

Selbsthilfegruppen Erektionsstörungen

Aktion „Kein Geld für falsche IGeL!“

Situation

Viele Urologen behaupten, dass die Behandlung von Erektionsstörungen durch den Arzt (z.B. Diagnostik, Beratung, Therapie) keine Kassenleistung ist und privat abgerechnet werden muss (als sog. IGeL = Individuelle Gesundheitsleistung). Begründet wird diese Aussage mit der Einstufung von Erektionsstörungen als Privatsache („Lifestyle“ oder „Anregung und Steigerung der Potenz“), die man nicht der Allgemeinheit aufbürden kann. Dass diese Argumentation falsch ist, erkennt man schon an der Tatsache, dass einige Therapien sehr wohl erstattet werden (z.B. Vakuumpumpe, Schwellkörperimplantat). Aber wenn „Mann“ sich nicht zur Wehr setzt, dann ist das Ergebnis oft eine Rechnung mit einem hohen 3-stelligen Betrag. Das kann sich nicht jeder Mann leisten. Die dringend notwendige Klärung der Ursachen unterbleibt dann oft. Das ist fatal, denn Erektionsstörungen können ein erstes Symptom einer gefährlichen Krankheit wie z.B. eine koronare Herzerkrankung oder Diabetes sein.

Das muss anders werden! Es gibt keine rechtlich fundierte Begründung dafür, alle Arzt-Leistungen bei Erektionsstörungen pauschal als IGeL abzurechnen. Mit Ausnahme der medikamentösen Therapie sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei der erektilen Dysfunktion Leistungen der GKV (Schroeder-Printzen 2016).

Was zahlt die gesetzliche Krankenversicherung und was nicht

Mit der Gesundheitsreform vom 1.1.2004 wurde gesetzlich festgelegt, dass die Kosten für Arzneimittel zur Therapie von Erektionsstörungen nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Weitere Schlüsse kann man daraus nicht ziehen. **Insbesondere werden folgende Leistungen nach wie vor von der GKV bezahlt:**

1. Beratung, ärztliche Behandlung und Diagnostik (z.B. Schwellkörperinjektionstest [SKIT] mit Ultraschall zur Messung der Durchblutung einschließlich Spritze und Medikament)
2. Psychotherapie
3. Vakuumpumpe und Erektionsringe (Produktgruppe 99, Anwendungsort 27 im GKV-Hilfsmittelverzeichnis)
4. Schwellkörper-Implantat inklusive Operation und Krankenhausaufenthalt
5. Testosteron-Ersatz-Therapie (alle Testosteron-Gele, -pflaster und Depot-Spritzen)

Natürlich gibt es auch Ausnahmen. Die Kosten werden **grundsätzlich** (d.h. bei allen Leistungen) **nicht** übernommen, wenn

1. die Leistungen nicht das [Wirtschaftlichkeitsgebot](#) erfüllen (§12 SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“)
2. sie durch Gesetz explizit von der Kostenübernahme ausgeschlossen wurden (wie das z.B. bei den Medikamenten zur Therapie der ED der Fall ist)

Unser Ziel

Wir wollen alle relevanten Stellen (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Berufsverbände) mit dem Abrechnungsverhalten vieler Urologen konfrontieren und sie um entsprechende Aktionen bitten.

Wir brauchen Ihre Hilfe!

Wir brauchen Beispiele für die private Abrechnung von Leistungen bei Erektionsstörungen. Deshalb haben wir eine große Bitte: Wenn Sie beim Urologen wegen Leistungen privat zahlen mussten, dann würde es uns sehr helfen, wenn Sie uns eine Kopie Ihrer Rechnung schicken würden. Natürlich können und sollten Sie Ihren Namen unleserlich machen.

Wenn Ihr Urologe seine Leistungen über die GKV abgerechnet hat, dann wären auch Name und Adresse des Arztes eine hilfreiche Information für uns.

Selbsthilfegruppen Erektionsstörungen

Literatur

Schroeder-Printzen, Immo (2016):
Erstattungspflicht von urologischen Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
Springer Reference Medizin, Kapitel Die Urologie, Seite 2311-2315.
Im Internet: [Zusammenfassung und die ersten 2 Seiten](#).

Anhang

Definition der Begriffe zum Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Begriffe ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig werden wie folgt definiert (Schroeder-Printzen 2016):

- + **„Ausreichend“** sind Leistungen, die das Behandlungsziel erfüllen und auch dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.
- + **„Zweckmäßig“** sind Leistungen dann, wenn sie nach Qualität und Wirksamkeit dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.
- + **„Wirtschaftlich“** sind Leistungen wenn sie geeignet sind das angestrebte diagnostische oder therapeutische Ziel effizient und effektiv erreichen können. Dabei ist bei zwei gleichwertigen Leistungen die Leistung zu wählen, die kostengünstiger ist.
- + **„Notwendig“** sind Leistungen nur dann, wenn überhaupt eine Erkrankung vorliegt und die Leistungen objektiv erforderlich sind, um im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig zu sein.