auch die Kopfhaut begutachten lassen!

- ➔ **ZAHNARZT** Ab 18: zweimal jährlich zur Zahnvorsorgeuntersuchung. Bei einem lückenlos geführten Bonusheft steigen dann auch die Zuschüsse zu Zahnersatz: Wer jährlich einen Kontrolltermin nachweisen kann, bekommt nach fünf Jahren 20 Prozent, nach zehn Jahren sogar 30 Prozent Bonus von der Kasse.
- ➔ **AUGENARZT** Auch für Menschen ohne Brille gilt: Ab 40 Jahren bitte alle zwei Jahre zum Check-up und Sehtest!

FOTOS: S. 6-7: SANDKÖHLER/JUMP (GR.), DPA PICTURE-ALLIANCE; S. 8-9: RATHS/CLIPDEALER, DDP, TACK/JULLSTEIN BILD