



Individuelle Gesundheitsleistungen in der Gynäkologischen Praxis

Grundlagen und Implementierung

Auf Basis eine Schulungspräsentation vom 13.02.2026

von Dr. Matthias Krick, MVZ Dr. Krick

Erstellt von Paul Rauch

Head of External Relation

Exeltis Germany GmbH

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	5
EINLEITUNG	6
KEY LEARNINGS	7
KAPITEL 1: ÜBERBLICK – SELBSTZAHLERLEISTUNGEN/IGEL IN DER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS	8
NUTZEN FÜR DIE PRAXIS	9
AUFBAU DER FORTBILDUNG	9
BEGRIFFSABGRENZUNG (PRAXISRELEVANT)	9
PRAXISIMPULS (5–10 MINUTEN): „IGEL-ORIENTIERUNG IN DER EIGENEN PRAXIS“	10
ZUSAMMENFASSUNG	10
KAPITEL 2: WARUM IGEL/SELBSTZAHLERLEISTUNGEN IN DER GYNÄKOLOGISCHEN PRAXIS RELEVANT SIND	11
EINORDNUNG	11
PATIENTINNENPERSPEKTIVE: ORIENTIERUNG UND ENTSCHEIDUNGSSICHERHEIT	11
PRAXISREALITÄT: OHNE STANDARD ENTSTEHT MEHRARBEIT	12
WIRTSCHAFTLICHE PERSPEKTIVE: STABILITÄT ERMÖGLICHT VERSORGUNG UND SERVICE	12
PRAXISIMPULS: RELEVANZ MESSBAR MACHEN (MINIMALISTISCH)	13
ZUSAMMENFASSUNG	13
KAPITEL 3: GRUNDPRINZIPIEN – IGEL SERIÖS, PATIENTENORIENTIERT UND PROZESSSICHER GESTALTEN	14
EINORDNUNG	14
GRUNDHALTUNG: BERATEN, BEGRÜNDEN, ENTSCHEIDEN LASSEN	14
TRANSPARENZ ALS STANDARD: VIER BAUSTEINE, DIE IMMER VORKOMMEN MÜSSEN	15
ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT UND BEDENKZEIT: DER PROZESS MUSS DAS „NEIN“ AUSHALTEN	15
TEAMSTANDARDISIERUNG: ROLLEN, UNTERLAGEN, ABLAUFKETTE	16
QUALITÄTSRAHMEN: WAS ANGEBOTEN WIRD, MUSS FACHLICH VERTRETBAR SEIN	16
PRAXISIMPULS (15 MINUTEN): „IGEL-STECKBRIEF“ FÜR DIE TOP-3-LEISTUNGEN	16
ZUSAMMENFASSUNG	17
KAPITEL 4: RECHT & FORMALIEN – DER VERTRAUENSRAHMEN FÜR IGEL IN DER PRAXIS	18
EINORDNUNG	18
DIE „11 IGEL-GEBOTE“ ALS ORIENTIERUNG FÜR EINE VERTRAUVENSVOLLE UMSETZUNG	18
AUFKLÄRUNG, ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT UND BEDENKZEIT	19
SCHRIFTLICHE VEREINBARUNG UND SCHRIFTLICHE KOSTENINFORMATION	19
ABRECHNUNG NACH GOÄ UND RECHNUNG	20
FACHGEBIETSGRENZEN UND QUALITÄTSSTANDARDS	20
PRAXISIMPULS (10–15 MINUTEN): „IGEL-FORMALIEN-CHECK“	20
ZUSAMMENFASSUNG	21
KAPITEL 5: IGEL-PORTFOLIO IN DER GYN-PRAXIS – BEISPIELE UND EINORDNUNG	22
EINORDNUNG	22
SINNVOLLE ERGÄNZUNGEN ZUR VORSORGE (ORIENTIERUNG AM PRAXISPROFIL)	22
TYPISCHE PORTFOLIO-BAUSTEINE (ALLGEMEIN UND NEUTRAL)	23
„ZUR ERINNERUNG“: KONZEPT – SCHULUNG – PRAXISMANAGEMENT	24
ZUSAMMENFASSUNG	24
KAPITEL 6: VERTRAUENSRAHMEN – 11 PRAXISREGELN FÜR SERIÖSE IGEL	25

EINORDNUNG.....	25
DIE 11 PRAXISREGELN (FÜR ANGEBOT UND UMSETZUNG)	25
WAS DIESE REGELN IM PRAXISALLTAG KONKRET BEDEUTEN	26
MINIMALSTANDARD: SO WIRD DER VERTRAUENSRAHMEN „ANWENDBAR“	27
PRAXISIMPULS (15 MINUTEN): „VERTRAUENS-CHECK“ FÜR EINE HÄUFIGE IGeL.....	27
ZUSAMMENFASSUNG	27
KAPITEL 7: KOMMUNIKATION BEI IGeL – NUTZEN ERKLÄREN, ENTSCHEIDUNG ERMÖGLICHEN, EINWÄNDE SOUVERÄN BEHANDELN	28
EINORDNUNG.....	28
GRUNDHALTUNG UND ROLLEN: WER SPRICHT WORÜBER?	28
NUTZEN VERSTÄNDLICH DARSTELLEN: VON DER LEISTUNG ZUR FRAGESTELLUNG	29
„WARUM ZAHLT DIE KRANKENKASSE DAS NICHT?“ – SACHLICH ERKLÄREN, OHNE RECHTFERTIGUNG	30
UMGANG MIT EINWÄNDEN UND UNTERSTELLUNGEN	31
GESPRÄCHSSTANDARDS FÜR TYPISCHE SITUATIONEN	31
PRAXISIMPULS (10–15 MINUTEN): MINI-TRAINING IM TEAM	32
ZUSAMMENFASSUNG	32
KAPITEL 8: IMPLEMENTIERUNG EINES FUNKTIONIERENDEN IGeL-SYSTEMS IN DIE PRAXIS.....	33
EINORDNUNG.....	33
SCHRITT 1: PLANUNG	33
SCHRITT 2: ORGANISATION	34
SCHRITT 2 VERTIEFT: ZEITMANAGEMENT & TAKTUNG	34
SCHRITT 3: FÜHRUNG/LENKUNG	35
SCHRITT 4: CONTROLLING	35
PRAXISIMPULS (30 MINUTEN): IMPLEMENTIERUNGS-WORKSHOP „PILOT IN 14 TAGEN“	36
ZUSAMMENFASSUNG	36
KAPITEL 9: DOKUMENTATION & AUSWERTUNG (TAGGLEICH)	37
EINORDNUNG.....	37
TAGESLISTE/IGeL-LISTE (ARBEITSLOGIK)	37
MONATS-/QUARTALSAUSWERTUNG & REVIEW IM TEAM.....	38
PRAXISIMPULS (20 MINUTEN): „REVIEW-ROUTINE IN 3 FRAGEN“	38
ZUSAMMENFASSUNG	39
KAPITEL 10: ZUSAMMENFASSUNG & PRAXISTRANSFER	40
EINORDNUNG.....	40
QUICK-CHECK: WAS MUSS „MORGEN“ STEHEN?.....	40
30-TAGE-IMPLEMENTIERUNGSPLAN (START KLEIN → STABILISIEREN → AUSROLLEN)	41
ZUSAMMENFASSUNG	41
KAPITEL 11: DIE 9 TIPPS – KOMPAKT UND PRAXISORIENTIERT	43
QUELLEN	44
ANHÄNGE	45
VORLAGEN & CHECKLISTEN	45
<i>Anhang 1: SOP-Kurzablauf IGeL (kompakt)</i>	<i>45</i>
<i>Anhang 2: Tagesliste / Statusliste (taggleich).....</i>	<i>46</i>
<i>Anhang 3: Monats-/Quartals-Review (3-Fragen-Routine)</i>	<i>47</i>
<i>Anhang 4: IGeL-Steckbrief (Praxisstandard) – Vorlage.....</i>	<i>48</i>
KOMMUNIKATION.....	52

<i>Anhang 1: Wording-Karte (Standardsätze für typische Situationen)</i>	52
<i>Anhang 2: Gesprächsbeispiele (fiktiv, neutral)</i>	54
RECHTLICHER ORIENTIERUNGSRAHMEN FÜR IGEL	56
<i>Rechtshinweis / Haftungsausschluss</i>	56
<i>Anhang 1: Rechtlicher Schnellcheck</i>	57
<i>Anhang 2: Mindestinhalte: Kostenübersicht, Vereinbarung, Rechnung, Dokumentation</i>	58
<i>Anhang 3: Rollenabgrenzung (MFA – Ärztin/Arzt – Abrechnung)</i>	60
<i>Anhang 4 Digitale Unterschrift: pragmatische Orientierung</i>	61
<i>Primärquellen (Links)</i>	62
<i>Rechtshinweis / Haftungsausschluss</i>	62

Vorwort

Eine souveräne Organisation von Selbstzahlerleistungen (IGeL) gehört heute zu den praxisrelevanten Themen in der gynäkologischen Versorgung. Sie berührt nicht nur wirtschaftliche Fragen, sondern vor allem Vertrauen, Transparenz und eine klare Kommunikation – im Team ebenso wie gegenüber Patientinnen.

Im Praxisalltag treffen dabei hohe Anforderungen aufeinander: begrenzte Zeit, anspruchsvolle Abläufe, sensible Beratungssituationen und die berechtigte Erwartung, dass Patientinnen verständlich, fair und ohne Druck entscheiden können. Genau hier setzt dieses Modul an. Es unterstützt Praxisteams dabei, IGeL nicht „nebenbei“, sondern strukturiert, rechtssicher und patientenorientiert zu gestalten.

Mit der Fortbildungsreihe LEARN & PRACTISE verfolgt Exeltis Germany GmbH das Ziel, Medizinische Fachangestellte und Praxisteams gezielt in ihren Kompetenzen zu stärken – praxisnah, umsetzbar und mit einem klaren Fokus auf den Arbeitsalltag. Dieses Manuskript bündelt die zentralen Inhalte des Moduls IGeL und macht daraus einen Leitfaden: mit klaren Prinzipien, einem robusten Prozess, Rollenverteilung im Team sowie praktischen Hilfen zur Implementierung.

Wir wünschen Ihnen, dass dieses Modul Ihnen Sicherheit gibt – in der Organisation, in der Umsetzung und in der täglichen Kommunikation. Denn gut strukturierte Prozesse entlasten das Team, reduzieren Fehlerquellen und stärken die Patientinnenbindung nachhaltig.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Rauch
Head of External Relations
Exeltis Germany GmbH

Einleitung

Selbstzahlerleistungen (IGeL) sind in gynäkologischen Praxen längst Teil des Versorgungsalltags – und gleichzeitig ein Bereich, in dem Unsicherheit häufig zu Reibungsverlusten führt: uneinheitliche Abläufe, unterschiedliche Aussagen im Team, Zeitdruck an der Anmeldung, unklare Abgrenzung zur GKV-Leistung oder fehlende Standards bei Vertrag, Kosteninformation und Abrechnung.

Dieses Modul zeigt, wie IGeL souverän, strukturiert und patientenorientiert organisiert werden können – ohne „Verkaufsgefühl“, aber mit Klarheit. Im Mittelpunkt stehen drei Leitfragen:

- Was ist medizinisch und organisatorisch sinnvoll als Selbstzahlerleistung in der Praxis?
- Wie muss der Ablauf gestaltet sein, damit er rechtssicher und reibungslos funktioniert?
- Wer übernimmt welche Rolle – damit Kommunikation, Dokumentation und Abrechnung verlässlich ineinandergreifen?

Das Manuskript ist so aufgebaut, dass es direkt in den Praxisalltag übersetzbar ist: Es liefert klare Grundprinzipien, eine SOP-Prozesskette (vom Erstkontakt bis zur Rechnung), konkrete Implementierungsschritte und typische Stolperfallen inklusive Lösungen. Ergänzend enthält das Modul eine kompakte Kommunikationseinheit (Beratung bei IGeL, Einwände, Wording), während eine vertiefte Kommunikations-/Verkaufsschulung als separates Add-on genutzt werden kann.

Ziel ist, dass Ihre Praxis nach diesem Modul IGeL so umsetzt, dass es transparent, fair und standardisiert abläuft – zum Nutzen der Patientinnen und zur spürbaren Entlastung des Teams.

Key Learnings

5 Key Learnings aus der Fortbildung „Selbstzahlerleistungen souverän organisieren“
– **praxisnah** und als Take-away formuliert:

IGeL sind kein „Nice-to-have“, sondern strukturelle Notwendigkeit – mit klarer ethischer Leitplanke.

Wirtschaftlich und gesetzlich (GKV-Logik/Wirtschaftlichkeitsgebot) entsteht eine Lücke – gleichzeitig haben Patientinnen ein berechtigtes Interesse an *zusätzlicher* Vorsorge. Entscheiden darf am Ende **immer** die Patientin.

Vertrauen entsteht durch Transparenz: Nutzen, Grenzen, Alternativen und Kosten – ohne Druck.

IGeL funktionieren dann gut, wenn sie **individuell begründet** werden (Nutzen für *diese* Patientin), **ehrlich** kommuniziert sind und ein „Nein“ jederzeit akzeptiert wird.

Rechtssicherheit ist Prozesssicherheit: vor Leistung schriftlich regeln.

Kernthema: **Bedenkzeit ermöglichen, Kosten vorab schriftlich, schriftlicher Behandlungsvertrag + GOÄ-konforme Abrechnung** – und natürlich nur **im eigenen Fachgebiet** und unter Qualitätsstandards.

IGeL brauchen ein System – kein „Zwischendurch“.

Erfolgslogik: **Planung** (Portfolio/Startdatum/Räume/Infomaterial) → **Organisation** (wer spricht wen wann an, Terminart klären: Vorsorge vs. Beschwerden)
→ **Zeitmanagement** (Puffer, kurze Wartezeiten – Selbstzahler erwarten Tempo *und* Qualität).

Nachhaltigkeit kommt über Team-Alignment und Controlling.

Alle müssen „mitziehen“: **einheitliches Wording**, Kompetenz/Schulung, klare Verantwortlichkeiten – und dann **taggleiche Dokumentation**, Kennzahlen, Konzepttreue-Check und regelmäßige Teambesprechungen zur Weiterentwicklung.

Kapitel 1: Überblick – Selbstzahlerleistungen/IGeL in der gynäkologischen Praxis

Zielsetzung des Moduls

Selbstzahlerleistungen (IGeL) sind in gynäkologischen Praxen ein wiederkehrender Bestandteil der Versorgung. Schwierigkeiten entstehen dabei selten aus dem medizinischen Inhalt allein, sondern aus der Umsetzung: Wenn Abgrenzungen, Zuständigkeiten und Formalien nicht eindeutig geregelt sind, entstehen Rückfragen, Unruhe und vermeidbare Nacharbeit. Dieses Modul verfolgt deshalb ein praktisches Ziel: IGeL sollen so organisiert werden, dass sie im Alltag verlässlich, einheitlich und nachvollziehbar ablaufen.

Ein zentraler Gedanke für die Praxis ist: IGeL werden dann leichter umsetzbar, wenn sie nicht als Einzelfall behandelt werden, sondern als Standardprozess. Dazu gehören klare Begriffe, eindeutige Rollen und eine feste Prozesskette vom Erstkontakt bis zur Rechnung. Dieses Manuskript ist als Ratgeber aufgebaut, der Schritt für Schritt beschreibt, wie diese Standardisierung gelingt.

Merksatz: IGeL werden nicht durch „bessere Erklärungen“, sondern durch bessere Standards sicher.

Lernziele

Nach Kapitel 1 können die Teilnehmenden:

Ziel und Nutzen des Moduls für den Praxisalltag in wenigen Sätzen benennen.

Den Aufbau der Fortbildung als roten Faden einordnen (vom Verständnis zur Implementierung).

Die Begriffe GKV-Leistung, Privatleistung (GOÄ) und IGeL/Selbstzahlerleistung sicher unterscheiden.

Typische Ursachen für Probleme erkennen (fehlende Standards, Rollenunklarheit, Zeitdruck) und daraus erste Maßnahmen ableiten.

Nutzen für die Praxis

Dieses Modul ist als Umsetzungsleitfaden konzipiert. Es hilft nicht nur dabei, IGeL „zu erklären“, sondern sie so zu organisieren, dass sie unabhängig von Tagesform, Person oder Situation zuverlässig funktionieren. Das ist besonders wichtig in Situationen mit hoher Taktung und wechselnden Ansprechpartnerinnen, etwa an der Anmeldung, am Telefon oder im Übergang zwischen Sprechzimmer und Abrechnung.

Der Nutzen zeigt sich vor allem dort, wo heute Unsicherheit oder Unruhe entsteht: Patientinnen erhalten verständliche Orientierung, das Team spricht einheitlich, die Abläufe werden planbarer, und Abrechnung sowie Dokumentation werden weniger fehleranfällig. Ziel ist eine Routine, die das Team entlastet und gleichzeitig das Vertrauen der Patientinnen stärkt.

Aufbau der Fortbildung

Der Aufbau folgt einer Lernlogik, die sich im Manuskript widerspiegelt: Zunächst wird eingeordnet, warum IGeL in der Praxis relevant sind und welche Erwartungen Patientinnen typischerweise mitbringen. Danach werden die Grundprinzipien beschrieben, die IGeL seriös und stabil machen. Anschließend geht es um den Einstieg für Praxen ohne gefestigtes System und um die praktische Implementierung in Form eines wiederholbaren Prozesses. Den Abschluss bilden Praxistransfer und Materialien, die im Alltag sofort nutzbar sind.

Begriffsabgrenzung (praxisrelevant)

Eine klare Begriffsnutzung ist mehr als „Theorie“: Sie verhindert Missverständnisse in der Kommunikation und bildet die Grundlage für korrekte Abläufe und Abrechnung. In der Praxis sollten die Begriffe im Team einheitlich verwendet werden, damit Patientinnen keine widersprüchlichen Aussagen erhalten und interne Übergaben reibungslos funktionieren.

GKV-Leistung bezeichnet Leistungen innerhalb der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Privatleistungen werden im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung nach GOÄ abgerechnet. IGeL/Selbstzahlerleistungen sind Leistungen, die Patientinnen selbst bezahlen, weil sie nicht Bestandteil der GKV-Regelversorgung sind oder in der konkreten Konstellation nicht übernommen werden.

Merksatz

Bevor über Kosten gesprochen wird, muss eindeutig geklärt sein: Kasse – privat – oder IGeL.

Für die Kommunikation empfiehlt sich ein sachlicher Standard, der Orientierung gibt und die Entscheidung bei der Patientin belässt:

„Das ist eine zusätzliche Leistung außerhalb der Kassenversorgung. Nutzen, Alternativen und Kosten werden vorab erläutert. Die Entscheidung liegt bei Ihnen.“

Praxisimpuls (5–10 Minuten): „IGeL-Orientierung in der eigenen Praxis“

Ziel dieser kurzen Übung ist es, den aktuellen Stand sichtbar zu machen, ohne bereits ins Detail zu gehen.

Notieren Sie die drei häufigsten Selbstzahlerleistungen Ihrer Praxis.

Prüfen Sie pro Leistung kurz, ob bereits Unterlagen und Abläufe existieren (Kosteninformation, Vereinbarung, Zuständigkeit, Terminlogik).

Markieren Sie anschließend die Stelle, an der es am häufigsten zu Rückfragen oder Unruhe kommt (Anmeldung, Sprechzimmer oder Abrechnung).

Zusammenfassung

Kapitel 1 schafft die gemeinsame Ausgangsbasis: Zielsetzung, Aufbau und Begriffssicherheit. Damit ist der Rahmen gesetzt, um in den folgenden Kapiteln konkrete Standards, Rollen und Umsetzungsschritte aufzubauen.

Kapitel 2: Warum IGeL/Selbstzahlerleistungen in der gynäkologischen Praxis relevant sind

Einordnung

IGeL sind für gynäkologische Praxen relevant, weil sie an der Schnittstelle zwischen medizinischen Möglichkeiten, Patientinnenbedürfnissen und der GKV-Regelversorgung entstehen. In der Praxis führt das regelmäßig zu Situationen, in denen Patientinnen zusätzliche Information und Orientierung benötigen. Gleichzeitig werden IGeL schnell zu einem Organisationsthema: Wenn der Ablauf nicht standardisiert ist, wächst der Aufwand durch Rückfragen, nachträgliche Klärungen und Fehlerkorrekturen.

Dieses Kapitel erklärt deshalb nicht nur „warum“ IGeL vorkommen, sondern vor allem, welche Konsequenzen sich daraus für eine gute Praxisorganisation ergeben. Die Leitfrage lautet: Was muss eine Praxis bereitstellen, damit IGeL nicht als Störfaktor erlebt werden, sondern als kontrollierbarer Standardprozess?

Merksatz

IGeL sind selten ein „medizinisches Problem“, sondern meist ein Prozessproblem.

Patientinnenperspektive: Orientierung und Entscheidungssicherheit

Aus Patientinnensicht sind IGeL häufig „entscheidungsbedürftige Zusatzleistungen“. Die Praxis übernimmt dabei eine Orientierungsfunktion: Patientinnen möchten verstehen, ob eine Leistung in ihrer Situation sinnvoll ist, welche Alternativen es gibt und was es kostet. Unsicherheit entsteht meist dann, wenn Informationen unvollständig, widersprüchlich oder unter Zeitdruck vermittelt werden.

Ein edukativer Ansatz bedeutet hier: Die Praxis schafft Bedingungen, unter denen eine informierte Entscheidung möglich ist. Dazu gehören eine verständliche Nutzen-/Grenzen-Erklärung, ein klarer Hinweis auf Alternativen, transparente Kosteninformation und die Möglichkeit, die Entscheidung zu vertagen. Entscheidend ist nicht, wie „überzeugend“ etwas klingt, sondern wie nachvollziehbar, ruhig und konsistent die Information vermittelt wird.

Merksatz

Transparenz ist der wichtigste Vertrauensfaktor: Nutzen – Grenzen – Alternativen – Kosten.

Praxisrealität: Ohne Standard entsteht Mehrarbeit

In der Praxis entstehen Reibungsverluste vor allem dann, wenn IGeL situativ und personenabhängig gehandhabt werden. Typische Folgen sind widersprüchliche Aussagen, doppelte Erklärungen, fehlende Unterlagen oder spätere Rückfragen zur Rechnung. Solche Probleme sind selten „Einzelfehler“, sondern Hinweise darauf, dass ein Prozess fehlt oder nicht konsequent genutzt wird.

Ein stabiler IGeL-Prozess braucht drei Festlegungen: Erstens muss klar sein, in welchen Situationen IGeL überhaupt thematisiert werden (z. B. Nachfrage, Vorsorge, Befund). Zweitens muss die Prozesskette definiert sein (Beratung → Kosteninfo/Vereinbarung → Leistung → Dokumentation → Rechnung). Drittens braucht es eindeutige Rollen: Wer startet die Information, wer berät ärztlich, wer bereitet Unterlagen vor, wer rechnet ab. Sobald diese Punkte standardisiert sind, sinkt der Alltagsstress und die Qualität wird gleichmäßiger.

Merksatz
Ein IGeL-Standard besteht aus Anlass, Prozesskette und Rollen.

Wirtschaftliche Perspektive: Stabilität ermöglicht Versorgung und Service

Wirtschaftliche Stabilität ist in einer Praxis kein Gegensatz zu patientenorientierter Versorgung. Sie ist eine Voraussetzung dafür, dass Personal, Geräte, Zeitfenster, Servicequalität und Weiterentwicklung langfristig möglich bleiben. IGeL können – bei seriöser Indikation und sauberem Ablauf – ein Baustein der Praxisstabilität sein. Entscheidend ist dabei nicht das „Mehr“, sondern das „Besser“: Ein sauberer Prozess senkt Fehlerkosten, reduziert Nacharbeit und schützt das Vertrauensverhältnis.

Der wichtigste Hebel liegt daher in der Prozessqualität: planbare Zeitfenster, vollständige Unterlagen, klare Zuständigkeiten und korrekte Rechnungsabläufe. Eine Praxis, die IGeL standardisiert, gewinnt weniger durch einzelne zusätzliche Leistungen, sondern vor allem durch weniger Reibungsverluste und weniger Eskalationen.

Praxisimpuls: Relevanz messbar machen (minimalistisch)

Damit Verbesserungen gezielt stattfinden können, genügt ein kurzer Beobachtungszeitraum mit wenigen Messpunkten. Erfassen Sie vier Wochen lang, wie oft IGeL-Nachfragen oder IGeL-Angebote entstehen. Notieren Sie bei Rückfragen oder Beschwerden, an welcher Stelle sie auftreten (Anmeldung, Sprechzimmer, Abrechnung). Markieren Sie die häufigsten Prozesslücken (z. B. fehlende Kosteninfo, fehlende Unterlagen, unklare Zuständigkeit). Diese Beobachtung dient nicht der Kontrolle, sondern der Priorisierung: Dort, wo die meisten Rückfragen entstehen, wird zuerst standardisiert.

Zusammenfassung

IGeL sind praxisrelevant, weil sie gleichzeitig Patientinnenorientierung, Ablaufqualität und Praxisstabilität betreffen. Eine gute Umsetzung entsteht nicht durch spontane Erklärungen, sondern durch Standards: klare Abgrenzung, transparente Information, definierte Rollen und eine robuste Prozesskette.

Kapitel 3: Grundprinzipien – IGeL seriös, patientenorientiert und prozesssicher gestalten

Einordnung

IGeL sind im Praxisalltag dann am stabilsten, wenn sie nicht als „Einzelentscheidung im Moment“ behandelt werden, sondern als **wiederholbarer Standardprozess**. Dafür braucht es weniger „Argumente“ und mehr Klarheit: Was ist der medizinische Anlass? Welche Information ist zwingend? Wer sagt was – und wann? Welche Unterlagen sichern Transparenz und Verbindlichkeit?

Die Fortbildungslogik lässt sich auf eine einfache Formel reduzieren: **Haltung + Transparenz + Standardisierung**. Wenn diese drei Elemente sauber umgesetzt sind, werden IGeL für Patientinnen nachvollziehbar und für das Team planbar.

Lernziele

Nach Kapitel 3 können die Teilnehmenden:

- die Grundhaltung des Moduls erklären und im Team einheitlich anwenden,
- die vier Transparenz-Bausteine einer seriösen IGeL-Beratung benennen und praktisch umsetzen,
- Rollen und Zuständigkeiten im IGeL-Prozess klar abgrenzen,
- einen minimalen Qualitätsstandard für IGeL in der eigenen Praxis definieren.

Grundhaltung: beraten, begründen, entscheiden lassen

Die wichtigste Grundlage ist die innere und äußere Haltung. In den Unterlagen wird IGeL als wirtschaftlich relevant eingeordnet – aber ausdrücklich mit dem Anspruch, **hochwertig und seriös** zu kommunizieren. Entscheidend ist: Patientinnen sollen nicht „überredet“ werden, sondern nachvollziehbar verstehen, **warum** eine Leistung in ihrer Situation in Frage kommt – und ebenso klar, welche Grenzen es gibt.

Merksatz:

„IGeL ist kein ‚Verkauf‘, sondern Zusatzdiagnostik und Prävention.“

Praktisch bedeutet das: Die Praxis gestaltet Gespräch und Ablauf so, dass ein „Nein“ ohne Rechtfertigungsdruck möglich ist. Das ist keine „weiche“ Haltung, sondern ein Schutzfaktor – für Vertrauen, Reputation und für die Ruhe im Team.

Transparenz als Standard: Vier Bausteine, die immer vorkommen müssen

Transparenz ist kein Extra, sondern der Kern. Patientinnen treffen ihre Entscheidung typischerweise nicht auf Basis medizinischer Detailtiefe, sondern auf Basis von Verstehbarkeit und Fairness. Deshalb sollte jede IGeL-Information konsequent entlang von vier Bausteinen strukturiert sein:

Erstens wird der **Nutzen** beschrieben: Was kann diese Maßnahme in der konkreten Situation klären oder verbessern? Zweitens werden **Grenzen und Unsicherheiten** benannt: Was kann sie nicht leisten, welche Fehlalarme oder unnötigen Folgeschritte können entstehen? Drittens werden **Alternativen** erklärt: Was ist Kassenleistung, was wäre ein anderes Vorgehen, was bedeutet „erst einmal abwarten“? Viertens werden die **Kosten** transparent gemacht – schriftlich, nachvollziehbar und vor der Durchführung.

Diese Struktur entlastet auch intern: Wenn alle im Team dieselben vier Bausteine nutzen, sinkt das Risiko widersprüchlicher Aussagen deutlich.

Entscheidungsfreiheit und Bedenkzeit: Der Prozess muss das „Nein“ aushalten

Eine seriöse IGeL-Umsetzung erkennt man daran, dass die Praxis nicht auf eine Sofortentscheidung angewiesen ist. Das bedeutet nicht, dass Prozesse „langsam“ sein müssen – sondern dass sie so gestaltet sind, dass Patientinnen die Entscheidung auch vertagen können, ohne dass es organisatorisch chaotisch wird.

Für den Alltag heißt das: Es sollte klar sein, wann eine Patientin **sofort** entscheiden kann (z. B. wenn alle Unterlagen vorliegen, die Beratung abgeschlossen ist und ausreichend Zeit bleibt), und wann ein zweiter Schritt besser ist (z. B. separater Termin, Rückruf, Entscheidung beim nächsten Besuch). Diese Prozessfähigkeit nimmt Druck aus den Gesprächen – und senkt Konflikte.

Teamstandardisierung: Rollen, Unterlagen, Ablaufkette

IGeL werden im Alltag oft dort schwierig, wo Übergaben nicht sauber sind: Anmeldung → Behandlungszimmer → Abrechnung. Deshalb ist Standardisierung ein Kernprinzip. In den Unterlagen wird der Zusammenhang zwischen Organisation und wirtschaftlicher Stabilität sehr klar formuliert: „**Organisation ist immer auch Ökonomie.**“ Ein sauberer Prozess reduziert Rückfragen, Nacharbeit und Fehlerkosten – und ist damit ein echter Praxishebel.

In der Umsetzung braucht es vor allem:

- eine definierte Ablaufkette (von Nachfrage bis Rechnung),
- eindeutige Zuständigkeiten (MFA/Ärzt:in/Abrechnung),
- standardisierte Unterlagen, die jederzeit verfügbar sind (damit nicht „jedes Mal neu“ erklärt werden muss).

Qualitätsrahmen: Was angeboten wird, muss fachlich vertretbar sein

Ein Ratgeber zu IGeL muss auch die Grenzen benennen: Nicht jede zusätzliche Diagnostik ist automatisch sinnvoll. Ein professionelles Portfolio basiert deshalb auf Indikation, Nutzen-Schaden-Abwägung und Umsetzbarkeit. Das schützt Patientinnen – und verhindert, dass die Praxis in Rechtfertigungssituationen gerät.

Praxisimpuls (15 Minuten): „IGeL-Steckbrief“ für die Top-3-Leistungen

Erstellen Sie für die drei häufigsten IGeL Ihrer Praxis jeweils eine Seite („Steckbrief“). Diese Seite ist kein Werbeflyer, sondern ein internes Standardblatt, das Beratung und Prozess absichert:

- Indikation/Anlass (wann kommt es in Frage?)
- Nutzen in einem Satz (patientinnenverständlich)
- Grenzen/Risiken (kurz, ehrlich)
- Alternativen (inkl. GKV-Abgrenzung)
- Kostenrahmen + Hinweis „schriftlich vorab“
- Prozess: Wer macht was? (MFA → Ärzt:in → Abrechnung)
- Dokumente: Kosteninfo/Vereinbarung/Rechnung (Ablageort)

Damit ist die Grundlage gelegt, um in den nächsten Kapiteln den rechtssicheren Ablauf und die Implementierung Schritt für Schritt auszuarbeiten.

Zusammenfassung

Kapitel 3 definiert die Grundprinzipien, die IGeL alltagstauglich machen: eine beratende Grundhaltung, konsequente Transparenz, Entscheidungsfreiheit und ein standardisierter Teamprozess. Auf dieser Basis können die folgenden Kapitel die rechtlichen Anforderungen, die SOP-Prozesskette und die Implementierung konkret und praxissicher aufbauen.

Kapitel 4: Recht & Formalien – der Vertrauensrahmen für IGeL in der Praxis

Einordnung

IGeL berühren immer auch rechtliche und berufsrechtliche Anforderungen. Für die Praxis ist dabei entscheidend, dass „Recht & Formalien“ nicht als Zusatzaufwand verstanden werden, sondern als **Sicherheitsrahmen**: Er schützt Patientinnen vor Intransparenz und die Praxis vor Konflikten, Reklamationen und formalen Fehlern.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen **verpflichtenden Pflichten** (z. B. Aufklärung, Einwilligung, transparente Information über Kosten) und **empfohlenen Standards** (z. B. strukturierte Gesprächsführung, definierte Bedenkzeit). Im Alltag werden beide Ebenen in einem Ziel zusammengeführt: Die Patientin soll nachvollziehbar informiert entscheiden können, und die Praxis soll die Entscheidung sauber dokumentieren und korrekt abrechnen.

Die „11 IGeL-Gebote“ als Orientierung für eine vertrauensvolle Umsetzung

Ein praktikabler Rahmen für die tägliche Umsetzung sind die „11 IGeL-Gebote“ (berufsrechtliche Empfehlungslinie). Sie bündeln genau die Punkte, die in der Praxis typischerweise zu Missverständnissen führen, wenn sie nicht standardisiert sind. Inhaltlich lassen sie sich als Qualitäts- und Vertrauensregeln lesen: Indikation korrekt stellen, sachlich informieren, keinen Druck ausüben, schriftlich vereinbaren, korrekt abrechnen und fachlich sauber bleiben.

In der Praxis können die 11 Punkte als Checkliste verstanden werden:

- **Korrekte und transparente Indikationsstellung**
- **Nur erforderliche/empfehlenswerte/vertretbare Leistungen**
- **Sachliche Information ohne Abwertung der GKV-Leistungspflicht**
- **Keine Verunsicherung von Patientinnen**
- **Kein Aufdrängen von Leistungen**
- **Angemessene Bedenkzeit vor Abschluss eines Behandlungsvertrags**
- **Aufklärung über entstehende Kosten**
- **Schriftlicher Behandlungsvertrag**
- **Abrechnung nach GOÄ**

- **Einhaltung der Fachbereichsgrenzen**
- **Einhaltung sonstiger Qualitätsstandards**

Diese Gebote sind weniger „juristische Theorie“ als eine alltagstaugliche Leitplanke: Wer sie konsequent umsetzt, reduziert die typischen Konfliktfelder (Kostenüberraschung, Druckgefühl, Widersprüche im Team, Reklamationen zur Rechnung).

Merksatz
IGeL sind dann rechtlich und kommunikativ stabil, wenn Indikation, Transparenz und Schriftlichkeit zusammenpassen.

Aufklärung, Entscheidungsfreiheit und Bedenkzeit

Aus Sicht der Patientin ist IGeL immer eine Entscheidung unter Unsicherheit („Brauche ich das?“). Genau deshalb ist die Bedenkzeit kein „Nice-to-have“, sondern ein Qualitätsmerkmal. Das bedeutet nicht, dass jede IGeL zwangsläufig in zwei Terminen stattfinden muss. Es bedeutet vielmehr: Der Ablauf muss so gestaltet sein, dass eine Patientin ohne Druck „Ja“, „Nein“ oder „Ich möchte darüber nachdenken“ sagen kann, ohne dass daraus organisatorisches Chaos entsteht.

Für die Praxis ist besonders relevant, dass im Gespräch drei Dinge strikt voneinander getrennt werden: medizinische Einschätzung (Indikation), verständliche Information (Nutzen, Grenzen, Alternativen) und die Entscheidung der Patientin. Sobald diese Trennung sauber ist, sinkt das Risiko, dass Patientinnen den Eindruck bekommen, sie würden „überredet“ oder die GKV-Leistung werde abgewertet.

Schriftliche Vereinbarung und schriftliche Kosteninformation

Ein wiederkehrender Fehler in Praxen ist, dass Formalien „nachgeschoben“ werden, weil es im Alltag schnell gehen muss. Genau das sollte vermieden werden: Schriftlichkeit gehört **vor** die Leistung – nicht danach. Der Kern ist dabei nicht Papier um des Papiers willen, sondern klare, nachweisbare Transparenz.

Inhaltlich sollte eine IGeL-Vereinbarung in der Praxis mindestens Folgendes abbilden: Welche Leistung wird erbracht, auf welcher Grundlage (GOÄ), welche Kosten entstehen voraussichtlich, dass es sich um eine Selbstzahlerleistung handelt, dass die Patientin die Information erhalten hat, und dass sie sich bewusst dafür entscheidet. Zusätzlich sollte klar sein, ob und welche Alternativen (inkl. GKV-Leistung) existieren, soweit relevant.

Merksatz

Grundregel für die Umsetzung: **erst schriftlich vereinbaren und Kosten schriftlich informieren – dann durchführen.**

Abrechnung nach GOÄ und Rechnung

Die Abrechnung ist nicht nur „Buchhaltung“, sondern Teil der Transparenz. Patientinnen akzeptieren Selbstzahlerleistungen deutlich besser, wenn Rechnung und Kostenlogik nachvollziehbar sind. Zwei Punkte sind hier besonders wichtig: Erstens wird nicht pauschal „ein Paketpreis“ angesetzt, sondern es wird GOÄ-konform abgerechnet. Zweitens erhält die Patientin eine Rechnung, die die Leistung verständlich und prüfbar ausweist.

In der Praxis lohnt sich dafür ein Standardprozess: Wer erstellt die Rechnung, welche Angaben müssen enthalten sein, wie werden Rückfragen gehandhabt, und wie wird dokumentiert, dass die Unterlagen vorab ausgehändigt wurden.

Fachgebietsgrenzen und Qualitätsstandards

Ein seriöses IGeL-System ist immer auch ein Qualitätsmanagement-Thema. Fachgebietsgrenzen sind zu beachten, und Leistungen sollten nur dann angeboten werden, wenn Indikation, Qualifikation, Ausstattung und Ablaufqualität gewährleistet sind. Der praktische Nutzen dieser Regel ist hoch: Sie schützt die Praxis vor „Grauzonen-Leistungen“, die zwar nachgefragt werden, aber intern zu Unsicherheit und extern zu Angriffsflächen führen.

Praxisimpuls (10–15 Minuten): „IGeL-Formalien-Check“

Wählen Sie eine häufige IGeL Ihrer Praxis (z. B. Zusatzultraschall) und prüfen Sie anhand des heutigen Kapitels, ob Ihr Ablauf die wichtigsten Sicherungspunkte enthält: Gibt es eine klare Indikationslogik? Ist die Information sachlich und ohne Druck? Gibt es eine schriftliche Kosteninformation und eine unterschriftsfähige Vereinbarung vor Durchführung? Ist die Abrechnung GOÄ-konform und die Rechnung sauber? Wenn ein Punkt fehlt, definieren Sie eine konkrete Maßnahme für die nächste Woche (z. B. „Kostenblatt erstellen“, „Vereinbarung standardisieren“, „Ablageort definieren“).

Zusammenfassung

Recht & Formalien sind der Rahmen, der IGeL im Alltag stabil macht. Wenn Indikation, Transparenz, Schriftlichkeit und GOÄ-Abrechnung als Standardprozess umgesetzt werden, sinken Rückfragen und Konflikte, und die Praxis gewinnt Sicherheit in Beratung und Ablauf.

Kapitel 5: IGeL-Portfolio in der Gyn-Praxis – Beispiele und Einordnung

Einordnung

Ein IGeL-Portfolio ist kein „Leistungskatalog“, sondern ein **praxisinternes Konzept**, das festlegt, welche Selbstzahlerleistungen **wann, für wen** und **wie** angeboten werden. Der Nutzen ist vor allem organisatorisch: Ein klar definiertes Portfolio verhindert spontane Einzelentscheidungen, reduziert Uneinheitlichkeit im Team und schafft Planbarkeit für Terminierung, Aufklärung, Dokumentation und Abrechnung.

In der Praxis bewährt sich ein Portfolio, das bewusst **schlank** startet. Je klarer die Auswahl ist, desto leichter lassen sich Qualität, Kommunikation und Abrechnung standardisieren. Ein breites, unscharfes Angebot wirkt dagegen häufig unruhig, erzeugt Erklärungsdruck und führt eher zu Rückfragen oder Unsicherheit.

Merksatz

Ein **kleines, sauberes Portfolio** ist besser als ein großes, uneinheitliches.

Sinnvolle Ergänzungen zur Vorsorge (Orientierung am Praxisprofil)

„Sinnvoll“ bedeutet im IGeL-Kontext nicht automatisch „für jede Patientin“. Sinnvoll ist eine Leistung dann, wenn sie **für definierte Situationen** einen nachvollziehbaren Nutzen hat, fachlich vertretbar ist und organisatorisch zuverlässig umgesetzt werden kann. Deshalb beginnt die Portfolioarbeit immer mit einer präzisen Frage: *Welche typischen Anlässe haben wir in unserer Praxis – und welche Zusatzleistungen passen dazu?*

Für die Auswahl haben sich wenige, klare Kriterien bewährt. Sie helfen, Angebote zu vermeiden, die sich später schwer erklären lassen oder den Ablauf destabilisieren:

- **Indikationsklarheit:** Es muss eindeutig sein, wann die Leistung in Frage kommt und wann nicht.
- **Nutzen-/Grenzen-Logik:** Der erwartbare Nutzen muss benennbar sein – und Grenzen/Unsicherheiten müssen kommunizierbar bleiben.
- **Abgrenzbarkeit zur GKV:** Das Team muss sicher erklären können, was Regelversorgung ist und warum diese Leistung außerhalb liegt.
- **Umsetzbarkeit im Alltag:** Zeitbedarf, Raum, Geräte, Personal und Dokumentation müssen realistisch planbar sein.
- **Standardisierbarkeit:** Es muss möglich sein, die Leistung mit festen Unterlagen (Kosteninfo, Vereinbarung, GOÄ-Logik) und klaren Zuständigkeiten abzuwickeln.

Typische Portfolio-Bausteine (allgemein und neutral)

Für die Portfolioentwicklung ist es hilfreich, Selbstzahlerleistungen nicht als einzelne „Produkte“ zu denken, sondern als **Leistungsarten** mit ähnlichen Anforderungen an Ablauf, Kommunikation und Nachsorge. Dadurch lässt sich schneller standardisieren, weil pro Kategorie ähnliche Fragen zu klären sind: Wer spricht das Thema an? Wie wird aufgeklärt? Welche Unterlagen sind nötig? Was passiert bei einem auffälligen Ergebnis? Wie wird dokumentiert und abgerechnet?

Typische Bausteine, die in gynäkologischen Praxen als Selbstzahlerleistung vorkommen können, lassen sich beispielsweise in folgende Kategorien gliedern:

- **Zusatzdiagnostik im Rahmen einer konkreten Fragestellung** (z. B. weiterführende Abklärung bei Beschwerden, Risikokonstellationen oder Verlaufskontrollen).
- **Erweiterte Präventions- oder Risiko-Beratung** (z. B. vertiefte Beratung zu Präventionsstrategien, Lebensstil, Risiken, individuelles Vorgehen).
- **Zusätzliche Untersuchungs- oder Messleistungen außerhalb der Regelversorgung** (wenn sie nicht Bestandteil der GKV-Konstellation sind und der Nutzen für die konkrete Situation erläutert werden kann).
- **Organisierte Zusatzleistungen mit Logistikanteil** (Materialausgabe, Rücklauf, Befundübermittlung, definierte Folgeprozesse).
- **Therapienahe Zusatzleistungen bzw. prozedurale Leistungen außerhalb der GKV-Konstellation** (mit besonderem Bedarf an Zeitfensterplanung, Aufklärung, Dokumentation und Nachsorge).

Unabhängig von der Kategorie gilt: Ein Portfolio ist nur dann stabil, wenn jede Leistung intern so beschrieben ist, dass sie im Alltag reproduzierbar bleibt. Dazu gehört eine kurze Festlegung, **für welche Indikationen** die Leistung vorgesehen ist, welche **Grenzen** benannt werden müssen, welche **Alternativen** bestehen (inklusive Regelversorgung, sofern relevant), welche **Kosteninformation** vorab ausgehändigt wird und wie der **Folgeprozess** aussieht.

„Zur Erinnerung“: Konzept – Schulung – Praxismanagement

Erfolgreiche IGeL-Arbeit entsteht in der Praxis durch das Zusammenspiel von **Konzept, Schulung** und **Praxismanagement**. Ein gutes Angebot scheitert nicht selten daran, dass das Team nicht einheitlich agiert oder der Ablauf nicht in die Terminlogik passt.

Merksatz
Erfolgreiche IGeL-Arbeit braucht Konzept, Schulung und Praxismanagement – fehlt eine Komponente, wird es instabil.

Praktisch bedeutet das: Jede Leistung im Portfolio sollte als kleiner Standardbaustein vorliegen – nicht als „Wissen im Kopf einzelner“. Dafür genügt oft eine einseitige interne Vorlage („Steckbrief“), die Indikation, Nutzen/Grenzen, Abgrenzung zur GKV, Kostenlogik sowie Prozess und Zuständigkeiten festhält. Auf dieser Basis kann das Team geschult werden, und das Praxismanagement kann Terminart, Zeitfenster, Unterlagenablage und Abrechnungsroutine sauber integrieren.

Zusammenfassung

Ein tragfähiges IGeL-Portfolio ist praxisprofilbezogen, indikationsklar und standardisierbar. Entscheidend ist, dass daraus ein stabiles Konzept entsteht, das durch Schulung und Praxismanagement zuverlässig in den Alltag übertragen wird.

Kapitel 6: Vertrauensrahmen – 11 Praxisregeln für seriöse IGeL

Einordnung

IGeL sind für viele Patientinnen ein sensibles Thema, weil sie eine medizinische Entscheidung mit einer finanziellen Entscheidung verbinden. Daraus ergeben sich zwei Anforderungen an die Praxis: Erstens müssen IGeL **fachlich nachvollziehbar** sein (Indikation, Nutzen, Grenzen). Zweitens müssen sie **prozesssicher** umgesetzt werden (Transparenz, Schriftlichkeit, korrekte Abrechnung).

Der Vertrauensrahmen dieses Moduls fasst diese Anforderungen in 11 Praxisregeln zusammen. Sie sind bewusst so formuliert, dass sie im Alltag als Checkliste dienen können – unabhängig davon, welche konkrete Selbstzahlerleistung angeboten wird.

Merksatz
Vertrauen entsteht, wenn Indikation, Transparenz und Prozess zusammenpassen.

Die 11 Praxisregeln (für Angebot und Umsetzung)

Die folgenden Regeln sind keine „Verkaufstechniken“, sondern Standards für eine seriöse, patientenorientierte Umsetzung.

- 1. IGeL nur anbieten, wenn es keine Kassenleistung ist.**
Die Abgrenzung zur Regelversorgung muss vorab geklärt sein, damit Patientinnen keine widersprüchlichen Informationen erhalten.
- 2. IGeL nur im eigenen Fachgebiet anbieten.**
Das schützt die Praxis fachlich und rechtlich und sorgt für Klarheit im Profil.
- 3. IGeL nur anbieten, wenn eine vertretbare Indikation vorliegt.**
„Nachfrage“ allein ist keine Indikation. Entscheidend ist die konkrete Situation der Patientin.
- 4. Patientinnen sachlich informieren – ohne Verunsicherung.**
Die Kommunikation darf weder Druck erzeugen noch Angst als Argument verwenden. Der Ton bleibt ruhig, erklärend und respektvoll.
- 5. Patientinnen nicht drängen oder unter Zeitdruck setzen.**
Eine Entscheidung muss ohne Hast möglich sein. Zeitdruck ist einer der häufigsten Auslöser für Unzufriedenheit.

6. **Patientinnen keine Nachteile in Aussicht stellen, wenn sie ablehnen.**
IGeL dürfen nicht als Voraussetzung dargestellt werden, um eine Kassenleistung „besser“ oder „schneller“ zu erhalten.
7. **Nutzen, Grenzen und Alternativen erklären.**
Eine seriöse Beratung benennt nicht nur den möglichen Nutzen, sondern auch Grenzen/Unsicherheiten und alternative Vorgehensweisen (inkl. Regelversorgung, sofern relevant).
8. **Bedenkzeit ermöglichen.**
Das ist ein organisatorischer Standard: Die Praxis muss ein „Ich möchte darüber nachdenken“ problemlos abbilden können.
9. **Kosten vor Durchführung transparent machen – und zwar schriftlich.**
Transparenz bedeutet: Die Patientin weiß vorab, was voraussichtlich berechnet wird und wofür.
10. **Schriftliche Vereinbarung vor Durchführung.**
Die Vereinbarung dokumentiert, dass die Patientin informiert wurde und sich bewusst für die Leistung entscheidet.
11. **Korrekt nach GOÄ abrechnen und Rechnung erstellen.**
Eine klare, nachvollziehbare Rechnung ist Teil der Transparenz und reduziert Rückfragen.

Merksatz
Seriöse IGeL erkennt man daran, dass sie ein „ Nein “ ohne Reibung ermöglichen.

Was diese Regeln im Praxisalltag konkret bedeuten

Die Regeln wirken nur dann, wenn sie als **Ablaufstandard** umgesetzt werden – nicht als „gute Absicht“. Praktisch heißt das: Das Team braucht eine einheitliche Formulierung für den Einstieg, eine klare Übergabe zur ärztlichen Beratung, definierte Unterlagen (Kosteninfo, Vereinbarung) und eine feste Abrechnungsschleife.

Wichtig ist auch, dass die Regeln nicht als zusätzliche Bürokratie erlebt werden. Richtig umgesetzt sparen sie Zeit, weil sie Rückfragen, Missverständnisse und nachträgliche Klärungen vermeiden. Besonders wirksam ist dabei die Standardisierung an den typischen „Engstellen“: Anmeldung/Telefon, Übergabe ins Sprechzimmer, sowie Abrechnung.

Minimalstandard: So wird der Vertrauensrahmen „anwendbar“

Damit die 11 Regeln im Alltag nicht abstrakt bleiben, empfiehlt sich ein Minimalstandard, der in jeder Praxis schnell umsetzbar ist:

- **Einheitliche Teamformulierung** für Erstkontakt (Telefon/Empfang).
- **Kurze interne Leistungsbeschreibung** (Indikation, Nutzen, Grenzen, Alternativen).
- **Kosteninformation + Vereinbarung** in einer festen Ablage (digital/analog), jederzeit verfügbar.
- **Definierter Ablauf**, wer was macht (MFA – Ärztin/Arzt – Abrechnung).
- **Ein klarer „Bedenkzeit“-Pfad**, z. B. Rückruf, Folgetermin oder Entscheidung beim nächsten Besuch.

Praxisimpuls (15 Minuten): „Vertrauens-Check“ für eine häufige IGeL

Wählen Sie eine häufige Selbstzahlerleistung aus Ihrem Portfolio und prüfen Sie den Ist-Zustand anhand der 11 Regeln. Nutzen Sie dabei drei Fragen:

1. **Indikation & Abgrenzung:** Ist klar, wann die Leistung angeboten wird – und wann nicht?
2. **Transparenz:** Gibt es einen Standard, um Nutzen, Grenzen, Alternativen und Kosten verständlich zu vermitteln?
3. **Prozess:** Sind Kosteninfo, Vereinbarung, Dokumentation und Rechnung in einem klaren Ablauf verankert?

Notieren Sie am Ende **eine** konkrete Verbesserung, die Sie in den nächsten 7 Tagen umsetzen (z. B. „Kostenblatt standardisieren“, „Ablageort definieren“, „Teamformulierung festlegen“).

Zusammenfassung

Die 11 Praxisregeln bilden den Vertrauensrahmen für IGeL. Sie sorgen dafür, dass Selbstzahlerleistungen nicht von Stimmung, Zeitdruck oder Einzelpersonen abhängen, sondern als fairer, transparenter und prozesssicherer Standard umgesetzt werden können.

Kapitel 7: Kommunikation bei IGeL – Nutzen erklären, Entscheidung ermöglichen, Einwände souverän behandeln

Einordnung

IGeL sind aus Patientinnensicht eine besondere Situation: Neben der medizinischen Frage („Ist das sinnvoll für mich?“) steht eine finanzielle Entscheidung („Möchte ich das selbst zahlen?“). Genau daraus entstehen typische Kommunikationshürden in Praxen: Viele Teams möchten nicht „verkaufen“, einige befürchten Missverständnisse („Die Praxis will nur Geld verdienen“) und häufig muss zudem erklärt werden, warum eine Leistung in der konkreten Situation nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird.

Dieses Kapitel versteht Kommunikation nicht als Verkaufstechnik, sondern als **Beratungsstandard**. Ziel ist ein Gespräch, das verständlich informiert, Erwartungen klärt und die Entscheidung konsequent bei der Patientin belässt. Eine gute IGeL-Kommunikation erkennt man daran, dass sie ein „Nein“ respektiert und trotzdem professionell bleibt.

Merksatz

Ziel der IGeL-Kommunikation ist nicht Zustimmung, sondern **informierte Entscheidung**.

Lernziele

Nach Kapitel 7 können die Teilnehmenden

- Nutzen, Grenzen, Alternativen und Kosten strukturiert und verständlich darstellen,
- die Frage „Warum zahlt die Krankenkasse das nicht?“ sachlich erklären, ohne sich zu rechtfertigen,
- mit typischen Einwänden und Unterstellungen professionell umgehen,
- im Team eine einheitliche Gesprächslogik für Telefon/Empfang/Sprechzimmer anwenden.

Grundhaltung und Rollen: Wer spricht worüber?

Kommunikation wird stabil, wenn Rollen klar sind. Medizinische Indikation, Nutzen-Risiko-Abwägung und die eigentliche Empfehlung sind ärztliche Aufgaben. Die MFA trägt wesentlich dazu bei, dass der Prozess ruhig und transparent abläuft: Sie strukturiert den Ablauf, erklärt organisatorische Schritte, stellt Unterlagen bereit und sorgt für einheitliche, sachliche Formulierungen am Empfang oder am Telefon.

Wichtig ist, dass MFA-Aussagen nicht in den Bereich der ärztlichen Empfehlung rutschen („Das sollten Sie unbedingt machen“), sondern sich auf Orientierung und Prozess beziehen („Die Ärztin erklärt Ihnen Nutzen und Alternativen; Sie erhalten die Kostenübersicht vorab schriftlich und können in Ruhe entscheiden“). So bleibt die Kommunikation fachlich korrekt und im Team konsistent.

Merksatz
MFA kommuniziert Prozess und Transparenz , Ärztin/Arzt kommuniziert Indikation und Empfehlung .

Gesprächsbeispiel 1: Erstkontakt am Empfang/Telefon (MFA – neutral, prozessklar)

Patientin: „Ich habe auf ihrer Webseite gelesen, dass man zusätzlich zur Behandlung noch etwas untersuchen lassen kann. Wäre das noch bei mir möglich?“

MFA: „Grundsätzlich ja – es kommt darauf an, welche Fragestellung bei Ihnen im Vordergrund steht. Die Ärztin bespricht gleich mit Ihnen Nutzen und Alternativen. Wenn es eine zusätzliche Selbstzahlerleistung ist, erhalten Sie die Kostenübersicht vorab schriftlich und können in Ruhe entscheiden.“

Patientin: „Muss ich das sofort entscheiden?“

MFA: „Nein. Sie entscheiden erst, nachdem Sie alles erklärt bekommen haben. Wenn Sie Bedenkzeit möchten, ist das selbstverständlich möglich.“

Nutzen verständlich darstellen: von der Leistung zur Fragestellung

Viele Gespräche werden unnötig schwierig, wenn zu früh über „die Leistung“ gesprochen wird („Wir könnten noch X machen“), statt über die Fragestellung („Was möchten wir klären?“). Für Patientinnen wird der Nutzen nachvollziehbar, wenn er an die individuelle Situation gekoppelt ist: Anlass → Ziel → möglicher Erkenntnisgewinn → Konsequenz. Erst danach folgen Grenzen und Alternativen. So wirkt das Gespräch nicht wie ein Angebot, sondern wie eine medizinisch begründete Option.

Wichtig ist außerdem, dass diese Gesprächslogik auch dann trägt, wenn die Regelversorgung in der konkreten Konstellation **keine passende Leistung vorsieht**. In solchen Situationen sollte klar und sachlich erläutert werden, welche Vorgehensweisen in der Regelversorgung möglich sind (z. B. Verlauf, symptomorientierte Abklärung, Überweisung/weitere Stufe) und welche zusätzliche Option außerhalb der Regelversorgung bestehen kann.

Gesprächsbeispiel 2a: Sprechzimmer – Zusatzoption neben Regelversorgung (Add-on-Logik)

Ärztin: „Für Ihre Situation gibt es ein Vorgehen in der Regelversorgung. Zusätzlich gibt es eine Option, die wir außerhalb der Kassenversorgung anbieten können, wenn Sie das wünschen.“

Patientin: „Was hätte ich davon?“

Ärztin: „Der mögliche Nutzen wäre, dass wir eine konkrete Frage schneller oder genauer

einordnen können und daraus ableiten, ob weitere Schritte nötig sind oder ob ein Verlauf ausreicht.“

Patientin: „Gibt es auch Nachteile?“

Ärztin: „Ja. Es gibt Grenzen, und es kann auch Befunde geben, die weitere Abklärungen auslösen, obwohl am Ende alles unauffällig ist. Deshalb bespreche ich mit Ihnen auch Alternativen und das Vorgehen in der Regelversorgung.“

Patientin: „Und wenn ich das nicht mache?“

Ärztin: „Dann gehen wir den regulären Weg. Ich erkläre Ihnen beide Optionen – und Sie entscheiden in Ruhe.“

Gesprächsbeispiel 2b: Sprechzimmer – Regelversorgung sieht die Leistung hier nicht vor (keine Add-on-Situation)

Patientin: „Können Sie das nicht einfach über die Kasse machen?“

Ärztin: „In Ihrer konkreten Konstellation ist diese Leistung nicht Bestandteil der Kassenversorgung. Das bedeutet: Über die gesetzliche Krankenkasse ist sie hier nicht vorgesehen.“

Patientin: „Heißt das, es ist unnötig?“

Ärztin: „Nicht automatisch. Es heißt zunächst nur, dass es nicht als Standardleistung der Kassenversorgung bezahlt wird. Medizinisch kann es in bestimmten Situationen eine sinnvolle zusätzliche Option sein. Ich erkläre Ihnen transparent Nutzen, Grenzen und Alternativen – zum Beispiel das Vorgehen in der Regelversorgung oder einen Verlauf. Wenn Sie die zusätzliche Option nutzen möchten, wäre das eine Selbstzahlerleistung. Wenn nicht, gehen wir den Kassenweg weiter.“

Patientin: „Muss ich jetzt entscheiden?“

Ärztin: „Nein. Sie bekommen die Informationen und – wenn es für Sie in Frage kommt – die Kostenübersicht schriftlich. Dann können Sie in Ruhe entscheiden.“

„Warum zahlt die Krankenkasse das nicht?“ – sachlich erklären, ohne Rechtfertigung

Diese Frage ist häufig kein Angriff, sondern ein Orientierungsbedürfnis. Eine gute Antwort vermeidet Abwertung der gesetzlichen Krankenkasse, vermeidet lange politische Erklärungen und bleibt sachlich: Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert definierte Leistungen der Regelversorgung nach festgelegten Kriterien (z. B. Programme, Voraussetzungen, Wirtschaftlichkeit). Zusätzliche oder anders konzipierte Leistungen können außerhalb dieser Kriterien liegen. „Nicht übernommen“ bedeutet nicht automatisch „unnötig“, sondern: Die Patientin entscheidet, ob sie diese Option zusätzlich nutzen möchte.

Gesprächsbeispiel 3: Kostenübernahme-Frage (ärztlich + prozessual ergänzt)

Patientin: „Warum zahlt das die Krankenkasse nicht?“

Ärztin: „Die Krankenkasse übernimmt bestimmte Leistungen im Rahmen der Regelversorgung. Zusätzliche Leistungen sind oft nicht Teil dieses Katalogs oder nur unter

bestimmten Voraussetzungen. In Ihrem Fall ist es eine zusätzliche Option außerhalb der Regelversorgung, deshalb wäre es eine Selbstzahlerleistung.“

Patientin: „Heißt das, es ist eigentlich nicht nötig?“

Ärztin: „Nicht unbedingt. Es bedeutet, dass es nicht als Standardleistung bezahlt wird. Ob es für Sie sinnvoll ist, hängt von Ihrer Fragestellung ab. Ich erkläre Ihnen Nutzen, Grenzen und Alternativen – und dann entscheiden Sie.“

MFA (ergänzend, wenn Patientin organisatorisch fragt): „Wenn Sie möchten, bekommen Sie die Kostenübersicht schriftlich mit. Dann können Sie auch erst zu Hause überlegen.“

Umgang mit Einwänden und Unterstellungen

Unterstellungen entstehen häufig aus Unsicherheit, schlechten Vorerfahrungen oder dem Gefühl, unter Druck zu geraten. Professionell ist eine deeskalierende Haltung: Aussage aufnehmen, Transparenz betonen, Entscheidungsfreiheit aktiv anbieten. Wichtig ist, nicht in eine Verteidigungs- oder „Argumentationsschleife“ zu geraten, sondern ruhig zu bleiben und das Gespräch wieder auf die Kernpunkte zu führen: Information, Wahlfreiheit, nächster Schritt.

Gesprächsbeispiel 4: Unterstellung „Sie wollen nur Geld machen“ (Deeskalation + Klarheit)

Patientin: „Ganz ehrlich: Das klingt so, als wollten Sie nur Geld verdienen.“

Ärztin: „Ich verstehe, dass das so wirken kann – gerade weil es um eine Selbstzahlerleistung geht. Mir ist wichtig: Sie bekommen eine medizinische Einordnung mit Nutzen und Grenzen. Sie müssen das nicht machen. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, gehen wir selbstverständlich den Weg der Regelversorgung weiter.“

Patientin: „Warum sprechen Sie es dann an?“

Ärztin: „Weil es in Ihrer Situation eine zusätzliche Option sein kann. Ich halte es für fair, dass Sie diese Möglichkeit kennen. Ob Sie sie nutzen möchten, entscheiden allein Sie.“

MFA (wenn die Patientin am Empfang weiterfragt): „Wenn Sie möchten, nehmen Sie die schriftliche Kostenübersicht mit und überlegen in Ruhe. Es gibt keinerlei Verpflichtung.“

Gesprächsstandards für typische Situationen

Kommunikation wird zuverlässig, wenn es pro Situation kurze Standards gibt. Das bedeutet nicht, dass jedes Gespräch identisch klingen muss, sondern dass Kernbotschaften konsistent sind: Transparenz, Entscheidungsfreiheit, sachliche Erklärung und klare Übergaben.

Gesprächsbeispiel 5: Rückfrage zur Rechnung (ruhig, prüfbar, nicht defensiv)

Patientin: „Ich verstehe die Rechnung nicht. Wofür ist das genau?“

MFA/Abrechnung: „Gern erkläre ich Ihnen das. Für Privat- und Selbstzahlerleistungen gibt es einen gesetzlich vorgegebenen Gebührenrahmen, nach dem Ärztinnen und Ärzte abrechnen. Auf Ihrer Rechnung sind die einzelnen Positionen aufgeführt, die zu Ihrer Selbstzahlerleistung

gehören.“

Patientin: „Warum ist das so teuer?“

MFA/Abrechnung: „Die Gesamtsumme ergibt sich aus den einzelnen Gebührenpositionen und dem jeweiligen Aufwand. Sie hatten vor der Durchführung die schriftliche Kostenübersicht und die Vereinbarung erhalten. Wenn Sie möchten, gehe ich die Positionen Schritt für Schritt mit Ihnen durch.“

Patientin: „Ich hatte das nicht so verstanden.“

MFA/Abrechnung: „Dann schauen wir das gemeinsam an. Wichtig ist, dass es für Sie nachvollziehbar ist. Ich kann Ihnen die Kostenübersicht und die Vereinbarung auch nochmals als Kopie mitgeben oder zusenden.“

Praxisimpuls (10–15 Minuten): Mini-Training im Team

Wählen Sie zwei Situationen aus dem Praxisalltag, beispielsweise

- (1) Nachfrage am Empfang/Telefon,
- (2) „Warum zahlt die Krankenkasse das nicht?“, oder (
- 3) „Sie wollen nur Geld machen“.

Legen Sie fest, welcher Teil ärztlich ist (Indikation/Empfehlung) und welcher Teil prozessual ist (Unterlagen, Bedenkzeit, Ablauf).

Üben Sie die Dialoge kurz im Rollenspiel und formulieren Sie anschließend zwei Standardsätze, die im Team identisch genutzt werden.

Zusammenfassung

Eine stabile IGeL-Kommunikation entsteht durch klare Rollen, eine nutzenorientierte Gesprächsstruktur und konsequente Transparenz. Wenn das Team sachlich erklärt, Entscheidungsfreiheit sichtbar macht und Einwände deeskalierend behandelt, wird aus einem potenziell konfliktträchtigen Thema ein professionell geführter Beratungsprozess.

Kapitel 8: Implementierung eines funktionierenden IGeL-Systems in die Praxis

Einordnung

Ein IGeL-System entsteht nicht dadurch, dass eine Praxis „ab morgen IGeL macht“, sondern dadurch, dass sie eine wiederholbare Routine etabliert. Implementierung bedeutet deshalb vor allem: **Entscheidungen festlegen, Zuständigkeiten klären, Unterlagen verfügbar machen und den Ablauf so in den Praxisalltag integrieren, dass er auch unter Zeitdruck funktioniert.**

Viele Praxen scheitern nicht am „Ob“, sondern am „Wie“: IGeL werden zu selten geplant, zu wenig standardisiert und zu stark von einzelnen Personen getragen. Dieses Kapitel beschreibt eine praktikable Implementierungslogik in vier Schritten: Planung, Organisation (inkl. Zeitmanagement), Führung/Lenkung und Controlling.

Merksatz

Implementierung gelingt am sichersten, wenn Sie mit einem **kleinen, klaren Start** beginnen und daraus Standards entwickeln.

Schritt 1: Planung

Planung ist der Moment, in dem aus „wir könnten“ ein „so machen wir es“ wird. Dafür braucht es keine langen Konzepte, sondern wenige klare Festlegungen. Entscheidend ist zunächst die Priorisierung: Welche Selbstzahlerleistungen tauchen im Alltag am häufigsten auf oder verursachen die meisten Rückfragen? Dort entsteht der größte Nutzen durch Standardisierung.

Im zweiten Schritt wird festgelegt, wie der Start konkret aussehen soll. Ein definierter Starttermin ist hilfreich, weil er interne Vorbereitung bündelt (Unterlagen, Ablage, Teambriefing). Parallel wird entschieden, wo im Ablauf die Leistung verankert wird: Wird sie im Rahmen bestehender Termine besprochen oder in ein separates Zeitfenster verlagert? Diese Entscheidung ist weniger medizinisch als organisatorisch: Sie bestimmt, ob das Team im Tagesgeschäft Ruhe behält.

Für die Planung genügt in der Regel eine kurze Startliste mit wenigen Punkten:

- Welche 1–2 Leistungen werden in der Pilotphase standardisiert?
- Welche Unterlagen müssen dafür vorliegen (Kostenübersicht, Vereinbarung, neutrale Patienteninformation, Dokumentationsvorlage)?
- Wo sind diese Unterlagen abgelegt (digital/analog, eindeutig, für alle verfügbar)?
- Welche Terminart/Zeitfenster wird dafür genutzt (inkl. Puffer)?

- Wer übernimmt Verantwortung für Inhalt, Prozess und Abrechnung?

Damit ist die Basis geschaffen, um in Schritt 2 den Ablauf in den Alltag zu integrieren, ohne dass es „nebenbei“ passieren muss.

Schritt 2: Organisation

Organisation bedeutet, den IGeL-Prozess an den Stellen zu verankern, an denen er real stattfindet: Telefon, Anmeldung, Sprechzimmer, Abrechnung. Das Ziel ist eine klare Antwort auf die Frage: **Wann beginnt der Prozess – und wann ist er abgeschlossen?**

In der Praxis bewährt sich eine einfache Ordnung: IGeL werden entweder aus einer Patientinnen-Nachfrage heraus angestoßen oder aus einer medizinischen Fragestellung. In beiden Fällen muss die Übergabe sauber sein: Erstinformation und Prozesssteuerung (oft MFA) führen zur ärztlichen Beratung (Indikation, Nutzen/Grenzen/Alternativen) und anschließend zur formalen Absicherung (Kostenübersicht, Vereinbarung, Dokumentation, Rechnung).

Wichtig ist außerdem die Terminlogik. Vorsorgetermine und kurative Termine unterscheiden sich in Ziel, Zeit und Erwartung. Deshalb sollte die Praxis festlegen, in welchen Terminarten IGeL regelhaft besprochen werden dürfen und wo es sinnvoller ist, eine Entscheidung zu vertagen oder einen separaten Baustein zu planen. Damit wird verhindert, dass Beratung „zwischen Tür und Angel“ stattfindet oder dass am Empfang Entscheidungen getroffen werden, die ins Sprechzimmer gehören.

Merksatz
Ein stabiler IGeL-Ablauf entsteht durch klare Antworten auf drei Fragen: Wer startet? Wer berät? Wer schließt formal ab?

Schritt 2 vertieft: Zeitmanagement & Taktung

Zeitmanagement ist der häufigste „unsichtbare“ Grund, warum IGeL-Gespräche unangenehm werden. Wenn Beratung und Entscheidung in Situationen stattfinden, in denen das Team ohnehin unter Druck steht, entsteht schnell das Gefühl von „Verkauf“ oder „Hektik“. Deshalb ist Taktung ein Kernbestandteil der Implementierung.

Praktisch bedeutet das: Die Praxis entscheidet, ob IGeL im Tagesablauf als eigener Zeitblock geführt werden oder als definierter Bestandteil bestimmter Terminarten. Beides kann funktionieren – aber nur, wenn es bewusst geplant ist. Zusätzlich braucht es Puffer, weil IGeL-Gespräche nicht immer gleich lang sind: Manche Patientinnen entscheiden schnell, andere benötigen Fragen, Alternativen und Bedenkzeit. Puffer schützt vor Kettenreaktionen im Wartezimmer und vor Druck im Gespräch.

Zum Zeitmanagement gehört auch Erwartungsmanagement. Patientinnen sollten früh erkennen, dass eine Entscheidung möglich, aber nicht verpflichtend ist, und dass eine Entscheidung auch vertagt werden kann. Wenn die Praxis dies organisatorisch unterstützt (Rückruf, Folgetermin, Entscheidung beim nächsten Termin), sinkt der Druck im Gespräch deutlich.

Schritt 3: Führung/Lenkung

Führung bedeutet hier nicht „Kontrolle“, sondern die Schaffung von Verlässlichkeit im Team. IGeL werden nur dann stabil, wenn das Team sie nicht als Belastung oder moralisches Risiko erlebt, sondern als sauber gerahmten Prozess. Das gelingt, wenn die Leitung zwei Dinge konsequent herstellt: einheitliche Standards und eine sichere Teamkultur für Rückfragen.

In der Praxis sind kurze, regelmäßige Teamtermine wirksam, weil sie eine Routine für Verbesserung schaffen. Der Fokus liegt dabei nicht auf Einzelfällen, sondern auf Prozessfragen: Wo entstehen Rückfragen? Wo fehlt eine Unterlage? Wo geraten wir in Zeitdruck? Welche Formulierungen funktionieren am Empfang? Welche Übergaben sind unklar? So werden Probleme früh erkannt und nicht erst über Beschwerden sichtbar.

Führung umfasst außerdem die Schnittstellen zwischen MFA, ärztlicher Beratung und Abrechnung. Wenn diese Schnittstellen nicht klar sind, entstehen Reibungen. Eine einfache, schriftlich festgelegte Rollenbeschreibung („wer macht was“) reduziert dieses Risiko deutlich, insbesondere bei Urlaub, Wechseln oder neuen Mitarbeitenden.

Schritt 4: Controlling

Controlling soll im Ratgeber-Kontext minimalistisch bleiben. Es geht nicht um komplexe Auswertungen, sondern um eine einfache Rückmeldung: Funktioniert unser Standardprozess im Alltag? Wo entsteht Abweichung? Welche Verbesserung hat Priorität?

Bewährt hat sich ein kleines Set an Beobachtungen über einen festen Zeitraum (z. B. vier Wochen): Wie häufig wird eine IGeL nachgefragt oder angeboten? Wo entstehen Rückfragen oder Unzufriedenheit (Anmeldung, Sprechzimmer, Abrechnung)? Welche Prozessfehler kommen vor (fehlende Kostenübersicht, fehlende Vereinbarung, unklare Dokumentation, Rückfragen zur Rechnung)? Bereits diese wenigen Punkte reichen, um den Standard gezielt zu verbessern.

Beteiligungsmodelle (z. B. Team am Erfolg teilhaben lassen) sind ein mögliches Führungselement, sollten jedoch immer so gestaltet sein, dass sie nicht als Verkaufsanreiz wirken, sondern als Anerkennung für Prozessqualität, Service und Teamleistung. Wenn ein solches Modell genutzt wird, sollte es transparent, fair und an Qualitätskriterien gebunden sein.

Merksatz

Controlling ist dann sinnvoll, wenn es eine Frage beantwortet:
Was verbessern wir als Nächstes konkret?

Praxisimpuls (30 Minuten): Implementierungs-Workshop „Pilot in 14 Tagen“

Wählen Sie eine Selbstzahlerleistung aus Ihrem Portfolio, die häufig vorkommt oder aktuell viele Rückfragen erzeugt. Legen Sie anschließend die vier Implementierungsschritte konkret fest:

- **Planung:** Startdatum, Unterlagen, Ablageort, Verantwortliche.
- **Organisation:** Trigger im Alltag, Übergaben, Terminlogik.
- **Zeitmanagement:** Zeitfenster/Puffer, Vorgehen bei „Bedenkzeit“.
- **Controlling:** Zwei Messpunkte für vier Wochen (z. B. Rückfragenquote + Prozessfehler).

Halten Sie das Ergebnis auf einer Seite fest und testen Sie es in der Pilotphase. Nach zwei Wochen wird im Team entschieden, welche Anpassung nötig ist, bevor aus dem Piloten ein Standard wird.

Zusammenfassung

Implementierung bedeutet, IGeL als Routine in den Praxisalltag zu integrieren: geplant, organisatorisch verankert, im Team geführt und mit wenigen Kennzahlen überprüft. Wenn diese vier Schritte konsequent umgesetzt werden, wird aus einem sensiblen Thema ein stabiler Prozess, der Patientinnen Orientierung gibt und das Team entlastet.

Kapitel 9: Dokumentation & Auswertung (taggleich)

Einordnung

Eine IGeL ist im Praxisalltag erst dann „sauber abgeschlossen“, wenn sie nicht nur durchgeführt, sondern auch **vollständig dokumentiert und organisatorisch abgeschlossen** ist. Genau hier entstehen in vielen Praxen unnötige Reibungen: fehlende Nachweise, Rückfragen zur Rechnung, uneinheitliche Ablage oder spätere Erinnerungslücken („Wurde die Kostenübersicht wirklich vorab übergeben?“).

Dieses Kapitel beschreibt deshalb einen pragmatischen Standard für Dokumentation und Auswertung. Es geht nicht um „mehr Papier“, sondern um **weniger Nacharbeit** und **mehr Sicherheit**. Die Grundlogik lautet: Dokumentation erfolgt **taggleich** und wird anschließend in einem festen Rhythmus kurz ausgewertet, damit Standards verbessert werden können.

Merksatz

Taggleiche Dokumentation ist die einfachste Form von Qualitätssicherung – sie verhindert spätere Klärungsschleifen.

Tagesliste/IGeL-Liste (Arbeitslogik)

Eine IGeL-Liste ist kein Controlling-Instrument „für die Zahlen“, sondern ein **Arbeitswerkzeug**. Sie macht sichtbar, welche Fälle im Tagesgeschäft gelaufen sind, ob Formalien vollständig sind und wo Rückfragen entstehen könnten. Entscheidend ist dabei die Einfachheit: Wenn die Liste zu komplex ist, wird sie nicht konsequent geführt. Wenn sie zu knapp ist, liefert sie im Konfliktfall keinen Nutzen.

In der Praxis hat sich eine Tagesliste bewährt, die pro IGeL-Fall die notwendigen Nachweise und den organisatorischen Status abbildet. Der Kern ist nicht die medizinische Detaildokumentation (die gehört in die Patientenakte), sondern die **Prozessdokumentation**: „Wurde informiert, vereinbart, durchgeführt, dokumentiert, abgerechnet?“.

Für die Tagesliste reichen typischerweise wenige Felder, die alle Teamrollen unterstützen: Identifikation des Falls (z. B. Kürzel/Patienten-ID), Datum, Art/Kategorie der Selbstzahlerleistung (neutral), ob Kostenübersicht vorab ausgehändigt wurde, ob die Vereinbarung vorab unterschrieben wurde, ob die Leistung durchgeführt wurde, ob die Dokumentation abgeschlossen ist, ob die Rechnung erstellt wurde und ob Rückfragen offen sind. Zusätzlich ist ein Feld sinnvoll, in dem besondere Auffälligkeiten kurz markiert werden (z. B. „Patientin wünscht Bedenkzeit“, „Rückruf vereinbart“, „Rückfrage zur Rechnung“). So wird aus einer Liste ein Tagesabschluss-Tool.

Wenn die Praxis digital arbeitet, kann diese Liste als kurzer Status-Workflow im Praxisverwaltungssystem oder als geschütztes internes Dokument geführt werden. Wichtig

ist in jedem Fall: Zugriff nur für die notwendigen Mitarbeitenden, klare Ablage und ein definierter Abschlusszeitpunkt am Tagesende.

Monats-/Quartalsauswertung & Review im Team

Eine Auswertung ist nur dann hilfreich, wenn sie zu Entscheidungen führt. Deshalb sollte sie bewusst schlank bleiben. Ziel ist nicht, jede Zahl zu diskutieren, sondern Muster zu erkennen: Wo läuft der Prozess stabil? Wo entsteht regelmäßig Unruhe? Welche Formalie wird am häufigsten vergessen? Welche Stelle im Ablauf erzeugt Rückfragen?

Ein sinnvoller Rhythmus ist eine kurze Review einmal im Monat (oder quartalsweise, je nach Praxisgröße). Diese Review funktioniert am besten, wenn sie feste Rollen hat: Eine Person bereitet die wenigen Kennpunkte vor, eine Person moderiert, und am Ende steht eine konkrete Maßnahme. So bleibt es ein Lern- und Verbesserungsprozess und wird nicht zu einer „Fehlersuche“.

Inhaltlich genügt es, mit wenigen, praxisnahen Fragen zu arbeiten: Wie viele IGeL-Fälle gab es ungefähr? Wo gab es Rückfragen oder Beschwerden (Empfang, Sprechzimmer, Abrechnung)? Welche Prozessfehler traten auf (z. B. fehlende Kostenübersicht, fehlende Unterschrift, unklare Ablage, verspätete Rechnung)? Welche Formulierung oder welcher Prozessschritt hat gut funktioniert – und was sollte standardisiert werden? Der Mehrwert entsteht aus der Konsequenz: lieber regelmäßig kurz und wirksam, als selten und umfangreich.

Merksatz

Auswertung ist nur dann sinnvoll, wenn sie in eine konkrete nächste Maßnahme mündet.

Praxisimpuls (20 Minuten): „Review-Routine in 3 Fragen“

Führen Sie einmal monatlich eine kurze IGeL-Review durch. Die Agenda bleibt gleich:

1. **Was lief stabil?** (ein Prozessschritt, der gut funktioniert)
2. **Wo gab es Reibung?** (eine typische Rückfrage oder eine wiederkehrende Lücke)
3. **Was ändern wir als Nächstes?** (genau eine Maßnahme, klar terminiert, zuständig)

So entsteht eine kontinuierliche Verbesserung ohne Overhead. Die Tagesliste liefert dafür die Grundlage; der Review-Termin macht daraus einen Standard.

Zusammenfassung

Dokumentation und Auswertung sind die Brücke zwischen „wir machen IGeL“ und „wir machen IGeL zuverlässig“. Eine taggleiche Prozessdokumentation reduziert Rückfragen und schützt vor Nacharbeit. Eine kurze, regelmäßige Review sorgt dafür, dass das System lernfähig bleibt und sich Schritt für Schritt stabilisiert.

Kapitel 10: Zusammenfassung & Praxistransfer

Einordnung

Dieses Modul verfolgt ein praktisches Ziel: Selbstzahlerleistungen (IGeL) sollen in der gynäkologischen Praxis **transparent, patientenorientiert und prozesssicher** umgesetzt werden. Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Stabilität nicht durch „mehr Gespräch“ entsteht, sondern durch klare Standards: ein definiertes Portfolio, ein verlässlicher Ablauf, eindeutige Rollen, saubere Formalien, professionelle Kommunikation sowie taggleiche Dokumentation und eine einfache Review-Routine.

Kapitel 10 bündelt die Inhalte in einem handlungsorientierten Abschluss: einem Quick-Check für die unmittelbare Umsetzung und einem 30-Tage-Plan, der die Einführung schrittweise und realistisch strukturiert.

Quick-Check: Was muss „morgen“ stehen?

Ein IGeL-System ist dann startfähig, wenn die Praxis die folgenden Mindestvoraussetzungen erfüllt. Der Quick-Check dient dazu, Lücken schnell zu erkennen und priorisiert zu schließen.

- **Portfolio-Entscheidung:** Die Praxis hat 1–2 Selbstzahlerleistungen ausgewählt, mit denen sie in einer Pilotphase startet.
- **Abgrenzung ist klar:** Das Team kann eindeutig sagen, ob es sich um Regelversorgung, Privatleistung oder Selbstzahlerleistung handelt.
- **Rollen sind definiert:** Es ist festgelegt, wer im Erstkontakt orientiert (MFA), wer ärztlich berät (Indikation, Nutzen/Grenzen/Alternativen) und wer formal abschließt (Unterlagen/Abrechnung).
- **Unterlagen sind verfügbar:** Kostenübersicht und Vereinbarung sind jederzeit auffindbar (Ablageort klar) und werden vor Durchführung genutzt.
- **Kommunikation ist konsistent:** Es gibt mindestens eine Teamformulierung für Empfang/Telefon und eine klare ärztliche Gesprächsstruktur im Sprechzimmer.
- **Ablauf ist festgelegt:** Die Prozesskette ist definiert (Beratung → Kostenübersicht/Vereinbarung → Durchführung → Dokumentation → Rechnung).
- **Dokumentation taggleich:** Es gibt eine einfache Tagesliste oder einen Status-Workflow, der Vollständigkeit sichtbar macht.
- **Review-Routine:** Ein kurzer Termin im Team (monatlich oder quartalsweise) ist eingeplant, um Rückfragen und Prozesslücken zu bearbeiten.

30-Tage-Implementierungsplan (Start klein → stabilisieren → ausrollen)

Der 30-Tage-Plan strukturiert die Einführung so, dass die Praxis nicht überfordert wird und dennoch schnell in eine stabile Routine kommt. Entscheidend ist, dass zunächst mit wenigen Leistungen gestartet wird und diese konsequent standardisiert werden.

Woche 1: Vorbereitung (Entscheiden und vorbereiten)

In der ersten Woche werden die Grundlagen geschaffen. Die Praxis wählt 1–2 Leistungen für die Pilotphase aus und definiert Indikation, Nutzen/Grenzen und Alternativen in einer kurzen internen Beschreibung. Parallel werden Kostenübersicht und Vereinbarung finalisiert und ein eindeutiger Ablageort festgelegt. Zusätzlich wird die Terminlogik entschieden: Wann wird beraten, wann durchgeführt, wie wird Bedenkzeit organisatorisch abgebildet? Am Ende der Woche findet ein kurzes Teambriefing statt, in dem Rollen, Standardsätze und Prozesskette besprochen werden.

Woche 2: Pilotphase (Test im Alltag)

In der zweiten Woche wird der Ablauf im Alltag getestet. Ziel ist nicht Perfektion, sondern das Erkennen von Engpässen. Besonders wichtig ist, dass Formalien konsequent vor Durchführung erledigt werden und dass die Dokumentation taggleich erfolgt. Rückfragen von Patientinnen und Reibungen im Team werden gesammelt, ohne sie sofort „groß“ zu machen – sie sind die Grundlage für Verbesserung.

Woche 3: Stabilisierung (Standards nachschärfen)

In Woche drei werden die häufigsten Abweichungen systematisch bearbeitet. Typische Anpassungen betreffen meist die Übergaben (Empfang → Sprechzimmer → Abrechnung), die Ablage der Unterlagen, die Zeitfensterplanung und die Kommunikation bei Kostenübernahme-Fragen oder Einwänden. Die Praxis legt fest, welche Formulierungen als Standard gelten und welche Prozessschritte verbindlich sind. Die Tagesliste bzw. der Workflow wird so angepasst, dass Vollständigkeit eindeutig erkennbar ist.

Woche 4: Ausrollen (Routine und Review etablieren)

In Woche vier wird der Pilot in den Regelbetrieb überführt. Die Praxis entscheidet, ob weitere Leistungen ins Portfolio aufgenommen werden oder ob zunächst die Pilotleistungen weiter stabilisiert werden. Zusätzlich wird die Review-Routine verbindlich verankert (kurzer Termin monatlich oder quartalsweise). In diesem Review wird nicht „über Zahlen diskutiert“, sondern es wird eine konkrete Prozessverbesserung beschlossen. So wird das System dauerhaft lernfähig.

Zusammenfassung

Ein funktionierendes IGeL-System entsteht durch klare Entscheidungen, konsequente Prozessführung und eine ruhige, transparente Kommunikation. Wenn Portfolio, Rollen, Unterlagen, Ablauf, Dokumentation und Review-Routine zusammenpassen, werden Selbstzahlerleistungen für Patientinnen nachvollziehbar und für das Team planbar. Der 30-

Tage-Plan bietet dafür eine realistische Struktur, die eine schrittweise Einführung ermöglicht und langfristig Stabilität schafft.

Kapitel 11: Die 9 Tipps – kompakt und praxisorientiert

In der Fortbildung wurden neun praxisnahe Hinweise als „Take-home messages“ herausgestellt. Sie sind weniger als Checkliste für „mehr IGeL“, sondern als Leitlinien zu verstehen, wie Selbstzahlerleistungen **ethisch, transparent und im Team stabil** umgesetzt werden können.

1. **Notwendigkeit erkennen**

Selbstzahlerleistungen entstehen in der Praxis real an der Schnittstelle zwischen medizinischen Möglichkeiten, Patientinnenbedürfnissen und Regelversorgung. Wer das als gegebenen Rahmen akzeptiert, kann Prozesse aktiv gestalten, statt ständig ad hoc reagieren zu müssen.

2. **Akzeptieren – ohne schlechtes Gewissen**

Eine Selbstzahlerleistung ist nicht automatisch „unseriös“. Entscheidend ist der Umgang damit: sachlich informieren, Alternativen benennen, Entscheidungsfreiheit gewährleisten und ein „Nein“ ohne Nachteile akzeptieren.

3. **Wert der eigenen Arbeit kennen**

Beratung, Aufklärung, Diagnostik und Organisation sind qualifizierte Leistungen. Wenn das Team den fachlichen Wert versteht, kann es ruhiger und klarer kommunizieren – ohne Rechtfertigungsmodus.

4. **Lernen – gut werden und besser werden**

Sicherheit entsteht durch Routine: klare Standards, wiederholbare Abläufe, passende Unterlagen und regelmäßige kurze Verbesserungsrunden. Damit wird IGeL-Kommunikation berechenbar und weniger belastend.

5. **Team-Alignment herstellen**

IGeL scheitern im Alltag häufig an Uneinheitlichkeit. Ein gemeinsamer Standard für Begriffe, Rollen, Satzbausteine und Ablageorte reduziert Rückfragen („Die Kollegin hat aber gesagt...“) und entlastet die Schnittstellen.

6. **Kompetenz aufbauen und sichtbar machen**

Patientinnen spüren Unsicherheit schnell. Kompetenz bedeutet hier: Indikation, Nutzen, Grenzen, Alternativen und Ablauf so erklären zu können, dass es verständlich und konsistent ist – im Sprechzimmer genauso wie am Empfang.

7. **Überzeugung vom Sinn/Nutzen im Einzelfall**

Gemeint ist keine „Verkaufsüberzeugung“, sondern medizinische Klarheit: Warum ist diese Option in genau dieser Situation überhaupt relevant? Wenn die Indikation unscharf ist, wird auch die Kommunikation unscharf.

8. **Freude an der Arbeit und am professionellen Prozess**

Ein sauberer Ablauf schafft Ruhe. Wenn IGeL als standardisierte, fair geführte Beratung erlebt werden, sinkt der innere Widerstand („ich will nichts verkaufen“) und es entsteht eher Professionalität als Druck.

9. **Mitarbeitende am Erfolg teilhaben lassen**

„Erfolg“ sollte primär als Prozessqualität verstanden werden: weniger Rückfragen, klare Abläufe, weniger Konflikte, bessere Planbarkeit. Anerkennung (z. B. Feedback, Verantwortungsübernahme, Fortbildungszeit, Teamziele) kann Motivation stärken, ohne dass Anreizsysteme wie „Verkauf“ wirken.

Zusammengeführt ergeben diese neun Hinweise eine klare Leitlinie: IGeL sind dann im Alltag gut umsetzbar, wenn die Praxis sie als transparenten Beratungsprozess versteht und sie über Standards, Rollen und eine verlässliche Routine dauerhaft absichert.

Quellen

Die folgenden Quellen dienen als Hintergrund und Referenz für rechtliche/organisatorische Grundprinzipien. Bitte verwenden Sie stets die jeweils aktuelle Fassung.

- IGeL-Monitor: „15 Regeln bei Individuellen Gesundheitsleistungen“ (PDF) – [Link öffnen](#)
- Bundesärztekammer: Patienteninformation („Selbst zahlen?“) (PDF) – [Link öffnen](#)
- KBV: Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (PDF) – [Link öffnen](#)
- BGB § 630c (Informationspflichten) – Volltext – [Link öffnen](#)
- BGB § 630e (Aufklärungspflichten) – Volltext – [Link öffnen](#)
- Verbraucherzentrale: IGeL – Rechte von Patient:innen (Web) – [Link öffnen](#)

ANHÄNGE

Vorlagen & Checklisten

Anhang 1: SOP-Kurzablauf IGeL (kompakt)

Diese Kurz-SOP beschreibt den Standardablauf von der ersten Nachfrage bis zur Rechnung. Sie dient als gemeinsame Referenz für MFA, Ärztin/Arzt und Abrechnung.

Schritt	Inhalt	Verantwortlich	Dokumente / Check
1	Anlass klären / Frage aufnehmen (keine Empfehlung).	MFA	Standard-Satz / Übergabe an Ärztin/Arzt
2	Indikation prüfen, Nutzen/Grenzen/Alternativen erklären, Entscheidung ermöglichen.	Ärztin/Arzt	Beratungsnotiz (Kurz)
3	Kostenübersicht vorab schriftlich aushändigen.	MFA/Abrechnung	Kostenübersicht (Ablageort)
4	Schriftliche Vereinbarung vor Durchführung abschließen (sofern erforderlich).	MFA + Patientin	Vereinbarung / Ablage
5	Durchführung im definierten Zeitfenster, Vorbereitung/Assistenz.	Ärztin/Arzt + MFA	Check: Material/Equipment
6	Dokumentation taggleich (Indikation, Beratung, Unterlagen, Durchführung/Ergebnis).	Ärztin/Arzt	Doku-Template
7	Rechnung erstellen nach gesetzlichem Gebührenrahmen für Privat-/Selbstzahlerleistungen.	Abrechnung	Rechnung / Versand
8	Nachkontakt/Rückfragen: standardisiert beantworten, ggf. weiterer Termin.	MFA/Ärztin/Abrechnung	Standard-Antworten

Anhang 2: Tagesliste / Statusliste (taggleich)

Die Tagesliste ist ein Arbeitsinstrument, um Prozessvollständigkeit sichtbar zu machen. Sie enthält keine medizinischen Details (die gehören in die Patientenakte), sondern den Status der Formalien und der Abrechnung.

Datum	Patienten-ID/Kürzel	Kategorie (neutral)	Kostenübersicht vorab	Vereinbarung vorab	Durchführung	Dokumentation taggleich	Rechnung erstellt	Rückfrage /offen	Notiz
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Anhang 3: Monats-/Quartals-Review (3-Fragen-Routine)

Die Review-Routine dient der kontinuierlichen Verbesserung. Sie bleibt bewusst kurz: ein Prozessschritt, eine Reibungsstelle, eine konkrete Maßnahme.

Frage	Notizen / Ergebnis
1) Was lief stabil?	[]
2) Wo gab es Reibung (Rückfragen/Beschwerden/Fehler)?	[]
3) Was ändern wir als Nächstes? (eine Maßnahme, Termin, Zuständigkeit)	Maßnahme: [] Bis: [] Zuständig: []

Anhang 4: IGeL-Steckbrief (Praxisstandard) – Vorlage

Diese Vorlage wird pro Selbstzahlerleistung einmal ausgefüllt und anschließend versioniert. Sie dient als interne Referenz für Indikation, Kommunikation, Ablauf, Dokumentation und Abrechnung.

Stammdaten

Leistungstitel (intern)	[]	Leistungstitel (patientinnenverständlich)	[]
Kategorie	[Zusatzdiagnostik / Beratung / prozedural / logistikbasiert / sonstiges]	Version / Datum	[]/[]
Verantwortlich	[]	Gültig ab / Nächste Überprüfung	[]/[]

1) Zweck und Anlass (Warum gibt es diese Leistung?)

Diese Leistung wird in unserer Praxis angeboten, wenn eine konkrete Fragestellung vorliegt oder eine zusätzliche Abklärung/Beratung außerhalb der Regelversorgung sinnvoll erscheint.

[Freitext:]

2) Indikation und Zielgruppe (Wann kommt sie in Frage?)

Konstellationen (praxisintern definieren):

[]

[]

[]

Nicht geeignet / Ausschlusskriterien (praxisintern definieren):

[]

[]

3) Nutzen in Patientinnensprache (1–2 Sätze)

[Freitext:]

4) Grenzen und Risiken (kurz, sachlich)

Diese Leistung kann nicht leisten:

[Freitext:]

Mögliche Grenzen/Unsicherheiten:

[Freitext:]

Mögliche Risiken/Folgeeffekte (z. B. weitere Abklärungen bei Auffälligkeiten):

[Freitext:]

Optionaler Merksatz (nur wenn hilfreich):

[Merksatz:]

5) Alternativen (inkl. Regelversorgung, sofern relevant)

Als Alternativen kommen in Betracht:

[]

[]

[]

6) Ablauf in der Praxis (standardisiert)

Die Leistung läuft in unserer Praxis immer nach demselben Muster ab:

1. Anlass klären (kurz am Telefon/Empfang oder in der Sprechstunde).
2. Ärztliche Beratung/Indikationsstellung (Nutzen, Grenzen, Alternativen).
3. Kostenübersicht schriftlich (vor Durchführung).
4. Schriftliche Vereinbarung (vor Durchführung; Ablage im System).
5. Durchführung (Zeitfenster, Raum, Vorbereitung).
6. Dokumentation (taggleich).
7. Befund/Rückmeldung (wie/wann/durch wen).
8. Rechnung (nach gesetzlichem Gebührenrahmen für Privat-/Selbstzahlerleistungen).
9. Nachkontakt, falls erforderlich (z. B. bei Rückfragen oder Auffälligkeiten).

7) Rollen und Zuständigkeiten (Wer macht was?)

Rolle	Aufgaben / Hinweise
MFA	[]
Ärztin/Arzt	[]
Abrechnung/Verwaltung	[]

Vertretungsregel: []

8) Zeit- und Ressourcenplanung

Geplantes Zeitfenster: [] Minuten

Raum/Equipment: []

Vorbereitung durch MFA: []

Typische Engpässe & Lösung: []

9) Unterlagen (Pflicht / Standard)

Vor Durchführung werden verwendet (Dokumentname / Ablageort):

Unterlage	Dokumentname / Ablageort
Kostenübersicht	[]
Vereinbarung / Behandlungsvertrag	[]
Informationsblatt (neutral)	[]
Dokumentationsbogen / Template	[]

10) Abrechnung – intern

Gebührenpositionen / Textbausteine (intern): []

Steigerung/Begründung (falls relevant): []

Rechnungserstellung durch: []

Typische Rückfragen & Standardantwort: []

11) Dokumentation (Minimalstandard)

In der Dokumentation muss stehen:

Anlass/Indikation: []

Inhalt der Beratung (Nutzen, Grenzen, Alternativen): []

Kostenübersicht übergeben am: []

Vereinbarung unterschrieben am: []

Durchführung/Ergebnis: []

ggf. Nachkontakt/Empfehlung: []

12) Qualitäts- und Prozesscheck (klein, praxistauglich)

Wir prüfen monatlich/ quartalsweise:

Häufigste Rückfragen zu dieser Leistung: []

Prozessfehler (z. B. fehlende Unterlagen, Rückläufer Rechnung): []

Verbesserungsmaßnahme für den nächsten Zeitraum: []

Kommunikation

Anhang 1: Wording-Karte (Standardsätze für typische Situationen)

Die folgenden Sätze sind bewusst neutral formuliert. Sie dienen als Teamstandard für Orientierung, Transparenz und Deeskalation.

Situation	Ziel	Satzbaustein (MFA)	Satzbaustein (Ärztin/Arzt)
Erstkontakt am Telefon/Empfang	Orientierung + Übergabe	„Die Ärztin/der Arzt erklärt Ihnen gleich Nutzen und Alternativen. Wenn es eine Selbstzahlerleistung ist, erhalten Sie die Kostenübersicht vorab schriftlich und entscheiden in Ruhe.“	—
„Warum zahlt die Krankenkasse das nicht?“	Sachlich erklären, ohne Rechtfertigung	„Die Kostenübersicht bekommen Sie schriftlich mit; Sie können in Ruhe entscheiden.“	„Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt definierte Standardleistungen. Diese Option ist in Ihrer Konstellation außerhalb der Regelversorgung. Ich erläutere Nutzen, Grenzen und Alternativen – dann entscheiden Sie.“
Bedenkzeit	Druck rausnehmen	„Sie müssen das nicht sofort entscheiden. Wir können das auch beim nächsten Termin oder nach einem Rückruf klären.“	„Nehmen Sie sich Zeit. Wir gehen den regulären Weg weiter, wenn Sie sich dagegen entscheiden.“
Unterstellung „Sie wollen nur Geld machen“	Deeskalation + Haltung klären	„Sie erhalten alle Informationen schriftlich und entscheiden frei. Es gibt keine Verpflichtung.“	„Ich verstehe den Eindruck. Mir ist wichtig: Sie entscheiden frei. Ich ordne medizinisch ein und erkläre Nutzen und Grenzen.“
Rückfrage zur Rechnung	Nachvollziehbarkeit herstellen	„Für Privat- und Selbstzahlerleistungen gibt es einen gesetzlich vorgegebenen Gebührenrahmen. Ich	—

		gehe die Positionen gern mit Ihnen durch.“	
--	--	---	--

Anhang 2: Gesprächsbeispiele (fiktiv, neutral)

Die Beispiele zeigen Struktur und Tonalität (Transparenz, Entscheidungsfreiheit, Deeskalation). Sie sind absichtlich ohne konkrete Leistungsnennung formuliert.

Beispiel 1: Erstkontakt am Empfang/Telefon (MFA)

Patientin: „Ich habe gelesen, dass man zusätzlich noch etwas untersuchen lassen kann. Ist das bei Ihnen möglich?“

MFA: „Grundsätzlich ja – es kommt darauf an, welche Fragestellung bei Ihnen im Vordergrund steht. Die Ärztin bespricht gleich Nutzen und Alternativen. Wenn es eine Selbstzahlerleistung ist, erhalten Sie die Kostenübersicht vorab schriftlich und können in Ruhe entscheiden.“

Patientin: „Muss ich das sofort entscheiden?“

MFA: „Nein. Sie entscheiden erst, nachdem Sie alles erklärt bekommen haben. Wenn Sie Bedenkzeit möchten, ist das selbstverständlich möglich.“

Beispiel 2a: Sprechzimmer – Zusatzoption neben Regelversorgung

Ärztin: „Für Ihre Situation gibt es ein Vorgehen in der Regelversorgung. Zusätzlich gibt es eine Option, die wir außerhalb der Kassenversorgung anbieten können, wenn Sie das wünschen.“

Patientin: „Was hätte ich davon?“

Ärztin: „Der mögliche Nutzen wäre, dass wir eine konkrete Frage schneller oder genauer einordnen können. Ich erkläre Ihnen auch die Grenzen und Alternativen.“

Patientin: „Und wenn ich das nicht mache?“

Ärztin: „Dann gehen wir den regulären Weg. Ich erläutere beide Optionen – und Sie entscheiden in Ruhe.“

Beispiel 2b: Sprechzimmer – Regelversorgung sieht die Leistung hier nicht vor

Patientin: „Können Sie das nicht einfach über die Kasse machen?“

Ärztin: „In Ihrer Konstellation ist diese Leistung nicht Bestandteil der Kassenversorgung. Medizinisch kann sie in bestimmten Situationen eine zusätzliche Option sein. Ich erkläre Nutzen, Grenzen und Alternativen – und Sie entscheiden.“

Patientin: „Muss ich jetzt entscheiden?“

Ärztin: „Nein. Sie bekommen die Informationen und – wenn es für Sie in Frage kommt – die Kostenübersicht schriftlich. Dann können Sie in Ruhe entscheiden.“

Beispiel 3: „Warum zahlt die Krankenkasse das nicht?“

Patientin: „Warum zahlt das die Krankenkasse nicht?“

Ärztin: „Die Krankenkasse übernimmt definierte Standardleistungen. Diese Option ist in Ihrer Konstellation außerhalb der Regelversorgung. Ich erläutere Nutzen, Grenzen und Alternativen – dann entscheiden Sie.“

MFA: „Wenn Sie möchten, bekommen Sie die Kostenübersicht schriftlich mit und überlegen in Ruhe.“

Beispiel 4: Unterstellung „Sie wollen nur Geld machen“

Patientin: „Ganz ehrlich: Das klingt so, als wollten Sie nur Geld verdienen.“

Ärztin: „Ich verstehe, dass das so wirken kann. Mir ist wichtig: Sie entscheiden frei. Ich ordne medizinisch ein und erkläre Nutzen und Grenzen. Wenn Sie sich dagegen entscheiden, gehen wir selbstverständlich den Weg der Regelversorgung weiter.“

MFA: „Wenn Sie möchten, nehmen Sie die Kostenübersicht mit und entscheiden später. Es gibt keinerlei Verpflichtung.“

Beispiel 5: Rückfrage zur Rechnung

Patientin: „Ich verstehe die Rechnung nicht. Wofür ist das genau?“

Abrechnung: „Für Privat- und Selbstzahlerleistungen gibt es einen gesetzlich vorgegebenen Gebührenrahmen. Auf Ihrer Rechnung sind die Positionen aufgeführt, die zu Ihrer Leistung gehören. Ich gehe sie gern mit Ihnen durch.“

Patientin: „Ich hatte das nicht so verstanden.“

Abrechnung: „Dann schauen wir das gemeinsam an. Wichtig ist, dass es für Sie nachvollziehbar ist. Ich kann Ihnen die Kostenübersicht und die Vereinbarung auch nochmals als Kopie geben.“

Rechtlicher Orientierungsrahmen für IGeL

Schnellcheck, Mindestinhalte, Rollenabgrenzung, digitale Unterschrift, Primärquellen

Stand / Abrufdatum: 08.03.2026

Rechtshinweis / Haftungsausschluss

Dieses Dokument dient ausschließlich der allgemeinen Information und Praxisorganisation. Es stellt keine Rechtsberatung dar und ersetzt keine individuelle Prüfung im Einzelfall. Maßgeblich sind stets die jeweils aktuellen Fassungen der einschlägigen Gesetze, Verträge, berufsrechtlichen Regelungen sowie Vorgaben der zuständigen Ärztekammer/Kassenärztlichen Vereinigung. Trotz sorgfältiger Erstellung wird keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen. Exeltis Germany GmbH übernimmt keine Haftung für Entscheidungen oder Maßnahmen, die auf Grundlage dieses Dokuments getroffen werden.

Anhang 1: Rechtlicher Schnellcheck

Ziel: Mit wenigen Punkten prüfen, ob eine Selbstzahlerleistung prozess- und formalsicher vorbereitet ist. Der Schnellcheck ist bewusst allgemein gehalten und unabhängig von konkreten Leistungen anwendbar.

Prüfpunkt	Erledigt?	Hinweis / Nachweis
Abgrenzung geklärt (Regelversorgung vs. Selbstzahlerleistung)	<input type="checkbox"/>	Interner Standard / Teambriefing
Ärztliche Indikation und Beratung erfolgt (Nutzen, Grenzen, Alternativen)	<input type="checkbox"/>	Kurznotiz in Patientenakte
Entscheidungsfreiheit/Bedenkzeit ausdrücklich möglich	<input type="checkbox"/>	Gesprächsstandard / Ablaufpfad
Kostenübersicht schriftlich vor Durchführung ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	Kopie/Ablage + Datum
Schriftliche Vereinbarung vor Durchführung abgeschlossen (sofern erforderlich)	<input type="checkbox"/>	Vereinbarung abgelegt
Durchführung im definierten Zeitfenster/Setting geplant	<input type="checkbox"/>	Terminart/Slot
Dokumentation taggleich vollständig	<input type="checkbox"/>	Doku-Template
Rechnung erstellt (nach gesetzlichem Gebührenrahmen für Privat-/Selbstzahlerleistungen)	<input type="checkbox"/>	Rechnung/Versand
Rückfragenpfad definiert (Empfang/Abrechnung/ärztliche Rückfragen)	<input type="checkbox"/>	Standardantworten

Anhang 2: Mindestinhalte: Kostenübersicht, Vereinbarung, Rechnung, Dokumentation

Die folgenden Punkte sind als praxisnahe Mindestinhalte gedacht. Sie ersetzen keine juristische Einzelfallprüfung, helfen aber, die häufigsten Lücken zu vermeiden.

Kostenübersicht (schriftlich, vor Durchführung)

Sollte mindestens enthalten:

- Bezeichnung der geplanten Leistung (patientenverständlich)
- Hinweis: Selbstzahlerleistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- voraussichtliche Gesamtkosten (oder Kostenrahmen) und ggf. Hinweis auf mögliche Zusatzkosten bei Mehraufwand
- Zeitpunkt: Aushändigung vor Durchführung (Datum/Unterschrift optional)
- Kontakt für Rückfragen (Praxis)

Vereinbarung / Behandlungsvertrag (vor Durchführung)

Sollte mindestens enthalten:

- Patientenidentifikation + Datum
- Benennung der Leistung
- Hinweis auf Selbstzahlerstatus (keine/unsichere Kostenerstattung durch GKV)
- Bestätigung, dass Kostenübersicht vorab ausgehändigt wurde
- Einwilligung/Entscheidung der Patientin (freiwillig, ohne Druck)
- Aushändigung einer Kopie (Dokumentationshinweis)

Rechnung

Rechnungen für Privat- und Selbstzahlerleistungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Patientinnen sollten die Rechnung nachvollziehen können; Rückfragen sind ein normaler Teil des Prozesses.

Sollte mindestens enthalten:

- Leistungspositionen (gesetzlicher Gebührenrahmen) mit verständlicher Leistungsbezeichnung
- Datum der Leistungserbringung
- Beträge je Position und Gesamtsumme
- Zahlungsziel und Zahlungsweg
- Praxisdaten (Absender/Steuernummer nach Praxisstandard)

Dokumentation (Minimalstandard)

In der Patientenakte sollte erkennbar sein:

- Anlass/Indikation
- Beratungsinhalt: Nutzen, Grenzen, Alternativen
- Aushändigung der Kostenübersicht (Datum)

- Abschluss der Vereinbarung (Datum) – sofern genutzt/erforderlich
- Durchführung/Ergebnis und ggf. Nachkontakt

Anhang 3: Rollenabgrenzung (MFA – Ärztin/Arzt – Abrechnung)

Rollenklärung reduziert Delegationsfehler und sorgt für konsistente Kommunikation. Die folgende Abgrenzung ist als organisatorischer Standard zu verstehen.

Rolle	Darf/ soll typischerweise übernehmen	Sollte typischerweise nicht übernehmen
MFA	Erstkontakt (Orientierung), Prozess erklären (Unterlagen, Bedenkzeit, Termin), Aushändigung Kostenübersicht, Organisation der Unterschrift (nach Praxisstandard), Terminsteuerung, Rückfragen sammeln und weiterleiten.	Medizinische Empfehlung/Indikationsentscheidung („Sie müssen das machen“), Nutzen-Risiko-Abwägung als Ersatz für ärztliche Aufklärung.
Ärztin/Arzt	Indikation, medizinische Beratung (Nutzen, Grenzen, Alternativen), Entscheidung ermöglichen, Dokumentationskern, Umgang mit medizinischen Einwänden.	Abrechnungstechnische Detaildiskussion im Wartebereich; organisatorische Ablagefragen als Einzelfall-Lösung statt Standard.
Abrechnung/ Verwaltung	Rechnung nach Gebührenrahmen erstellen, Zahlungsprozess, Klärung formaler Rückfragen, Nachweise bereitstellen (Kostenübersicht/Vereinbarung als Kopie).	Medizinische Diskussion zur Indikation; Druckausübung in Zahlungsgesprächen.

Anhang 4 Digitale Unterschrift: pragmatische Orientierung

Viele Praxen möchten Vereinbarungen digital unterschreiben lassen. Für die praktische Umsetzung ist entscheidend, ob in der jeweiligen Konstellation „Schriftlichkeit“ gefordert ist und wie die Praxis den Nachweis führt.

Praxisorientierte Grundsätze:

- Wenn eine unterschriebene Vereinbarung verlangt wird, sollte die Praxis eine Form wählen, die den Nachweis langfristig sicherstellt (Archivierung, Kopie an Patientin).
- Eine Tablet-/Pad-Unterschrift kann eine Zustimmung dokumentieren, ersetzt jedoch nicht in jedem Fall die rechtliche Schriftform. Für formstrenge Anforderungen kann eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) erforderlich sein.
- Unabhängig vom Medium: Kostenübersicht vorab, freiwillige Entscheidung und nachvollziehbare Ablage sind die wichtigsten Schutzfaktoren.

Empfehlung für die Praxis (risikoarm):

- Standardweg definieren (Papier oder digital mit eindeutigem Nachweis).
- Wenn digital: Signaturprotokoll/Audit-Trail sichern und Kopie an Patientin ermöglichen.
- Regelmäßig prüfen, ob eingesetzte Software die Praxisanforderungen (Archiv, Export, Datenschutz) erfüllt.

Primärquellen (Links)

Die folgenden Links verweisen auf Primärquellen und seriöse Referenzdokumente. Für rechtssichere Entscheidungen bitte stets die aktuelle Fassung heranziehen.

- BGB § 630c (Informationspflichten) – Gesetze im Internet – [Link öffnen](#)
- BGB § 630e (Aufklärungspflichten) – Gesetze im Internet – [Link öffnen](#)
- BGB § 126a (Elektronische Form) – Gesetze im Internet – [Link öffnen](#)
- KBV: Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (PDF) – [Link öffnen](#)
- IGeL-Monitor: 15 Regeln bei Individuellen Gesundheitsleistungen (PDF) – [Link öffnen](#)
- Bundesärztekammer: Patienteninformation zu IGeL („Selbst zahlen?“) (PDF) – [Link öffnen](#)
- BMJV: Ratgeber Patientenrechte (PDF) – [Link öffnen](#)

Rechtshinweis / Haftungsausschluss

Dieses Dokument ist ein Organisations- und Schulungsmaterial. Es enthält keine Rechtsberatung. Für die Umsetzung in der einzelnen Praxis sind die aktuellen gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorgaben sowie die Regelungen der zuständigen Institutionen maßgeblich. Im Zweifel ist fachkundige Rechtsberatung einzuholen. Exeltis Germany GmbH übernimmt keine Haftung für die Anwendung.