

Individuelle Gesundheitsleistungen in der Radiologie

I. Einleitung

Seit Einführung des Konzepts der individuellen Gesundheitsleistungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 1987 hat sich der Begriff der sogenannten IGeL-Leistung als Bezeichnung für ambulante, vom gesetzlich versicherten Patienten selbst zu zahlende Wunschleistungen etabliert.

Diese Leistungen werden weder zentral erfasst, noch gibt es eine vollständige Auflistung aller Leistungen sowie deren konkrete Kosten. Um den Versicherten einerseits ein wissenschaftlich fundiertes Informationsportal zu bieten und andererseits Transparenz in das Angebot auf dem Markt zu bringen, hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (seit dem 01.01.2022 Medizinischer Dienst Bund) das Projekt „IGeL-Monitor“¹ im Jahr 2012 ins Leben gerufen. Er soll Versicherte umfassend informieren und diese bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützen.

Soweit Ärzte ihren Patienten IGeL-Leistungen anbieten sind insbesondere im Hinblick auf § 128 Abs. 5a SGB V einige Rahmenbedingungen zu beachten. Denn gemäß § 128 Abs. 5a SGB (gleichlautend mit § 18 Abs. 8 S. 1 BMV-Ä) verstoßen Vertragsärzte, „die [...] Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, [...] gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.“

In der Radiologie stellen IGeL-Leistungen eher die Ausnahme dar, zumal für die Durchführung von radiologischen Leistungen zusätzlich die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) zu beachten sind. Insbesondere für den Bereich von sog. Früherkennungsmaßnahmen mittels Röntgenstrahlen sieht § 84 Abs. 1 StrlSchG vor, dass diese nur zulässig sind, wenn eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit dies vorsieht (§ 84 Abs. 2 StrlSchG).

II. Definition

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) sind ärztliche Leistungen, die nicht zum Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, das heißt für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind, die dennoch vom gesetzlich versicherten Patienten nachgefragt werden und die ärztlich empfehlenswert oder, je nach Intensität des Patientenwunsches, zumindest ärztlich vertretbar sind.

Dabei handelt es sich nicht um einen medizinischen Begriff, sondern um eine ausschließlich leistungsrechtliche Abgrenzung. Diese leistungsrechtliche Abgrenzung der IGeL-Leistungen von den Leistungen der GKV ist insofern erforderlich, als ein abschließender GKV-Leistungskatalog, der im Sinne einer Positivliste Inhalt und Umfang der GKV-Leistungspflicht bis ins Einzelne regelt, nicht existiert.

Nicht vom festgelegten Umfang der vertragsärztlichen Versorgung umfasst sind die in § 3 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä, gleichlautend mit § 2 Abs. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen) aufgelisteten Leistungen. Dieser Positivkatalog der von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossenen Leistungen ist jedoch nicht abschließend, wie sich bereits aus dessen Wortlaut ergibt („[...] gilt insbesondere für folgende Leistungen“). Dazu zählen beispielsweise ärztliche Bescheinigungen, Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (einschließlich Sporttauglichkeit) sowie auch Leistungen, für die ein anderer Träger, zum Beispiel Unfall- oder Rentenversicherungsträger zuständig ist.

Gemäß § 3 Abs. 1 BMV-Ä umfasst die vertragsärztliche Versorgung ebenfalls keine Leistungen, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach der Entscheidung des



Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)² in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen wurden.

Eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit dem Angebot von IGeL-Leistungen kommt dabei den Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 5 SGB V zu. Nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV nur erbracht werden, wenn der G-BA diese in die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methode vertragsärztliche Versorgung) aufgenommen hat.

Eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist „die auf einem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept beruhende systematische Vorgehensweise bei der Untersuchung und Behandlung einer Krankheit“³. Neu ist eine Methode, wenn sie bisher überhaupt nicht oder zumindest nicht in dieser Form Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung war (sog. formelle Begriffsbestimmung)⁴. Der Begriff der Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist umfassender

- 2 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird als höchstes Beschlussgremium im deutschen Gesundheitswesen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gebildet.
- 3 Schmidt-De Caluwe in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 135 Rn. 7
- 4 Schmidt-De Caluwe in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 135 Rn. 7

¹ <https://www.igel-monitor.de>

als derjenige der ärztlichen Leistung gemäß § 87 SGB V. Die ärztliche Leistung ist oftmals nur Bestandteil eines methodischen Konzepts und erfüllt somit nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung als Methode und kann folglich auch ohne Entscheidung des G-BA vom Bewertungsausschuss in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden. Vom Leistungsbegriff des § 3 Abs. 2 BMV-Ä ist die einzelne ärztliche Leistung gemäß § 87 SGB V allerdings ebenso umfasst.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ebenfalls keine Leistungen, die zwar als solche im GKV-Leistungskatalog abgebildet sind, jedoch bezogen auf den Einzelfall keine – wie für die vertragsärztliche Leistungserbringung gefordert – medizinische Indikation zur Durchführung dieser Leistung vorliegt. Diese Leistungen können nur im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung erbracht werden, über die mit dem Versicherten vor Behandlungsbeginn ein schriftlicher Behandlungsvertrag über die voraussichtlichen Kosten abgeschlossen werden muss (§ 3 Abs. 1 BMV-Ä). Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich hinsichtlich einzelner Indikationen von der vertragsärztlichen Leistung ausgeschlossen sind, zum Beispiel bei Leistungen außerhalb eines vorgesehenen Früherkennungsprogramms (Screening). Ob eine entsprechende medizinische Indikation für eine GKV-Leistung vorliegt, kann in vielen Fällen erst nach einer ärztlichen Anamnese festgestellt werden.

III. Rechtliche Rahmenbedingungen

Da auch beim Angebot individueller Gesundheitsleistungen der ärztlichen Verantwortung gegenüber den Patienten Rechnung getragen werden muss, damit diese auch bei medizinisch nicht notwendigen Leistungen nicht vom Patienten zum „Kunden“ werden, sind nach den Vorgaben der Bundesärztekammer auf Basis eines vom 109. Deutschen Ärztetag 2006 verabschiedeten Eckpunktepapiers besondere Rahmenbedingungen zu beachten. Insbesondere sind bei der Erbringung von IGeL-Leistungen vertragsarzt- und berufsrechtliche Rahmenbedingungen sowie die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes und die

Abrechnungsbestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu beachten, die nachfolgend genauer dargestellt werden.

1. Vertragsärztliche Vorgaben

Die Möglichkeit einer privatärztlichen Behandlung ist bei einem GKV-Patienten nach dem BMV-Ä nur dann gegeben, wenn der Patient vor Beginn der Behandlung die Leistung ausdrücklich verlangt, sog. „Leistungen, die vom Patienten nachgefragt werden“ (§ 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 2 BMV-Ä). Zu beachten ist hier, dass die Wahlmöglichkeit ausschließlich beim Patienten liegt. Auch wenn die Grenzziehung zwischen unbeflusstem Patientenwunsch und angebotsinduzierter Nachfrage in der Praxis schwierig sein dürfte, setzt die Rechtsprechung des BSG⁵ hier strenge Maßstäbe an. Insbesondere darf der Vertragsarzt keine Leistungen privatärztlich abrechnen, die seiner Ansicht nach unter GKV-Bedingungen unwirtschaftlich seien, denn das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zielt nicht auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung im Einzelfall ab. Daher ist auch eine Abspaltung einer GKV-Leistung in einen wirtschaftlichen und einen unwirtschaftlichen Teil und das Angebot des Letzteren als IGeL-Leistung unzulässig.

Für eine Leistung, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, ist vorher die schriftliche Zustimmung des Patienten einzuholen und dieser auf die Pflicht zur Kostenübernahme hinzuweisen (§ 18 Abs. 8 S. 3 Nr. 3 BMV-Ä). Dies erfordert einen schriftlichen Behandlungsvertrag gemäß § 630a BGB, der bestätigt, dass die Erbringung der Leistung auf eigenen Wunsch des Patienten erfolgt, dieser darüber informiert wurde, dass die Leistung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und er auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Soweit der GKV-Versicherte dahingehend beeinflusst wird, dass dieser anstatt der ihm zustehenden Leistung der GKV eine privatärztliche Leistung in Anspruch nimmt, liegt ein Verstoß gegen § 3 Abs. 8 S. 1 BMV-Ä (bzw. § 128 Abs. 5a SGB V) vor. Dies

kann allerdings nur anhand des konkreten Einzelfalls beurteilt werden und kann unter Umständen sogar zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung führen.

2. Berufsrechtliche Vorgaben

Wie alle beruflichen Leistungen der Ärzte unterliegt auch die Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen den allgemeinen Regeln und Pflichten der Berufsordnung der Ärzte. Die ärztliche Berufsausübung gestattet keine uneingeschränkte, freie unternehmerische Entfaltungsmöglichkeit, sondern unterliegt engen berufsspezifischen Regelungen. Gemäß § 11 Abs. 2 Musterberufsordnung (MBO) verbietet es der ärztliche Berufsauftrag, „*diagnostische oder therapeutische Methoden unter Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden*“. Ein Angebot von IGeL-Leistungen ist daher auch nur unter Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen möglich. Ein besonderes Augenmerk ist dabei einerseits auf die Möglichkeiten der Werbung und andererseits auf die Aufklärungspflicht zu richten.

Eine Patienteninformation mit sachlichem Inhalt, auch mit Hinweisen auf einzelne besondere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Rahmen des ärztlichen Fachgebiets, das heißt auch mit Hinweisen auf ein spezielles Angebot individueller Gesundheitsleistungen ist grundsätzlich möglich. Dies kann in unterschiedlichen Formen erfolgen, etwa in Gestalt von Praxis-Flyern oder der Praxis-Homepage. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die Grenze zur berufswidrigen und damit berufsrechtlich unzulässigen Werbung nicht überschritten wird. Gemäß § 27 Abs. 3 MBO ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung berufswidrig. Dabei ist darauf zu achten, dass das Angebot der speziellen IGeL-Leistungen nicht vor den sonstigen Angaben über Praxis und Tätigkeitsgebiet in den Vordergrund gerückt wird und an produktbezogene Werbung gekoppelt ist. Insbesondere sollte bei der Information über die Grenzen der GKV-Leistungspflicht bei IGeL-Leistungen darauf geachtet werden, dass die GKV-Leistungen nicht herabgewürdigt werden und dem Patienten suggeriert wird, diese seien

5 Urteil des BGS vom 14.03.2021, Az.: B 6 KA 36/00 R

insuffizient oder minderwertig. Zu beachten ist dabei, dass die Beurteilung darüber, ob es sich um eine irreführende und damit berufsrechtswidrige Werbung handelt aus der Sicht des Empfängerhorizonts, das heißt aus Sicht des Patienten, erfolgt.

Die Aufklärung über IGeL-Leistungen richtet sich nach den für die Patientenaufklärung allgemein geltenden Regeln (§ 630e BGB, § 8 MBO). Danach ist der Behandler verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend zur der in § 630e BGB und § 8 MBO normierten Aufklärungspflicht sollte die Aufklärung über individuelle Gesundheitsleistungen insbesondere die Begründung umfassen, weshalb diese nicht nur als medizinisch empfehlenswert, sondern auch als medizinisch zweckmäßig erachtet werden, obwohl diese nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten sind. Hier ist auf eine besonders genaue und transparente Darstellung der Indikation gegenüber dem Patienten zu achten. Denn nur so können die Patienten verstehen, dass keine entsprechende Indikation vorliegt und eigenverantwortlich über die Inanspruchnahme der jeweiligen Gesundheitsleistung entscheiden. Auch sollte dem Patienten vor der Behandlung eine ausreichende Bedenkzeit gewährt werden, vorzugsweise verbunden mit dem Hinweis auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung.

Insbesondere ist bei IGeL-Leistungen auch die wirtschaftliche Aufklärung zu beachten. Gemäß § 630c Abs. 3 BGB ist der Behandler verpflichtet, den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform zu informieren, wenn die vollständige Übernahme der Behandlungskosten nicht von einem Kostenträger übernommen wird. Da § 3 Abs. 1 BMV-Ä den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages vorschreibt, ist auch im Rahmen der Aufklärung die Schriftform erforderlich (§ 630c Abs. 3 S. 2 BGB, § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 3 BMV-Ä). Dies erfordert eine vom Patienten unterschriebene Vereinbarung, wobei die Verwendung von Formularen ebenfalls ausreichend ist. Eine unwirksame Vereinbarung führt hier zu einem Vergütungsausfall. Dem Patienten

steht aus der Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht ein Schadensersatzanspruch auf Freistellung bzw. Rückzahlung des ärztlichen Honorars zu.

Auch bei der Erbringung von IGeL-Leistungen sind die Gebietsgrenzen des jeweiligen Fachgebietes und der allgemein anerkannte fachliche Standard nach § 630a Abs. 2 BGB einzuhalten. Ebenso sollten die Leistungen nicht in Zusammenhang mit GKV-Leistungen erbracht werden, sondern möglichst getrennt von diesen. Allerdings ist die Ankündigung besonderer Sprechzeiten bei GKV-Patienten gemäß § 17 Abs. 2 S. 4 BMV-Ä nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig.

3. Strahlenschutzrechtliche Vorgaben

Leistungen, die mit ionisierenden Strahlen einhergehen, können gemäß § 83 Abs. 3 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) nur nach Stellung einer rechtfertigenden Indikation durchgeführt werden. Diese ist bei kurativen Maßnahmen, das heißt bei Leistungen, die auf die Heilung einer Erkrankung ausgerichtet sind, in der Regel gegeben. Problematisch kann dies allerdings bei rein präventiven Maßnahmen zur Früherkennung von Erkrankungen sein.

Gemäß § 84 Abs. 1 StrlSchG ist die Anwendung ionisierender Strahlung im Rahmen einer Früherkennungsmaßnahme – unter Umständen auch unabhängig von einer rechtfertigenden Indikation (§ 84 Abs. 5 StrlSchG) – zulässig, wenn diese durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) zugelassen ist. Gemäß § 84 Abs. 2 StrlSchG wird das BMU ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, welche Früherkennungsuntersuchung mittels Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe unter welchen Voraussetzungen zur Ermittlung einer nicht übertragbaren Krankheit für eine besonders betroffene Personengruppe zulässig ist, wie zum Beispiel die „Verordnung über die Zulässigkeit der Anwendung von Röntgenstrahlung zur Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen“. Eine einfache Vorsorgeuntersuchung dagegen verstößt gegen § 84 StrlSchG, es sei denn auch für diese ist eine

rechtfertigende Indikation gemäß § 83 Abs. 3 StrlSchG im Einzelfall gegeben.

4. Gebührenrechtliche Vorgaben

Individuelle Gesundheitsleistungen stellen eine privatärztliche Leistung dar, mit der Folge, dass bei Wahl einer privatärztlichen Leistung der GKV-Patient wie ein Privatpatient behandelt wird. Die Honorarabrechnung bei IGeL-Leistungen hat daher auf Grundlage der GOÄ zu erfolgen und muss somit die Anforderungen des § 12 GOÄ zur Abrechnung der Vergütung erfüllen. Der Ersatz von Auslagen gemäß § 10 GOÄ ist ebenfalls möglich. Besondere Aufmerksamkeit erhält bei IGeL-Leistungen die Möglichkeit der Analogbewertung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, da es sich bei diesen Leistungen ihrem Charakter nach vermehrt um Leistungen handelt, die nicht nur im EBM, sondern auch in der GOÄ nicht abgebildet sind. Dabei sind die allgemeinen Grundsätze der Analogbewertung, das heißt Leistungsbeschreibung und Angabe der „entsprechenden“ Leistungsziffer nach der GOÄ, einzuhalten. Im Übrigen sind die allgemeinen Grundsätze der privatärztlichen Abrechnung nach der GOÄ, insbesondere die Unzulässigkeit von Pauschalhonoraren gemäß § 2 Abs. 3 S. 1 GOÄ sowie die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung zu beachten. Die Steigerungssätze entsprechen ebenfalls denen einer privatärztlichen Leistung. Bei einer im Vorfeld der Leistungserbringung geschlossenen Honorarvereinbarung ist daher problematisch, dass die genaue Gebührenhöhe im Grunde erst nach Durchführung der Leistung ermittelt werden kann. Es kommt so zur Fixierung starrer Steigerungssätze, die eigentlich nicht der Zielsetzung des Gebührenrahmens der GOÄ entspricht. Darauf sollte zwingend bei deiner entsprechenden Honorarvereinbarung mit dem Patienten hingewiesen werden, bei der lediglich die „voraussichtlichen“ Gesamtkosten berechnet werden.

IV. Die IGeL-Leistungen in der Radiologie

Auf dem Fachgebiet der Radiologie können derzeit folgende Leistungen als IGeL-Leistungen erbracht werden.

1. Kurative Mammographie und Mammographie-Screening

Bei der Mammographie ist wie bei allen Früherkennungsmaßnahmen zunächst zwischen „kurativer“ und Screening- Mammographie zu unterscheiden. Während letztere als Screening für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren im Rahmen eines organisierten Früherkennungsprogramms erfolgt, wird die „kurative“ Mammographie als diagnostische Untersuchung bei konkreten Beschwerden, einem Verdacht auf einen konkreten Befund oder bei erhöhten Risikofaktoren (Vorliegen einer rechtfertigenden Indikation) durchgeführt.

Die Früherkennung des Mammakarzinoms ist als organisiertes Früherkennungsprogramm gemäß § 25a SGB V (sog. Mammographie-Screening) oder kurativ bei einer rechtfertigenden Indikation i. S. d. § 83 Abs. 3 StrlSchG Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Sie ist im EBM unter der GOP 01750 aufgeführt und somit in der GKV abrechenbar.

Untersuchungen, die auf Wunsch der Patientin zum Zwecke der Früherkennung ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise erbracht werden sollen, können derzeit nur im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Abrechnung der Leistung erfolgt in diesen Fällen über die GOÄ-Nr. 5265 (Mammographie einer Seite in einer Ebene) und GOÄ-Nr. 5266 (Mammographie einer Seite in zwei Ebenen). Für die digitale Vollfeld-Mammographie erfolgt eine Abrechnung ebenfalls nach GOÄ-Nr. 5266. Eine Analogbewertung ist hier nicht erforderlich. Als neueres Verfahren bietet sich hier auch die Tomosynthese an. Diese ist nach GOÄ Nr. 5290 je Seite abrechenbar. Die genannten Leistungen stellen dann bei GKV-Patienten IGeL-Leistungen dar und können als solche nach den oben dargestellten Grundsätzen durchgeführt und abgerechnet werden. Dennoch muss aus strahlenschutzrechtlichen Gründen auch für diese nach § 83 Abs. 3 StrlSchG eine rechtfertigende Indikation bestehen. Auch wenn bei Patientinnen unter 50 Jahren die Mammographie – abgesehen von invasiven diagnostischen Verfahren – das einzige Mittel der Wahl zur Erkennung eines Mammakarzinoms darstellt, verlangt diese

dennoch vom Arzt eine individuelle, patientenbezogene Risikoabwägung, bei der sämtliche entscheidungserheblichen Faktoren berücksichtigt werden.

2. Magnetresonanztomographie der Mamma

Alternativ zur Mammographie kann auch eine MRT der Mamma als Vorsorgeleistung durchgeführt werden. Diese ist vertragsärztlich nach EBM GOP 34431, allerdings nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen, abrechenbar. Sie erfolgt zum Ausschluss eines Rezidivs (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Strahlentherapie) eines Mammakarzinoms nach brusterhaltender Therapie oder auch in engen Grenzen zur Primärtumorsuche. Außerhalb dieser Indikation kann die Mamma-MRT auf Wunsch der Patientin nur privatärztlich abgerechnet werden. Im Rahmen der Aufklärung ist auf die kostengünstigere Alternative der Mammographie hinzuweisen und zugleich die Abwägung der Wirkung der ionisierenden Strahlung im Rahmen der rechtfertigenden Indikation vorzunehmen. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Aufklärung ist zu beachten, dass einige Krankenkassen, wie zum Beispiel die Techniker Krankenkasse, IV-Verträge mit Leistungserbringern über die Mamma-MRT abgeschlossen haben.

3. Osteodensitometrie

Die Osteodensitometrie ist lediglich im Rahmen eines sehr engen Indikationsspektrums Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Als vertragsärztliche Leistung kommt sie nur bei Patienten, die eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig auf Grund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose besteht, in Betracht. Bei Hinzutreten anderer Risikofaktoren, wie zum Beispiel eine familiäre Belastung oder geringe Mobilität, kann die Osteodensitometrie für GKV-Patienten nur als IGeL-Leistung privatärztlich erbracht werden. Im Gegensatz zum EBM wird in der GOÄ nach der Wahl des jeweiligen Verfahrens unterschieden. In Betracht kommen hier die Osteodensitometrie mittels Quantitativer Computertomographie (QCT) (GOÄ-Nr. 5380) oder die Dual-Photonen-Absorptionstechnik (DEXA) (GOÄ-Nr. 5475).

4. Kardiale Magnetresonanztomographie

Ob eine Kardiale Magnetresonanztomographie vertragsärztlich abgerechnet werden kann, ist derzeit unklar. Dies sollte daher im Vorfeld mit der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung abgeklärt werden.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 02.04.2014 (Az.: B 6 KA 24/13 R) klargestellt, dass kernspintomographische Untersuchungen des Herzens und der Blutgefäße Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind und die Abrechnungsfähigkeit der Kardio-MRT auf Grundlage des EBM bejaht. Diese könne ohne weiteres über die GOP 34430 EBM (Thorax-MRT) abgerechnet werden, da das Herz im Bereich des unteren Mediastinums liege und eine Darstellung des Mediastinums im Rahmen der Thorax-MRT zulässig sei (vgl. dazu RöFo-Beitrag 9, September 2014).

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) lehnte allerdings jüngst in einem Fall eine Abrechnung über die EBM-GOP 34430 (MRT-Untersuchung des Thorax) erneut ab und schoss sich damit der Ansicht der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) an. Die Vorgaben für Aufnahmen des Herzens im Rahmen einer MRT des Thorax entsprächen nicht den tatsächlichen Anforderungen an ein Kardio-MRT. Die Aufnahme einer entsprechenden Leistung in den EBM würde eine Methodenbewertung durch den G-BA voraussetzen. Nachdem das Sozialgericht Hannover der Klage des betroffenen Arztes stattgab und in seinem Urteil die vertragsärztliche Abrechnungsfähigkeit des Kardio-MRT bestätigte, hat die KVN dagegen Berufung eingelegt. Das Verfahren ist derzeit vor dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen (Az.: L 3 KA 29/19) anhängig.

In der Zwischenzeit hat nun der Bewertungsausschuss in einem Prüfverfahren nach § 87 Abs. 3e S. 4 SGB V mit Beschluss vom 18.05.2021 festgestellt hat, dass es sich bei der Kardio-MRT um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. d. § 135 Abs. 1 SGB V handelt. Die Kardio-MRT bei den Indikationen stabile koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathie und Myokarditis sei nicht als abrechnungsfähige Leistung im EBM abgebildet, sondern stelle

eine neue Methode nach § 135 Abs. 1 SGB V dar. Sowohl das Anwendungsgebiet der Bildgebung als auch die technische Umsetzung der spezifischen magnetresonanztomographischen Herz-Diagnostik unterscheiden sich wesentlich von dem im EBM abgebildeten Leistungsumfang der MRT-Untersuchung des Thorax (EBM-GOP 34430).

Insoweit bleibt der Ausgang des Verfahrens vor dem LSG Niedersachsen-Bremen abzuwarten. Soweit eine vertragsärztliche Abrechnung verneint wird, kann eine Kardio-MRT privatärztlich als IGeL-Leistung unter den oben genannten Bedingungen über die GOÄ-Nr. 5715 abgerechnet werden.

5. Kardiale Computertomographie

Die Kardiale Computertomographie ist ebenfalls nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Im Gegensatz zur Kardio-MRT war dies aufgrund der Formulierung im EBM bisher auch unstrittig. Nunmehr hat der Bewertungsschuss ebenfalls mit Beschluss vom 18.05.2021 entschieden, dass auch die Kardio-CT eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. d. § 135 Abs. 1 SGB V darstellt, da sie sich in wesentlichen Punkten, insbesondere im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen der Gefäßdarstellung und der Bestimmung funktioneller Parameter, von der Standard-Computertomographie des Thorax (EBM-GOP 34330) unterscheidet. Eine Abrechnung kommt somit nur als privatärztliche Leistung nach GOÄ-Nr. 5371 in Betracht.

6. Computertomographie-gesteuerte Schmerztherapie

Die CT-gesteuerte Schmerztherapie als Facetteninfiltration oder periradikuläre Therapie (PRT) ist grundsätzlich Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und somit nur ausnahmsweise als IGeL-Leistungen abrechenbar. Da bei dieser Untersuchung zusätzliches Material in Form von Spinalkanülen und Anästhetika zum Einsatz kommt, ist bei einer im Vorfeld der Behandlung zu schließenden Honorarvereinbarung darauf zu achten, dass die genauen Materialkosten erst nach erfolgter Behandlung berechnet werden können. Der Patient muss auf diesen Umstand hingewiesen werden und ihm sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten mitgeteilt werden. Daneben muss dargestellt werden, dass diese Leistung auch

eine vertragsärztliche Leistung sein kann (GOP 34504 EBM oder mit dem Bildwandler als GOP 34503 EBM), wenn diese Leistung von einem Arzt erbracht wird, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt, die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

7. Digitale Volumentomographie/ Computertomographie des Kiefers

Im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung stellt die Digitale Volumentomographie (DVT) oder alternativ die Computertomographie des Kiefers zur Planung einer Implantat-Behandlung eine privatärztliche Leistung dar. Diese wird in der Regel vom behandelnden Zahnarzt bzw. Fachzahnarzt für Oralchirurgie empfohlen und kann auch mangels eigenem DVT/CT in der zahnärztlichen Praxis von einem Radiologen erbracht und unter der GOÄ-Nr. 5370 (CT Kopf) von diesem abgerechnet werden. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass die „Zuschlagsziffer“ Diagnostik GOÄ-Nr. 5377 nur vom Erbringer der Hauptleistung abgerechnet werden kann. Erbringer der Hauptleistung ist hier der behandelnde Zahnarzt. Er kann die Diagnostik auch nicht an Dritte delegieren. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht ist zu beachten, dass diese in einem ersten Schritt durch den Zahnarzt als Behandler erfolgen muss. Der die Untersuchung durchführende Radiologe ist allerdings ebenso zur Aufklärung über die Abrechnung als IGeL-Leistung verpflichtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Patient in den Fällen, in denen die Bildgebung mittels CT durchgeführt wird, über die für die Implantat-Planung medizinisch vorteilhaftere Methode einer Bildgebung mittels DVT aufgeklärt wird.

8. Magnetresonanztomographie der Prostata

Die Magnetresonanztomographie der Prostata ist eine effektive Alternative der

Früherkennung eines Prostatakarzinoms zur klassischen Biopsie als GKV-Leistung. Dabei gilt die multiparametrische MRT als die genaueste Methode zur Früherkennung von Prostatakrebs. Da es sich hierbei nicht um eine GKV-Leistung handelt, kann diese auf Wunsch des Patienten privatärztlich als IGeL-Leistung erbracht werden.

9. Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs

Wie im Rahmen der strahlenschutzrechtlichen Vorgaben bereits dargelegt ist eine CT- Früherkennungsmaßnahme nur zulässig, wenn eine entsprechende Rechtsverordnung des BMU nach § 84 Abs. 1 StrlSchG dies vorsieht. Grundlage dieser Rechtsverordnung stellt eine wissenschaftliche Bewertung dar. Gemäß § 84 Abs. 3 StrlSchG kommt dem Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) die Aufgabe zu, Früherkennungsuntersuchungen wissenschaftlich zu bewerten.

Das BfS kam in seinem am 06.12.2021 im Bundesanzeiger veröffentlichten Bericht zu dem Ergebnis, dass eine strukturierte Lungenkrebsfrüherkennung mit Untersuchungen per Niedrigdosis-Computertomographie bei Rauchern die Sterblichkeit durch Lungenkrebs reduzieren kann. Dieser Bericht bildet die wissenschaftliche Grundlage für die Zulassung dieser Früherkennungsmaßnahme in Form einer Rechtsverordnung durch das BMU gemäß § 84 Abs. 2 StrlSchG. Wann und ob eine Rechtsverordnung zur Früherkennung erlassen wird, bleibt zunächst abzuwarten. Derzeit kann eine CT-Untersuchung zur Vorsorge daher nur bei Bestehen einer rechtfertigenden Indikation gemäß § 83 Abs. 3 StrlSchG durchgeführt und privat abgerechnet werden.

10. Magnetresonanztomographie zur Früherkennung von Alzheimer und Demenz

Die Magnetresonanztomographie kann zwar helfen eine Alzheimer-Demenz zu diagnostizieren, es gibt jedoch keine wirksame Therapie. Daher übernimmt die GKV nur bei Demenz-Verdacht die Untersuchungen, unter Umständen auch eine MRT. In allen anderen Fällen kann auf Wunsch des Patienten eine MRT-Untersuchung als IGeL-Leistung durchgeführt und entsprechend abgerechnet werden.

11. Magnetresonanztomographie oder Computertomographie zur Früherkennung von Darmkrebs

Die CT-Kolonographie (virtuelle Darmspiegelung) wird mithilfe einer CT oder MRT durchgeführt. Diese stellt allerdings keine GKV-Leistung dar, da sie im Gegensatz zur normalen Darmspiegelung nicht die beste Methode ist, und kann somit als Vorsorgeuntersuchung nur als IGeL-Leistung vom Patienten in Anspruch genommen werden. Sollte diese dem Patienten als solche angeboten werden, ist im Rahmen der Aufklärung zu beachten, dass die herkömmliche Darmspiegelung als GKV-Leistung die zuverlässigere Untersuchung für eine sichere Früherkennung ist. Darauf muss auch im Hinblick auf die womöglich damit verbundenen Haftungsrisiken hingewiesen werden.

12. Magnetresonanztomographie von Gelenken und Extremitäten

Eine MRT der Gelenke und Extremitäten ist als diagnostische Untersuchung nur kurativ bei konkreten Beschwerden oder Bestehen einer Verdachtsdiagnose Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Zur Früherkennung chronischer Fehlbelastungen sowie Gewebeschäden an Sehnen und Muskeln können typische Muster solcher Überlastungssyndrome anhand einer MRT-Untersuchung erfasst werden und diesen so frühzeitig vorgebeugt werden. Diese Vorsorgeuntersuchungen stellen Leistungen außerhalb des Versorgungsumfangs der GKV dar und können daher ebenfalls als IGeL-Leistungen unter den obengenannten Voraussetzungen erbracht und abgerechnet werden.

V. Zusammenfassung

Individuelle Gesundheitsleistungen (sog. IGeL-Leistungen) sind Privatleistungen für GKV-Patienten, die als ärztliche Leistungen nicht zum Umfang der GKV gehören, die aber dennoch vom Patienten nachgefragt werden und die ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind. Es bedarf daher einer genauen Überprüfung, ob die jeweilige Leistung als Privatleistung erbracht werden kann oder ob die Leistung nicht ohnehin vom Anspruch des Patienten gegen die GKV umfasst ist und dementsprechend mit dieser abgerechnet werden muss.

Zu diesen Privatleistungen zählen, abgesehen von dem in § 3 Abs. 2 BMV-Ä normierten Positivkatalog, insbesondere Leistungen, die nach der Entscheidung des G-BA in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen wurden (§ 3 Abs. 1 S. 2 BMV-Ä). Besondere Bedeutung kommt dabei im Hinblick auf die Dynamik der medizinischen Entwicklung der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu. Soweit diese vom G-BA mangels diagnostischen oder therapeutischen Nutzens oder medizinischer Notwendigkeit von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind, können sie als IGeL-Leistungen erbracht und privat abgerechnet werden.

Auch vom GKV-Leistungskatalog erfasste Leistungen können als IGeL-Leistung erbracht werden, sofern die für die vertragsärztliche Leistungserbringung erforderliche medizinische Indikation nicht vorliegt.

Soweit eine echte Wahlmöglichkeit des Patienten besteht, korrespondiert diese auf der anderen Seite mit der medizinischen Verantwortung des Arztes. Der berufsethisch korrekte Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen unterliegt daher gewissen vertragsärztlichen, berufsrechtlichen, strahlenschutzrechtlichen sowie gebührenrechtlichen Vorgaben. Zum Schutz des Patienten bedarf es insbesondere einer korrekten und transparenten Indikationsstellung und Aufklärung. Dabei sollte einer Verunsicherung des Patienten durch eine Aufklärung über Alternativen sowie eine ausreichende Bedenkzeit entgegengewirkt werden. Ebenso sind die Fachgebietsgrenzen und Qualitätsstandards einzuhalten.

Prof. Dr. Peter Wigge
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Christiane Dieckmann
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststraße 40
48151 Münster
Telefon: (0251) 53 595-0
Telefax: (0251) 53 595-99
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de
www.ra-wigge.de