

WAHLEISTUNGEN IM RAHMEN DER FRAUENHEILKUNDE

ZYKLUSKONTROLLE

(mittels Ultraschall durch die Scheide und Bestimmung der Hormone)

Bei Kinderwunsch: in der Regel Kassenleistung

Bei Frauen unter 50 Jahren ohne Gebärmutter: u. U. sinnvoll zur Feststellung früh einsetzender Wechseljahre (meist Kassenleistung)

HORMONSPIEGEL IM RAHMEN DER WECHSELJAHRE

Das Wissen um den Hormongehalt des Blutes hat keinerlei Konsequenzen. Wechseljahresbeschwerden können unabhängig vom Blutwert behandelt werden.

SPIRALENKONTROLLE MIT ULTRASCHALL

Die richtige Lage der Spirale in der Gebärmutter sollte bei Kupferspiralen alle 6 Monate und bei hormonhaltigen Spiralen alle 12 Monate kontrolliert werden. Diese Untersuchungen müssen selbst bezahlt werden.

OSTEOPOROSEDIAGNOSTIK MIT ULTRASCHALL

(am Fersenbein oder Bestimmung der Hautdicke)

Diese Methoden sind unsicher und nicht ausreichend auf ihren Aussagewert untersucht.

HPV-ABSTRICH

(Untersuchung auf Humane Papilloma Viren)

Gegenwärtig wird ein HPV-Test von der Krankenkasse bezahlt, wenn der Zellabstrich vom Muttermund auffällig ist. Nach dem derzeitigen Wissensstand ist eine vorsorgliche Bestimmung nur in Einzelfällen sinnvoll (keine Kassenleistung). Bei jüngeren Frauen ist eine Infektion mit HPV häufig und heilt in der Regel folgenlos aus.

THIN-PREP

Das ist eine Spezial-Methode um die Zellen, die beim Krebsfrüherkennungs-Abstrich (sog. Pap-Abstrich) vom Muttermund gewonnen werden, besser sichtbar und dann auch leichter beurteilbar zu machen. Ob dadurch tatsächlich die Sicherheit des Pap-Abstriches erhöht wird und mehr Frühfälle von Gebärmutterhals-Krebs erkannt werden, ist allerdings wissenschaftlich noch nicht bewiesen.

IMMUNOLOGISCHER STUHLTEST

Zur Früherkennung von Darmkrebs bieten die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 50. Lebensjahr jährlich einen Test zur Suche nach Blut im Stuhl an. Ab dem 56. Lebensjahr besteht die Möglichkeit, eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs durchführen zu lassen (Wiederholung nach 10 Jahren). Alternativ bezahlt die Krankenkasse sonst weiter alle 2 Jahre einen Stuhltest.

Seit kurzem existiert ein immunologischer Schnelltest zum Nachweis von Blut im Stuhl, der einfacher zu handhaben ist und eine Diät vor der Probenentnahme überflüssig macht. Dieser Test ist im Nachweis von Blut empfindlicher, das bedeutet aber auch, dass häufiger eine weitere Abklärung erforderlich werden kann.

Dieser Test wird von den Krankenkassen nicht bezahlt.

AKF

e.V.

Sigmaringer Straße 1
10713 Berlin-Wilmersdorf

Tel.: 030 – 86 39 33 16
Fax: 030 – 86 39 34 73

buero@akf-info.de
www.akf-info.de

AKF-Konto Bremer Landesbank
BLZ 290 500 00 | Kto-Nr. 104 904 4009
IBAN DE47 2905 0000 1049 0440 09
BIC BRLADE 22

Stand 07/07

Wahlleistungen in der gynäkologischen Praxis



Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, wenn sie notwendig, medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich sind. Früher konnte das weit ausgelegt werden – heute gilt hinsichtlich der Art und Anzahl medizinischer Leistungen ein strengerer Maßstab. Die Qualität der medizinischen Versorgung leidet darunter nicht.

Viele Frauenarztpraxen bieten einen Teil der von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommenen Leistungen als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an. Diese „Serviceleistungen“ müssen Sie als Patientin selbst bezahlen.

Das bedeutet für Sie: Sie möchten zwar alles Notwendige für Ihre Gesundheit und – wenn Sie schwanger sind – für die Gesundheit Ihres Babys tun, müssen aber selbst beurteilen, ob die angebotenen Wahlleistungen für Sie sinnvoll sind oder vielleicht sogar Nachteile bringen.

Die Frauenärztinnen im AKF stellen hier Informationen bereit, wie die in den gynäkologischen Praxen am häufigsten angebotenen Wahlleistungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung, der Schwangerenvorsorge und der allgemeinen Frauenheilkunde zu bewerten sind. Sie sollen Ihnen Ihre Entscheidung erleichtern.

Dabei gelten folgende Grundsätze:

- Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für alle medizinisch erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen.
- Mehr Untersuchungen müssen nicht notwendigerweise mehr Sicherheit bedeuten, sie können mitunter auch Verunsicherung, weitere Kontrolluntersuchungen und ggf. auch unnötige Behandlungsmaßnahmen zur Folge haben. Andererseits können im Einzelfall zusätzliche Untersuchungen und diagnostische Maßnahmen auch eine Beruhigung und Entlastung bedeuten, da jede Frau ihr individuelles Sicherheitsbedürfnis anders erlebt.

WAHLEISTUNGEN IM RAHMEN DER FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG VON KREBSERKRANKUNGEN

ULTRASCHALL

(über die Bauchdecke oder durch die Scheide)

Auch umfangreiche Studien haben bisher nicht erwiesen, dass – statistisch gesehen – diese Zusatzuntersuchung (sie wird mitunter „erweiterte Krebsvorsorge“ oder „Krebsvorsorge plus“ genannt) zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Eierstöcke oder der Gebärmutter Schleimhaut sinnvoll ist. Deshalb gehört Ultraschall nicht zur normalen Krebsfrüherkennung. Für die einzelne Frau kann diese Untersuchung sinnvoll sein.

BRUSTULTRASCHALL

Durch diese Untersuchung können Veränderungen in der Brust und Achselhöhle festgestellt werden. Wissenschaftlich ist nicht gesichert, ob diese Untersuchung als allgemeine Früherkennungsuntersuchung von Brustkrebs geeignet ist. Im Einzelfall kann diese Untersuchung sinnvoll sein.

TUMORMARKER

Sie sind ungeeignet zur Krebsfrüherkennung.

Auch nach einer Krebserkrankung ist die Bestimmung nur im Einzelfall sinnvoll.

WAHLEISTUNGEN IM RAHMEN DER SCHWANGERENVORSORGE

ULTRASCHALL

(über die Bauchdecke oder durch die Scheide)

Die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Ultraschalluntersuchungen genügen, um die Entwicklung des Kindes beurteilen zu können. Bei der Zweiten wird speziell auf Organfehlbildungen geachtet.

Besteht der Verdacht auf eine Fehlentwicklung oder Entwicklungsverzögerung, bezahlen die Krankenkassen die notwendige zusätzliche Spezial-Ultraschalluntersuchung.

Untersuchungen ohne besonderen Grund müssen selbst bezahlt werden.

ERSTTRIMESTER TEST/NT-MESSUNG (NACKENFALTENMESSUNG)

Durch eine spezielle Ultraschalluntersuchung und eventuelle Blutwerte kann in der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche eine Risikoeinschätzung für eine angeborene Erkrankung (z. B. Chromosomenanomalie) des Kindes gemacht werden. Diese Untersuchung wird generell nicht von den Krankenkassen bezahlt. Grundsätzlich sollte eine genaue Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Untersuchung erfolgen.

BLUTUNTERSUCHUNG

Antikörpertests auf Infektionen, wie z. B. Ringelröteln, Zytomegalie, Windpocken sind ohne besonderen Grund nicht sinnvoll.

Der Antikörpertest auf Toxoplasmose ist sinnvoll. Bei Nachweis einer Infektion kann die Erkrankung behandelt und eine Fehlbildung des Kindes meistens vermieden werden. Besteht der Verdacht auf eine akute Ansteckung, bezahlen die Krankenkassen den Test.

BLUTZUCKERTEST

(nach Trinken einer Zuckerlösung)

Zur Zeit wird untersucht, ob die Durchführung des Tests bei allen Schwangeren sinnvoll ist. Das Ergebnis steht noch aus. Die Krankenkassen bezahlen den Test, wenn der Verdacht besteht, dass die Frau einen Diabetes in der Schwangerschaft entwickeln könnte.