

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Ophthalmologische Versorgungsforschung und Epidemiologie

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Spitzer

Eine qualitative Interviewstudie zu Selbstzahlerleistungen unter Augenärzten, Zahnärzten und Hausärzten in Hamburg

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Zekiye Ertekin
aus Melle

Hamburg 2021

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 19.05.2022**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Martin Spitzer

Anmerkung

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet, wobei sowohl die männliche als auch die weibliche Form eingeschlossen ist. Bei verwendeter weiblicher Form ist nur diese gemeint.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung..... | 7 |
| 1.1 Einführung in die Thematik..... | 7 |
| 1.2 Definition von IGeL..... | 10 |
| 1.3 Überblick IGeL-Listen..... | 11 |
| 1.4 Studienlage zu IGeL..... | 12 |
| 1.4.1 Befragungen unter Ärzten und Zahnärzten..... | 12 |
| 1.4.2 Befragungen unter GKV-Versicherten..... | 13 |
| 1.5 Studienziel und Fragestellungen..... | 16 |
| | |
| 2. Material und Methoden..... | 17 |
| 2.1 Methodologische Einordnung..... | 17 |
| 2.1.1 Ansätze qualitativer Forschung..... | 17 |
| 2.2 Studiendesign und Instrumente | 18 |
| 2.2.1 Sampling..... | 18 |
| 2.2.2 Qualitative Interviews..... | 20 |
| 2.2.2.1 Entwicklung eines Interviewleitfadens..... | 21 |
| 2.2.2.2 Aufbau des Interviewleitfadens..... | 22 |
| 2.3 Datenerhebung..... | 23 |
| 2.3.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer..... | 23 |
| 2.3.2 Durchführung der Interviews..... | 24 |
| 2.3.3 Zusammensetzung der Stichprobe..... | 25 |
| 2.4 Datenaufbereitung..... | 26 |
| 2.4.1 Transkription des Datenmaterials..... | 26 |
| 2.5 Datenauswertung..... | 27 |
| 2.5.1 Ansätze qualitativer Auswertung..... | 27 |
| 2.5.1.1 Qualitative Inhaltsanalyse..... | 27 |
| 2.5.1.1.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse..... | 28 |
| 2.5.2 Aufbau des Kategoriensystems..... | 30 |
| | |
| 3. Ergebnisse..... | 32 |
| 3.1 IGeL-/SZL-Rolle in der Praxis..... | 32 |
| 3.1.1 Angebot und Nachfrage, Standortabhängigkeit..... | 32 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.2 Häufigste IGeL/SZL..... | 37 |
| 3.1.3 Sinnhaftigkeit der IGeL/SZL..... | 39 |
| 3.1.4 Bestandteil moderner Medizin..... | 44 |
| 3.1.5 IGeL/SZL als Wirtschaftsfaktor..... | 47 |
| 3.1.6 Missbrauch..... | 51 |
| 3.2 Einfluss von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung..... | 54 |
| 3.2.1 Fluch oder Segen für die Beziehung..... | 54 |
| 3.2.2 Aufklärungsarbeit..... | 55 |
| 3.2.3 Arzt in der Verkäuferrolle..... | 57 |
| 3.2.4 Rufschädigung des Arztes..... | 58 |
| 3.2.5 Arzt im Gewissenskonflikt..... | 61 |
| 3.3 Bedeutung von IGeL/SZL im Gesundheitssystem..... | 63 |
| 3.3.1 Überlastung der gesetzlichen Krankenversicherung..... | 63 |
| 3.3.2 Leistungskatalog der GKV..... | 65 |
| 3.3.3 Verantwortung..... | 66 |
| 3.3.4 Zwei-Klassen-Medizin, Soziale Ungleichheit..... | 68 |
| 3.3.5 Zwei-Klassen-Ärzte-Gesellschaft..... | 68 |
| 3.4 Persönliche Wünsche..... | 70 |
| 3.4.1 Qualitätskontrolle, Transparenz..... | 70 |
| 3.4.2 (Keine) Aufnahme von IGeL/SZL in den Leistungskatalog der GKV..... | 72 |
| 3.4.3 Ärztliches Honorar..... | 74 |
| 3.5 Zukunft der IGeL/SZL..... | 75 |
| 3.5.1 Chancen und Gefahren der IGeL/SZL..... | 75 |
| 4. Diskussion..... | 77 |
| 4.1 Diskussion der Ergebnisse..... | 77 |
| 4.2 Diskussion der Methoden..... | 96 |
| 4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick..... | 99 |
| 5. Zusammenfassung..... | 102 |
| 6. Summary..... | 103 |
| 7. Anhang..... | 104 |

| | |
|---|------------|
| 8. Abkürzungsverzeichnis..... | 115 |
| 9. Literaturverzeichnis..... | 117 |
| 10. Abbildungs-, Tabellen- und Anhangsverzeichnis..... | 128 |
| 11. Danksagung..... | 129 |
| 12. Eidesstattliche Versicherung..... | 130 |

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Gesundheitspolitisch wird seit mehreren Jahrzehnten die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenkassen kontrovers diskutiert und über Reformen versucht, neben strukturellen Veränderungen die Ausgaben und Kosten im Gesundheitssystem zu senken bzw. zu begrenzen (AOK-Bundesverband 2016).

Erstmals forderten die niedergelassenen Vertragsärzte 1996 eine Liste derjenigen Leistungen, die nicht Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen waren, woraufhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit ärztlichen Verbänden und den Berufsverbänden ohne Beteiligung der Krankenkassen einen Katalog von sogenannten „Individuellen Gesundheitsleistungen“, kurz IGeL, erstellten (Hermanns et al. 2008).

Dr. Winfried Schorre hat als damaliger KBV-Vorsitzender die erarbeitete IGeL-Liste mit etwa 70 individuellen Gesundheitsleistungen auf einer Pressekonferenz im März 1998 der Öffentlichkeit vorgestellt (DAZ 1998). Die ursprüngliche IGeL-Liste findet sich im Anhang (vgl. Anhang S. 104).

Die Einführung der IGeL sollte die Erkenntnis fördern, dass mit den begrenzten finanziellen Mitteln der GKV nicht alle medizinisch möglichen Leistungen und die individuelle Bedürfnisbefriedigung von der Solidargemeinschaft getragen werden können, insbesondere da die GKV durch das IGeL-Konzept auch finanziell stabilisiert und gestärkt werden sollte (Krimmel 1998). Das Konzept sollte die Eigenverantwortung für individuelle medizinische Wünsche bekräftigen und der gezielten Wahrnehmung von individuellen Gesundheitswünschen dienen. Der IGeL-Katalog sollte außerdem zur Entwicklung des Leistungsangebots beitragen. Durch die IGeL sollten zudem über die klarstellende Leistungsabgrenzung zum GKV-Leistungskatalog eine Transparenz im Gesundheitssystem geschaffen werden, mit der die nicht in die GKV-Zuständigkeit gehörenden Leistungen aus der „leistungsrechtlichen Grauzone“ geholt werden können, um auch in diesem Bereich einen qualitätssichernden Wettbewerb innerhalb der Ärzteschaft zu ermöglichen (ebd.). Berufspolitisch erhoffte man sich mit dem IGeL-Konzept darüber hinaus einen Schutz vor steigenden Patientenansprüchen zu Lasten der budgetierten Honorare (Krimmel 2020). Schorre sah im Konzept der IGeL keinen Weg in die „Zwei-Klassen-Medizin“, weil die Versorgung von ernsthaften Erkrankungen umfassend vom GKV-Leistungskatalog abgedeckt wäre (Maus und Glöser 1997).

Anders als bei den „Individuellen Gesundheitsleistungen“ in der Medizin findet man bei der Literaturrecherche für die „Selbstzahlerleistungen“ in der Zahnmedizin keinen explizit definierten Zeitpunkt ihrer Einführung in der Vergangenheit. Sowohl das Abrechnungssystem als auch der Leistungsumfang der zahnmedizinischen Versorgung für die gesetzlich versicherte Bevölkerung hat sich seit Existenz der gesetzlichen Krankenversicherungen stark gewandelt (Tiemann et al. 2003).

In der jüngeren Vergangenheit sind die gesetzlich normierten Eigenbeteiligungen der GKV-Patienten für zahnmedizinische Leistungen im Rahmen der Kostendämpfungspolitik mit den Kostendämpfungsgesetzen seit Mitte der 1970er Jahre eingeführt worden (AOK-Bundesverband 2016). Dieses schließt jedoch nicht aus, dass es nicht bereits vorher Selbstzahlerleistungen für die gesetzlich Versicherten gab. Somit kann man von einer längeren zahnmedizinischen Tradition von denjenigen Leistungen ausgehen, die zwischen dem Leistungserbringer und den GKV-Patienten abgerechnet werden.

Die allgemein rechtlichen Grundlagen für die Erbringung der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt. § 1 SGB V geht auf die Funktion der gesetzlichen Krankenkassen ein, dessen Ziele es sein sollen, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 SGB V) und beschreibt gleichzeitig auch die Mitverantwortlichkeit des Einzelnen an seiner Gesundheit. Die Leistungen, die die GKV übernimmt, sind grundsätzlich Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Behandlung einer Krankheit und zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 SGB V) und diese von den Vertragsärzten durchgeführten Leistungen müssen unter der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 SGB V). Zudem ist die Aufgabe sowohl der gesetzlichen Krankenkassen als auch der Vertragsärzte als Leistungserbringer die Versicherten entsprechend „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 SGB V) zu versorgen sowie den Fortschritt in der Medizin zu berücksichtigen (§ 70 SGB V).

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für die Abrechnung der ärztlichen

Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen basiert auf Leistungspauschalen, wobei man grundsätzlich den haus- und fachärztlichen Bereich unterscheidet. Während in der hausärztlichen Versorgung die erbrachten Leistungen über Leistungspauschalen honoriert werden, erhalten die jeweiligen fachärztlichen Praxen spezifische Grund- und Zusatzpauschalen, für hoch spezialisierte Leistungen auch spezifische Vergütungen (AOK-Bundesverband 2020). So gibt es für jede vertragsärztliche Gruppe ein EBM-Verzeichnis, welches quartalsweise aktualisiert wird um im Internet auf der Seite der KBV frei zur Verfügung steht (KBV 2021).

Der analoge einheitliche Bewertungsmaßstab für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen (BEMA) gliedert sich grundsätzlich in sechs zahnärztliche Bereiche auf, der Leistungen auflistet, die von den gesetzlichen Krankenkassen ganz oder teilweise für die vertragszahnärztlichen Behandlungen übernommen werden. Über den Gesetzgeber ist festgelegt, dass nicht alle zahnärztlich möglichen Leistungen von der Solidargemeinschaft getragen werden können, sondern lediglich medizinisch notwendige Behandlungen über die GKV abgerechnet werden sollen, sodass bei individuell gewünschter aufwendigerer Versorgung eine private Abrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgen soll (KZBV 2020).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, prüft und begutachtet Leistungen auf der Grundlage der Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EbM) und sein Beschluss kann entweder zur Anerkennung und Aufnahme in den Leistungskatalog oder zum Ausschluss aus der Leistungspflicht der Krankenkassen führen (G-BA 2020).

1.2 Definition von IGeL

Bis heute gibt es keine einheitliche sowie allgemeingültige Definition der individuellen Gesundheitsleistungen, von unterschiedlichen Seiten wurden

Definitionen aufgestellt und Versuche der Abgrenzung zu GKV-Leistungen unternommen. Neben der oben genannten Definition der KBV und den Verbänden haben auch weitere Institutionen und einzelne Autoren im Laufe der letzten Jahre verschiedene Formulierungen für die Definition der individuellen Gesundheitsleistungen verwendet. Die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition beruht auf dem großen Spektrum des IGeL-Angebots auf dem Markt. Die Gemeinsamkeit zeigt sich in der leistungsrechtlichen Abgrenzung als Leistungen, die nicht GKV-Leistungen sind. Synonym zu dem Begriff „Individuelle Gesundheitsleistung“ lassen sich u.a. die Begriffe „Selbstzahlerleistung“, „Zusatzleistung“, „Wunschleistung“, „Privatleistung“ oder „außervertragliche Leistung“ im Rahmen der Literaturrecherche finden, die in dieser Dissertationsschrift auch Synonym zu dem Begriff IGeL verwendet werden.

Die Bundesärztekammer (BÄK) beispielsweise fasst die individuellen Gesundheitsleistungen als „ärztliche Leistungen, die generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen, aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden“ zusammen (Bundesärztekammer 2006, S.39).

Der Kernbereich, der sog. erste Gesundheitsmarkt der Gesundheitswirtschaft stellt die „klassische“ Gesundheitsvorsorge dar, welche hauptsächlich über die GKV und PKV inklusive Pflegeversicherung getragen wird (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Es wird deutlich, dass sich mit den individuellen Gesundheitsleistungen und deren immer häufigeren Erscheinungsbild ein sog. zweiter Gesundheitsmarkt entwickelt hat, der mit einem erheblichen ökonomischen Potenzial einhergeht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zählt zum zweiten Gesundheitsmarkt „alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit“ und dieser „umfasst nach allgemeinem Verständnis freiverkäufliche Arzneimittel und individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie - zum Teil - die Bereiche Sport/Freizeit, Ernährung und Wohnen.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

1.3 Überblick IGeL-Listen

Seit März 1998 werden ärztliche Selbstzahlerleistungen u.a. unter dem damals eingeführten Begriff „Individuelle Gesundheitsleistungen“, „IGeL“, neben den Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden, angeboten und privat liquidiert. Aus den anfangs etwa 70 IGe-Leistungen des veröffentlichten IGeL-Kataloges sind mittlerweile mehrere hundert ärztliche Selbstzahlerleistungen geworden, wobei es keine allgemeingültige Liste gibt. Bei der Recherche findet man verschiedene Kataloge bzw. Einzellisten, die über die Jahre veröffentlicht und/oder aktualisiert wurden, welches die enorme Wachstumsdynamik des IGeL-Marktes unterstreicht.

Die erste Liste von 1998 wurde zu einem medizinischen Gebührenverzeichnis (MEGO) weiterentwickelt und kontinuierlich überprüft und ergänzt - die letzte Ausgabe von der „MedWell Gesundheits-AG“ umfasst bereits 386 IGeL (Krimmel und Kleinken 2011).

Befragungen zeigen, dass lediglich wenige IGeL anteilmäßig eine größere Bedeutung im Praxisalltag haben. Im Rahmen der gesetzlich versicherten Patientenbefragungen des Marktforschungsinstitut aserto im Auftrag des MDS wurden die Befragten (N=2.062) u.a. gebeten, alle (zahn-)ärztlichen Selbstzahlerleistungen zu nennen, die ihnen in den letzten drei Jahren angeboten wurden, die sie selbst nachgefragt oder in Anspruch genommen haben, sodass dadurch eine zwar unvollständige Liste aber dennoch ein breiter Überblick über das IGeL-/SZL-Angebot in der ambulanten Versorgung in Deutschland geschaffen wurde (IGeL-Report 2018). Die Auflistung der IGeL/SZL aus dieser Patientenbefragung von 2018 erfolgt im Anhangskapitel (vgl. Anhang S.105-110).

1.4 Studienlage zu IGeL

In den letzten Jahren sind mehrere empirische Studien zu individuellen Gesundheitsleistungen durchgeführt worden. Aufgrund ihrer unterschiedlichen

Studiendesigns und Fragestellungen lassen sich die Daten nur bedingt vergleichen. Grundsätzlich lassen sich die Studien einteilen nach ihren Befragungsgruppen, zum einen sind Umfragen unter Ärzten und zum anderen unter GKV-Versicherten durchgeführt worden. Allgemeine Aussagen zu der IGeL-Entwicklung sind dennoch möglich.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat 2011 in einem HTA-Bericht zu individuellen Gesundheitsleistungen eine systematische Übersicht zu empirischen Primärstudien und Publikationen zu IGeL erarbeitet und veröffentlicht (Schnell-Inderst et al. 2011).

1.4.1 Befragungen unter Ärzten und Zahnärzten

In der Vergangenheit wurden im Vergleich zu Patientenbefragungen nur vereinzelte Umfragen unter der Ärzteschaft zum Thema individuelle Gesundheitsleistungen/ärztliche Selbstzahlerleistungen durchgeführt. Im folgenden werden einzelne Befragungen aufgeführt.

Die Stiftung Gesundheit hat 2005 in Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsinstitut GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) eine repräsentative Studie über die Positionierung der Ärzte und Zahnärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit durchgeführt und knapp 8.000 niedergelassene Ärzte und Zahnärzte für die Befragung herangezogen. Im Fragenkatalog zum Praxis-Marketing wurden die Umfrageteilnehmer auch zum Thema IGeL befragt. 74% der Zahnärzte und Ärzte haben angegeben, dass sie IGeL in ihrer Praxis anbieten, weitere 8% planen das Angebot von IGeL in Zukunft (Stiftung Gesundheit, GfK 2005).

Eine weitere Studie thematisierte die steigende wirtschaftliche Bedeutung von IGeL, wobei sich insgesamt N=186 Arztpraxen beteiligten (Warnebie 2006).

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) und die „Ärzte Zeitung“ haben 2017 unter dem Titel „Selbstzahlerleistungen - immer wertvoller oder verzichtbare Add-ons?“ eine Leserumfrage mit N=683 Ärzten aller Fachrichtungen durchgeführt (PVS, Ärzte Zeitung 2017). Die Befragten gaben unterschiedliche Impulse über

den Beitrag von IGeL in ihrer Praxis an. Die aufgeführte Studie der PVS und der „Ärzte Zeitung“ ist keine einmalige Befragung, sie haben mehrmals in Zusammenarbeit die individuellen Gesundheitsleistungen in Ärztebefragungen thematisiert.

Über eine Onlinebefragung wurde eine repräsentative Studie zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland durchgeführt und die Ergebnisse der Befragung in einem Weißbuch im September 2012 veröffentlicht. Thematisiert wurde auch hier u.a. die Rolle der individuellen Gesundheitsleistungen in der augenärztlichen Praxis. Unter den Befragten finden sich Mitglieder der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschland (BVA) (Wolfram und Pfeiffer 2012).

1.4.2 Befragungen unter GKV-Versicherten

Das Marktforschungsinstitut aserto hat im Auftrag des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) mit der letzten veröffentlichten Umfrage von 2020 insgesamt bereits drei Versichertenbefragungen im Abstand von zwei Jahren (2016, 2018, 2020) zum Thema IGeL durchgeführt. Die Versichertenbefragung von 2018 scheint nach eigener Recherche bisweilen die einzige Studie zu sein, die das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen bzw. ärztlichen Selbstzahlerleistungen sowohl auf das ärztliche als auch auf das zahnärztliche Praxisangebot bezogen und die Zahnmedizin somit in die Befragung mit eingeschlossen hat. Bei dieser repräsentativen Umfrage unter etwa N=2.000 Versicherten wurde der Fokus auf das Angebot und die Häufigkeit von bestimmten IGeL sowie der eigenen Zufriedenheit mit der Informationsversorgung beim Arzt und der Situation in der Arztpraxis gelegt, dessen Ergebnisse im Mai 2018 im Rahmen eines IGeL-Reports veröffentlicht wurden. Das Institut ermittelte, dass fast jeder zweite GKV-Versicherte in den letzten drei Jahren ein IGeL-Angebot vom Zahnarzt (45%) oder vom Arzt (48%) bekommen oder selbst nachgefragt hat (IGeL-Report 2018).

Am häufigsten werden IGeL von den Frauenärzten (28,5%), Augenärzten (21,6%)

und Allgemeinmediziner (18,9%) angeboten. Unter Berücksichtigung der Größen der einzelnen Fachgruppen ist die IGeL-Inanspruchnahme bei den Fachärzten deutlich höher als bei den Allgemeinmediziner (ebd.).

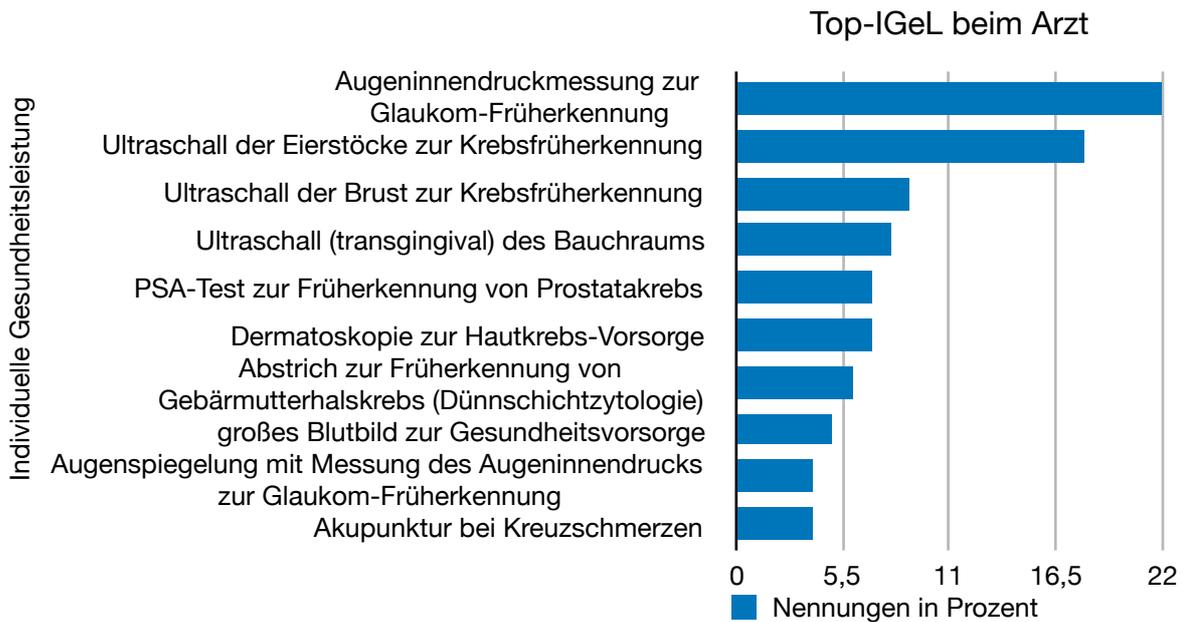
Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) führt seit 1998 regelmäßig repräsentative Befragungen unter GKV-Versicherten durch und hat in der Ausgabe von 2004 die individuellen Gesundheitsleistungen thematisiert und erstmals veröffentlicht. In den letzten Jahren ist somit eine Serie von Studien des WIdO-monitors entstanden, welche einen Vergleich möglich macht. Zahnärzte wurden über den gesamten Befragungszeitraum ausgeschlossen.

Die Ergebnisse der Frage nach der Inanspruchnahme der individuellen Gesundheitsleistungen von den Versicherten innerhalb der letzten zwölf Monaten zeigen, dass es in den letzten Jahren zu einem insgesamt kontinuierlichen Anstieg mit einer nahezu Verdreifachung der angebotenen oder in Rechnung gestellten IGeL gekommen ist.

Auf der Basis der bereits erhobenen Daten kristallisieren sich schwerpunktmäßig IGe-Leistungen der Gruppen der Früherkennungsuntersuchungen bzw. Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen heraus. Insgesamt fallen Dreiviertel aller genannten IGeL in diesen Bereich. Weitere IGe-Leistungen, die weit hinter diesen genannten Bereich fallen, dienen der Therapie von bestehenden Erkrankungen, weiterer diagnostischer Methoden zur Erkennung von Krankheiten oder stellen reine Serviceleistungen für die Patienten dar (IGeL-Report 2018).

Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der zehn am häufigsten angebotenen Arzt-IGeL, die vom Institut aserto veröffentlicht wurden (IGeL-Report 2020).

Abbildung 1: Top-IGeL beim Arzt



Quelle: Top-10-IGeL beim Arzt. Aserto, IGeL-Report 2020, S. 13

Die folgende Abbildung zeigt die zehn am häufigsten angebotenen zahnärztlichen Selbstzahlerleistungen (IGeL-Report 2018).

Abbildung 2: Top-IGeL beim Zahnarzt



Quelle: Top-IGeL beim Zahnarzt. Aserto, IGeL-Report, 2018, S. 16

1.5 Studienziel und Fragestellungen

Das Ziel der Studie ist es, eine vergleichende Einschätzung der Ärzteschaft zur

Ansicht über die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bzw. Selbstzahlerleistungen (SZL) zu gewinnen, den Umgang mit diesen im Alltag zu ergründen und deren Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Beziehung im Arbeitsalltag zu untersuchen. Mit Berücksichtigung des aktuellen, wenig erforschten Forschungsfeldes ist diese Studie explorativ angelegt und soll die Studienlage zu Befragungen unter der Ärzteschaft qualitativ ergänzen. Dazu sollen in Hamburg ambulant tätige Vertragsärzte aus den Fachgruppen der Augenheilkunde, der Zahnmedizin sowie der Allgemeinmedizin, bei denen eine unterschiedliche Rolle von IGeL/SZL anzunehmen ist, befragt werden.

Die Augenheilkunde ist nicht zuletzt mit der Augeninnendruckmessung zur Glaukomfrüherkennung eines der führenden Fachgebiete beim Angebot und der Durchführung von IGeL, weshalb diese Fachgruppe hierbei obligat erscheint.

Insbesondere die lange Tradition der Selbstzahlerleistungen in der Zahnmedizin und ihre häufige Ausgrenzung in der Mehrzahl der Studien zu ärztlichen Selbstzahlerleistungen machen diese Fachgruppe in dieser Studie ebenfalls bedeutsam.

Die Allgemeinmediziner stellen eine Fachgruppe dar, die sich an der Schnittstelle zwischen Patient und Facharzt befindet und durch einen vergleichsweise geringeren Einfluss von IGeL gekennzeichnet ist. Die Erfahrung in der Allgemeinmedizin wird zu Vergleichszwecken hinzugezogen.

Es wird eine möglichst breite qualitative Exploration des Themas der IGeL/SZL aus der ärztlichen Perspektive für einen maximalen Erkenntnisgewinn angestrebt, sodass die nachfolgende Bearbeitung der folgenden sechs Themenfelder zu einer umfassenden Beleuchtung des Themas führen soll:

- 1) Haltung und Einstellung der Ärzte und Zahnärzte zu IGeL/SZL
- 2) Umgang mit IGeL/SZL im Berufsalltag
- 3) Wahrgenommener Einfluss von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung
- 4) Ökonomischer Stellenwert von IGeL/SZL
- 5) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Fachgruppen
- 6) Zukunft von IGeL/SZL

2. Material und Methoden

2.1 Methodologische Einordnung

Im Rahmen dieser qualitativen, nicht-repräsentativ angelegten Studie wurden Augenärzte, Zahnärzte und Hausärzte aus Hamburg mittels offener, halbstrukturierter Leitfadeninterviews befragt und die transkribierten Interviews über die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und analysiert. Die Studienunterlagen und -durchführung wurden von der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg im Juni 2020 geprüft und genehmigt (Bearbeitungsnummer: WF-120/20).

Es ist sehr bedeutend, die passende Methode zu erkennen und anzuwenden, um einen sinnvollen Beitrag zur Forschung leisten zu können, denn die getroffenen Entscheidungen können einen großen Einfluss auf die Ergebnisse der Forschungsarbeit haben (Bortz und Döhring 2006).

Um der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als ein Kernkriterium der qualitativen Forschung nachzukommen, geht es im Folgenden um die umfassende und transparente Darstellung des Forschungsprozesses (Steinke 2000).

2.1.1 Ansätze qualitativer Forschung

Zunächst musste entschieden werden, ob ein qualitatives, quantitatives oder kombiniertes Verfahren durchgeführt werden sollte. Beim Mixed Methods werden sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden in einem Studiendesign kombiniert (Kelle 2014).

Lamnek stellt beide Verfahren folgendermaßen gegenüber: „Gleichwohl gilt aber im Grundsatz, dass das quantitative Paradigma eher objektbezogen erklärt und sich kaum bemüht, ‚subjektbezogen‘ zu verstehen, während das qualitative Paradigma als interpretatives das Verstehen im Vordergrund sieht und das Erklären (im naturwissenschaftlichen Sinne) als sekundär betrachtet“ (Lamnek 2005, S.245).

Der qualitative Ansatz wurde ausgehend von den Forschungsfragen gewählt.

Das Forschungsziel dieser Arbeit ist ein Informations- und Ideengewinn zu ärztlichen Selbstzahlerleistungen/individuellen Gesundheitsleistungen aus

ärztlicher Perspektive vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um ein sensibleres und kontrovers diskutiertes Thema handelt.

Es geht es um das Verstehen, welches nicht über ein Messen zu erfassen ist, sodass der Sinn und subjektive Sichtweisen rekonstruiert werden können (Helfferich 2005).

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus, aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick et al. 2005, S.14).

Durch einen offenen Zugang der qualitativen Forschung zum Untersuchungsobjekt können zudem im Studienverlauf Hypothesen generiert werden, die möglicherweise einen Einfluss auf zukünftige Veränderungen und Entwicklungen des Gesundheitssystems haben könnten (Flick et al. 2005).

2.2 Studiendesign und Instrumente

2.2.1 Sampling

In der Regel findet sich in der qualitativen Forschung eine kleine Fallzahl, da es bei der qualitativen Forschung nicht wie bei der quantitativen Forschung um eine statistische Verteilung von bestimmten Merkmalskombinationen und Zufallsstichproben geht, die repräsentativ sein sollen (Niebuhr 2011). Aus diesem Grund wird der bewussten und bedachten Wahl der Fälle eine besondere Bedeutung beigemessen, wodurch die differenzierte und detaillierte Fallbeschreibung und -analyse ermöglicht wird (Schreier 2020). Je detaillierter und tiefer die Analyse, desto kleiner wird notwendiger Weise die Fallzahl (Crouch und McKenzie 2006). Unter diese bewusste Stichprobenziehung (engl. purposive sampling) fällt das im nachfolgenden beschriebene und in dieser Studie angewandte Verfahren (Schreier 2020).

Angelehnt an das kriteriengesteuerte Sampling (Kelle und Kluge 1999, Flick 2007) wurden die zu befragenden Ärztgruppen rekrutiert. Zusätzlich war es über das sogenannte flexible Schneeballverfahren (engl. snowball sample) möglich,

weitere, in die Einschlusskriterien der Studie passende Studienteilnehmer über Kontakte von bestehenden Studienteilnehmern zu finden (Marshall 1996, Schreier 2020).

Die Untersuchungsgruppen beschränken sich auf die drei Fachgruppen der selbstständigen oder angestellten Augenärzte, Zahnärzte und Hausärzte, die in der ambulanten Versorgung in Hamburg als Vertragsärzte tätig sind und unter anderem auch die gesetzlich versicherten Patienten betreuen.

Die Kriterienauswahl stützte sich dabei auf eine theoretische Vorüberlegung bezüglich relevanter Merkmalskombinationen, welche die für die Forschungsfrage relevanten Fälle berücksichtigt (Kelle und Kluge 1999).

Die folgenden zwei Untersuchungskriterien wurden für die bewusste kriteriengesteuerte Auswahl der Studienteilnehmer als relevant und bedeutsam erachtet: Zum einen die Berufserfahrung ($<$ (unter) 10 Jahre, \geq (über oder gleich) 10 Jahre) und zum anderen der Praxisstandort, bezogen auf den Hamburger Stadtteil (niedriger Status, hoher Status), des jeweiligen Arztes.

Für jede Merkmalskombination wurden jeweils zwei Interviewpartner als sinnvoll erachtet, sodass insgesamt 24 Interviews geplant und durchgeführt wurden.

Die Anzahl der Berufserfahrungsjahre wurde entweder über einen der Öffentlichkeit zur Verfügung stehenden Lebenslauf auf der Internetseite der jeweiligen Praxis erfasst oder im persönlichen Gespräch erfragt.

Über den aktuellen Bericht der Behörde für Stadtteilentwicklung und Wohnen der freien und Hansestadt Hamburg (2019) konnte insbesondere über Kartenverzeichnisse ein Aufschluss über statistische Gebiete mit einem niedrigen bis hin zu einem hohen Status gewonnen werden, wobei insbesondere die Elbvororte (Rissen, Blankenese, Niestedten und Othmarschen) und die Gebiete an der Alster (Außenalster, Walddörfer) im Hamburger Westen und Norden statistische Gebiete mit einem hohem Status sind.

Statusniedrige statistische Gebiete zeichnen sich in gewissen Sozialräumen ab. Dazu gehören der westliche, östliche und südöstliche Stadtrand, die westliche und östliche innere Stadt, Wilhelmsburg, Harburg, Neugraben/Neuwiedenthal sowie Dulsberg/Bramfeld/Steilshoop/Barmbek Nord (Sozialmonitoring Integrierte

Stadtteilentwicklung - Bericht 2019). Die hinzugezogene Stadtkarte inklusive Legende findet sich im Anhangskapitel (vgl. Anhang S. 111).

2.2.2 Qualitative Interviews

In dieser qualitativen Studie wurden die Daten über offene, halbstrukturierte Leitfadenterviews erhoben.

Über den Einsatz von Interviews als Forschungsinstrument ist es über das Gespräch möglich, „Erzählungen zu generieren, Argumente und Begründungen zu explorieren oder ausführliche Beschreibungen einzuholen“ (Mey und Mruck 2010, S.431). Charakteristisch für die qualitativen Interviews ist ihr Beitrag zur Ideen- und Hypothesengenerierung (Lamnek 2010). Wittkowski (1994) unterscheidet die verschiedenen Interviewverfahren anhand des Strukturierungsgrades eines Interviews, dazu zählen unstrukturierte, halbstrukturierte sowie hochstrukturierte Interviews. Die Auswahl eines dieser Verfahren ist gekoppelt an den Anwendungsbereich und das Forschungsinteresse.

Der Einsatz des Leitfadens ermöglicht nicht nur die Organisation der Vorwissens im Vorfeld, darüber hinaus schafft es auch eine grobe Strukturierung des Gespräches mit dem Fokus auf das zu behandelnde Thema. Das Ziel ist es, durch die offenen Fragen einen bestimmten Themenumfang zu befragen und so Mindestinformationen zu erhalten. Nicht zuletzt auch durch die Offenheit ist es ein flexibles Verfahren, sodass gewisse Vertiefungen und Nachfragen aber auch das Stellen von Zusatzfragen bei unerwartet neuen Themen, die zum Rahmenthema gehören, möglich sind (Wittkowski 1994, Mey und Mruck 2020).

2.2.2.1 Entwicklung eines Interviewleitfadens

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte nach dem SPSS-Prinzip von

Helfferrich, ein bewährtes Vier-Schritte-Verfahren, wobei das Akronym „SPSS“ für das „Sammeln“ (S), „Prüfen“ (P), „Sortieren“ (S) und „Subsummieren“ (S) steht (Helfferrich 2005).

Zunächst werden idealerweise viele Fragen, die für die Fragestellung relevant scheinen, gesammelt. Die anfängliche Fragenliste dieser Studie umfasste 29 Fragen unterschiedlichster Art. Im zweiten Schritt der Prüfung werden die Fragen strukturiert und unter dem Gesichtspunkt der Offenheit der Antwortmöglichkeit deutlich reduziert. Reine Entscheidungsfragen, d.h. geschlossene Fragen, wurden entfernt oder zu einer offenen Frage umformuliert und quantitative Fragen wurden gestrichen und die erzählgenerierenden Fragen strukturiert. Im dritten Schritt wird eine Sortierung der verbleibenden Fragen vorgenommen, dieses kann sowohl zeitliche als auch inhaltliche Aspekte berücksichtigen, sodass thematisch zusammenhängende Bündel von Fragen entstehen. Insgesamt sind, die Einleitung und den Abschluss unberücksichtigt, vier thematisch gebündelte Fragenkomplexe entstanden, die im vierten und letzten Schritt der Leitfadenerstellung einer erzählgenerierenden, übergeordneten Frage subsummiert werden (ebd.). Zusätzlich wurden rechtsspaltig mögliche elektive Fragen sowie Stichpunkte notiert, die der Aufrechterhaltung des Gesprächs dienen könnten.

Die Fragenkomplexe beziehen sich auf das IGeL-Angebot in der Praxis, die Arzt-Patienten-Beziehung, der Bedeutung von IGeL in unserem Gesundheitssystem und die Zukunft von IGeL.

Da der Begriff der „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) in der Zahnmedizin nicht gängig ist wie in der Humanmedizin, wurden zwei Versionen des Leitfadens erstellt. Der einzige Unterschied lag in den Begriffen „Individuelle Gesundheitsleistungen“/„Selbstzahlerleistungen“. Der Begriff „IGeL“ wurde im Leitfaden für die Zahnmediziner durch den Begriff der „Selbstzahlerleistungen“ ersetzt. Im Interviewgespräch sind jedoch beide Begriffe gefallen, sowohl bei den Humanmedizinern als auch bei den Zahnmedizinern. Im Anschluss an die ersten beiden geführten Interviews, welches im Sinne eines Pretests zu sehen war, wurde der Interviewleitfaden nach kritischer Überprüfung geringfügig angepasst und optimiert. Zur vereinfachten Darstellung ist im Folgenden ein kombinierter Interviewleitfaden dargestellt.

2.2.2.2 Aufbau des Interviewleitfadens

Tabelle 1: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) / Selbstzahlerleistungen (SZL) aus ärztlicher Perspektive - Interviewleitfaden

| | |
|--|--|
| <p>Einleitung</p> <p>1) Wie stehen Sie ganz allgemein zu IGeL/SZL? Was geht Ihnen als erstes durch den Kopf, wenn Sie davon hören?</p> | |
| <p>Komplex 1: IGeL-/SZL-Angebot in der Praxis</p> <p>2)* Welche Rolle spielen IGeL/SZL in Ihrem Beruf? Und welche Rolle spielen IGeL/SZL speziell in Ihrem Arbeitsalltag?</p> <p>3)* Wie bewerten Sie das Angebot und die Durchführung von IGeL/SZL im Allgemeinen?</p> <p>4) Was sind Ihre Leitgedanken bzw. Zielstellungen bei den von Ihnen durchgeführten IGeL/SZL?</p> | <p>2) Häufigste IGeL/SZL in der Praxis</p> <p>3) Zumutbare Kosten für den Einzelnen vs. Wunsch nach Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV</p> |
| <p>Komplex 2: Arzt-Patienten-Beziehung und IGeL/SZL</p> <p>5)* Beeinflussen IGeL/SZL Ihrer Meinung nach die Arzt-Patienten-Beziehung? Und wenn ja, wie?</p> <p>6) Können Sie bitte beschreiben, wie Sie die Patientengespräche zu IGeL/SZL führen?</p> <p>7) Wie geht es Ihnen dabei, wenn Sie Ihren Patienten IGeL/SZL empfehlen?</p> <p>8) Wie reagieren Ihre Patienten auf die Empfehlung einer IGeL/SZL?</p> | <p>5) Welche Faktoren spielen Ihrer Meinung nach eine Rolle?</p> |
| <p>Komplex 3: Bedeutung von IGeL/SZL im Gesundheitssystem</p> <p>9)* Die IGeL/SZL zählen zu dem zweiten Gesundheitsmarkt. Wie bewerten Sie einen zweiten Gesundheitsmarkt neben dem Leistungskatalog der Krankenkassen?</p> <p>10) Was denken Sie darüber, dass die Ärztegruppen durch einen unterschiedlich starken Einfluss von IGeL/SZL gekennzeichnet sind? Wie bewerten Sie das?</p> <p>11) Welche möglichen Folgen fallen Ihnen zu der Vorstellung eines Berufsalltags ohne IGeL/SZL ein?</p> | <p>9) Chancen / Risiken</p> |
| <p>Komplex 4: Ausblick</p> <p>12) Wo kann und soll sich dieser zweite Gesundheitsmarkt Ihrer Meinung nach hin entwickeln?</p> <p>13) Was wünschen Sie sich für die Zukunft?</p> | |
| <p>Abschluss</p> <p>14) Haben wir etwas vergessen, das Sie gerne noch ansprechen würden?</p> | |

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Über die Internetseiten der Zahnärztekammer sowie Ärztekammer Hamburgs war es möglich, über die Auswahl von Stadtteilen von Hamburg eine Gesamtliste der entsprechend berufstätigen Fachgruppen, d.h. Augenärzte, Zahnärzte sowie Hausärzte, zu erhalten. Hiernach wurden aus den Listen Ärzte aus verschiedenen Hamburger Stadtteilen, die die Merkmalskombinationen des kriteriengesteuerten Samplings aufwiesen, welche dieser Studie zugrunde liegen, zufällig ausgewählt.

Die Kontaktaufnahme zu den Ärzten lief über unterschiedliche Wege, da im Verlauf der Rekrutierungsbemühungen Schwierigkeiten bezogen auf die Rekrutierung von Studienteilnehmern festgestellt werden mussten.

Die ersten Kontaktaufnahmen erfolgten über E-Mails mit einem verfassten Anschreiben mit Informationen zur Studie und zum Datenschutz sowie einer Einwilligungserklärung und der Bitte um die Studienteilnahme. Der Weg der Kontaktaufnahme über E-Mails zeigte sich in dieser Studie als nicht ausreichend, sodass zusätzlich telefonisch und postalisch der Kontakt zu den entsprechenden Ärzten aufgenommen wurde. Außerdem wurden über das Schneeballverfahren (engl. snowball sampling) weitere Studienteilnehmer erfolgreich rekrutiert. Hierbei geht es darum, dass die Studienteilnehmer nach weiteren potenziellen Studienteilnehmern, welche die Einschlusskriterien erfüllen, gefragt werden (Marshall 1996, Schreier 2020). Diese Personen wurden im Anschluss kontaktiert und gebeten, an der Studie teilzunehmen, sodass insgesamt die angestrebte Anzahl von 24 Studienteilnehmern erreicht werden konnte.

Das Geschlecht hat bei der Rekrutierung der Interviewpartner keine Rolle gespielt. Dennoch zeigt sich eine zufällige nahezu ausgeglichene Geschlechtsaufteilung. Unter den 24 befragten Ärztinnen und Ärzten haben 13 weibliche und 11 männliche (zahn-)ärztliche Kollegen als Studienteilnehmer teilgenommen.

Bei den Hausärzten und Zahnärzten liegt die Aufteilung zwischen männlichen und weiblichen 4/4 und bei den Augenärzten liegt diese Aufteilung bei 3/5.

2.3.2 Durchführung der Interviews

Interviews stellen eine komplexe Kommunikationssituation dar und Helfferich macht den direkten Zusammenhang zwischen der Qualität der Interaktion und der Qualität der qualitativen Daten klar und leitet vier Grundprinzipien von qualitativen Interviews ab: Das Prinzip Kommunikation, Offenheit, Vertrautheit und Fremdheit und das Prinzip Reflexivität (Helfferich 2005). Dazu zählt, dass dem Interviewenden bewusst wird, dass er im Gespräch einen Kommunikationspartner darstellt und die Datenerhebung ein Produkt der Interaktion ist. Um dem Interviewten den erforderlichen Erzählraum zu bieten, ist eine selbstreflektive offene Haltung des Interviewenden nötig, bei dem die eigenen Deutungen zurückgestellt werden (ebd.).

Aufgrund der aktuellen COVID-19-bedingten Pandemiesituation wurden alle Interviews aus Vorsichtsmaßnahmen telefonisch im Zeitraum vom Juli 2020 bis März 2021 durchgeführt. Jedes Telefoninterview wurde digital aufgezeichnet und die Interviewdauer lag zwischen 20 und 60 Minuten, wobei in der überwiegenden Anzahl die Interviewdauer bei etwa 40 Minuten lag.

Zuvor wurde ein Termin für das Telefoninterview mit dem jeweiligen Studienteilnehmer vereinbart. Zu Beginn des Telefongesprächs wurde dem Interviewpartner die Studie und das Forschungsziel in Kürze dargestellt und erneut ausdrücklich auf die Wahrung des Datenschutzes verwiesen. Das ausdrückliche Einverständnis zur Tonaufzeichnung des Interviews, der anschließenden Transkription mit Anonymisierung und der nachfolgenden ausschließlichen wissenschaftlichen Auswertung wurde von den Interviewteilnehmern vor Beginn des Interviews mündlich eingeholt. Als keine weiteren Fragen von Seiten des Interviewpartners offen waren, wurden die Interviews nach dem erstellten Interviewleitfaden mit den Studienteilnehmern durchgeführt. Durch den Leitfaden war eine flexible Interviewführung möglich, sodass man von den Fragen im Einzelfall abweichen konnte, um auf diese Weise unerwartete oder neue Themenbereiche zu erfassen (Kvale 2007).

2.3.3 Zusammensetzung der Stichprobe

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe der befragten Hamburger (Zahn-)Ärzte - Chronologie nach Durchführung der Interviews

| Interviewnummer | Fachgruppe | Berufserfahrung in Jahren | Praxisstandort | Geschlecht |
|-----------------|------------|---------------------------|------------------|------------|
| IV_HA_1 | Hausarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Weiblich |
| IV_ZA_2 | Zahnarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_ZA_3 | Zahnarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_ZA_4 | Zahnarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_AA_5 | Augenarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_AA_6 | Augenarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Weiblich |
| IV_HA_7 | Hausarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Männlich |
| IV_AA_8 | Augenarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_ZA_9 | Zahnarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_HA_10 | Hausarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Männlich |
| IV_HA_11 | Hausarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Weiblich |
| IV_HA_12 | Zahnarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Männlich |
| IV_ZA_13 | Zahnarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_ZA_14 | Hausarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_HA_15 | Hausarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_ZA_16 | Zahnarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_AA_17 | Augenarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_AA_18 | Augenarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_HA_19 | Hausarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_ZA_20 | Zahnarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Weiblich |
| IV_AA_21 | Augenarzt | < 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_HA_22 | Hausarzt | < 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |
| IV_AA_23 | Augenarzt | ≥ 10 Jahre | Niedriger Status | Weiblich |
| IV_AA_24 | Augenarzt | ≥ 10 Jahre | Hoher Status | Männlich |

2.4 Datenaufbereitung

Für die qualitative Auswertung der Interviews wurden die Tonaufzeichnungen verschriftlicht, d.h. transkribiert. Eine Transkription geht immer mit einer Datenreduktion einher, welche durch das formulierte Transkriptionssystem transparent gemacht werden kann (Mey und Mruck 2020). Man unterscheidet das einfache und detaillierte Transkriptionssystem (Dresing und Pehl 2015).

2.4.1 Transkription des Datenmaterials

Vorrangig ging es bei dieser Studie um den „semantischen Inhalt des Gesprächs“ (Dresing und Pehl 2018, S.17) und um eine gute Lesbarkeit, sodass für die Tonaufzeichnungen der Interviews das einfache Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2015) verwendet wurde.

Im ersten Schritt fand eine wörtliche Transkription der Interviews statt, die im Anschluss nach den weiteren Regeln des Transkriptionssystems von Dresing und Pehl (2015) transkribiert und anonymisiert wurden. Schließlich wurden die Transkripte in einem dritten Durchgang mit den jeweiligen Tonaufzeichnungen auf ihre Korrektheit überprüft und korrigiert, sodass die fertigen Transkripte für die nachfolgende qualitative Auswertung zur Verfügung standen. Um im Analyseprozess die Möglichkeit zu haben, auf die originalen Tonaufzeichnungen zurückzugreifen und Unklarheiten zu klären, wurden die Tonaufzeichnungen erst nach abgeschlossener Datenauswertung gelöscht.

2.5 Datenauswertung

Das Studienziel war die Identifikation von inhaltlichen Aspekten, um die Fragestellungen zu beantworten. Die Datenauswertung folgte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Über das hierarchisch aufgebaute Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien konnte eine inhaltliche Zusammenfassung und die Strukturierung des Materials erzielt werden.

2.5.1 Ansätze qualitativer Auswertung

In der qualitative Forschung ist durch eine fortwährende Entwicklung ein heterogenes Spektrum an Auswertungsmethoden entstanden (Meyer et al. 2012), mit dessen Hilfe unterschiedliche inhaltliche Ziele möglich sind. Zu diesen Methoden gehört zum Beispiel die Grounded-Theory-Methodologie, die Objektive Hermeneutik und die Qualitative Inhaltsanalyse (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014).

2.5.1.1 Qualitative Inhaltsanalyse

In der Versorgungsforschung ist die qualitative Inhaltsanalyse eine etablierte Methode für die Datenauswertung, unter anderem mit dem Ziel der Bedarfsforschung, der Instrumentenentwicklung oder der Evaluation (Karbach und Stamer 2012). Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um ein regelgeleitetes, systematisches Verfahren, orientiert an den Gütekriterien der Reliabilität und Validität (Schreier 2014).

Es gibt nicht die eine qualitative Inhaltsanalyse, nach der alle qualitativen Daten ausgewertet werden können, vielmehr gibt es unterschiedliche Ansätze. Ansätze finden sich unter anderem bei Mayring (2015), Wittkowski (1994) und Kuckartz (2018).

Kuckartz (2018) beispielsweise beschreibt den Analyseprozess als subjektive Interpretation und Strukturierung der Daten durch die beiden

Strukturierungsdimensionen Kategorie und Fälle, wobei die Kategorien oftmals Themen und die Fälle in der vorliegenden qualitativen Interviewstudie die Studienteilnehmer darstellen (Kuckartz 2018).

Die Kategorienbildung ist ein wichtiger Schritt im Auswertungsprozess, so hat Berelson schon früh festgehalten: „Content analysis stands or falls by its categories (...) since the categories contain the substance of the investigation, a content analysis can be no better than its system of categories“ (Berelson 1952, S. 147).

Kuckartz (2018) beschreibt vier Gütekriterien, die seiner Meinung nach ein gutes Kategoriensystem ausmachen: Dazu zählen, dass Kategorien erschöpfend und disjunkt, d.h. trennscharf sein sollen. Weitere Gütekriterien sind die Codierer-Übereinstimmung sowie die Kohärenz und Plausibilität des Kategoriensystems in seiner Gesamtheit (Kuckartz 2018). Die Kategorien sind bei der qualitativen Inhaltsanalyse meist hierarchisch im Kategoriensystem über Haupt- und Subkategorien organisiert (ebd.).

2.5.1.1.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Angelehnt an Kuckartz (2018) wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse, bei der sieben Phasen durchlaufen werden, durch eine initiiierende Textarbeit eingeleitet. Diese umfasst die sorgfältige und mehrmalige Lektüre der Transkripte, das Markieren wichtiger Textabschnitte und das Notieren erster Bemerkungen und Auswertungsideen. Diese erste Phase wird mit ersten Fallzusammenfassungen abgeschlossen.

Eine inhaltliche Struktur bekommen die Daten durch die Bildung von Haupt- und Subkategorien.

Durch den entwickelten halbstrukturierten Interviewleitfaden liegt bereits eine inhaltliche Strukturierung vor, sodass zunächst deduktiv, also unabhängig von den gewonnenen Daten, thematische Hauptkategorien gebildet wurden. Für alle drei Ärztgruppen sind auf diese Weise die gleichen Hauptkategorien entstanden.

Das Material wurde dann in einem ersten Kodierprozess kodiert, „d.h. Zeile für

Zeile vom Beginn bis zum Ende“ (Kuckartz 2018, S.102) werden die Textpassagen den Hauptkategorien zugewiesen. Da die unterschiedlichen Ärzteguppen unterschiedliche Aspekte mit anderem Fokus angesprochen haben, wurden die Ärzteguppen bis zum letzten Kodierprozess zunächst separat in ihrer jeweiligen Ärzteguppe ausgewertet. Die Textpassagen, die mit der gleichen Hauptkategorie codiert werden, werden zusammengestellt und es folgt eine induktive Bildung von Subkategorien am Datenmaterial, sodass es zu einer Ausdifferenzierung der noch allgemeinen Hauptkategorien kommt. Wichtige Kriterien bei der Erstellung der Subkategorien sind zum einen Sparsamkeit und zum anderen die Überschaubarkeit und für die Vollständigkeit des Kategoriensystems eine Subkategorie „Sonstiges“. Man sollte stets das Studienziel berücksichtigen (Kuckartz 2018).

So ist ein hierarchisch ausdifferenziertes Kategoriensystem für jede Ärzteguppe (Augenärzte, Zahnärzte, Hausärzte) entstanden mit ausformulierten Definitionen für jede einzelne Subkategorie. In einem nächsten Schritt wurde anhand dieses erstellten ausdifferenzierten Kategoriensystems mit Haupt- und Subkategorien das gesamte Material in einem weiteren Kodierprozess codiert. Die Textsegmentgröße der Codiereinheit wurde so gewählt, dass die Textstelle alleinstehend noch verständlich ist und mindestens ein vollständiger Satz codiert wurde. Wenn die Frage des Interviewer wichtig für das Verständnis war, wurde auch diese codiert (ebd.). In einem Zwischenschritt wurden fallbezogene thematische Zusammenfassungen erstellt, die der Erleichterung des nächsten Schrittes diene. In der siebten und letzten Phase der Inhaltsanalyse konnte durch die geleistete Vorarbeit die eigentliche Analyse stattfinden, welche detailliert im Ergebnisteil dargestellt wird (ebd.). Die Präsentation der Ergebnisse bei einer qualitativen Inhaltsanalyse kann nach Schreier je nach Fokus der Forschungsfrage auf zwei unterschiedliche Wege erfolgen (Schreier 2012). Steht das Kategoriensystem im Vordergrund, ist es sinnvoll, die Kategorien nacheinander zu beschreiben, wenn jedoch einzelne Fälle wichtig sind, gilt es die Fälle nach einem kurzen Überblick über das Kategoriensystem darzustellen (ebd.). Bei beiden Wegen ist es weiterhin möglich, das Kategoriensystem zum einem im Fließtext oder zum anderen anhand einer Textmatrix zu präsentieren (ebd.). Das Kategoriensystem mit den interessierenden Forschungsfragen steht bei dieser Studie im Vordergrund, sodass diese nachfolgend beschrieben werden.

2.5.2 Aufbau des Kategoriensystems

Tabelle 3: Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien und ihrer jeweiligen kurzen Definition

| Kategoriensystem | | |
|---|---|--|
| Hauptkategorien | Subkategorien | Kurze Definition |
| IGeL/SZL-Rolle in der Praxis | Angebot und Nachfrage, Standortabhängigkeit | Ob und wie IGeL/SZL von der Praxis angeboten werden im Vergleich zu einer patienteninduzierten Nachfrage nach bestimmten IGeL/SZL. Die Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage von IGeL/SZL von dem jeweiligen Praxisstandort (hoher/niedriger Status). |
| | Häufigste IGeL/SZL | Die am häufigsten angebotenen IGeL/SZL (+/- drei) in der jeweiligen Praxis. |
| | Sinnhaftigkeit von IGeL/SZL | Unterscheidung zwischen sinnvollen und nicht oder weniger sinnvollen IGeL/SZL sowie die Vor- und Nachteile der jeweiligen Leistungen. |
| | Bestandteil moderner Medizin | IGeL/SZL als Leistungen, die zu der heutigen Medizin/Zahnmedizin gehören, wie sie gegenwärtig praktiziert wird und IGeL/SZL auf dem Prüfstand der Evidenz. |
| | IGeL/SZL als Wirtschaftsfaktor | Der ökonomische Aspekt der IGeL/SZL in der Praxis, darunter auch der Zusammenhang zwischen (fehlendem) IGeL-/SZL-Angebot und Praxisinvestitionen und wirtschaftliche Interessen beim Angebot von IGeL/SZL. |
| | Missbrauch | Flächendeckender/Wahlloser Einsatz von IGeL/SZL ohne rechtfertigende Indikation aufgrund von wirtschaftlichen Interessen. |
| Einfluss von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung | Fluch oder Segen für die Beziehung | Wahrnehmung eines positiven, negativen oder keinen Einflusses von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung. |
| | Aufklärungsarbeit | Zeit und Aufwand, die in die Aufklärung von IGeL/SZL investiert werden und Faktoren im Gespräch, die Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben. |
| | Arzt in der Verkäuferrolle | Der Arzt sieht sich in dem (Aufklärungs-)Gespräch zu IGeL/SZL als Verkäufer/Kaufmann und nicht mehr nur in der Rolle des Arztes. |

| Kategoriensystem | | |
|--|---|--|
| Hauptkategorien | Subkategorien | Kurze Definition |
| | Rufschädigung des Arztes | Die Auswirkungen der IGeL/SZL auf die Wahrnehmung der Rolle der jeweiligen Fachgruppe in der Gesellschaft als gewinnorientierte Verkäufer und genannte Verantwortliche für die Akzentuierung. |
| | Arzt im Gewissenskonflikt | Wenn die IGeL/SZL vom Patienten nicht finanziert werden kann und der Arzt in der Situation in einen Konflikt gerät, die mit dem Gewissen nicht vereinbar ist, wenn die Leistung deswegen gar nicht oder bei möglichen Alternativen als ausreichende Kassenleistung durchgeführt werden soll. |
| Bedeutung von IGeL/SZL im Gesundheitssystem | Überlastung der gesetzlichen Krankenversicherung | Die Entstehungsursache der IGeL/SZL bedingt durch das finanzielle Defizit der GKV im deutschen Gesundheitssystem. |
| | Leistungskatalog der GKV | Umfang und Grenzen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich rechtlicher Aspekte. |
| | Verantwortung der GKV | Die Wahrnehmung der Aufgaben durch die Mitarbeiter der GKV und aufgenommene IGeL in den Leistungskatalog. |
| | Zwei-Klassen-Medizin, Soziale Ungleichheit | Beschreibung eines Gesundheitssystems, bei der die Qualität der durchgeführten Leistung von der finanziellen Lage des einzelnen Patienten abhängt. Soziologisches Problem mit ungleicher Leistungsanspruchnahme in der Gesellschaft. |
| | Zwei-Klassen-Ärzte-Gesellschaft | Unterschiedlicher Umfang an Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, die die Ärzteschaft in zwei Klassen teilt, sodass es bestimmte Fachgruppen gibt, die praktisch mehr „igeln“ und sich damit profilieren. |
| Persönliche Wünsche | Qualitätskontrolle, Transparenz | Bezieht sich auf (fehlende) Instanzen, die das Angebot und die Durchführung von IGeL/SZL kontrollieren. Außerdem die Transparenz über Angebot, Preise, Sinnhaftigkeit von IGeL/SZL für den Patienten. |
| | (Keine) Aufnahme von IGeL/SZL in den Leistungskatalog der GKV | Ansichten und Gründe, warum bestimmte Leistungen außerhalb des Kassenkatalogs (nicht) aufgenommen werden sollen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. |

| Kategoriensystem | | |
|----------------------------------|----------------------|--|
| Hauptkategorien | Subkategorien | Kurze Definition |
| | Ärztliches Honorar | Die empfundene (Un-)Angemessenheit des ärztlichen Honorars in der heutigen Zeit. |
| Zukunft der IGeL/ SZL | Chancen und Gefahren | Möglich Chancen und Gefahren, die mit IGeL/SZL zukünftig einhergehen könnten. |

3. Ergebnisse

3.1 IGeL-/SZL-Rolle in der Praxis

3.1.1 Angebot und Nachfrage, Standortabhängigkeit

Nachfolgend werden das Angebot und die Nachfrage von IGeL/SZL und ihr Zusammenhang mit der Standortlage der jeweiligen Praxis in unterschiedlichen Hamburger Bezirken und des damit verbundenen sozioökonomischen Hintergrunds der Patienten dargestellt.

Im Fach der Augenheilkunde sind die IGe-Leistungen weit verbreitet und spielen im Versorgungsalltag eine wichtige und häufige Rolle. Konkret heißt das bei einem befragten Augenarzt beispielsweise, dass mehr als die Hälfte seiner täglichen Patientenkontakte auch mit individuellen Gesundheitsleistungen zu tun haben:

„[...] ich sehe so um die 50 Patienten am Tag und das mag sein, dass jetzt bei 20 bis 30 von denen eine IGeL-Leistung in irgendeiner Form auch mit eine Rolle spielt“ (IV_AA_17).

Bei der Fachgruppe der Augenärzte geht das Angebot von bestimmten IGe-Leistungen fast hauptsächlich von der Praxis, d.h. von den Praxismitarbeitern und den Ärzten selbst aus. In der Regel wird den Patienten, die ein entsprechendes Risikoprofil aufweisen, die entsprechend sinnvolle IGe-Leistung angeboten:

„Ich gucke den Patienten an, befrage, mache ein Risikoprofil und bespreche es dann offen mit ihm“ (IV_AA_17).

„Die Zielstellung ist natürlich dem Patienten ein Angebot zu machen, was ihre

Gesundheitsabsicherung oder Krankheitsabsicherung, wie man es wenden will, abdeckt und die Gefahr der Glaukomentwicklung verringert“ (IV_AA_5).

Im Vergleich zu den anderen beiden Fachgruppen zeigt sich bei den befragten Augenärzten keine Abhängigkeit des Standorts und des Angebots sowie der Durchführung von bestimmten Selbstzahlerleistungen, was wiederum die Relevanz und große Bedeutung von IGeL in der augenärztlichen Praxis unterstreicht.

Selbstzahlerleistungen in der Zahnmedizin scheinen weit verbreitet, denn der Großteil der befragten Zahnärzte gibt an, ein sehr großes Angebot von den SZL in den Praxen zu führen. Das wird u.a. durch diese Aussage bestärkt:

„Also bei uns in der Praxis ist das Angebot sehr groß was die Privatleistungen betrifft und es wird auch sehr gut angenommen“ (IV_ZA_9).

Eine Interviewpartnerin erzählte von einer geringeren Rolle im Vergleich zu anderen Zahnarztpraxen:

„[...] nicht so eine große Rolle, weil wir einen recht hohen Kassenanteil haben“ (IV_ZA_4).

Bei den Zahnmedizinern zeigt sich eine starke Abhängigkeit des SZL-Angebots von dem Praxisstandort und dem damit verbundenen Patientenkontext in Bezug auf ihre Kaufkraft. Bei dieser Aussage wird die Abhängigkeit der Standortlage der Praxis unterstrichen:

„[...] haben natürlich eine perfekte Lage, da ist schonmal ein bisschen mehr Geld bei den Patienten per se vorhanden, sodass man die nicht alle Bankrott macht [...] dass viele da ein Verständnis haben und auch das Geld haben, das zu bezahlen. Das ist sicherlich einfacher als in anderen Stadtteilen oder in anderen Städten“ (IV_ZA_16).

Die untergeordnete Rolle der SZL erklärt sich durch die finanziellen Einschränkungen, dass beispielsweise den Patienten aus sozialen Brennpunkten die finanziellen Möglichkeiten dafür fehlen:

„[...] in einer Praxis bin, die eher im Brennpunkt ist und da haben ganz viele Patienten garnicht die Möglichkeit, großartig zuzuzahlen“ (IV_ZA_2).

„Hier in Hamburg [...] wohnen auch zahlreiche Leute, die das Geld dann haben aber es gibt immer noch genug Patienten, wo das nicht der Fall ist und wir kompensieren viel über die Masse“ (IV_ZA_4).

Bei der Kompensation über die Masse nimmt die befragte Zahnärztin Bezug auf die wirtschaftliche Bedeutung der Selbstzahlerleistungen und die Höhe der zahnärztlichen Betriebsstunde, die im späteren Absatz näher beleuchtet wird.

Es ist durchaus so, dass bei den Praxiskonzepten der Standort Berücksichtigung findet, ob die Menschen des jeweiligen Standortes die Leistungen finanziell überhaupt tragen können oder nicht:

„[...] ich kenne viele Freunde, in und um Hamburg, die auch unterschiedliche Konzepte haben, unterschiedliche Stadtteile, das muss nicht wie ich in [...] und mehr Kosten habe“ (IV_ZA_3).

Es wird deutlich, dass das Patienteneinverständnis und die Durchführung von SZL auch abhängig davon ist, wie wichtig dem Patienten generell die Zähne und die Gesundheit sind. Aber auch wie sehr die Patienten bereit sind, für den ästhetisch-kosmetischen Bereich, welche einzelne zahnmedizinische SZL kategorisieren, Geld zu investieren:

„Es gibt Patienten, denen sind die Zähne unglaublich wichtig und die sind da gerne bereit, etwas reinzustecken und es gibt Patienten, die möchten halt eigentlich nur, dass die Schmerzen irgendwie weg sind und dann möglichst nicht wiederkommen. Die wollen dann auch die ganz einfache Kassenleistung und halt möglichst wenig mit dem ganzen Zahnarztthema zu tun haben“ (IV_ZA_2).

Individuelle Gesundheitsleistungen spielen in der Hausarzt-Medizin eine untergeordnete bis kaum eine Rolle und die befragten Hausärzte geben an, auch ohne IGeL sehr gute Medizin betreiben zu können, ohne dass ein gewisser medizinischer Bereich nicht abgedeckt werden würde über die gesetzliche

Krankenkasse:

„Also ohne IGeL kann ein niedergelassener Arzt hervorragend, wenn er will und kann, kann er sehr gute Medizin betreiben“ (IV_AA_7).

Bei den Hausärzten zeigt sich anders als in beiden anderen Ärztegruppen ein starker Kontrast bei der Aktivität im Rahmen des Angebots und der Nachfrage von IGeL/SZL. Durch die Aussagen aller hausärztlichen Interviewpartner wird deutlich, dass hier insbesondere und fast ausschließlich die patientenseitige Nachfrage nach bestimmten IGe-Leistungen Alltagspraxis ist und die Ärzte die IGeL im Gespräch nicht proaktiv ansprechen. Dazu beispielhaft die Aussage einer Hausärztin:

„Ich spreche IGeL von mir aus nie an, werde aber regelmäßig von den Patienten drauf angesprochen“ (IV_HA_11).

Einige der Befragten sehen bei der Nachfrage durch die Patienten aber auch einen Zusammenhang zu dem jeweiligen Menschentyp und seiner Risikobereitschaft, Geld in bestimmte IGe-Leistungen zu investieren aber auch welchen Stellenwert Gesundheit im eigenen Leben hat. Ärzte haben das Gefühl, dass zunehmend mehr Menschen ein Bewusstsein für Gesundheit entwickeln und sich über zusätzliche medizinische Leistungen ein besseres Gefühl geben möchten:

„Zum Beispiel wollen die Patienten bestimmte Vitaminuntersuchungen haben, bestimmte Spurenelemente, sie wollen einfach zu ihrer Beruhigung ein großes Blutbild“ (IV_HA_10).

Laut der befragten Ärzte sucht ein bestimmter Patientenanteil die Hausarztpraxis gerade wegen der IGe-Leistungen auf und wünscht bzw. verlangt explizit bestimmte individuelle Gesundheitsleistungen:

„Ich habe bei Google oder im Internet das und dies gelesen und jetzt möchte ich das haben“ (IV_HA_1).

„[...] aber die Patienten kommen paradoxerweise immer von sich an und sagen [...] Vitamin D-Spiegel habe ich irgendwo gelesen, ich würde das gerne mal bestimmen

lassen“ (IV_HA_15).

In einzelnen Fällen wird den Patienten sogar davon abgeraten, als nicht sinnvoll empfundene IGeL nicht durchführen zu lassen, so fährt der Befragte fort:

„Und dann sage ich immer [...] unter uns, wir haben sowieso alle einen niedrigen Vitamin D-Spiegel, sparen Sie sich doch das IGeL-Labor, nehmen Sie einfach das Vitamin D“ (IV_HA_15).

Da die Patienten beispielsweise bestimmte Laborwerte dennoch wissen wollen, werden die Leistungen als Serviceleistung zu ihrer Beruhigung durchgeführt. Der Servicegedanke kristallisiert sich bei den Hausärzten als eines der Leitgedanken bei der Durchführung der IGeL heraus, die Patientenwünsche werden als IGeL-Leistung abgerechnet. Gleichzeitig distanzieren sich zwei Hausärzte bei dem IGeL-Thema von wirtschaftlichen Interessen:

„Das ist ein Servicegedanke und das ist für mich jetzt auch kein Gedanke, jetzt irgendwie daran Geld zu verdienen oder mehr Geld zu verdienen. Das ist irgendwie nicht unser Konzept“ (IV_HA_22).

„Es gibt auch Patienten, die bestehen drauf, nein, ich kann aber nicht ruhig schlafen, bevor ich meinen Zinkspiegel weiß. Dann sage ich, in Gottes Namen, dann lassen Sie sich das bestimmen, das ist halt eine IGeL-Leistung, dann haben wir halt die Bürokratie, dass wir wieder 1,50 Euro in Rechnung stellen müssen. Wir werden ja als Hausärzte mit IGeL-Leistungen nicht reich, von den ganzen Geschichten, das ist einfach nur lästige Bürokratie“ (IV_HA_15).

Wobei andere wiederum die Bedienung der IGeL von der Arzt- und Patientenseite aus sehen:

„Und ich glaube, dass das sicherlich zwei Aspekte hat, dass man im Wettbewerb mit dabei sein möchte und dass man aber eben auch mit dem Angebot was verdient“ (IV_HA_11).

Als ein entscheidender Punkt bei dem fehlenden IGeL-Angebot in der hausärztlichen Praxis werden mangelnde Zeit sowie Ruhe im Praxisalltag genannt.

Auch bei den Hausärzten zeigt sich eine Abhängigkeit zwischen dem

Praxisstandort mit seinem jeweiligen Patientenstamm und sozioökonomischen Status und der Durchführung von IGeL-Leistungen. Deutlich wird dies durch die folgenden beiden Aussagen:

„Ich arbeite in einer Gegend, wo die Leute sozioökonomisch einen hinteren Bestand haben und die sind natürlich weniger bereit, Geld auszugeben“ (IV_HA_7).

„[...] weil ich in einer Gegend meine Praxis habe, wo sehr viele Arbeiter leben, sehr viele Menschen mit Migrationshintergrund leben. Und diese Menschen haben auch einen ganz anderen Anspruch“ (IV_ZA_10).

Sozial schwache Patienten hätten andere Ansprüche an die Gesundheit und an die Ärzte und scheinen weniger bereit bzw. in der Lage, Geld für IGeL auszugeben.

3.1.2 Häufigste IGeL/SZL

Die befragten Augenärzte nennen alle mit Ausnahme einzelner IGeL häufig dieselben Leistungen, die in der Praxis als IGeL angeboten und durchgeführt werden. Das kann mit der Objektivität der Befunde durch die zusätzliche Diagnostik zusammenhängen, die eine Interviewpartnerin anspricht, sodass die medizinischen Geräte von jedem Augenarzt mit reproduzierbaren Ergebnissen bedient werden können:

„Also das ist feinste Medizin und das sind objektive Untersuchungen. Es gibt keinen subjektiven Einfluss, man kann nicht zu früh drücken, die Untersuchung schlecht machen, das sind Tomographen, das sind sehr präzise Untersuchungen“ (IV_AA_8).

Bei den Zahnärzten kann man annehmen, dass das Angebot nicht nur abhängig ist vom Standort der Praxis, sondern auch von der Spezialisierung bzw. vom Wissensstand des jeweiligen Zahnarztes in seinem Fach, wobei prophylaktische Maßnahmen oder Leistungen aus der konservierenden Zahnheilkunde unabhängig davon scheinen. Das wird auch durch die Aussage eines Interviewpartners deutlich:

„[...] hängt ja von der Kreativität und von dem Wissensstand eines jeden Einzelnen ab, ob er soweit sich fortgebildet hat, dass er in der Lage ist, Selbstzahlerleistungen anzubieten oder eben nicht“ (IV_ZA_16).

Bei den Hausärzten zeigt sich ein großes Spektrum an verschiedenen IGeL, wobei das Angebot neben den persönlichen Interessen bei einigen IGeL auch abhängig ist von den Fähigkeiten bzw. des Wissensstands des jeweiligen Arztes auf dem Gebiet, was durch folgende Aussagen unterstrichen wird:

„[...] ich glaube, dass die jüngeren Ärzte das noch eher anbieten, weil sie noch mehr Ausbildung haben als so ein konservativ ausgebildeter Allgemeinarzt wie ich, der jetzt all' diesen Schnicki Schnacki da außenrum nicht anbieten kann“ (IV_HA_11).

Die folgende Tabelle fasst die über alle Interviews hinweg genannten IGeL/SZL mit der jeweiligen Häufigkeit in der jeweiligen Ärzteguppe zusammen.

Tabelle 4: IGeL-/SZL-Nennungen und Häufigkeit ihrer Nennungen in den verschiedenen Fachgruppen

| Zahnärzte | Nennungen | Hausärzte | Nennungen | Augenärzte | Nennungen |
|--|-----------|---|-----------|---|-----------|
| Prophylaxe Professionelle Zahnreinigung Unterstützende Parodontitistherapie | 5 | Blutuntersuchung/ Laboruntersuchung Vitamin-D Vitamin B12 HIV-Serologie Masern-AK-Titer Corona Diagnostik Mineralspiegel | 6 | Glaukom-IGeL | 8 |
| Füllung mit Mehrkosten Kompositfüllung | 5 | Atteste | 3 | Netzhautuntersuchung | 6 |
| Endodontie Elektrometrische Längenmessung Elektrophysikalisch-chemische Methode JAG-Laser Pips-Verfahren OP-Mikroskop | 3 | Sonographie von (Hals-) Gefäßen | 2 | OCT-Diagnostik Glaokum-OCT Makula-OCT | 6 |
| Zahnersatz Cerec Brücken Kronen | 3 | Reiseimpfberatung | 2 | Premium Linsen bei Katarakt-OP | 1 |
| Implantologie | 2 | Tauchtauglichkeitsprüfung | 2 | Hornhautvermessung | 1 |

| Zahnärzte | Nennungen | Hausärzte | Nennungen | Augenärzte | Nennungen |
|---|-----------|-------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Bleaching | 1 | Führerscheinuntersuchung | 2 | Optomap-IGeL | 1 |
| Chirurgische Materialien Naht Gelastipt Mineral Trioxid Aggregat | 1 | Tapen | 2 | Mydriasis bei hoher Myopie | 1 |
| Desensibilisierungssitzung | 1 | Akupunktur | 2 | | |
| Fissurenversiegelung Milchmolaren Prämolaren | 1 | Vitamingabe | 1 | | |
| | | NaCl-Spritze | 1 | | |
| | | Formen von Chiropraxis | 1 | | |
| | | Formen von Naturheilverfahren | 1 | | |
| | | Manuelle Therapie | 1 | | |

3.1.3 Sinnhaftigkeit der IGeL/SZL

Bei den Zahnmedizinern bietet es sich aufgrund der Antworten an, die genannten Vorteile bei der Durchführung von Selbstzahlerleistungen zunächst über eine Häufigkeitstabelle darzustellen.

Tabelle 5: SZL-Vorteile und ihre Anzahl der Nennungen

| Vorteile durch die SZL | Anzahl der Nennungen |
|---------------------------------|----------------------|
| Bessere Versorgung | 6 |
| Höhere Qualität | 5 |
| Mehr Zeit für die Behandlung | 5 |
| Mehr Erfolg | 3 |
| Höhere Patientenzufriedenheit | 2 |
| Wirtschaftsfaktor in der Praxis | 2 |
| Ästhetik | 1 |

Die drei am häufigsten genannten Vorteile, welche sich der jeweilige Behandler durch die durchgeführten SZL erhofft, sind mehr Möglichkeiten in der Behandlung und dem Patienten eine bessere Versorgung anzubieten. Der Qualitätsaspekt ist ebenfalls mit einer der entscheidenden Vorteile, die für die SZL sprechen, dessen Bedeutung über dieses Zitat des Interviewpartners betont wird:

„[...] Kassenleistung ist eine Schulnote vier. Der Patient kann irgendwie nach Hause gehen, das hat man irgendwie so geflickt, dass er die nächste Zeit übersteht. Die Zeit ist immer mit einem x zu versehen, wo man nicht weiß, wie lange das hält“ (IV_ZA_9).

Daneben gewinnt der Behandler über die entsprechend honorierte Zeit einen längeren Behandlungszeitraum, der wiederum auch mit einer höheren Qualität des Behandlungsergebnisses einhergeht:

„[...] weil ich mir einfach die entsprechende Zeit nehmen kann, die auch honoriert wird, die aber auch notwendig ist, um eine entsprechende Behandlung abzuliefern“ (IV_ZA_9).

Patienten, die keine SZL in Anspruch nehmen, profitieren indirekt von dem SZL-Angebot, da die Behandler sich dadurch auch hier mehr Zeit lassen können:

„Das heißt auch, die Patienten, die zurzeit keine Selbstzahlerleistungen in Anspruch nehmen, profitieren von denen, die es machen, da ich mir dadurch auch mehr Zeit für diese Patienten nehmen kann“ (IV_ZA_13).

Alle Zahnärzte sehen in den SZL sinnvolle und vorteilhafte Leistungen und weder erkennen sie noch nennen sie einen Nachteil, so beschreibt es auch ein Interviewpartner prägnant:

„Nachteil ist dann der Preis, aber eigentlich hat das nur Vorteile“ (IV_ZA_16).

Einige Zahnärzte könnten sich nicht vorstellen, ausschließlich die ausreichende Leistung, die von der Krankenkasse übernommen wird, flächendeckend bei den gesetzlich versicherten Patienten durchzuführen, aufgrund eines gewissen Anspruches an sich und seine ärztliche Arbeit. Die Zahnärzte haben insgesamt

auch mehr Spaß an der Durchführung der hochwertigen Versorgung, die als SZL abgerechnet werden kann, was sich auch auf die Berufszufriedenheit der Zahnärzte auswirkt:

„[...] in der Zahnarztpraxis ohne stille Selbstzahlerleistungen, dass der Beruf gar keinen richtigen Spaß machen würde“ (IV_ZA_2).

„[...] wunderbar. Ich freue mich, wenn die Patienten diese Art der Behandlung wählen. Zum einen weil es nicht nur die qualitativ wertere Leistung ist und weil sie auch wirtschaftlicher ist, sondern weil es auch viel mehr Spaß macht, die Patienten hochwertig zu versorgen“ (IV_ZA_9).

Das ist ein Unterschied zu den Hausärzten und Augenärzten. Die Betonung liegt bei beiden Fachgruppen auf einer Unterscheidung zwischen sinnvollen und nicht sinnvollen IGe-Leistungen, wobei sich herauskristallisiert hat, dass die befragten Hausärzte die meisten hausärztlichen IGeL-Angebote als „medizinisch nicht sinnvoll“, „überflüssig“ und als „Leistungen ohne Therapiekonsequenz“ beschreiben und insbesondere die invasiven IGeL mit einem möglichen Schaden einhergehen können, was negativ bewertet wird. Einzelne Interviewpartner nehmen eine kritische Haltung gegenüber der IGeL-Leistungen in ihrem Fachbereich ein:

„Ich bin eher skeptisch, ob das medizinisch überhaupt Sinn macht“ (IV_HA_10).

„Es gibt eine ganze Palette, die auf Quacksalberei grenzen. Alles, was unter IGeL angeboten wird, sehe ich kritisch.“ (IV_HA_7).

Für die Existenz von IGeL spricht sich eine Hausärztin aus, die es als notwendiges Übel für die Patientenwünsche sieht:

„Ich finde es notwendig, dass es sie gibt, weil teilweise nicht sinnvolle oder notwendige Diagnostik von Patienten gewünscht wird, dafür finde ich es sinnvoll, dass es sie gibt“ (IV_HA_14).

Viele hausärztliche IGeL werden nämlich auch mehr in den Gruppen der Lifestyle-

Medizin oder individuelles Sicherheitsgefühl gesehen:

„Da geht es wirklich viel um [...] Lifestyle oder das gute Gefühl, einfach was für sich zu tun und nichts, was jetzt wirklich medizinisch notwendig ist“ (IV_HA_19).

Ein weiterer Punkt, den die Hausärzte in diesem Rahmen kritisieren ist der Aspekt der Überdiagnostik, dass über die IGe-Leistungen

„[...] viel unnötige Diagnostik, Überdiagnostik, auf eigene Kosten“ (IV_HA_14)

betrieben wird mit Begründungen, wie die folgende Aussage einer Befragten:

„[...] weniger ist mehr, weniger Diagnostik ist auf jeden Fall mehr gesundheitlicher Gewinn“ (IV_HA_11).

Auffällig oft wird bei den Hausärzten der Begriff des Placebo-Effektes genannt, welcher bei der Durchführung von bestimmten IGe-Leistungen erfolgreich eingesetzt werden würde:

„Da wo der Placebo-Effekt zu erwarten ist, biete ich auch so etwas an“ (IV_HA_7).

Zu den hausärztliche IGeL, die die Ärzte sinnvoll finden, gehören folgende Leistungen, die genannt wurden: Akupunktur, Impfberatungen, Titerbestimmungen als Alternative zur Impfung auf Verdacht und bestimmte Bereiche in der manuellen Therapie und Chiropraktik.

Nachfolgend wird nochmal detaillierter auf die Augenärzte eingegangen.

Alle befragten Augenärzte sehen die meisten augenärztlichen IGeL-Angebote als unentbehrliche Leistungen für Frühdiagnostiken, um

„[...] pathophysiologische Erkrankungen so rechtzeitig [zu] erkennen, dass den Patienten dadurch kein Schaden entsteht“ (IV_AA_24)

und für Zusatzdiagnostiken, um

„[...] eine Sicherheit bei fraglicher Diagnose, bei grenzwertigen Fällen“ (IV_AA_8)

zu erlangen, weil zwei Befragte auch die Alternative erwähnten, welche die Behandlung dieser Patienten in der Grauzone darstellt, wobei ein Anteil womöglich gar keine Behandlung benötigt hätte:

„[...] weil man dadurch auch vermeiden könnte, viele Menschen jetzt, sage ich mal falsch-positiv als Glaukom auch zu behandeln“ (IV_AA_17).

Die zusätzliche OCT-Diagnostik sowie der Glaukom-IGeL werden wie folgt von den Befragten gerechtfertigt:

„[...] am Beispiel des OCT's, das ist ja eine Schichtaufnahme der verschiedenen Schichten der Makula. Wenn ich in das Auge so reingucke, was eine Kassenleistung ist, dann kann ich kleine Veränderung, die aber schon sehr entscheidend sein können für eine Therapie, so nicht erkennen, also Wassereinlagerungen, erste Ödeme. In der Schichtaufnahme sehe ich das ganz genau und kann also deutlich früher mit einer Therapie ansetzen, was wirklich visus-entscheidend ist“ (IV_AA_23).

„Den Grünen Star können Sie nicht erkennen, wenn er nicht mindestens 80 Prozent der Nervenfasern geschädigt hat, wenn man keine IGe-Leistung vorher durchgeführt hat“ (IV_AA_24).

Beim Glaukom-IGeL wurde mehrfach von den Befragten betont, dass es sich nicht allein um die reine Augeninnendruckmessung handelt bei der IGe-Leistung, sondern die Diagnostik erst in Kombination mit der Sehnervbeurteilung aussagekräftig wäre und dieses auch nur so durchgeführt werden würde:

„Unsere Glaukomvorsorge besteht aus der Messung des Augeninnendrucks und der Beurteilung des Sehnervenkopfes. Und damit kann man sehr wohl eine Aussage darüber treffen, ob bei jemandem ein Glaukomverdacht besteht oder nicht“ (IV_AA_18).

Auf die zusätzliche Frage, wie hoch der geschätzte Anteil derjenigen Patienten wäre, die über den Glaukom-IGeL die Diagnose Grüner Star erhalten, zeigen sich verschiedene Antworten der Interviewpartner. Zwei Befragten geben an, einen Großteil der Glaukom-Fälle auch über den Glaukom-IGeL zu diagnostizieren.

Neben einer Angabe von 90 Prozent gibt eine andere Augenärztin an, nahezu alle Diagnosen über den Glaukom-IGeL aufzustellen:

„Eigentlich alle, fast alle. Es sei denn, es kommt ein neuer Patient, der sagt, ich habe auch einen Glaukom, weil dann übernehme ich die Diagnose ja schon, ansonsten fällt es eben auf, über den Glaukom-IGeL, dass Patienten tatsächlich rausfische“ (IV_AA_21).

Relativiert werden diese klaren Aussagen durch die Meinung dieses befragten Augenarztes:

„Das ist nicht unbedingt so, dass diejenigen, die erkrankt sind, durch die IGeL-Vorsorge aufgedeckt werden, sondern manchmal ist es mehr oder weniger zufällig, dass jemand wegen irgendwelcher unbedeutender Beschwerden reinkommt und man dann tatsächlich einfach mal so einen hochauffälligen Befund sieht. Das ist [...] vielleicht sogar der häufigere Fall, dass man so jemanden aufdeckt, anstatt dass jemand jetzt aktiv zu einer Vorsorgeuntersuchung kommt und man dabei eben feststellt, dass da ein Glaukom vorliegt“ (IV_AA_17).

Die nicht sinnvollen IGeL werden meist auch mit wirtschaftlichen Interessen des jeweiligen Arztes in Verbindung gebracht. Bei den nicht sinnvollen augenärztlichen IGeL werden IGeL rund um die Augenhintergrunduntersuchung genannt: Der „Optomap-IGeL“ wird als nicht sinnvoll bezeichnet, weil bei dieser sog. Fundusuntersuchung ohne Mydriasis die Peripherie nicht exakt beurteilt werden könne und eine routinemäßige Weitstellung der Netzhaut, die wohl von einigen Kollegen als IGeL angeboten werde, keinen signifikanten Gewinn an Zusatzinformationen bringe:

„Wenn ich bei enger Pupille den Augenhintergrund angucke, sehe ich das auch so, dann brauch ich die Pupille in der Regel nicht weit zu machen“ (IV_AA_21).

3.1.4 Bestandteil moderner Medizin

Die SZL spielen eine sehr große Rolle in der Zahnmedizin und beginnen bei grundlegenden Leistungen, wie der professionellen Zahnreinigung im Bereich der Prophylaxe. Zudem stellen die SZL zu fast jeder Behandlung eine Alternative dar,

um die heutigen Erkenntnisse und die modernen Methoden anwenden zu können, welche die bereits genannten Vorteile nennen. Folgendes Zitat eines befragten Zahnarztes stützt dies:

„[...] weil wir dadurch die moderne Medizin so umsetzen können, wie sie möglich ist und nicht nur wie die Kasse sie uns mit Steinzeitmethoden anbietet“ (IV_ZA_16).

Folgende Interviewpartnerin geht nochmal genauer auf das jeweilige Gebiet ein, speziell die konservierende Zahnheilkunde und die Endodontologie, wo die SZL sehr sinnvoll scheinen:

„Ich selber mache sehr viel Kons und sehr viel Endo im Alltag und natürlich auch Zahnersatz und das ist ohne Selbstzahlung garnicht möglich. Also klar gibt es da auch Möglichkeiten und wir bieten das auch an, jedenfalls jetzt bei Füllungen oder bei Wurzelkanalbehandlungen, dass man das rein über die Kasse auch abrechnen kann. Da denke ich schon, dass es sinnvoll ist, dass man da was zuzahlt“ (IV_ZA_2).

Insbesondere wird häufig auch der gravierende Qualitätsunterschied zu den Leistungen, die im Leistungskatalog der GKV alternativ enthalten sind und ein enormer Qualitätsgewinn durch SZL im Bereich der Endodontologie angesprochen:

„Aber alleine schon die Abrechnungsmodalitäten wenn es um eine Wurzelbehandlung geht oder auch die Kriterien, die an eine solche Behandlung gestellt werden, das ist ja teilweise 20-30 Jahre alt, soweit ich weiß, das ist ja überhaupt nicht mehr up to date“ (IV_ZA_9).

Der Zahnarzt beklagt auch die Tatsache, dass die Studienlage bei der Durchführung von bestimmten Leistungen, die von der Krankenkasse übernommen werden, missachtet wird und wünscht sich eine Distanzierung einer Medizin, bei der die Wirtschaftlichkeit dominiert und mehr die medizinische Versorgung im Vordergrund steht:

„Ich meine, warum setzt man noch Amalgam ein? Obwohl wir genau wissen, es ist die giftigste nicht radioaktive Substanz auf der Welt, die wir den Patienten einsetzen und dem

damit massivsten gesundheitlichen Gefährdungen aussetzen, aber es ist halt billig“ (IV_ZA_9).

Auch bei den Augenärzten häufen sich Aussagen zu den IGeL-Diagnostiken, die modern sind und man durch das Weglassen dieser zusätzlichen Möglichkeiten automatisch eine qualitativ minderwertigere Medizin anbieten würde mit den einhergehenden Nachteilen in Bezug auf die Diagnosenstellung und Therapie von ophthalmologischen Erkrankungen. Unter anderem wurde dieses Nachfolgende dazu geäußert:

„[...] dass wir ohne IGeL-Leistungen nicht die Medizin oder den Stand der modernen Diagnostik anbieten können, die die Medizin mittlerweile hergibt“ (IV_AA_23).

„[...] man kann ja nicht nur, weil die Krankenkasse das nicht bezahlt, eine schlechtere Medizin verabreichen“ (IV_AA_18).

Auch die Evidenz wird vereinzelt aufgegriffen, weil es bekanntermaßen eine Basis für die Entscheidung der Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog der Krankenkasse darstellt. Dennoch sehen die Augenärzte trotz fehlender oder mangelnder Evidenz für bestimmte IGeL kein ausschlaggebendes Argument gegen das Angebot und die Durchführung der IGeL, gerade auch weil das Gesundheitsbewusstsein der Patienten steigt:

„Wenn ich meine Patienten mit der ganzen Bandbreite an engsten Sorgen, Befürchtungen bis zur Sorglosigkeit als Steigerung Nachlässigkeit, also die ganze Bandbreite, sehe, sind Menschen so individuell, dass ich meine, dass es auch ganz viele gibt, die auch ohne dass es erst evidenzbasiert sein muss, für sich individuell wissen wollen, wie ihr Augendruck ist und ob da irgendein Risikofaktor ist, der höher ist als bei anderen und davon gibt es eine ganze Menge, für die sind auch außerhalb von Evidenzen die Gesundheitsleistungen zum Beispiel sinnvoll“ (IV_AA_23).

Hierzu konträre Ansichten zu der Evidenzbasierten Medizin, zumindest wenn es um die Leistungen in dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin geht, haben die hausärztlichen Interviewpartner. Die Mehrheit ist sich einig und nimmt im Bezug auf die Evidenzbasierte Medizin eine klare Stellung ein. Es wird klargestellt, dass die meisten hausärztlichen IGeL nicht evidenzbasiert sind und man eher im

schulmedizinisch evidenzbasierten Bereich verhaftet ist:

„Es sind meistens Angebote, die paramedizinisch sind oder die wissenschaftlich nicht belegt sind“ (IV_HA_7).

Dennoch wünscht sich ein Befragter auch bei fehlender Evidenzlage für oder gegen eine Leistung bei bestimmten Selbstzahlerleistungen, hier ist die Bestimmung von Laborwerten gemeint, dass die Krankenkasse auch zu Gunsten des Patienten und seiner Wünsche die Leistung unter gewissen Voraussetzungen übernimmt und es wird beklagt, dass in solch einem Fall keine Übernahme durch die gesetzliche Krankenkasse stattfindet:

„Es wird zwar immer behauptet, es wird mit Evidenz argumentiert, aber manchmal ist es auch so, es gibt keine Evidenzlage dafür, keine Evidenzlage dagegen, dann würde ich doch sagen, im Zweifelsfall lieber zu Gunsten des Angeklagten, die gesetzliche Kasse schreit dann immer zu Lasten des Angeklagten“ (IV_HA_15).

3.1.5 IGeL/SZL als Wirtschaftsfaktor

In der Zahn- und Augenheilkunde bilden die Einnahmen durch SZL/IGeL ein sehr wichtiges und großes wirtschaftliches Standbein, wohingegen die IGeL bei den hausärztlichen Praxiseinnahmen größtenteils eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Der prozentuale Anteil der Einnahmen durch SZL an den Gesamteinnahmen liegt bei drei zahnärztlichen Interviewpartnern zwischen 60-70%.

Mehr als die Hälfte der befragten Zahnärzte (fünf) gibt sogar an, dass die SZL nicht nur unbedingt notwendig sind als Wirtschaftsfaktor, sondern sogar überlebensnotwendig für die Praxis:

„[...] ein Zahnarzt in Deutschland, würde ich einmal behaupten, würde ohne Zuzahlung, ohne Mehrkosten, ohne Selbstbeteiligung, würde garnicht überleben“ (IV_ZA_3).

Entkräftet wird diese Auffassung von lediglich einer Interviewpartnerin aus einem

Standort mit niedrigem Status, die in ihrer Zahnarztpraxis ein vergleichsweise sehr viel kleineres Angebot von SZL hat und dieses über eine hohe Patientenfallzahl kompensiert:

„[...] weil das bei uns in der Praxis aufgrund der hohen Fallzahl nicht Not tut“ (IV_ZA_4).

Ein Problem stellt dennoch die vertragszahnärztliche Budgetierung der Leistungen dar:

„Man muss ja dazu sagen, aufgrund dieser Budgetierung ist es nun ja wirklich so, dass wir gerade hier in Hamburg je nach Fallzahl ja auch nur einen gewissen Satz an Punkten überhaupt behalten dürfen“ (IV_ZA_4).

Die enorme wirtschaftliche Bedeutung der SZL für die Praxisführung hängt auch mit der Höhe der zahnärztlichen Betriebsstunde zusammen:

„Im Prinzip ist es so, dass die wirtschaftliche Betriebsstunde, die ist so hoch geworden, durch alle möglichen Sachen, die Miete ist teurer, die Gehälter der Mitarbeiter steigen stetig, die Mehrwertsteuer steigt, Produkte werden teurer, die Anforderungen, die wir haben, werden stetig höher, die Validierung sämtlicher Steris und unseres ganzen Equipments, das verursacht alles so hohe Kosten, dass ein Betrieb meiner Praxis allein auf Krankenkassenniveau nicht möglich wäre, also damit könnte ich die Kosten nicht decken, ohne dabei überhaupt noch einen Cent Gewinn zu machen, würde es nicht gehen“ (IV_ZA_16).

Wie anfangs bereits angesprochen, sind die Augenärzte sich alle sehr einig, dass die wirtschaftliche Bedeutung von den IGe-Leistungen in der ambulanten Versorgung sehr groß und wichtig ist. Nachfolgend eines der Aussagen der Befragten, die das unterstreicht:

„[...] in der Fachrichtung Augenheilkunde ist die IGe-Leistung tatsächlich eine wirtschaftlich wesentliche Leistung“ (IV_AA_6).

Die Aussagen zu dem prozentualen Anteil der Einnahmen durch augenärztliche IGeL an den Gesamteinnahmen der Praxis zeigen eine größere Varianz, was mit

verschiedenen Faktoren zusammenhängt. Dazu gehören neben dem Standort und dem dazugehörigen Patientenkontext, ob privat oder gesetzlich versichert beispielsweise, zudem auch die Praxisausrichtung, ob es eine reine konservativ tätige Praxis ist oder der operative Bereich auch vertreten ist. Die prozentuale Angaben reichten von 5% über 10-15% bis hin zu 40-50%.

Bei der Frage, ob die Praxis auch ohne private Selbstzahlerleistungen rein wirtschaftlich gesehen fortbestehen könnte, weil sie sich ohne die IGeL-Einnahmen finanzieren könnte, haben die Augenärzte ähnliche Ansichten wie die Zahnärzte in ihren jeweiligen Bereichen. Eine rein konservativ tätige Augenarztpraxis scheint nach einigen Aussagen der Befragten angewiesen auf die Einnahmen durch die IGeL-Leistungen, um kostendeckend zu arbeiten. Wenn der operative Bereich in der Praxis vertreten ist, sei man weniger auf die IGeL-Einnahmen angewiesen, weil der operative Bereich den konservativen Bereich ausgleichen und quasi quersubventionieren würde. Zudem ist die Frage auch abhängig davon, ob und wie hoch der Anteil der Privatpatienten in der Praxis ist, je höher dieser ist, desto besser gestaltet sich die wirtschaftliche Situation für die Praxis. Nachfolgend einige Zitate der augenärztlichen Interviewpartner, die dazu Stellung nehmen:

„Wir würden nicht kostendeckend arbeiten. Wir haben nicht so einen hohen Privatanteil und die Vergütung für gesetzliche Patienten ist dermaßen gering, dass wir in wirtschaftliche Schwierigkeiten kämen“ (IV_AA_23).

„Ich denke, dass ein rein konservativer Augenarzt ohne IGeL-Leistungen, wenn eben nicht diese Leistungen durch die Krankenkassen übernommen werden, und zwar in dem Maße, wie die wirtschaftliche Anschaffung der Geräte, die dafür notwendig sind, das wäre unmöglich, das zu leisten als rein konservativer Augenarzt. Das geht nur in der Augenheilkunde über die chirurgische Schiene“ (IV_AA_6).

In den erwähnten Anschaffungskosten für die medizinischen Geräte sehen auch weitere Augenärzte ein Dilemma, weil man die hohen Kosten für die Geräte zur Diagnostik nur über die mit dem Patienten privat abgerechneten IGeL-Leistungen amortisieren kann. Gäbe es diese Möglichkeit nicht, wäre die Folge ein Investitionsstau in den Praxen, die wiederum zu Versorgungsproblemen im

Gesundheitssystem führen würde:

„Für die normale Basisdiagnostik, so wie es von der Krankenkasse übernommen wird, ich glaube, so könnte man wohl eine Praxis, wenn man an teure und kostspielige Gerätschaften denkt, könnte man es gar nicht führen“ (IV_AA_17).

„Ein Gerät für 180.000 Euro können Sie nicht anschaffen, wenn es in keinsten Form abgebildet wird und durch irgendeine Art von Bezahlung der Leistung gebracht wird“ (IV_AA_6).

Ebenfalls ein Hausarzt sieht bei zusätzlich apparativ arbeitenden Hausärzten die Gefahr des Investitionsstaus bei fehlender Kostenübernahme hochpreisiger medizinischer Gerätschaften für Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenkasse abgedeckt werden:

„[...] für die Hausärzte, die auch apparativ arbeiten, für die ist es natürlich wichtig, dass es auf der Ebene noch weiter existieren kann, damit die da für die Praxis noch ein bisschen was investieren können“ (IV_HA_15).

Ein weiterer Punkt, der sich aus den Interviews ergibt, ist die Tatsache, dass die Praxis letztlich ein Wirtschaftsunternehmen ist und der Umgang und die Einstellung zu IGeL individuell sowie abhängig von Menschentyp scheinen. Dennoch sehen die Befragten in dem IGeL-Sektor ein Geschäftsmodell, welches mehr oder weniger bedient werden würde:

„Gewissermaßen ist es also ein Geschäftsmodell zu sagen, ich biete 100 Prozent aller Patienten diese Leistung an und bei 97 oder 98 Prozent zu sagen, „Naja ist doch nicht so schlimm, ist doch nur eine reine Vorsorge gewesen und Sie haben es nicht.“ Das ist für viele dann eine beruhigende Nachricht und der Augenarzt hat sein Geschäft gemacht“ (IV_AA_5).

So sieht es auch eine Hausärztin:

„In dem Moment, wo man niedergelassen ist und in der Praxis ist, ist es schon so, dass man in einer Art Business ist“ (IV_HA_11).

Dennoch sind die Hausärzte finanziell nicht angewiesen auf die IGeL, sie machen in der Regel einen sehr geringen Anteil an den Praxiseinnahmen in der hausärztlichen Praxis aus und die Praxisführung ist nicht davon abhängig, solange nicht ein bestimmtes IGeL-Konzept vertreten wird. Die GKV deckt in der Hausarzt-Medizin alles Notwendige ab, die IGeL wären letztlich nur ein weiteres, wenn auch kleines finanzielles Standbein:

„Es ist so, dass wir als Allgemeinmediziner überhaupt nicht darauf angewiesen sind, das anzubieten, finanziell“ (IV_HA_11).

„Ich finde eigentlich, ehrlich gesagt, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen garnicht schlecht. Also ich finde da ist wenig Grund das mit IGeL-Leistungen zu ergänzen, außer dass es um finanzielle Gründe geht tatsächlich“ (IV_HA_19).

3.1.6 Missbrauch

Zu diesem Thema fällt auf, dass bezogen auf die drei Fachgruppen insbesondere die Augenärzte, gefolgt von den Hausärzten, das Thema Missbrauch hinsichtlich IGeL/SZL ansprechen. Bei den Interviews mit den Zahnärzten wurde das Thema von der Seite der Befragten jedoch nicht explizit angesprochen, sodass im Folgenden zunächst die Analyse der befragten Augenärzte und nachfolgend die de Hausärzte erfolgt. Vorweg kann man bereits zusammenfassend sagen, dass alle Interviewpartner dieser Studie sich davon distanzieren. Dazu sagt eine befragte Hausärztin:

„[...] wir sind uns glaube ich alle einig, dass wir das nicht sehr ethisch finden, so verkaufsorientiert zu arbeiten“ (IV_HA_14).

Einige befragte Augenärzte kritisieren ihre augenärztlichen Kollegen im Umgang mit den IGe-Leistungen. Diese Kritik umfasst einen teilweise flächendeckenden und weniger gerechtfertigten Einsatz von IGeL sowie ein Angstgeschäft mit den

Patienten:

„[...] ich kenne durchaus viele Kollegen und gerade als ich angestellt gearbeitet habe, wurde ja immer auch Druck gemacht, ihr müsst mehr dies verkaufen, ihr müsst mehr das verkaufen [...] manche verkaufen ja wirklich skrupellos allen alles“ (IV_AA_18).

Zwei weitere Augenärzte berichten verständnislos über offengelegte Patientenerfahrungen mit IGeL beim vorbehandelnden Augenarzt:

„Ich weiß aus anderen Praxen, die machen einen Glaukom-IGeL, der ist dann gleich das vier- bis sechsfache Wert. Ich bekomme da manchmal Rechnungen von Patienten mitgebracht, da wird dann noch ein Gesichtsfeld dazu gemacht. Im Prinzip braucht das nicht, wenn es so auffällig ist, dann ist das eine Kassenleistung“ (IV_AA_6).

„Ich habe sehr wohl auch schonmal über Patienten von Kollegen gehört, die IGeL-Leistungen in einer Häufigkeit anbieten, die ich nicht nachvollziehen kann. Wenn das Praxis bei vielen Kollegen ist, dann kann ich mir auch vorstellen, dass ein gewisser Missbrauch mit IGeL-Leistungen betrieben wird oder das Vertrauen der Patienten verschenkt wird“ (IV_AA_23).

Generell wird ein Missbrauch von IGeL unter den augenärztlichen Kollegen nicht ausgeschlossen, aber alle befragten Interviewpartner distanzieren sich sehr von Missbrauch und dem wahllosen Einsatz von IGeL aus wirtschaftlichen Interessen und stellen den wirtschaftlichen Faktor unter die medizinisch-diagnostischen Möglichkeiten, die die IGeL bringen:

„[...] ich muss schon garnicht mein ärztliches Handeln anhand von finanziellen Gegebenheiten steuern“ (IV_AA_6).

Auf der anderen Seite seien die Missbrauchsmöglichkeiten im IGeL-Markt allgemein begrenzt, die Preise der IGeL orientieren sich an der GOÄ:

„[...] ich höre es nicht so oft und ich glaube nicht, dass in der Augenheilkunde so viel Schindluder betrieben wird, weil die Möglichkeiten auch begrenzt sind, sowohl von den Summen als auch von den Möglichkeiten“ (IV_AA_23).

Bei den Hausärzten besteht die Annahme, dass viel Missbrauch bei IGeL-Leistungen stattfindet, aber weniger in der Hausarzt-Medizin, weil der IGeL-Sektor hier sehr klein ist, sondern mehr in anderen Fachgruppen, die ohnehin ein großes IGeL-Angebot aufweisen:

„Ich glaube aber schon, dass sie missbraucht werden von etlichen Ärzten...nicht so im hausärztlichen Bereich [...] ich glaube nicht, dass wir viel IGeL missbrauchen, also wir machen sehr wenig IGeL. Aber ich erlebe es, wenn ich selbst als Patientin irgendwo bin“ (IV_HA_14).

Zwei Hausärzte kritisieren den Umgang mit IGeL speziell bei den Augenärzten. Beide hatten negative Erfahrungen mit ihren zum Augenarzt überwiesenen Patienten gemacht, weil ihren Patienten unerwarteterweise für die Leistungen Privatkosten in Rechnung gestellt wurden:

„Also das ist immer so die Krux mit den IGeL-Leistungen, es wird immer zu viel geigelt und es wird dem Patienten auch einfach aufgeschwatzt. Ich habe ein ganz praktisches Beispiel. Ich habe einen Patienten, der hat einen Diabetes. Der nimmt am Programm DMP-Diabetes teil. Da gebe ich dem einen Überweisungsschein mit und sage, gucken Sie mal hier, Sie können auf Kassenkosten Ihren Augenhintergrund spiegeln lassen. Kommt der Patient wieder und sagt, habe ich irgendwie 30 Euro für bezahlt, der Augenarzt hat gesagt, wenn ich das jetzt über die gesetzliche Schiene laufen lasse, dann dürfen Sie hinterher nicht Auto fahren, dann muss ich Ihnen hinterher noch was ins Auge tropfen. Und wenn ich das jetzt mit besonderen Verfahren machen als IGeL-Leistung, dann können Sie hinterher Auto fahren“ (IV_HA_15).

Die Hausärzte behandeln das Missbrauchsthema bei IGeL gleichzeitig lösungsorientiert und es wird vereinzelt der Appell und gleichzeitig Wunsch nach einem vernünftigen und ethisch verantwortungsvollen Umgang mit den IGeL laut, sodass es vordergründig nicht um das IGeL-Angebot gehen sollte und die Leistungen mit Augenmaß angewendet werden sollen. Hierzu eine Aussage einer Hausärztin, die den Zusammenhang zwischen den Fachgruppen, die besonders viele IGeL/SZL anbieten, und deren finanzielle Realität beschreibt:

„Also man muss dann vielleicht gucken, dass man die Ärzte an ihrer Ehre packt oder guckt, warum denken die, das ist notwendig, dass die das anbieten, gibt es nicht

irgendwelche anderen Möglichkeiten, dass man deren finanzielle Lage verbessert, dass es nicht durch die IGeL-Leistungen irgendwie reinkommen muss“ (IV_HA_19).

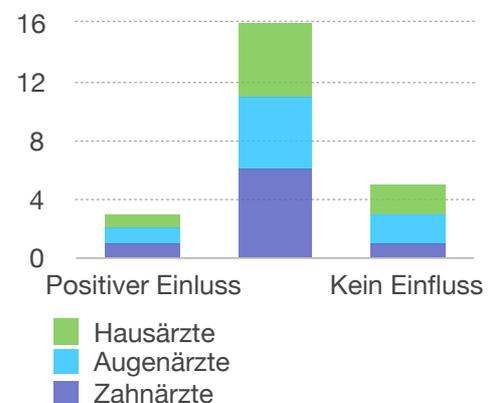
3.2 Einfluss von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung

3.2.1 Fluch oder Segen für die Beziehung

Unter allen Befragten zeigt sich eine deutliche Tendenz der ärztlichen Wahrnehmung des Einflusses von IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung, wobei es die subjektive Empfindung eines jeden einzelnen Arztes darstellt und die Stichprobenanzahl in dieser qualitativ ausgerichteten Studie berücksichtigt werden sollte. Das folgende gestapelte Säulendiagramm zeigt deutlich, dass die Ärzte, unabhängig von der Fachgruppe, überwiegend einen negativen Einfluss von IGeL/SZL in der Beziehung zwischen Arzt und Patient sehen (67%). Keinen Einfluss von IGeL/SZL nehmen insgesamt 21% und einen positiven Einfluss nehmen insgesamt 13% wahr. Der negative Einfluss entstehe durch den Geldeinfluss in der Beziehung, welcher „stört“, „belastet“, „Vertrauen abbaut“ und „Misstrauen oder Skepsis aufbaut“. Es könne aber auch im positiven Sinne in der „Therapieadhärenz“ helfen.

Tabelle 6/Abbildung 3: Wahrgenommener Einfluss von SZL/IGeL auf die Arzt-Patienten-Beziehung in allen drei Fachgruppen

| Fachgruppe | Positiver Einfluss | Negativer Einfluss | Kein Einfluss |
|------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Zahnärzte | 1 | 6 | 1 |
| Augenärzte | 1 | 5 | 2 |
| Hausärzte | 1 | 5 | 2 |



3.2.2 Aufklärungsarbeit

Bevor Patienten eine medizinische Leistung in Anspruch nehmen, steht vorher noch die Aufklärung des Patienten an, die in der Regel über ein Aufklärungsgespräch mit dem Arzt oder der Ärztin erfolgt oder auch über eine Praxismitarbeiterin, angesprochen wird auch der Aufklärungsweg über Informationsbögen oder über die Internetseite der Praxis.

Die Augenärzte verwenden viel Zeit und Mühe auf die Aufklärungsarbeit durch die große Rolle von IGeL in der Augenheilkunde. Häufig wurde berichtet, dass die augenärztlichen medizinischen Fachangestellten mitbeteiligt sind und die Aufklärung der vergleichsweise günstigen Glaukomvorsorge übernehmen, indem sie Patienten ab einem bestimmten Risikoalter bei Praxiseintritt einen Informationsbogen für die Überbrückung der Wartezeit mitgeben, wo sie sich für oder gegen den Glaukom-IGeL entscheiden können und die Entscheidung durch ihr Unterschrift bestätigen. Dieses scheint eine Alltagspraxis in der ambulanten augenärztlichen Versorgung zu sein, alle weiteren IGeL werden gezielt im Arzt-Patienten-Gespräch besprochen:

„Es ist aber auch so usus in den Praxen, dass Hilfspersonal schon gleich den einfachen Glaukom-IGeL, das heißt die Druckmessung, schon beim Betritt der Augenarztpraxis mit anbietet [...] aber bei teureren bilddiagnostischen Sachen oder auch bei Premiumlinsen, da muss man ein intensives Gespräch führen“ (IV_AA_5).

Auch bei den Zahnärzten nimmt die Aufklärung selbst einen nicht zu unterschätzenden Raum im Berufsalltag ein. Dazu gehört die Aufklärung über die Kassenversorgung, weitere Alternativen oder generellen zusätzlichen Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden können, über Vor- und Nachteile der jeweiligen Versorgungsart und über einen möglichen privaten Eigenanteil. Ein interviewter Zahnarzt macht sogar eine prozentuale Angabe zu der in die Aufklärungsgespräche investierten Zeit, wo in diesem Fall bis zu ein Fünftel der Zeit in die Aufklärungsarbeit investiert wird :

„[...] 15% bis 20% meiner Zeit erkläre ich Preise“ (IV_ZA_16).

In der Aufklärung wird unterschieden zwischen einer Überredung und Überzeugung des Patienten bei seiner Entscheidungsfindung, sodass der Patient sich am Ende möglichst frei entscheiden kann. Dennoch wird viel Wert darauf gelegt, dass man die Versorgungsmöglichkeiten so erklärt, dass die Patienten die medizinisch bessere Variante für sich wählen, was in der Regel die SZL darstellt:

„Für mich als Person ist Aufklärung sehr wichtig, ich nehme mir viel Zeit und ich versuche auch im Rahmen der Aufklärung die Patienten nicht zu überzeugen, von dem, was wir empfehlen, sondern von dem, was eigentlich das Beste für die ist“ (IV_ZA_3).

Bei den Hausärzten spielen IGeL im Praxisalltag eine geringere Rolle, sodass die Aufklärung über IGeL-Leistungen in der täglichen Praxis eine untergeordnete Rolle spielt. Dennoch wird von den Hausärzten die große Bedeutung der Aufklärung und Kommunikation in diesem Bereich betont:

„[...] gut zu argumentieren, warum man etwas als IGeL-Leistung anbietet, warum das die Kasse nicht bezahlt und warum es sinnvoll aber ist, es auf eigene Kosten bestimmen zu lassen“ (IV_HA_14).

Das sehen auch zwei weitere befragte Ärzte, die die notwendige Berücksichtigung des medizinrechtlichen Kontexts bei der Patientenaufklärung im Interview anreißen:

„Wenn ich dieses meinen Patienten nicht anbiete, wer aber ein Glaukom hat und ich das nicht erkenne, bin ich im Haftungsrecht [...] dann gehe ich das Risiko ein, dass ich einen Kunstfehler begehe, für den ich hafte“ (IV_AA_24).

„[...] wir sind verpflichtet, alle möglichen Möglichkeiten anzubieten. Der Patient darf dann letztlich entscheiden, was im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten steht“ (IV_ZA_3).

Weitere zwei Ärzte stellen einen Zusammenhang zwischen dem empfundenen Wert einer medizinischen Leistung und zusätzlichen privaten Kosten fest: Patienten würden bei Leistungen mit einer privaten Bezahlung oder Zuzahlung per se von einer wertigeren Leistung ausgehen. Nachfolgend Zitate eines Zahn- und Hausarztes dazu:

„[...] eine Zuzahlung macht dem Patienten eher bewusst, dass es auch etwas Wert ist, was die Patienten bekommen. Also die Wertigkeit der Behandlung wird dadurch besser kommuniziert“ (IV_ZA_13).

„Es ist ganz merkwürdig, aber es ist tatsächlich so. Das, was der Mensch umsonst bekommen kann, hat für ihn nicht den gleichen Stellenwert wie etwas, für das er bezahlt“ (IV_HA_11).

3.2.3 Arzt in der Verkäuferrolle

Selbst wenn es sich bei den IGeL/SZL um medizinische Leistungen handelt, fühlen sich viele befragte Ärzte aus allen drei Fachgruppen bei den Aufklärungsgesprächen zu IGeL/SZL in der Rolle als Verkäufer, mit der sich weniger Befragte identifizieren können, die Doppelrolle bei ihnen ein Unbehagen auslöst und die Kostengespräche als mühsam empfunden werden. Andere Befragte können damit besser umgehen und haben damit kaum Probleme, weil sie von Ihrem IGeL-/SZL-Angebot überzeugt sind und die Tatsache, dass in der heutigen Gesundheitsversorgung gewisse Leistungen mit dem Patienten privat berechnet werden müssen, so hinnehmen. Wiederum ein weiterer Teil der Befragten sieht es als einen Prozess der Gewöhnung. Mit der Ökonomisierung der Medizin können sich die Ärzte im allgemeinen nicht anfreunden. Für die interviewten Ärzte steht der mögliche medizinische Nutzen der Leistungen im Vordergrund. Nun beispielhaft Stimmen der befragten Ärzte dazu:

„Das ist immer unangenehm, das Patienten verkaufen zu müssen in Anführungsstrichen“ (IV_ZA_12).

„[...] ich möchte kein Verkäufer von Waren sein. Man muss halt was verkaufen, bei IGeL ist man Verkäufer“ (IV_HA_15).

„Ich bin kein Dienstleister, ich bin Arzt [...] Ich bin auch kein guter Verkäufer. Deswegen bin ich eigentlich Arzt geworden, weil ich einfach keine Lust habe, Leuten irgendwas zu verkaufen, was die eigentlich nicht unbedingt haben wollen“ (IV_AA_18).

Die Verkäuferrolle, in der sich die Vertragsärzte in Aufklärungsgesprächen zu

IGeL/SZL zwangsläufig sehen, nimmt durch das Angebot von IGeL-/SZL-Verkaufstrainings von Instituten für Kommunikations- und Verkaufstrainings für das medizinische Personal, die sich auf eine bessere Vermarktung von IGeL/SZL und das seriöse Auftreten im Verkaufsgespräch spezialisiert haben, eine noch höhere Gewichtung. Vereinzelt haben Zahn- und Augenärzte davon berichtet, von dem Angebot Gebrauch gemacht zu haben, um im Gespräch den Patienten dahin zu leiten, sich für die bessere Versorgung zu entscheiden:

„[...] es gibt sogar bei Kongressen Angebotskurse, wo die Ärzte darin geschult werden, ein möglichst souveränes Verkaufsgespräch zu führen [...] es ist mittlerweile eine so häufig durchgeführte Form der Kundenakquirierung, dass wir auf diese Weise schon wie Marktverkäufer geschult werden, Sachen zu verkaufen“ (IV_AA_5).

„Mittlerweile recht professionell, weil ich da zwei Verkaufstrainings hatte. Es war so ein „Wie lenke ich den Patienten zu der Entscheidung, die ich ihm wirklich anrate?“, auch darauf bezogen, wenn ich finde, etwas ist besser für ihn, wie leite ich ihn dazu, nicht, dass er sich für das Schlechtere entscheidet.“ (IV_ZA_12).

3.2.4 Rufschädigung des Arztes

Im Folgenden Abschnitt geht es um die Auswirkungen der IGeL/SZL auf die Wahrnehmung der Rolle der jeweiligen Fachgruppe in der Gesellschaft, die die Augen- und Zahnärzte als Fachgruppen mit einem hohen IGeL-/SZL-Angebot sehen und ansprechen.

Die Augenärzte nehmen eine Rufschädigung ihrer Fachgruppe durch das Angebot und die Durchführung der IGeL, die in der Augenheilkunde wichtige Zusatzdiagnostiken darstellen, wahr.

Mehrere der befragten Augenärzte machen hierbei einerseits die Medien und andererseits die Krankenkassen und Verbraucherzentralen verantwortlich, was beklagt und kritisiert wird. Dazu drei Zitate der interviewten Augenärzte:

„[...] was problematisch dabei ist, ist dass es häufig in den Medien so dargestellt wird, dass es mehr oder weniger unnötig sei, was in diesen IGeL-Sektor fällt“ (IV_AA_17).

„Viele Patienten kommen doch auch gescheucht durch Medien, durch einseitige Presseberichte und haben eine Erwartungshaltung, dass der Arzt sie sowieso nur abzocken will und um das zu vermeiden, bau ich manchmal erst Vertrauen auf durch Basisuntersuchungen“ (IV_AA_23).

„Was mich tatsächlich maßlos ärgert, ist in unserem Bereich der Augenheilkunde die Unterstellung, dass Augenärzte zum Beispiel Glaukomvorsorgeuntersuchungen machen, um sich die Taschen zu füllen mit dem Beisatz sowohl auch in Webseiten der Krankenkassen als auch der Verbraucherzentralen, das seinen unnötige IGeL-Leistungen [...] Das kostet natürlich auch jedes Mal Misstrauen in dem Arzt-Patienten-Verhältnis und das faktisch, medizinisch eine komplett falsche Behauptung ist“ (IV_AA_24).

Zudem wird bei den Augenärzten auch die Rufschädigung von einzelnen Kollegen der eigenen Fachgruppe durch ihren bedenklichen Umgang mit IGeL berichtet, was auch mit dem Thema des Missbrauchs von IGeL in Teilen zusammenhängt, welches bereits separat in dem Kapitel behandelt wurde und hier wieder aufgegriffen wird. Gemeint ist ebenfalls eine Rufschädigung durch von den Patienten persönlich gemachte negative Erfahrungen in Bezug auf IGe-Leistungen beim Augenarzt:

„[...] oder ich erlebe es manchmal bei Patienten, die über andere Augenärzte klagen, wo sie woanders gewesen sind und die an dieser Stelle schon sehr verärgert sind“ (IV_AA_5).

„Also mich ärgert es, wenn ich von Kollegen höre, also ich höre es ja immer nur über Patienten, kein Kollege sagt mir sowas, dass völlig übermäßig und völlig an Leitlinien vorbei Gesundheitsleistungen angeboten werden oder offensichtlich das Geschäft mit der Angst gemacht wird, dann ärger ich mich, weil es der ganzen Branche schadet“ (IV_AA_23).

An diesem Punkt wird die Erfahrung zweier Hausärzte beleuchtet, bei denen ihre Patienten sich bereits über ihre Erfahrung mit dem Umgang von IGeL in augenärztlichen Praxen erzürnt haben:

„Also ich kenne Patienten, die zu uns kommen, die völlig konsterniert sind, wenn sie beim Augenarzt erstmal vor Geräte gesetzt worden, ohne dass jemand mit ihnen besprochen

hat und dann wurde das irgendwie alles privat abgerechnet und keiner weiß warum das eigentlich notwendig war und das ist einfach richtig schlecht, da geht Vertrauen verloren“ (IV_HA_19).

„Und das merke ich tatsächlich bei den Augenärzten auch, sozusagen kriege ich das von Patienten widergespiegelt, dass einfach zu wenig Zeit da ist. Die finden dann sozusagen, wenn der Arzt sich so wenig Zeit nimmt, dann will ich auch nicht so viel Geld bezahlen“ (IV_HA_22).

Vergleichsweise haben die befragten Zahnärzte zunächst einmal das Gefühl, dass die meisten Patienten generell über viele SZL in der Zahnmedizin bescheid wissen und diese allgemein akzeptieren. Insbesondere bei privaten Kosten im Bereich der Endodontologie wird aber noch eine größere patientenseitige Unwissenheit gesehen, die die Patienten im Gespräch offen kommunizieren:

„[...] grundsätzlich sind sie das gewohnt. Bei der Zahnreinigung weiß es fast jeder, rechnet auch fast jeder damit. Bei Füllungen und Zahnersatz auch. Wurzelkanalbehandlungen wissen viele nicht, dass sie was dazu bezahlen können, müssen, sollten. Ja, richtig überrascht ist niemand“ (IV_ZA_13).

Eine Skepsis bei dem Thema SZL herrscht bei den Patienten dennoch und ist nach Meinung einiger befragter Zahnärzte nichtsdestotrotz sehr präsent, was wiederum die Aufklärung für den aufklärenden Vertragszahnarzt erschwert. Das Bild des Zahnarztes werde durch die Durchführung von Leistungen, welche den Patienten privat in Rechnung gestellt werden, in ein schlechtes Licht gerückt. Zahnärzte haben das Gefühl, dass sie durch die große Rolle der SZL in der Zahnmedizin, die in vielen Fällen eine Alternative zum Leistungskatalog der Krankenkasse darstellen, den Ruf einer gewinnorientierten Ärzteschaft haben. Nachfolgend zwei Zahnärzte, die genau das ansprechen:

„Es ist ja sowieso so, dass viele Patienten denken, dass Zahnärzte ganz viel verdienen und dass sie immer darauf aus sind, möglichst viel Umsatz zu machen und dass es den eigentlich viel zu gut geht“ (IV_ZA_2).

„[...] man kriegt oft von den Patienten das Gefühl, als würden die denken, man zieht einen über den Tisch. Und man sei nicht seriös und man sei mehr Verkäufer. So ist zumindest

das persönliche Empfinden, als dass man wirklich doch Arzt ist“ (IV_ZA_12).

3.2.5 Arzt im Gewissenskonflikt

Bei verschiedenen Interviewpartnern wird das Mitgefühl mit denjenigen Patienten, die sich die IGeL/SZL finanziell nicht leisten können, geweckt und sie geraten in einen Gewissenskonflikt, weil die Leistung wegen der bereits genannten medizinisch-diagnostischen Vorteile deswegen gar nicht oder bei möglichen Alternativen als ausreichende Kassenleistung durchgeführt werden soll.

Darüber hinaus können einige Zahnärzte durch einen hohen persönlichen Anspruch an ein gutes Behandlungsergebnis es nicht mit der eigenen Zufriedenheit und dem Gewissen vereinbaren, wenn die zahnmedizinischen Leistungen als ausreichende Kassenleistungen durchgeführt werden müssen, sodass es auch vorkommt, dass bestimmte Leistungen dennoch ohne privaten Kosten aus den genannten Gründen durchgeführt werden:

„Oder dass ich auch einfach trotzdem ausmesse oder die gute Versorgung mache, weil es für mein eigenes Gewissen besser ist und dass, wenn ich weiß, er wird das sowieso nicht bezahlen, wenn ich das anspreche, dann mache ich es manchmal auch ohne es zu berechnen, weil ich halt denke, dass die Qualität, wenn man es nicht macht, einfach nicht gut ist und das kann ich dann mit meiner eigenen Zufriedenheit nicht vereinbaren“ (IV_ZA_2).

Diese Interviewpartnerin spricht zusätzlich noch einen persönlichen Behandlungskomfort durch Methoden und Materialien an, die die SZL zudem bieten:

„[...] dass ich den Anspruch habe, dem eine gute Versorgung zu geben und auch da ist es oft so, dass ich bei den Wurzelkanalbehandlungen auch trotzdem irgendwo genau so behandle, als hätte er etwas dazu bezahlt [...] mit diesen maschinellen Feilen, das habe ich auch so beobachtet, das finden mittlerweile viele Kollegen ja auch viel einfacher damit. Die packen die dann trotzdem aus, auch wenn der Patient sagt, ich möchte aber nichts dazu bezahlen“ (IV_ZA_4).

Bei den Augenärzten kommt der Gewissenskonflikt auch zudem durch die

Tatsache zustande, dass ihre Patienten teilweise sehr alt sind. Senioren, die möglicherweise auch finanziell nicht in der Lage sind, die Kosten für die IGeL zu entrichten. Dabei geht es weniger um die günstigeren IGeL, sondern mehr um teilweise nicht zumutbare Kosten für kostspieligere IGeL für den Einzelnen, wo die Leistung keine einmalige Leistung darstellt, sondern in bestimmten Intervallen als Verlaufskontrolle womöglich mehrmals nötig ist, sodass Augenärzte wegen der unentbehrlichen Zusatzdiagnostik diese Leistungen teilweise still, ohne sie dem Patienten privat in Rechnung zu stellen, durchführen:

„So kann man es sich dann auch mal leisten, dem ein oder anderen, der es sich dann nun wirklich nicht leisten kann oder will, wo ich aber will, dass ich mich mit der Medizin, die ich mache, wohl fühle, dann dem einen oder anderen so eine IGeL-Leistung zu schenken“ (IV_AA_18).

„Patienten, die nicht in der Lage sind, individuelle Gesundheitsleistungen zu zahlen, bei denen wir sie aber häufig durchführen und sie nicht zahlen lassen, weil es uns dann leid tut, quasi als altruistische Leistung“ (IV_AA_24).

So stehen die behandelnden Ärzte unter Umständen in einem erheblichen Dilemma zwischen Leistungserbringung und Haftungsvermeidung:

„[...] dass wir das leider nicht kostenfrei machen dürfen. Da hat es schon tatsächlich von der KV und der Ärztekammer Mitteilungen gegeben, dass es verboten ist, diese Dinge umsonst zu gestalten, weil das eine Wettbewerbsverzerrung der Ärztelandschaft machen würde und das ist illegal (IV_AA_6).

3.3 Bedeutung von IGeL/SZL im Gesundheitssystem

3.3.1 Überlastung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Solidargemeinschaft der GKV versichert sich gegen die finanziellen Risiken, die mit Krankheitskosten in Zusammenhang stehen über Beitragszahlungen der einzelnen Versicherten. Die Fortschritte und neuen Technologien in der Medizin führen zunehmend zu einer Überlastung der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich in ihrer Leistungsfähigkeit widerspiegelt. Die Ärzte sind sich einig, dass die gesetzlichen Krankenkassen weder die gesamte medizinische Versorgung auf höchstem Niveau noch diese in ihrer Quantitätsspitze abdecken können und auch in Zukunft nicht abdecken können:

„Und sie müssen verteilt werden, sozial verträglich. Ich denke, unsere grundsätzliche GKV kann nicht alles, was die Medizin jetzt an Neuem schafft und erreichen kann, kann von der GKV nicht zu 100% für alle Menschen, die ganze Zeit, immer, bezahlt werden, das ist unmöglich“ (IV_AA_6).

„Aber letztlich dem Zusammenhang geschuldet, dass das gesetzliche Gesundheitssystem eigentlich überlastet damit ist, was auch aus ärztlicher Sicht sinnvoll ist, zu finanzieren“ (IV_HA_15).

Die individuellen Gesundheitsleistungen/Selbstzahlerleistungen als medizinische Leistungen, die privat mit dem Patienten abgerechnet werden müssen, sehen die Ärzte als zwangsläufiges Resultat aus diesen Gegebenheiten. Vereinzelt befragte Ärzte bekennen zudem ein, dass solange es im Gesundheitssystem keine tragbare Lösung oder Alternative gibt, die IGeL/SZL für die medizinische Versorgung unbedingt notwendig sind.

Von weiteren befragten Ärzten wird außerdem die Budgetierung der Leistungen kritisiert, welche die Ärzte wiederum zum einen dazu zwingt, IGeL/SZL aus unterschiedlichen Gründen anzubieten und zum anderen sie in ihrer Behandlungsautonomie einschränkt. Hierzu nachfolgend Stimmen der befragten Ärzte:

„Das ganze System ist so ausgerichtet, dass man gezwungen ist, bestimmte Sachen als Arzt oder Zahnarzt privat in Rechnung zu stellen, weil man keine andere Möglichkeit hat,

weil sie von den gesetzlichen Kassen nicht budgetiert und nicht vergütet werden“ (IV_ZA_3).

„Die Krankenkassen ziehen sich ja immer mehr zurück von den Leistungen und da kommt es zwangsläufig zu IGeL-Angeboten der Ärzte“ (IV_HA_10).

„[...] sind wir ja gezwungen, Zuzahlungen zu nehmen, sonst können wir ja nicht wirtschaftlich arbeiten oder wir arbeiten qualitativ schlecht“ (IV_ZA_12).

„Mich ärgert es, dass wir zu IGeL-Leistungen gezwungen sind, weil die gesetzlichen Krankenkassen medizinisch notwendige Vorsorgeleistungen nicht gesondert vergüten“ (IV_AA_24).

Ein Lösungsansatz aus dem Dilemma ist die Zahnzusatzversicherung als eine Krankenzusatzversicherung für finanzielle Risiken bei ergänzenden zahnärztlichen Behandlungen für die Bevölkerung, bei der der Versicherungstarif unterschiedlich kalkuliert werden kann. Die Hälfte der befragten Zahnärzte spricht die Zahnzusatzversicherungen von sich aus im Interview an und bewertet diese im Allgemeinen sehr positiv, weil Risiken abgesichert werden, die nicht Teil des Leistungskatalogs der GKV sind, sodass diese Patienten dadurch die qualitativ hochwertige Versorgung in Anspruch nehmen können und auch die Aufklärungsarbeit für den Zahnarzt nicht mehr so mühsam ist:

„[...] deswegen kommen wir zu der Zahnzusatzversicherung, und Gott sei Dank haben die meisten Patienten schon solche Versicherungen und können sich entsprechend auch eine wertige Zahnmedizin ermöglichen“ (IV_ZA_9).

Diese Art von Krankenzusatzversicherung gibt es bisher nicht für die IGeL, wobei ein befragter Augenarzt sich eine zusätzliche Versicherung für die IGeL wünscht, sodass die moderne Medizin für die gesamte Bevölkerung unabhängig von der finanziellen Situation ermöglicht werden kann:

„Wenn man vom jetzigen Gesundheitssystem ausgeht und sich überlegt, welche Möglichkeiten könnte man Patienten bieten, die die Kosten zum Teil nicht tragen können, dann fände ich es gut, wenn es eine Zusatzversicherung gebe würde für individuelle Gesundheitsleistungen, die jedem Patienten angeboten wird automatisch, quasi eine

Miniaturversicherung on top zur gesetzlichen Krankenversicherung, weil man dadurch wieder die Sozialgemeinschaft in die Mitbetreuung nimmt und auch Patienten, die nicht in der Lage sind, individuelle Gesundheitsleistungen zu zahlen“ (IV_AA_24).

3.3.2 Leistungskatalog der GKV

Aus allen Fachgruppen wird der Wunsch geäußert, dass die Leistungskataloge überarbeitet werden müssten und Leistungen auf ihre Relevanz und medizinische Sinnhaftigkeit überprüft und an den heutigen Stand angepasst werden müssten.

Der augenärztliche Leistungskatalog wird in seinem Umfang in den allermeisten Fällen von den Interviewpartnern beklagt. Durch das Vergütungssystem fühlen sich die Augenärzte gezwungen, IGeL anzubieten, sowohl aus medizinisch-diagnostischen Gründen als auch aus finanziellen Gründen. Einzelne befragte Augenärzte sehen auch die Notwendigkeit einer Umschichtung der finanziellen Mittel der GKV und kritisieren die fehlende Übernahme der akuten Versorgung und Vorsorge der ophthalmologischen Haupterkrankungen. Die folgende Aussage unterstreicht den Zusammenhang zwischen dem Umfang des Leistungskatalogs der GKV und dem zweiten Gesundheitsmarkt:

„Wenn ich am Beispiel unseres Faches Augenheilkunde sehe, wie restriktiv und nicht immer an den medizinischen Bedürfnissen und an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, die Krankenkassen Leistungen übernehmen, halte ich es für logische Folgerung, dass ein zweiter Gesundheitsmarkt entstanden ist“ (IV_AA_23).

Einzelne zahnärztliche Interviewpartner wünschen sich mehr Nachvollziehbarkeit in den Beschlüssen und würden es beispielsweise langfristig kostensparender und sinnvoller finden, mehr in die Vorsorge zu investieren:

„[...] dass da nochmal genau überprüft wird, welche Leistungen doch relevant sind für die Gesundheit und was sinnvoll ist, weil manches nicht nachvollziehbar ist oder unlogisch ist, für die Krankenkassen auf längere Sicht auch kein Kostenmehraufwand wird, wenn mehr in Mundhygiene reingesteckt wird, das dann am Ende bei Zahnersatz wieder eingespart werden könnte“ (IV_ZA_2).

Der Leistungskatalog in der Allgemeinmedizin scheint für den Großteil der befragten Hausärzte alles Notwendige für den Patienten abzudecken:

„[...] in meiner Branche Allgemeinmedizin all’ das, was für den Patienten notwendig ist, wird durch die Krankenkasse eigentlich gedeckt“ (IV_HA_10).

Generell fordern auch einige Hausärzte, dass sich die Krankenkassen deutlich mehr damit auseinandersetzen sollten, welche Leistungen übernommen und welche ausgeschlossen werden sollten:

„Das hat sich ja seit Jahrzehnten nicht geändert, die machen ja immer noch den gleich Schmu wie vor irgendwie x Jahren, das muss sich irgendwie ein bisschen annähern an die heutigen Anforderungen und auch Wünsche“ (IV_HA_11).

Ein Hausarzt ist der Meinung, dass aus unterschiedlichen Gründen im Regulierungsprozess das Geld im Gesundheitssystem nicht gut verteilt wird, weil auch medizinisch sinnvolle Leistungen ausgeschlossen werden würden:

„[...] die gesetzlichen Krankenkassen das nicht gut hinkriegen, das Geld zu verteilen, da wo es hin muss, aus verschiedenen ethischen Problemen und problematischen Gründen [...] dann wird einfach irgendwo, ich behaupte jetzt einfach mal gehässig, willkürlich gekürzt [...] Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit, medizinische Sinnhaftigkeit“ (IV_HA_15).

3.3.3 Verantwortung

Einzelne Ärzte ärgern sich über die andauernde Diskussion, die sie mit den Patienten führen müssen, zu der Frage, welche Leistung eine IGeL/SZL und welche eine Kassenleistung darstellt. So beispielsweise die Aussage eines Hausarztes:

„[...] die ständige Auseinandersetzung um das Thema, was ist eigentlich IGeL, was geht auf Kasse, nervt immer so ein bisschen“ (IV_HA_15).

Diese Diskussion zwischen Arzt und Patient würde zudem befeuert durch falsche Aussagen der Krankenkassen. Einzelne Ärzte aus allen drei Fachgruppen berichten alle über ähnliche negative Erfahrungen, die sie in der Vergangenheit mit den Krankenkassen gemacht haben, weil die Mitarbeiter der Krankenkassen auf Patientennachfragen zu bestimmten Leistungen Unwahrheiten erzählen würden, die wiederum auch das Arzt-Patientenverhältnis belasten würden. Nachfolgend Zitate von jeweils einem Arzt der drei befragten Fachgruppen:

„Wenn die Patienten dann mit unserem MKV's zur Krankenkasse gehen, die Sachbearbeiter, die sagen dann immer, ja wieso, das wird doch alles von uns übernommen. Und die haben meistens auch überhaupt keine Ahnung davon“ (IV_ZA_20).

„[...] wütend auf die gesetzlichen Kassen, die einfach nicht ehrlich sind. Die dann den Patienten das blaue vom Himmel runter versprechen und nicht ehrlich sind und uns dann mit im Regen stehen lassen. Wir sind immer die Überbringer der schlechten Nachricht. Ich fühle mich dann mit einem systemischen gesellschaftlichen Problem allein gelassen“ (IV_HA_15).

„Also wenn man bei der Krankenkasse anruft und die Patienten fragen nach dieser grünen Star Vorsorge, da heißt es ja nach wie vor: „Wenn Ihr Arzt das für notwendig hält, dann übernehmen wir das selbstverständlich.“ Das stimmt aber nicht, die lügen die Leute einfach an. Das ist total großer Quatsch und ist für das Arzt-Patienten-Verhältnis auch schlecht, weil die Patienten ja auch nicht denken, dass der Krankenkassenmitarbeiter lügt“ (IV_AA_18).

Erfreulich für alle Augenärzte ist die Tatsache, dass das Makula-OCT bei bestimmten Indikationen neuerdings von der GKV übernommen wird, weil es die oben genannten Diskussionen mit den Patienten im Arbeitsalltag erspart, auch wenn es nicht zu gleichen Preisen von der GKV honoriert wird, wobei die Befragten teilweise dazu erwähnten, dass es oft immer noch nicht ausreicht für die alltägliche Diagnostik, was sich auch in der Anzahl der Nennungen der angebotenen OCT-IGeL unter den Augenärzten widerspiegelt:

„Bei der OCT-Diagnostik sehen wir, tatsächlich hat die OCT-Diagnostik als so brillante Darstellung von Netzhaut und vom Sehnerv Einzug gehalten in die Regelversorgung“ (IV_AA_5).

„Jetzt hat sich ja gerade was verändert bei einem Verdacht auf ein Ödem, auf eine Wassereinlagerung dürfen wir das anbieten, aber dieser Verdacht...ja, das ist jetzt eine erfreuliche Verbesserung, reicht aber oft immer noch nicht, oft hätte ich es auch ohne direkten Verdacht“ (IV_AA_23).

3.3.4 Zwei-Klassen-Medizin, Soziale Ungleichheit

Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte verbindet das IGeL-/SZL-Thema mit einer Zwei-Klassen-Medizin. Einige umschreiben den Begriff, andere wiederum benennen ihn explizit und beschreiben ein Gesundheitssystem, bei der die Qualität der durchgeführten Leistung von der finanziellen Lage des einzelnen Patienten abhängt und sehen diese ungleiche Leistungsanspruchnahme in der Gesellschaft kritisch, weil es einen Teil der Gesellschaft benachteiligen würde, auch wenn die medizinische Versorgung in Deutschland im weltweiten Vergleich als sehr gut bewertet wird. Das zeigen die folgenden Aussagen der Ärzte, beispielhaft wird ein Arzt aus jeder Fachgruppe zitiert:

„Das würde ich als nicht gut bewerten, weil es einfach medizinisch notwendig ist und wenn Patienten das Geld nicht haben, dann sind sie halt ausgeschlossen“ (IV_ZA_2).

„Kritisch, weil natürlich letztendlich die schlechter verdienende Bevölkerung diskriminiert wird, die sich sowas nicht leisten kann oder will und die da vielleicht Manschetten hat und dann eben schlechter versorgt ist“ (IV_HA_14).

„Patienten, die nicht in der Lage sind, individuelle Gesundheitsleistungen zu zahlen, gezwungen werden, zu warten, bis ein für sie spürbarer Gesundheitsschaden eingetreten ist, damit dann die gesetzliche Krankenversicherung eintritt in die Zahlung“ (IV_AA_24).

3.3.5 Zwei-Klassen-Ärzte-Gesellschaft

Leistungen, die den gesetzlich versicherten Patienten in der Medizin in Rechnung gestellt werden, sind weit verbreitet. Die unterschiedlichen Fachgruppen sind jedoch unterschiedlich stark in diesem IGeL-/SZL-Sektor vertreten. Diese

Tatsache wird von denjenigen Fachgruppen mit einem großen IGeL-/SZL-Angebot, in diesem Fall die befragten Augen- und Zahnärzte, zum einen als eine Ungerechtigkeit empfunden und wird zum anderen dem System geschuldet, weil sie sich durch das System und den Umfang des Leistungskatalogs der GKV mehr gezwungen fühlen, sich durch die IGeL/SZL zu profilieren. Hierzu folgen nun einige Aussagen der befragten Augen- und Zahnärzte:

„[...] da hat sich die Krankenkasse rausgeklingt sozusagen [...] und dann sind das aber trotzdem gute und wertvolle Sachen in einer vernünftigen Patientenbetreuung“ (IV_AA_18).

„Je stärker die Fachgruppen budgetiert sind und je enger dieser Budgetrahmen gefasst ist, umso weniger sinnvolle Vorsorgeleistungen fallen ganz offensichtlich in die Vergütung hinein und deswegen ist es häufig so, dass die stärker budgetierten Fachgruppen auch stärker igeln, dazu zählen nunmal die Augenärzte“ (IV_AA_24).

„Und klar geht es um Zähne und es ist nicht überlebensnotwendig, man muss irgendwie schauen, dass die Krankenkasse von der Allgemeinheit getragen wird und dass es vielleicht ein Luxus ist, supergesunde Zähne zu haben, aber im Prinzip ist es ungerecht und eigentlich benachteiligt es ein paar Ärzte ein bisschen“ (IV_ZA_2).

Für die Fachgruppen, die ihren Berufsalltag ohne viele IGeL/SZL bestreiten können, sehen die augenärztlichen und zahnärztlichen Interviewpartner mehrere Vorteile, u.a. das Wegfallen von mühsamer Aufklärungsarbeit und Wegfallen des überwiegend als belastend und störend empfundenen Geldthemas in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie ein besserer Ruf in der Gesellschaft und letztlich eine finanzielle Unabhängigkeit vom IGeL-/SZL-Sektor für die Praxisführung.

Ein Hausarzt fasst den umfangreichen hausärztlichen Leistungskatalog folgendermaßen zusammen:

„Wir zum Beispiel als Hausarzt oder Allgemeinmediziner fahren eigentlich gut mit unseren Leistungen, es wird ja auch fast alles bezahlt“ (IV_HA_10).

Zwei Gefahren werden hierbei angesprochen, zum einen sieht ein Augenarzt die Gefahr, dass ein größerer IGeL-/SZL-Sektor in einer vergleichsweise großen ärztlichen Fachgruppe eine Welle der Empörung auslösen könnte:

„Und in so einer kleinen Fachgruppe, wie der Augenheilkunde, sind solche IGeL-Leistungen vielleicht noch weniger störend als in einer großen Gruppe. Wenn jeder Hausarzt einen genau so großen Anteil des Gespräches und des Einkommens auf den zweiten Gesundheitsmarkt verwenden würde, dann gäbe es glaube ich einen ziemlichen Aufschrei in Deutschland“ (IV_AA_5).

Zum anderen sieht ein Zahnarzt die Gefahr, dass die frisch Approbierten sich zukünftig vermehrt in einer besser honorierten Fachrichtung spezialisieren könnten, weil ökonomische Interessen dominieren könnten:

„Ich glaube, das führt zu einem dazu, dass sich viele angehende Mediziner und frisch approbierte Mediziner für eine bestimmte Richtung entscheiden, weil dort einfach mehr zu verdienen ist...manche Ärzte nur noch das machen, was sie privat vergütet kriegen...und sich dann eher darauf konzentrieren und dann gerät bei denen die medizinische Versorgung in den Hintergrund“ (IV_ZA_12).

3.4 Persönliche Wünsche

3.4.1 Qualitätskontrolle, Transparenz

Insbesondere aus der Gruppe der Hausärzte wird Kritik an der fehlenden Kontrolle des Angebots und der Durchführung von IGeL/SZL in der ambulanten ärztlichen Versorgung und damit einhergehend eine fehlende Qualitätssicherung laut:

„Aber dass hier jeder Arzt in seiner Praxis irgendwas macht und anbietet, wozu ihm gerade der Sinn steht und dafür einen gewissen Betrag x verlangt, finde ich gefährlich, weil das irgendwie außer Kontrolle gerät und es bildet sich dann ein großer zweiter Markt, den wir nicht mehr überschauen können“ (IV_HA_11).

„Und es ist nicht wirklich überwacht, man kann ja quasi alles anbieten und da wird auch viel angeboten, was vielleicht auch ein bisschen eminenzbasiert ist oder der Praxisinhaber denkt, das habe ich irgendwie schon so häufig gemacht, das hat gut geklappt und das finde ich irgendwie immer schwierig“ (IV_HA_19).

Viele befragte Ärzte erwähnen auch, dass sie teilweise selbst nicht wissen, welche Leistungen alle in der eigenen Fachgruppe als IGeL/SZL angeboten werden, weil

der Bereich der Selbstzahlerleistungen so wenig transparent wäre. So wird mehrfach der Wunsch geäußert, Regularien für mehr Transparenz in dieser Grauzone zu schaffen, sodass die Patienten bezogen auf die Sinnhaftigkeit von bestimmten IGeL/SZL ihre Entscheidungen einfacher treffen können:

„Also eine Transparenz bezüglich der Sinnhaftigkeit von IGeL-Leistungen, eine kritische Berichterstattung vielleicht auch eben in der Leitpresse über IGeL-Leistungen, fände ich wichtig, damit Patienten lernen, was tatsächlich sinnvoll ist und gut, und wohl eben doch auch das auch missbraucht wird, um einfach Geld zu verdienen oder wo einfach Überdiagnostik gemacht wird“ (IV_HA_14).

Ein Augenarzt sieht diese mangelnde Transparenz für die Patientenseite insbesondere auch bei den augenärztlichen Leistungen:

„Ich glaube aber, dass gerade in der Augenheilkunde das Maß zwischen dem, was medizinisch notwendig ist und dem, womit nur noch Geld gemacht wird, nicht ganz klar ersichtlich ist für die Patienten“ (IV_AA_5).

Einzelne interviewte Zahnärzte sprechen im diesem Zusammenhang die Transparenz in der Preisgestaltung der privaten Selbstzahlerleistungen an. Die Preisgestaltung und teilweise größere Preisspanne wird von einzelnen Befragten durch Zusatzqualifikationen, Fortbildungen und einer Wertbestimmung gerechtfertigt. Andere befragte Zahnärzte, die eine transparente Regelung für die Patienten wünschen, beziehen sich insbesondere auf das Gebiet der Endodontologie. Nachfolgend eine Aussage eines Zahnarztes dazu:

„[...] dass man da vielleicht eine Regelung, auch wenn wir einen freien wirtschaftlichen Markt haben und jeder kann Honorar verlangen, aber trotzdem würde ich auch persönlich eine gewisse Regelung haben wollen [...] Leistung abhängig vom Standort verlangt, teilweise sehr unterschiedliche Preise, teilweise verwirrend für den Patienten“ (IV_ZA_3).

3.4.2 (Keine) Aufnahme von IGeL/SZL in den Leistungskatalog der GKV

Die Ärztegruppen, bei denen die Einnahmen durch IGeL/SZL ein notwendiges wirtschaftliches Standbein für die Praxisführung scheinen, in diesem Fall die befragten Augen- und Zahnärzte, sehen das Dilemma, dass bei Aufnahme dieser Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen deren Vergütung durch die Krankenkassen nicht auf dem gleichen Niveau wäre, was wirtschaftlich nötig scheint, um die Praxis wirtschaftlich zu führen. Dieses wird von einzelnen Befragten als Hauptargument aufgeführt, bestimmte Leistungen, auch die medizinisch sinnvollen und notwendigen IGeL/SZL, nicht in den Leistungskatalog der GKV mit aufzunehmen. Die Übernahme der Leistungen durch die Krankenkassen wird eher in Kombination mit einer Honoraranpassung oder Refinanzierungsmöglichkeiten von Anschaffungskosten technischer Geräte begrüßt. Die Idealvorstellung wäre, dass die Krankenkassen alle notwendigen Leistungen übernehmen würden und sie entsprechend gleich bezahlen würden. Als mögliche Folge der Aufnahme der IGeL/SZL in den Leistungskatalog der GKV wird die Gefahr der Überversorgung angesprochen, welche dann auch wiederum die gesetzlichen Krankenkassen enorm überlasten würden. Hierzu einmal Stimmen eines befragten Augenarztes sowie eines Zahnarztes:

„Da ist ja immer das Dilemma, dass die Krankenkassen andere Vorstellungen haben, von dem, wie sie es vergüten müssen, sodass es für uns oft kaum kostendeckend ist, im Sinne des Patienten wäre es natürlich sinnvoll es in den Leistungskatalog mit aufzunehmen, aber das ist dann auch Verhandlungsgeschick unserer Berufsvertretung da vernünftige Preise auszuhandeln“ (IV_AA_23).

„Alles, was Krankenkassenleistung ist, ist für mich ein Kostenverlustgeschäft und überleben tun wir durch alles, was nicht Krankenkassenleistung ist“ (IV_ZA_16).

Ein Großteil der interviewten Augenärzte findet es absurd, dass bestimmte augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen von der GKV nicht übernommen werden, die Therapie und Folgekontrollen aber sehr wohl, wobei die Krankenkassen für die Übernahme der Therapiekosten auch die jeweilige Diagnose voraussetzen, die teilweise nur über diese IGe-Leistungen erstellt werden kann:

„Bei der Grünen Star Vorsorge ist es so, wenn der Patient die Erkrankung hat, wird alles von der Krankenkasse übernommen, also alle Druckmessungen, alle Gesichtsfelder, die Behandlung, die Operationen, Laser, also alles in Bezug zu diesem festgestellten Grünen Star wird von der Krankenkasse, sogar alle drei Monate, bezahlt. Aber zum gucken, ob ich den Grünen Star habe, muss ich bezahlen...Wir reden über günstige Vorsorge von 20 Euro“ (IV_AA_8).

Einige Augenärzte plädieren aber auch stark für die Aufnahme von medizinisch sinnvollen IGeL-Leistungen in den Kassenkatalog, weil sie dadurch medizinisch notwendige Diagnostik mit Therapiekonsequenz betreiben können, ohne die teilweise als belastend empfundenen Aspekte im Arbeitsalltag, die mit dem Angebot von IGeL/SZL einhergehen, wie den Kostengesprächen:

„[...] dass tatsächlich in begründeten Fällen weitere Diagnostik, die im Moment IGeL-Leistung ist, wenn man die über die Kasse abrechnen könnte und wenn man auch bestimmte Diagnostik bei Erkrankten, die zur Therapiesteuerung dient, wenn man auch die über die Krankenkassen abrechnen könnte“ (IV_AA_17).

Die Hausärzte unterscheiden im Allgemeinen zwischen sinnvollen und nicht sinnvollen IGeL und wünschen im Sinne der Patienten die Aufnahme von bestimmten Leistungen in den Leistungskatalog der GKV. Andere Leistungen sind so individuell und nicht medizinisch notwendig, dass der Patient dafür selbst aufkommen sollte und nicht die gesamte Solidargemeinschaft:

„[...] im Grunde gibt es sicherlich gewisse IGeL-Leistungen, die sinnvoll sind und die jetzt auch außerhalb dieser Vergütung, die über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt vielleicht notwendig wären und zu integrieren wären, aber sicherlich nicht alle“ (IV_HA_22).

Manche Haus- und Zahnärzte sprechen im Interview an, dass die gesetzlichen Krankenkassen als Serviceleistung für ihre Versicherten im hausärztlichen Bereich beispielsweise eine Labordiagnostik einmal im Jahr auf Patientenwunsch und im zahnärztlichen Bereich einen Zuschuss zur Prophylaxe als Anerkennung der Investition in eine gute Mundhygiene übernehmen könnten. Nachfolgend jeweils ein Zitat aus den beiden Fachgruppen:

„[...] aber ich denke auch oft so im Sinne des Patienten wäre es wahrscheinlich schon gut, man könnte einmal im Jahr alle Wünsche des Patienten so befriedigen [...] vielleicht im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung einmal im Jahr“ (IV_HA_11).

„Ich fände es richtig, wenn es einen kleinen Kassenzuschuss geben würde, weil eine gute Mundhygiene die Basis ist für gesunde Zähne ist und das sehe ich als prophylaktische Maßnahme, die stärker unterstützt werden sollte“ (IV_ZA_13).

3.4.3 Ärztliches Honorar

Im folgenden geht es um die Honorierung der ärztlichen Leistungen, wo die befragten Fachgruppen sich eine Anpassung, d.h. Wertsteigerung der Leistungen an die heutige Zeit wünschen.

Ein Zahnarzt entrüstet sich hier über den unzeitgemäßen Bewertungsmaßstab der Krankenkassenleistungen:

„[...] die Kassenleistungen sind auch absolut unattraktiv und uralte von der Bewertung“ (IV_ZA_16).

Mehrfach und über alle Fachgruppen hinweg wird der Wunsch geäußert, dass die sprechende Medizin und verbalen Leistungen generell aufgewertet werden sollten, was von einigen Befragten gleichzeitig auch als Lösungsansatz für eine Reduktion des IGeL-/SZL-Angebots in den Praxen gesehen wird. Nachfolgend die Aussage eines Hausarztes dazu:

„[...] ich würde mir eher wünschen, dass es weniger IGeL, dafür aber eine Aufwertung des Arzt-Patienten-Gesprächs gäbe, dann müssten wir vielleicht auch garnicht auf die Idee kommen, solche Leistungen anzubieten“ (IV_HA_11).

Die augenärztliche Honorarsituation wird als großes Problem, von zwei Interviewpartnern sogar als das entscheidende Problem für den großen IGeL-/SZL-Markt beschrieben. Das folgende Zitat aus dem Interview mit einem Augenarzt unterstreicht dies:

„[...] es steht und fällt letztendlich mit einer angemessenen Honorierung der ärztlichen

Leistungen über die Krankenversicherung. Das ist glaube ich das Hauptproblem“ (IV_AA_21).

3.5 Zukunft der IGeL/SZL

3.5.1 Chancen und Gefahren der IGeL/SZL

Die Interviewpartner sind sich einig, dass solange keine grundlegenden Reformen oder Änderungen am Gesundheitssystem vorgenommen werden, der gesamte Bereich der IGeL/SZL in der ambulanten medizinischen Versorgung durch die Vertragsärzte weiter gleichermaßen bestehen bleibt und einige befürchten auch eine Vergrößerung des zweiten Gesundheitsmarktes. In einer Pandemie-Situation wie gegenwärtig sinkt die Kaufkraft eines Teils der Bevölkerung, dennoch wird die Situation als temporäre Ausnahmesituation angesehen. Als Hauptfaktor für die große Bedeutung des IGeL-/SZL-Sektors auch in Zukunft wird mehrfach die schnelle technische Weiterentwicklung in der Medizin im Vergleich zu den eher schwerfälligen Reformen des Vergütungssystems genannt. Im Folgenden eine Aussage eines Zahnarztes, die das unterstreicht:

„Ich glaube, dass der Markt eher größer wird, dass jeder irgendwie, weil die Forschung ja auch immer weiter geht, es wird immer neuere Sachen geben, die nicht jeder anbietet, das wird glaube ich mehr werden“ (IV_ZA_20).

Auch die befragten Hausärzte sind sich einig, dass IGe-Leistungen auch in der Hausarzt-Medizin weiter bestehen bleiben, denn dieses wird insbesondere auch von der Patientenseite bedient. Die Menschen entwickeln ein immer größeres Bewusstsein für Gesundheit und haben ein unterschiedliches Bedürfnis, bestimmte Risiken unter Kontrolle zu haben, die durch den Bereich der IGeL/SZL ermöglicht werden kann:

„Das ist etwas, was sich schon fest etabliert hat und was auch Zukunft hat, glaube ich, weil die Menschen [...] individuelle Leistungen zu fordern, das ist manchen Menschen ja auch unheimlich wichtig, die brauchen das auch für sich“ (IV_HA_22).

So wird der Bereich der IGeL/SZL auch als Chance gesehen für neue Innovationen, die über diese Möglichkeit auf den Markt kommen können, um sich so zu beweisen, wie nicht zuletzt die OCT, die Optische Kohärenztomografie, die als einstige IGe-Leistung bei bestimmten Indikationen Einzug in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gefunden hat:

„[...] natürlich für manche Diagnostik hilfreich, auf diese Weise eine Chance zu bekommen, in den Markt hineinzukommen“ (IV_AA_5).

Mehrere mögliche Gefahren werden in Bezug auf die Situation der IGeL/SZL angesprochen, die im Folgenden genannt werden.

Ein Interviewpartner spricht die steigende Gefahr für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient an, dass es bei noch stärkerem Einfluss von IGeL-Leistungen in der ambulanten Versorgung und einer Ökonomisierung der Medizin, Patienten vermehrt den Gang zum Arzt meiden könnten mit folgenschweren gesundheitlichen Folgen:

„Ich bin gegen Ausuferung des zweiten Gesundheitsmarktes, weil ich mir sicher bin, dass das Vertrauen von Patienten zu Ärzten entscheidend ist für die Therapie und Gesundheit und der also dermaßen Überhand nimmt, dass Patienten also das Gefühl haben, dass sie nur noch als Wirtschaftsobjekt und deshalb vermeiden zum Arzt zu gehen, dann läuft grundlegend etwas verkehrt“ (IV_AA_23).

Ein weiterer Interviewpartner befürchtet bei der Vergrößerung des Marktes für Selbstzahlerleistungen langfristig einen Einbruch in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland:

„Also wenn es so weiter geht, dann wird es dazu kommen, dass immer mehr privat gemacht wird, immer mehr Privatpraxen entstehen“ (IV_ZA_12).

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der durchgeführten Interviews wurden bereits im Ergebniskapitel dieser Arbeit eingehend dargestellt. Im Folgenden sollen relevante erzielte Ergebnisse im Lichte vorhandener empirischer Daten diskutiert und verglichen werden.

Angebot und Nachfrage

Durch die Aussagen der Interviewpartner wird deutlich, dass in den Fachgruppen der Augenheilkunde und Zahnheilkunde die ärztlichen Selbstzahlerleistungen im ambulanten Versorgungsalltag weit verbreitet sind und eine wichtige und häufige Rolle spielen, in der Allgemeinmedizin jedoch eine untergeordnete bis kaum eine Rolle spielen. Diese Studie zeigt, dass man innerhalb der Ärzteschaft Fachgruppen mit einem starken und geringen IGeL-/SZL-Einfluss unterscheiden muss.

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung des aserto Instituts von 2020 zeigen, dass unter den Humanmedizinerinnen die Augenärztinnen IGeL am häufigsten anbieten, speziell die Augeninnendruckmessung zur Früherkennung einer Glaukomerkrankung (22%) - dicht gefolgt vom Angebot bei den Frauenärztinnen, die verschiedene Ultraschalluntersuchungen als IGeL anbieten, hier insbesondere der Ultraschall der Eierstöcke zur Früherkennung einer Krebserkrankung (18%) (IGeL-Report 2020). Unter Berücksichtigung der Größen der einzelnen Fachgruppen ist die IGeL-Inanspruchnahme bei einigen Fachärztinnen deutlich höher als bei den Fachärztinnen für Allgemeinmedizin. Auch in weiteren Studien zeigt sich, dass das IGeL-Angebot meistens von den Fachärztinnen kommt, vor allem von Augenärztinnen und Frauenärztinnen (FGW Telefonfeld 2018; Richter et al. 2009).

In einer weiteren Versichertenbefragung des WIdO-monitors wurde ermittelt, dass IGeL am häufigsten von den Frauenärztinnen (28,5%), Augenärztinnen (21,6%) und Allgemeinmedizinerinnen (18,9%) angeboten werden (Zok 2019).

Krimmel et al. fassen die Fachgruppen, die am häufigsten IGeL anbieten, als sog. „GOUDA“-Gruppe zusammen (G=Gynäkologinnen, O= Orthopädinnen, U= Urologinnen,

D=Dermatologen, A= Augenärzte) (Krimmel und Kleinken 2011).

Warnebler hat 2006 in einer Untersuchung herausgefunden, dass bei der Anzahl der IGeL-Fälle an der gesamten Fallzahl pro Monat bei den Allgemeinmedizinern knapp jeder fünfte Patient (21%) und bei den Augenärzten 43% der Fälle pro Monat IGeL-Fälle seien (Warnebler 2006).

Laut der interviewten Hausärzte dieser Arbeit scheinen die 21% vergleichsweise viel, weil die Hausärzte alle von einer sehr marginalen Rolle und fehlenden Zeit und Ruhe in der hausärztlichen Versorgung sprachen. Erklären kann man dieses Ergebnis dadurch, dass das Angebot neben den persönlichen Interessen zudem abhängig ist von den Fähigkeiten und des Wissenstands des jeweiligen Arztes. Dass knapp die Hälfte der täglichen augenärztlichen Patienten in irgendeiner Weise mit IGe-Leistungen zu tun hätten, wurde auch von einzelnen interviewten Augenärzten bestätigt.

Die Augenärzte geben weiter an, die Glaukomvorsorge den Patienten mit einem entsprechenden Risikoprofil ab einem bestimmten Alter anzubieten. Hierbei wurde u.a. das Alter 40-45 angegeben. Vorhandene Daten zeigen bei der Augeninnendruckmessung durch eine Häufung auf eine bestimmte Altersklasse vergleichbare Werte: Die Augeninnendruckmessung wird den über 50-Jährigen Patienten gehäuft angeboten bzw. von diesen in Anspruch genommen (Zok 2019).

Ein weiteres Ergebnis dieser Studie ist, dass das Angebot von bestimmten IGe-Leistungen bei den Augenärzten fast hauptsächlich von der Praxis, d.h. von den Praxismitarbeitern und den Ärzten selbst aus geht. Bei den Zahnärzten geht das Angebot auch stärker von der Ärzteseite aus, wobei Prophylaxemaßnahmen auch oftmals nachgefragt werden. Durch die Aussagen aller hausärztlichen Interviewpartner wird deutlich, dass hier insbesondere und fast ausschließlich die patientenseitige Nachfrage nach bestimmten IGe-Leistungen Alltagspraxis ist und die Ärzte die IGeL im Gespräch nicht proaktiv ansprechen. In einzelnen Fällen wird den Patienten sogar davon abgeraten, als nicht sinnvoll empfundene IGeL nicht durchführen zu lassen.

Diese Ergebnisse lassen sich auch durch die Ergebnisse der Versichertenbefragung des aserto bestätigen und quantifizieren. Hier hat man ermittelt, dass lediglich knapp 20% der IGeL vom Patienten selbst nachgefragt

werden und die Anzahl der Arzt-Angebote (80%) etwas höher ist als die Zahnarzt-Angebote (78%), wobei die wenigsten nachgefragten IGeL auch durchgeführt werden: 96% der erbrachten IGe-Leistungen wurden von ärztlicher Seite angeboten (IGeL-Report 2018).

Auch die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld verzeichnet über die Jahre der Versichertenbefragungen einen stabilen Wert der patientenseitigen IGeL-Nachfrage, zuletzt haben 18% der befragten Versicherten angegeben, dass sie in den letzten 12 Monaten proaktiv nach einer privatärztlichen Zusatzleistung gefragt haben (FGW Telefonfeld 2018).

Die unterschiedlichen Ergebnisse können verschiedene Ursachen haben, dennoch zeigt es die Entwicklung, dass die IGeL/SZL in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine wachsende und nicht zu unterschätzende Rolle in bestimmten Fachgruppen spielen.

Bei der Ärztebefragung der Compugroup AG 2010 wurden Haus-, Kinder- und Frauenärzte zu Selbstzahlerleistungen befragt, wobei 26,6% der Umfrageteilnehmer ein IGeL-Angebot für ihre Praxis aus unterschiedlichen Gründen ablehnten: Für 38,3% seien die IGeL-Angebote unseriös, für weitere 36,8% der IGeL-Kritiker würden sich IGeL im Praxisalltag nicht lohnen und 24,1% dieser Gruppe geben ein mangelndes Zeitfenster im Praxisalltag an (WZ 2010). Bei dieser Befragung stehen zwei Fachgruppen, die Haus- und Kinderärzte, die vergleichsweise durch einen geringen Einfluss von IGeL/SZL gekennzeichnet sind der IGeL-starken Fachgruppe der Gynäkologen gegenüber, sodass man davon ausgehen kann, dass sich unter den 26,6% der IGeL-Ablehner vermehrt Haus- und oder Kinderärzte befinden.

Die in dieser qualitativen Studie befragten Hausärzte haben als Gründe für die eher ablehnende und kritische Haltung gegenüber ärztlichen Selbstzahlerleistungen ähnliche Begründungen genannt, insbesondere wurde oftmals die fehlende medizinische Sinnhaftigkeit bei bestimmten IGeL betont.

Standortabhängigkeit, Zwei-Klassen-Medizin

Laut der Aussagen der Zahn- und Allgemeinmediziner besteht eine stärkere Abhängigkeit des IGeL-/SZL-Angebots von dem Praxisstandort mit seinem

jeweiligen Patientenklientel und sozioökonomischem Status und der Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen. Sozial schwache Patienten hätten andere Ansprüche an die Gesundheit und an die Ärzte und scheinen weniger bereit bzw. in der Lage, Geld für IGeL/SZL auszugeben.

Vergleichbar sind Ergebnisse einer Befragung unter Versicherten von 2019, welche einen positiven Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der IGeL und dem Einkommen und der Schulbildung des Patienten darlegen. Mit steigendem Einkommen steigt auch die Inanspruchnahme der IGe-Leistungen von 22,8% bei einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 2.000 Euro bis auf 35,4% bei einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von über 4.000 Euro. Genauso geht auch eine höhere Schulbildung mit einer erhöhten IGeL-Inanspruchnahme einher. Bei einfacher Schulbildung wurden bei 20,6% und bei hoher Schulbildung bei 35,3% der Versicherten IGeL angeboten oder in Rechnung gestellt (Zok 2019).

Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte verbindet das IGeL-/SZL-Thema mit einer Zwei-Klassen-Medizin. Einige umschreiben den Begriff, andere wiederum benennen ihn explizit und beschreiben ein Gesundheitssystem, bei der die Qualität der durchgeführten Leistung von der finanziellen Lage des einzelnen Patienten abhängt und sehen diese ungleiche Leistungsanspruchnahme in der Gesellschaft kritisch. Das politische Schlagwort bezieht sich hier in erster Linie auf die Leistungsbegrenzungen innerhalb der Solidargemeinschaft der GKV, bei der der einkommensschwache Teil der Gemeinschaft von den privat zu finanzierenden IGeL/SZL ausgeschlossen wird.

Bei einer Umfrage des NAV-Virchow-Bundes wurden im Jahr 2009 über 500 niedergelassene Haus-, Fach- und Klinikärzten befragt, wobei 76% der befragten Hausärzte angegeben haben, dass eine „Zwei-Klassen-Medizin“ im deutschen Gesundheitssystem vorherrsche (NAV-Virchow-Bund 2009).

Bei der repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK unter N=1.772 GKV- und PKV-Versicherten haben knapp ein Fünftel der Befragten (19%) angegeben, dass es in Deutschland „in sehr starkem Maße“ eine Zwei-Klassen-Medizin gebe, 52% der Befragten antworteten mit „teilweise“, 14% gab an „nur in Ausnahmefällen“ und 3% gab „gar nicht“ an (Gesundheitsmonitor 2012).

Nach Einschätzung einer beträchtlichen Gruppe von Leistungserbringern aber auch der Versicherten selbst besteht in Deutschland eine „Zwei-Klassen-Medizin“, die in Bezug auf Selbstzahlerleistungen auf angenommenen Nachteilen der GKV-Versicherten bei Leistungs- sowie Qualitätsaspekten, wie der fehlenden Berücksichtigung der neuesten medizinischen Erkenntnisse, beruht. 66% der GKV-Versicherten haben u.a. diese fehlende Berücksichtigung als empfundenen Nachteil angegeben (ebd.).

Es sollte angestrebt werden, weitere Vergleiche im praktischen medizinischen Versorgungsalltag für weitere Erkenntnisse durchzuführen und über geeignete Maßnahmen Unterschiede in der Patientenversorgung zu begleichen.

Häufigste IGeL/SZL

Die über alle Interviews hinweg am häufigsten genannte IGeL/SZL aus der Gruppe der Augenärzte war der Glaukom-IGeL, aus der Gruppe der Zahnärzte die Professionelle Zahnreinigung und aus der Gruppe der Hausärzte die Blut- bzw. Laboruntersuchung.

Diese IGeL/SZL finden sich ebenfalls in anderen Studien an der Spitze von IGeL-Tabellen. Die am meisten genannten individuellen Gesundheitsleistungen im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich hat das Marktforschungsinstitut aserto mit folgender Reihenfolge als Top drei aufgestellt: Platz eins belegt die Professionelle Zahnreinigung, Platz zwei die Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung und Platz drei ein Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL-Report 2018).

An der Spitze der am häufigsten angebotenen ärztlichen IGe-Leistungen steht über mehrere Studien hinweg die Augeninnendruckmessung zur Glaukomfrüherkennung, dicht gefolgt von den Ultraschalluntersuchungen zur Krebsfrüherkennung (Richter et al. 2009; IGeL-Report 2020).

Unter den zahnärztlichen Selbstzahlerleistungen wird in 78% der Fälle die professionelle Zahnreinigung unter den Versicherten genannt, die als private Leistung in den letzten drei Jahren von ärztlicher Seite angeboten wurde, wobei diese Selbstzahlerleistung in drei von vier Patientenfällen vom Behandler angeboten wird, ergo auch des Öfteren vom Patienten selbst nachgefragt wird

(IGeL-Report 2018).

Die am häufigsten nachgefragten privaten Leistungen sind Blutuntersuchungen bzw. Laborleistungen (Richter et al. 2009).

Im Rahmen einer weiteren Befragung verschiedener Facharztgruppen wurden auch die Allgemeinärzte zum IGeL-Angebot befragt. Die Allgemeinmediziner (N=623) gaben die folgenden IGeL in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit ihres Angebots in der Praxis an: Aufbau-/Vitaminkur (33%), Akupunktur (17%), Reisemedizin (12%), Labor-IGeL (12%), PSA (9%), Eigenblutbehandlung (9%), erweiterter Gesundheitscheck (5%), Ozon-/Sauerstoffbehandlung (4%), Impfungen (4%), Homöopathie (3%) (Ärzte Zeitung 2007).

Trotz der Tatsache, dass es mittlerweile über mehrere hundert verschiedene IGeL-Angebote auf dem Markt gibt, zeigt ein Vergleich der Listen, dass einige wenige Privatleistungen häufig angeboten bzw. nachgefragt werden - ganz nach dem Leitsatz „Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten“.

Sinnhaftigkeit von IGeL/SZL

Generell ist es wichtig, sinnvolle und wenig bis gar nicht sinnvolle IGeL/SZL zu unterscheiden und nicht zu pauschalisieren. Die Aussagen der Interviewpartner verdeutlichen die geringere medizinische Relevanz bzw. Bedeutung der IGeL-Leistungen in der hausärztlichen Versorgung, diese werden dominiert von einem Servicegedanken durchgeführt. Das steht im Gegensatz zu den Augenärzten, die ohne die augenärztlichen IGeL einen erheblichen Qualitätsverlust in der Diagnostik von ophthalmologischen Erkrankungen verzeichnen würden und den Zahnärzten, die ohne die zahnärztlichen Selbstzahlerleistungen ebenfalls einen erheblichen Qualitätsverlust und Zeitdruck in der zahnärztlichen Therapie verzeichnen würden.

Bei einer repräsentativen Befragung unter N=1.324 Augenärzten stimmten 87,5% der Ärzte voll und ganz und eher zu, dass die Behandlungsqualität gefährdet sein kann, wenn medizinisch notwendige IGeL nicht in Anspruch genommen werden (Wolfram, Pfeiffer 2012).

Weitere Befragungen unter der Ärzteschaft zur Sinnhaftigkeit fassen die Aussagen

von unterschiedlichen Fachgruppen zusammen, was die Differenzierung und Positionierung einzelner Fachgruppen verhindert. Eine Meinungsumfrage unter Ärzten der Compugroup AG 2010, bei der N=440 Haus-, Kinder- und Frauenärzte zu individuellen Gesundheitsleistungen befragt wurden, zeigt, dass 64,8% der Befragten die zusätzlichen privaten Leistungen medizinisch sinnvoll finden und meinen, dass die IGeL den Patienten einen ergänzenden Nutzen bringen würden (WZ 2010).

Eine Leserumfrage wurde 2017 von den Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) und der „Ärzte Zeitung“ mit N=683 Ärzten aller Fachrichtungen durchgeführt. Hier wurden die Ärzte u.a. auch zu den SZL-Beiträgen zur Behandlungsqualität befragt: Knapp 44% der befragten Mediziner sehen in den IGeL individuell ergänzende Leistungen, die eingesetzt werden können für diejenigen Patienten mit Sonderwünschen und 21% der Befragten sehen IGeL als passende Leistungen für Patienten mit höheren medizinischen Ansprüchen. Für etwa 27% der Ärzte seien IGeL unverzichtbar zur Teilhabe der Patienten am medizinischen Fortschritt (PVS, Ärzte Zeitung 2017).

Vereinzelte Leistungen, die es unter dem Namen „IGeL“ in ärztliche Praxen geschafft haben und bisher nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen sondern privat liquidiert wurden, sind in der Vergangenheit durch einen positiven G-BA-Beschluss zu einer Kassenleistung geworden. Dazu gehört u.a. die Optische Kohärenztomographie (OCT) als bildgebendes Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung bei Netzhauterkrankungen des Auges, genauer bei neovaskulärer altersbedingter Makuladegeneration (nAMD) sowie des Makulaödems bei diabetischer Retinopathie (DMÖ) (Pressemitteilung 43 G-BA 2018). Ein weiterer Meilenstein stellt ein aktueller G-BA Beschluss über eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) dar für eine systematische Diagnostik und Behandlung basierend auf den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche voraussichtlich ab dem dritten Quartal 2021 in Kraft tritt (Pressemitteilung 71 G-BA 2020).

Vertragsärzte befinden sich im Gesundheitssystem mit begrenzten Ressourcen und zunehmenden Patientenerwartungen im Spannungsfeld zwischen dem

medizinischen Machbaren und der Finanzierbarkeit. Viele der befragten Ärzten und Zahnärzte sehen die IGeL/SZL als Bestandteil der modernen Medizin, wobei sich keine eindeutige Definition zu moderner Medizin finden lässt, jedoch richtet sich der medizinische Standard nach der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Die EbM „ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Cochrane 2021).

In Bezug auf medizinische Selbstzahlerleistungen und Ethik sieht Ernst, Professor für Komplementärmedizin, die Analysen nach der EbM sowohl für die Schul- als auch für die Komplementärmedizin angebracht und warnt vor einem zu sorglosen Umgang mit IGeL (Gerst 2006).

Gerade weil die EbM dem höchsten medizinischen Standard entspricht, sollte das Ziel sein, empirische Daten zu sammeln und Studien zu entwickeln, die die Wirksamkeit und den Nutzen bestimmter IGeL/SZL darstellen, sodass diese als Argumentationsgrundlage bei der Frage nach der Aufnahme dieser Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen genommen werden können oder zumindest eine transparente und nachvollziehbare Basis in der Patientenaufklärung darstellen.

Überlastung der GKV, IGeL/SZL als Wirtschaftsfaktor

Alle befragten Interviewteilnehmer sind sich einig gewesen, dass die gesetzlichen Krankenkassen Spitzentechnologien und modernste Techniken für die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen aufgrund der enormen finanziellen Überlastung in ihrer Quantitätsspitze nicht tragen können. Zudem dürfte die Grundversorgung deswegen nicht leiden.

Auch bei der Frage, ob bestimmte IGeL/SZL in den Leistungskatalog mit aufgenommen werden sollen, zeigt sich ein sehr heterogenes Bild der befragten Ärzte. Aus Sicht der Patienten wäre es die Idealvorstellung, alle sinnvollen medizinischen Selbstzahlerleistungen in den Leistungskatalog der GKV

aufzunehmen, aber knapp die Hälfte der befragten Augen- und Zahnärzte wünscht sich aufgrund der daraus resultierenden geringeren Honorierung der Leistungen durch die GKV und der damit einhergehenden Schwierigkeiten der wirtschaftlichen Praxisführung keine Aufnahme. Dennoch haben einige Ärzte auch eine Umstrukturierung und Überarbeitung der Ausgaben der einzelnen Leistungsbereiche der GKV gefordert, sodass die primärärztliche Versorgung im Gesundheitswesen dennoch gewährleistet werden kann.

Folgende Studie zeigt die Meinungsverschiedenheit und nahezu gleich große Lager der Fachgruppe der Augenärzte, die sich für bzw. gegen die Aufnahme von medizinisch notwendigen IGeL in den Leistungskatalog der GKV aussprechen. Im Rahmen der repräsentativen Studie zur ophthalmologischen Versorgung in Deutschland wünscht sich über die Hälfte der befragten Augenärzte die Aufnahme medizinisch notwendiger IGeL in den Leistungskatalog der Krankenkassen (Wolfram, Pfeiffer 2012).

Die Finanzergebnisse der GKV der letzten beiden Jahre 2019 sowie 2020 zeigen dieses Defizit deutlich, so wurde nach Abschluss des vierten Quartals von 2019 ein Minus von 1,5 Milliarden Euro und von 2020 ein Minus von 2,65 Milliarden Euro verzeichnet (AOK-Bundesverband 2021).

Vor der Hintergrund, dass in den nächsten Jahren die Defizite der GKV weiter steigen können, wo auch der AOK-Bundesverband vor warnt (ebd.), gilt es, durch effiziente Mechanismen einem weiteren Wachstum des Defizits und der Reduktion der Rücklagen entgegenzusteuern.

In der Zahn- und Augenheilkunde bilden die Einnahmen durch SZL/IGeL ein sehr wichtiges und großes wirtschaftliches Standbein, wohingegen die IGeL bei den hausärztlichen Praxiseinnahmen größtenteils eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Die Aussagen zu dem prozentualen Anteil der Einnahmen durch augenärztliche IGeL an den Gesamteinnahmen der Praxis zeigen eine größere Varianz und reichten von 5% über 10-15% bis hin zu 40-50%. Der prozentuale Anteil der Einnahmen durch SZL an den Gesamteinnahmen lag bei drei zahnärztlichen Interviewpartnern zwischen 60-70%.

Bei einer Befragung unter Augenärzten (N=972) zum IGeL-Anteil am Gesamtumsatz gaben fast 50% der befragten Augenärzte einen Anteil von über 10% an den Gesamteinnahmen aus (Wolfram, Pfeiffer 2012).

Bei der Studie der PVS und der „Ärzte Zeitung“ von 2009 haben bei N=1450 Ärzten insgesamt 75% angegeben, dass der Umsatzanteil von IGeL bis zu 10% des gesamten Praxisumsatzes ausmacht. Bei fast jedem zehnten Befragten (8%) liegt der Anteil bei über 20% (PVS, Ärzte Zeitung 2009).

Eine weitere Studie thematisierte die steigende wirtschaftliche Bedeutung von IGeL, wobei sich insgesamt N=186 Arztpraxen beteiligten (Warnebier 2006). Etwa 40% der Praxen haben angegeben, dass die IGe-Leistungen einen Jahresumsatz von unter 10.000 Euro und bei weiteren 40% von über 10.000 Euro ausmachen (ebd.).

Für die meisten interviewten Zahnärzte seien die SZL nicht nur unbedingt notwendig als Wirtschaftsfaktor, sondern sogar überlebensnotwendig für das Fortbestehen der Praxis. Parallelen zeigen sich bei den Augenärzten: Eine rein konservativ tätige Augenarztpraxis scheint nach einigen Aussagen der Befragten angewiesen auf die Einnahmen durch die IGe-Leistungen, um kostendeckend zu arbeiten.

Eine weitere Studie unter Ärzten hat ermittelt, dass knapp die Hälfte der Befragten, insgesamt 49%, voll und ganz zustimmten, dass ihre Praxis ohne die privaten Selbstzahlerleistungen auf Dauer nicht mehr wirtschaftlich zu betreiben sei (Stiftung Gesundheit, GfK 2005).

Offensichtlich ist es für die Augen- und Zahnheilkunde zunehmend schwierig, die medizinische Versorgung allein über die Vergütungen der Regelleistungen der GKV und der privatärztlichen Versorgung auszuüben, sodass eine Umgestaltung des Umfangs und die Aufwertung der augen- und zahnärztlichen Basisversorgung an veränderte Gegebenheiten notwendig scheint. Gerade auch im Hinblick auf den demographischen Wandel besteht ein Bedarf eines Umstrukturierungsprozesses zur Gewährleistung augen- und zahngesundheitsbezogener Lebensqualität. Erstrebenswert ist die neue Festlegung des Stellenwerts der Augen- und Zahngesundheit für die Bevölkerung.

Wandel der Arztrolle

Zu den ärztlichen Selbstzahlerleistungen gehört im Rahmen der Patientenaufklärung auch die Aufklärung über die Kosten, die für die jeweilige IGeL/SZL privat in Rechnung gestellt werden müssen. Daran können sich nur wenige der Befragten gewöhnen, da viele Ärzte die Doppelrolle als „Arzt“ und „Verkäufer“, in der sie sich zwangsläufig bei den Kostengesprächen zu IGeL/SZL sehen, negativ bewerten.

So führt die Tatsache der fehlenden Vereinbarkeit von optimaler Behandlung und Wirtschaftlichkeit im Rahmen des Handlungsspielraums des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen zu Rollen- und Gewissenskonflikten bei einigen befragten Ärzten.

In der Literatur findet man ebenfalls Beschreibungen zu der Arztrolle, die durch einen zunehmenden finanziellen Druck und begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem einem starken Wandel unterliegt (Scheibler und Pfaff 2008). Durchgeführte Maßnahmen zur Kostenreduktion sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot schränken in gewissem Maße die ärztliche Autonomie ein, sodass offensichtliche Konflikte zwischen den vorhandenen Ressourcen und den von der Ärzteschaft als medizinisch sinnvoll und notwendig erachtete Leistungen entstehen (Siegrist 2012).

Auswirkungen von Selbstzahlerleistungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung

Diese Studie zeigt deutlich, dass die Ärzte, unabhängig von der Fachgruppe, überwiegend einen negativen Einfluss von IGeL/SZL in der Beziehung zwischen Arzt und Patient sehen (67%). Keinen Einfluss von IGeL/SZL nehmen insgesamt 21% und einen positiven Einfluss nehmen insgesamt 13% wahr.

In der augenärztlichen Befragung von Wolfram und Pfeiffer gaben knapp 40% der Befragten eine Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Erbringung von IGeL an (Wolfram, Pfeiffer 2012).

Auch der Einfluss durch IGe-Leistungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung wurde

u.a. vom WIdO-monitor über mehrere Jahre hinweg untersucht und veröffentlicht. Zuletzt meinten über ein Drittel (35,3%) der gesetzlich versicherten Befragten, dass das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen das Arzt-Patient-Verhältnis beeinflusst, wobei der überwiegende Anteil davon von einer Verschlechterung des Verhältnisses ausgeht (72,2%) (WIdO-monitor 2019).

Andere Daten hat die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld diesbezüglich erhoben: Für 7% der Befragten hat sich das Verhältnis nach einem IGeL-Angebot verschlechtert, wohingegen 5% der Befragten eine Verbesserung des Verhältnisses sehen (FGW Telefonfeld 2018). Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich nach einem IGeL-Angebot für 86% der Versicherten nicht verändert (ebd.).

Bei der repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK unter N=1.772 GKV- und PKV-Versicherten haben fast die Hälfte aller befragten GKV-Patienten (46%) angegeben, dass durch die IGeL das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verschlechtert wird (Gesundheitsmonitor 2012).

Ergebnisse einer Studie zur Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland, durchgeführt von Vertretern der Ärztekammern und der KV, zeigen die Notwendigkeit der Differenzierung von bestimmten Themenfeldern bei der Thematisierung einer veränderten Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu gehören Themenfelder wie die Arztrolle, das Image der Ärzte, das Patientenverhalten und die Rahmenbedingungen (Thielscher und Schulte-Sutrum 2016).

Durch die veränderten Rollenbilder von Arzt und Patient und der zunehmenden Kommerzialisierung in der Medizin finden sich Artikel von Autoren, die das Arzt-Patienten-Verhältnis als Dienstleister-Kunden-Verhältnis beschreiben (Thanner, und Nagel 2009), wobei als entscheidendes Spezifikum und Abgrenzungsmerkmal zu anderen wirtschaftlichen Modellen die Fürsorge in der ärztlichen Rolle genannt wird (ebd.).

Festzuhalten ist, dass die steigende Ökonomisierung sowie Rationalisierung in der Medizin und die Bedeutung von wirtschaftlichen Faktoren im Gesundheitswesen die Ärzte vor neue Herausforderungen stellt und durch den Wandel der ärztlichen Rolle auch das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig beeinflusst werden kann. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen den Einfluss der Selbstzahlerleistungen auf die

Arzt-Patienten-Beziehung deutlich. Das wertvolle Vertrauen in den Arzt sollte durch die Kommerzialisierung in der Medizin nicht verspielt werden. Das erreichte Maß gilt es nicht zu überstrapazieren, sodass es nicht zu einem Vertrauensbruch kommt und die Patienten der Gang zum Arzt gar meiden oder die Ärzteschaft nicht die mögliche und gewünschte Medizin betreiben kann.

Für weitere Aussagen zu dem Einfluss von privaten Abrechnungen zwischen Arzt und Patient auf die Beziehung und das Vertrauen als elementares Standbein in der Beziehung bedarf es zukünftig neben diesen qualitativen Ergebnissen weiterer empirischer Studien im Rahmen der Versorgungsforschung.

Rufschädigung und Wunsch nach Qualitätssiegeln

Zahnärzte haben das Gefühl, dass sie durch die große Rolle der SZL in der Zahnmedizin, die in vielen Fällen eine Alternative zum Leistungskatalog der Krankenkasse darstellen, den Ruf einer gewinnorientierten Ärzteschaft haben.

Ähnlich wie bei den Zahnärzten nehmen auch die Augenärzte eine Rufschädigung der Fachgruppe durch das Angebot und die Durchführung der IGeL, die in der Augenheilkunde wichtige Zusatzdiagnostiken darstellen, wahr. Mehrere der befragten Augenärzte machen hierbei einerseits die Medien und andererseits die Krankenkassen und Verbraucherzentralen verantwortlich. Insbesondere aus der Gruppe der Hausärzte wurde in dieser Studie Kritik an der fehlenden Kontrolle des Angebots und der Durchführung von IGeL/SZL in der ambulanten ärztlichen Versorgung und damit einhergehend eine fehlende Qualitätssicherung mit dem Wunsch nach einer Qualitätskontrolle und steigenden Transparenz laut.

Bei der repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK haben 44% der GKV-Versicherten angegeben, dass die individuellen Gesundheitsleistungen größtenteils medizinisch überflüssig seien (Gesundheitsmonitor 2012). Auf der einen Seite geben etwa 80% der Befragten an, dass IGeL gut aber zu teuer seien und auf der anderen Seite meinen 42% der GKV-Versicherten, dass die Ärzte damit primär Geld verdienen wollen und es nicht um Gesundheit gehe, und dass durch IGeL-Angebote das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belastet werden würde (ebd.).

Mit dem steigenden Angebot von ärztlichen Selbstzahlerleistungen stieg in der Vergangenheit auch die Kritik an diesen Leistungen in der Öffentlichkeit. Die Medien, Politiker, aber auch Verbraucherverbände und die Krankenkassen haben sich kritisch mit dem Thema auseinandergesetzt.

Der IGeL-Monitor, initiiertes Informationsportal durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), hat sich seit 2012 zum Ziel gesetzt, einzelne IGeL auf dem Markt nach EbM auf Nutzen und Schaden zu analysieren und zu bewerten und eine abschließende Bewertung für die Patienten mit folgenden möglichen Bewertungsergebnissen zu geben: „positiv“, „tendenziell positiv“, „unklar“, „tendenziell negativ“ und „negativ“. Dies soll der Patienteninformation dienen, sodass die Versicherten sich für oder gegen eine IGeL entscheiden können. Aktuell wird der Großteil der IGeL (25) als tendenziell negativ eingestuft, darunter auch Top-IGeL wie die Augeninnendruckmessung zur Glaukomvorsorge und vier sogar als negativ (z.B. Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung). Keines der aufgelisteten IGeL wird als positiv bewertet, zwei sind tendenziell positiv bewertet (Akupunktur zur Migräneprophylaxe und Lichttherapie bei „Winterdepression“). Bei 19 IGeL ist das Ergebnis der Bewertung unklar (darunter z.B. auch die professionelle Zahnreinigung) und es werden weitere zehn IGeL vorgestellt, die keine Bewertung erhalten haben (IGeL-Monitor 2020).

Es liegt nahe, dass bei negativer Darstellung in der Presse, wie beispielsweise Medienberichte mit dem Titelnamen „Wie Patienten beim Arzt abgezockt werden“ (Bartens 2019) oder „Krankenkassenverband warnt vor gefährlichen Selbstzahlerleistungen“ (Steffen 2020), Misstrauen und Skepsis seitens der Patienten aufgebaut werden und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dadurch leiden kann.

In der Ärztebefragung der PVS und der „Ärzte Zeitung“ wünschen sich ebenfalls fast Dreiviertel der Umfrageteilnehmer eine Positionierung pro-IGeL in der öffentlichen Diskussion, die „bisher fast ausschließlich durch die negative Sichtweise der Krankenkassen besetzt“ sei (PVS, Ärzte Zeitung 2017). Als Ideen für Maßnahmen zur Akzeptanzförderung wurden insbesondere Krankenkassen-unabhängige Evidenz-Analysen von Selbstzahlerleistungen (62%) sowie seriöse Zertifikate/Qualitätssiegel für standardisierte Selbstzahlerleistungen (52%)

angegeben (ebd.).

Bereits zum 108. Deutschen Ärztetag wurden mehrere Forderungen aufgrund der beklagten Intransparenz bezüglich der Qualität sowie der Kosten von IGeL laut, da man sich diesbezüglich in einer Grauzone befinden würde (Bundesärztekammer 2005). Zu den Forderungen gehörte zum einen die Aufnahme von Leistungen, die eigentlich in den Leistungskatalog der GKV gehören, darunter wurde auch die Glaukomvorsorge genannt und zum anderen die Erstellung von zwei Katalogen/Listen, die sowohl der Ärzteschaft als auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollten (ebd.). Eine Liste sollte die sinnvollen IGeL auflisten, die nach entsprechenden Qualitätskontrollen erbracht werden können und die weitere Liste mit IGeL, die nicht durchgeführt werden sollen, „weil sie entweder ohne erkennbaren Nutzen sind, keine medizinischen Leistungen darstellen oder /und mit einem nicht zu vertretenden Risiko verbunden sind“ (ebd.). Entsprechende Listen gibt es gegenwärtig noch nicht, dennoch scheinen offizielle Listen von unabhängigen Institutionen, die sinnvolle und weniger sinnvolle IGeL/SZL voneinander trennen, eine Möglichkeit, mehr Transparenz in den zweiten Gesundheitsmarkt zu bringen.

Die Bundesärztekammer unterstützt die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte und hat bereits „Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen“ im Beschlussprotokoll des deutschen Ärztetages vom Mai 2006 in Magdeburg festgehalten und ausformuliert. Es finden sich u.a. Hinweise zu sachlichen Informationen, neben Unterrichtung zum IGeL-Aufklärungsgespräch auch Informationen zur Erstellung und zum Aufbau des schriftlichen Behandlungsvertrags bei Durchführung von IGeL (Bundesärztekammer 2006, vgl. Anhang).

Weiter hat die BÄK und KBV in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. einen „Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“ 2012 für einen offenen Umgang mit SZL u.a. mit IGeL-Checklisten, den o.g. 10 Hinweisen für das Erbringen von IGeL und Musterverträgen herausgebracht (Ratgeber IGeL 2012).

Qualitätssiegel, wie der IGeL-Kodex von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) mit 10 Grundsätzen für fairen und verantwortungsvollen Umgang mit IGeL, stellen einen vielversprechender Ansatz für die Stärkung der Vertrauensbasis in der Arzt-Patienten-Beziehung dar (KVBW 2018).

Arbeits- und Berufszufriedenheit des Arztes

Die Rolle der ärztlichen Selbstzahlerleistungen bei Fachgruppen, die durch einen hohen Einfluss von diesen gekennzeichnet sind, stellen einen nicht zu unterschätzenden Anteil im täglichen Arbeitsalltag dar. Ein Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit ist somit naheliegend.

Bedeutende Faktoren für die Arbeits- und Berufszufriedenheit werden unter dem Begriff „Physician Factor“ zusammengefasst (Gothe et al. 2007). Mehrere Determinanten des Physician-Factor-Modells zeigen diesen Einfluss, dabei werden als Determinanten u.a. auch die Arzt-Patienten-Beziehung, ökonomische Anreize und Einkommen, administrative Aufgaben und Dokumentationsanforderungen sowie Autonomie versus externe Kontrolle des eigenen professionellen Handelns genannt (ebd.).

Die Inhaltsanalyse in dieser Studie zeigt, dass 67% der Ärzte einen negativen Einfluss von ärztlichen Selbstzahlerleistungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung wahrnimmt und die teilweise erwähnten Diskussionen mit den Patienten über den Umfang des Leistungskataloges der GKV zeigen offensichtlich eine negative Korrelation zur Arbeits- und Berufszufriedenheit.

Mehrere Zahnärzte haben bei den Interviews angegeben, dass es ihnen auch mehr Spaß macht, die hochwertige Selbstzahlerleistung als Alternative bei ihren Patienten durchzuführen und es überhaupt keinen Spaß mehr machen würde, rein die Leistungen zu erbringen, die die gesetzliche Krankenkasse übernimmt, insbesondere weil es einen erheblichen Qualitäts- und Zeitgewinn mit sich bringt und nicht zuletzt auch wirtschaftlich bedeutend ist.

Vergleichbare empirische Daten zeigen sich in den Ergebnissen einer Studie zur mentalen Arbeitsbelastung des Zahnarztes, bei der sich von insgesamt drei auszeichnenden Faktoren an erster Stelle der Faktor „Anspannung durch Zeitdruck“ darstellt (Micheelis 2010). Im Hinblick auf die arzt-, versorgungs- und

patientenbezogenen Ergebnisparameter der Arbeits- und Berufszufriedenheit (Gothe et al. 2007) scheint es wichtig und notwendig, die negative Korrelation mit Selbstzahlerleistungen im Arbeitsalltag durch geeignete Maßnahmen zu minimieren.

Aufklärungs- und Informationspflicht

Die Augenärzte verwenden viel Zeit und Mühe auf die Aufklärungsarbeit durch die große Rolle von IGeL in der Augenheilkunde. Häufig wurde berichtet, dass die medizinischen Fachangestellten mitbeteiligt sind und die Aufklärung der vergleichsweise günstigen Glaukomvorsorge übernehmen, alle weiteren IGeL werden gezielt im Arzt-Patienten-Gespräch besprochen. Dazu gehören Informationen zu dem Nutzen und Kosten der zusätzlichen Diagnostik, den Vorteilen einer Frühdiagnostik und der Therapiekonsequenz sowie Folgen bei Nichtdurchführung. Auch bei den Zahnärzten nimmt die Aufklärung selbst einen nicht zu unterschätzenden Raum im Berufsalltag ein. Dazu gehört die Aufklärung über die Kassenversorgung, weitere Alternativen oder generellen zusätzlichen Leistungen, die nicht über die gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden können, über Vor- und Nachteile der jeweiligen Versorgungsart und über einen möglichen privaten Eigenanteil. Diese wahrgenommene Pflicht der Informationen (§ 630c BGB) sowie der Aufklärung der Patienten (§ 630e BGB) ist im Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert (BGB 2021).

Vergleichbare empirische Daten finden sich hier auf der Versichertenseite, wo in der Vergangenheit Versicherte der GKV zu der Zufriedenheit der Aufklärungsgespräche zu IGeL/SZL befragt wurden.

Bei der repräsentativen Umfrage des Marktforschungsinstituts aserto mit etwa N=2.000 Versicherten wurde eine Aufklärung über den Nutzen (Arzt / Zahnarzt: 95%/ 97%) und Schaden (Arzt/ Zahnarzt: 89%/ 89%) von IGeL im Arzt-Patienten-Gespräch im Großen und Ganzen zwar bejaht, dennoch zeigen sich mehr oder weniger mittelmäßig große Defizite in der Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen zum Nutzen, zu möglichen Schäden und zu der Passung der angebotenen Selbstzahlerleistung zu der eigenen Person, was sich in der

Prozentsumme derjenigen Versicherten zeigt, die bezogen auf die Informationsversorgung zum Nutzen (Arzt/ Zahnarzt: 43%/ 30%), zur Passung (Arzt/ Zahnarzt: 43%/ 35%) und insbesondere auch zum Schaden (Arzt/ Zahnarzt: 47%/ 44%) nur teilweise, eher nicht bis hin zu überhaupt nicht zufrieden sind (IGeL-Report 2018).

Zu ähnlichen Ergebnissen ist auch der Wissenschaftliche Informationsdienst der AOK (WIdO) gekommen und ermittelte über die Versichertenbefragung, dass etwas mehr als 50% der befragten Patienten sich gut bis sehr gut über den Nutzen und die Zuverlässigkeit der empfohlenen IGeL aufgeklärt gefühlt haben (Zok 2019).

Die bereits etwas länger in der Vergangenheit liegenden Studie von Richter und den Mitarbeitern zeigt, dass sich unter den Versicherten der Versichertenbefragung fast 90% über den IGeL-Nutzen aufgeklärt fühlen, jedoch nur knapp jeder zweite Patient sich über Risiken aufgeklärt fühlt (Richter et al. 2009).

Eine von Patientenseite wahrgenommene mangelnde Beratung zu IGeL wurde darüber hinaus auch in einer nichtrepräsentativen Patientenbefragung von Blank und Schwarz 2019 ermittelt (Blank und Schwarz 2019).

Ein weiteres Ergebnis der Versichertenbefragung des IGeL-Reports zeigt, dass etwa jeder Fünfte Befragte (19%) sich bei der Entscheidung für oder gegen eine IGe-Leistung zeitlich unter Druck gesetzt fühlte, was sich wiederum negativ auf die Zufriedenheit des gesamten Arztbesuches auswirkte (IGeL-Report 2020).

Dieser empfundene Informationsmangel durch eine größere Patientengruppe und eventuell auch ein Rückgang der Patientenzahl, die sich umfassend aufgeklärt fühlen über die empfohlene IGeL kann durchaus mit einer Unentschlossenheit der IGeL-Inanspruchnahme der Patienten in Verbindung stehen und zeigt einen Bedarf an Optimierung, sodass das Patientenberatungsgespräch an Effizienz gewinnt und die Patientenbedürfnisse gestillt werden. Dieses setzt gleichzeitig ein größeres Zeitfenster für die Aufklärung durch die Ärzte im Arbeitsalltag und eine bessere Honorierung verbaler Leistungen, wie sie von mehreren Befragten gefordert wurde, voraus, zumal die Anforderungen an die ordnungsgemäße ärztliche Aufklärung sehr komplex sind. Das stellt sich im derzeitigen Gesundheitssystem als Defizit dar und bedarf zukünftig einer Änderung.

Diesen schwer zu bewältigenden Umfang an individueller Aufklärung eines jeden einzelnen Patienten im Arbeitsalltag eines Arztes wird teilweise aufgefangen durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die nach § 65b SGB V „die Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei informieren und beraten“ soll zur Stärkung der Patientenorientierung (§ 65b SGB V).

Zukunft der IGeL/SZL

Man kann beispielhaft bei beiden Fachgruppen, Augen- sowie Zahnheilkunde, annehmen, dass die Kriterien im SGB V, welche die Grundlage für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung bildet, ohne die privaten Leistungen durch den Patienten nicht mehr erbracht werden können.

Die Interviewpartner sind sich einig, dass solange keine grundlegenden Reformen oder Änderungen am Gesundheitssystem vorgenommen werden, der gesamte Bereich der IGeL/SZL in der ambulanten medizinischen Versorgung durch die Vertragsärzte weiter bestehen bleibt und einige Befragte gehen auch von einer Vergrößerung des zweiten Gesundheitsmarktes aus.

Das deckt sich mit Meinungsumfrage unter Ärzten, wo die Mehrheit der Ärzte an einen größer werdenden Markt an Selbstzahlerleistungen in der Zukunft glaubt: 39% der Ärzte wollen ihr Leistungsspektrum erweitern und etwa 36% der Ärzte gehen von einem größeren Umsatz in dem Bereich aus. Etwa jeder vierte Befragte gibt auf der anderen Seite auch an, den Umfang der IGeL tendenziell einzuschränken (PVS, Ärzte Zeitung 2017).

Bei einer repräsentativen Studie mit etwa N=8.000 niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten gaben 74% der Zahnärzte und Ärzte an, dass sie IGeL in ihrer Praxis anbieten, weitere 8% planen das Angebot von IGeL in Zukunft (Stiftung Gesundheit, GfK 2005).

Auch in der aktuellen COVID-19-bedingten Pandemiesituation wird eine neue ärztliche SZL angeboten, der COVID-19-Antikörpertest, um entsprechende Antikörper als Immunantwort vom menschlichen Körper auf die Erreger

nachzuweisen. Ergebnisse einer aktuellen Versichertenbefragung des Marktforschungsinstituts aserto zeigen, dass knapp jeder zweite Befragte (45%) von N=218 damit abklären lassen wollte, ob die Erkrankung bereits durchgemacht wurde (IGeL-Report 2020). Stetige Veränderungen und die Dynamik des IGeL-Markts zeigt auch eine aktuellere Pressemitteilung des IGeL-Monitors. Seit Januar 2021 ist das „Babyfernsehen“, „Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, die nicht medizinisch begründet und nicht Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind“ verboten (Pressemitteilung IGeL-Monitor 2020).

4.2 Diskussion der Methoden

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden jeweils acht Augenärzte, Zahnärzte sowie Hausärzte aus Hamburg zum Thema Selbstzahlerleistungen befragt, um zu ergründen, welche Rolle diese in der jeweiligen Fachgruppe spielen und wie damit im Arbeitsalltag umgegangen wird. Als Forschungsinstrument wurde ein offenes, halbstrukturiertes Leitfadeninterview gewählt und die transkribierten Interviews wurden über die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet.

Nach gegenwärtigem Kenntnisstand ist dies die erste qualitative Studie, welche die Ansichten und Positionierungen der drei genannten Ärzteguppen zu IGeL/SZL vergleichend darstellt und die aus ärztlicher Sicht wahrgenommenen Stärken und Defizite von IGeL/SZL im Gesundheitssystem identifiziert. Vorhandene Studien, die Ärzte zu Selbstzahlerleistungen befragten, verfolgten den quantitativen Ansatz (u.a. PVS, Ärzte Zeitung 2017, Stiftung Gesundheit, GfK 2005). Diese Vorgehensweise erfasst in einem unbewanderten Themengebiet eine umfassende und objektive Darstellung von Fakten. Ergänzend dazu wurde der qualitative Ansatz für mehr Tiefe, neue Ideen und eine Hypothesengenerierung mit subjektiven Ansichten und Haltungen der befragten Ärzte gewählt. Dieser geht zwar mit einer fehlenden Repräsentativität einher, demgegenüber stehen jedoch die Ortseingrenzung der Praxisstandorte sowie das kriteriengesteuerte Sampling der Interviewpartner. Die Interviewpartner bilden hinsichtlich der Fachgruppe, des Praxisstandorts, der Berufserfahrung und des Geschlechts eine heterogene

Befragungsgruppe, welche eine breite Variation an Aspekten erzielte. Dennoch ist eine Selektionsbias nicht auszuschließen. Die Durchmischung und zufällige Auswahl der Befragten unabhängig von ihrem Status „selbstständig“ oder „angestellt“ ermöglichte ein heterogenes und allgemeineres Bild der befragten Fachgruppen und stellte bei den Forschungszielen kein gewichtiges Kriterium dar. Für einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn könnte dieser Aspekt in zukünftigen Studien stärkere Berücksichtigung finden, da das Antwortverhalten und die Einstellung zu dem Thema mit der Position des jeweiligen Arztes zusammenhängen kann.

Herausfordernd gestaltet sich bei der Durchführung von Studien die Rekrutierung von Ärzten im Berufsalltag. Die Kontaktaufnahme zu den Ärzten stellte eine große Hürde in dieser Studie dar und erfolgte über unterschiedliche Wege, wobei insgesamt etwa 100 Hamburger Ärzte kontaktiert wurden. Dies zeigt sich unter anderem auch in dem längeren Zeitraum von Juli 2020 bis März 2021, in dem die Interviews durchgeführt wurden, sodass schließlich die gewünschte Anzahl an Studienteilnehmern erreicht werden konnte. Die Schwierigkeit der Rekrutierung von Studienteilnehmern zeigt sich im Allgemeinen bei Studien und ist bei den Ärzten sehr wahrscheinlich auf einen Zeitmangel und auf eine gewisse Zurückhaltung bei Themen, die die Praxisökonomie betreffen, zurückzuführen und nicht zuletzt auch aufgrund der aktuellen COVID-19-bedingten Pandemiesituation, die auch für die Ärzte eine zusätzliche Herausforderung darstellt, sodass eine Priorisierung und Fokussierung im Berufsalltag nötig scheint. Eine gewisse Rate an Nonrespondern scheint bei den Studien generell vorhanden zu sein, wobei stets bei jeder Forschungsmethode eine Nonresponse-Bias berücksichtigt werden sollte. Für den Umfang des Fragenkatalogs für das Leitfadenterview wurde die Zeitdauer und beschränkte Zeit der Interviewpartner versucht zu berücksichtigen, wobei die Dauer der Interviews aufgrund offener und erzählgenerierender Fragen und unterschiedlichem Antwortverhalten der Interviewpartner im Vorhinein lediglich geschätzt werden konnte, was bei quantitativen Studien mit einem Fragebogeninstrument besser einzuschätzen ist. Die Fragen wurden vor dem Einsatz umfangreich validiert und auf ihre Eignung hin optimiert sowie getestet. Die von Helfferich postulierten Grundprinzipien von qualitativen Interviews wurden vor der Durchführung der Interviews verinnerlicht und es wurde versucht, sie für

eine entsprechend hohe Qualität der qualitativen Interviews während der Kommunikationssituation bestmöglich umzusetzen (Helfferich 2005). Die meisten Ärzte erwähnten am Ende des Interviews, dass sie sich bis dato noch nie so intensiv mit dem Thema der Selbstzahlerleistungen auseinandergesetzt hatten, welches die Stärken des gewählten Interviews als Datenerhebungsform unterstreicht. Bei der Ergebnisbewertung sollten Verzerrungstendenzen, die im Allgemeinen mit verbalen Auskünften auftreten, einbezogen werden. Durch aktives Zuhören konnten Erzählungen generiert sowie Missverständnisse auf ein Minimum reduziert werden. Die Gesprächsatmosphäre wurde als sehr vertrauensvoll, kollegial und offen wahrgenommen. Das wird u.a. dadurch bekräftigt, dass die Ärzte auch kritische Punkte äußerten und offenkundig bestimmte Aspekte beklagten. Fünf befragte Ärzte haben zu Beginn des Telefoninterviews auch das „Du“ als Anredeform angeboten.

Die Transkription ist der wichtigste Schritt, um die Interviews schriftlich festzuhalten und diese der nachfolgenden Analyse erst zugänglich zu machen. Sie stellt bei qualitativen Interviews einen nicht zu unterschätzenden und sehr großen Zeitumfang dar. In der Literatur wird beschrieben, dass man bei der „Zeitplanung vom 5 bis 10fachen der Interviewdauer als Transkriptionszeit inklusive Korrekturlesen ausgehen“ sollte (Dresing und Pehl 2015). Dieses kann bei dieser Arbeit nach abgeschlossener gewissenhafter Transkription bestätigt werden.

Die Auswertung der Interviews über die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz zeichnet sich durch ein sehr regelgeleitetes und systematisches Vorgehen aus, welches nach einer intensiveren Einarbeitungsphase auch von Unerfahrenen durchgeführt werden kann.

Das Gleichgewicht zwischen dem Arbeitsumfang und der Qualität der qualitativen Studie wurde in dieser Arbeit durch die Anzahl der ausgewählten Fachgruppen sowie durch die gesetzten Kriterien der Stichprobenauswahl versucht zu halten. Weiterführende Mixed-Methods-Studien, vorzugsweise über eine Aufteilung auf mehrere Studien oder Arbeitsgruppen, könnten ergänzend eine Quantifizierung der Daten liefern, wie beispielsweise den tatsächlichen Anteil derjenigen Ärzte, die IGeL/SZL im Gesundheitssystem mehr oder weniger problematisch einschätzen oder der Anteil derjenigen Ärzte, die zukünftig ihr Angebot von IGeL/SZL in der

Praxis erweitern oder einschränken wollen.

Andererseits wäre zudem die Fragestellung interessant, ob ein umfassender Leistungskatalog von der Patientenseite allgemein gewünscht wird oder der zweite Gesundheitsmarkt ein weiterer Schritt in die patientenseitige Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sein könnte.

4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

In der gegenwärtigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems stellen die mit den Patienten privat abgerechneten ärztlichen Selbstzahlerleistungen in der Medizin und Zahnmedizin aufgrund von begrenzten Ressourcen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Notwendigkeit dar. Dieses wird im Wesentlichen durch die mit IGeL/SZL erreichbare wirtschaftliche Stabilisierung sowie die Steigerung der Behandlungsqualität begründet. Zukünftige Diskussionen sollten weniger die Existenz der IGeL/SZL hinterfragen, vielmehr sollten geeignete Maßnahmen erarbeitet und Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die alltägliche Versorgungspraxis und den Umgang mit IGeL/SZL zu optimieren bzw. zu verbessern und angesprochene Defizite auszugleichen. Die derzeitigen finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung sollten als Anlass für die Umstrukturierung des Gesundheitssystems genommen werden. Ein Ziel sollte in Zukunft sein, das Potential der negativen Beeinflussung von dem Angebot bis zur Erbringung der IGeL/SZL auf die Arzt-Patienten-Beziehung deutlich zu reduzieren. Nicht zuletzt ist das Instrument und ein zentraler Aspekt der Beziehung die Kommunikation mit den Patienten.

Insbesondere auch vor dem Hintergrund des rasanten medizinischen Fortschritts durch die Digitalisierung und technologischen Möglichkeiten muss man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, dass sich unser Gesundheitssystem immer mehr ausdehnen wird und es noch mehr Möglichkeiten geben wird, als was tatsächlich über die GKV und Solidargemeinschaft abgedeckt werden kann und der zweite Gesundheitsmarkt eine größere Rolle im deutschen Gesundheitswesen einnimmt. Es wird die Annahme bestärkt, dass weitere IGeL/SZL in Zukunft ebenfalls in anderen Fachgruppen Einzug finden werden. Hier bedarf es an weiterer Forschung, inwiefern sich das deutsche Gesundheitssystem von der

Basisversorgung bzw. den Leistungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung distanziert und wie das Gesundheitssystem gleichzeitig finanziell stabil bleibt und neue medizinische Verfahren/Diagnostiken/Therapiemöglichkeiten, die zwangsläufig mit medizinischem Fortschritt einhergehen, integrieren kann.

Aktuell zeigen die Daten, dass man Fachgruppen mit einem starken und geringen IGeL-/SZL-Einfluss unterscheiden kann. Sollte es aufgrund der genannten Fortschritte und Möglichkeiten zukünftig jedoch so weit kommen, dass es in mehr Fachgruppen verstärkt zur Etablierung der IGeL/SZL und zu einer Ausdehnung des zweiten Gesundheitsmarkts kommen wird, insbesondere auch in verhältnismäßig größeren Fachgruppen, beispielsweise bei den Hausärzten, gäbe es wahrscheinlich mehr öffentlich ausgetragene Diskussionen über das Für und Wider und die Sinnhaftigkeit von ärztlichen Selbstzahlerleistungen. Diese Entwicklung und das dynamische Wachstum des zweiten Gesundheitsmarkts gilt es zu überwachen und zu kontrollieren. Zudem muss man sich damit auseinandersetzen und festlegen, wie groß der Anteil des zweiten Gesundheitsmarkts grundsätzlich im Gesundheitssystem sein soll.

Es gilt auch zu verfolgen, wie die Vertragsärzte den Praxisalltag im Spannungsfeld zwischen der Versorgungsqualität und den beruflichen sowie finanziellen Einschränkungen innerhalb der rechtlichen Bestimmungen erleben. Die offensichtlichen Qualitätsdefizite in den Leistungskatalogen der Zahnmedizin und Augenheilkunde gehen auf ein überaltertes Leistungsspektrum zurück, welches weniger auf moderner und präventionsorientierter Medizin ausgerichtet ist. In diesem Zuge sollte das Honorierungssystem in der (zahn-)ärztlichen Versorgung überdacht werden.

Darüber hinaus sollte man überlegen, inwiefern die einzelnen Fachgruppen parallel voneinander lernen und ihre Erfahrungen austauschen können. Ein Ansatz und eine Überlegung wäre die Schaffung einer Zusatzversicherung im medizinischen Bereich analog zu der Zahnzusatzversicherung im zahnmedizinischen Bereich, um die teilweise begrenzten Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV, insbesondere aus dem Leistungsbereich der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen, aufzustocken und sie somit

zugänglicher zu machen für die gesamte Bevölkerung. Positive Effekte auf die Arzt-Patienten-Beziehung können sich durch die gute Erfahrung einiger befragter Zahnärzte in dieser Studie ableiten, gerade durch den Wegfall der negativ besetzten Diskussionen zwischen Behandler und Patient, ob und warum bestimmte medizinisch sinnvolle Leistungen nicht von der GKV getragen werden.

Im Allgemeinen scheint eine weiterreichende Aufklärung der Patienten zu den Grenzen des Leistungskatalogs sinnvoll. Auch die gesetzlichen Krankenkassen könnten durch saubere und intensivere Aufklärung zu den Inhalten und dem Umfang des Leistungskatalogs der GKV die Verunsicherung und das Misstrauen der Patienten zusätzlich reduzieren. Die Aussagen einzelner Ärzte in dieser Studie zeigen diesbezüglich eine erforderliche Verbesserung, da die zwischen Arzt und Patient ausgetragenen Diskussionen über den Leistungsumfang der GKV einen Störfaktor in der Arzt-Patienten-Beziehung darstellt.

Im Hinblick auf den demographischen Wandel mit einhergehenden Veränderungen und Verschiebungen im Leistungsspektrum der (zahn-)medizinischen Versorgung aber auch mit Rücksicht auf ein insgesamt steigendes Gesundheitsbewusstsein und höherer Stellenwert der eigenen Gesundheit in der Bevölkerung muss man sich die Frage nach den zukünftigen Perspektiven des Gesundheitssystems stellen.

Die endgültigen Entscheidungen rund um den Umgang mit den knappen Ressourcen in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen weniger in der Pflicht der einzelnen Ärzte, sondern vielmehr in der gesamten Gesellschaft, weshalb die Diskussionen zu der nachhaltig finanzierbaren und zukünftigen Gestaltung die Mitwirkung aller Akteure des Gesundheitswesens voraussetzt. Ein Ansatz scheint der Weg über eine vernünftige und faire Kombination und Balance zwischen Ethik, Medizin und Wirtschaftlichkeit, wobei ein Interessenausgleich der Akteure zu befürworten ist, sodass die positiven Wirkungen durch die Existenz von IGeL/SZL auf allen Ebenen gesteigert werden können.

5. Zusammenfassung

Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in Deutschland ist enorm und Selbstzahlerleistungen sind als Teil des sogenannten zweiten Gesundheitsmarktes eine relevante Größe geworden. Gleichzeitig werden diese Leistungen von unterschiedlichen Akteuren allgemein diskutiert, auch innerhalb der Ärzteschaft finden sich kontroverse Ansichten.

Im Rahmen der explorativ angelegten qualitativen Interviewstudie wurde eine Befragung unter Hamburger Augenärzten, Zahnärzten sowie Hausärzten zum Thema individuelle Gesundheitsleistungen/ärztliche Selbstzahlerleistungen durchgeführt, um zu ergründen, welche Rolle diese in der jeweiligen Fachgruppe spielen, wie der Umgang mit diesen in der ambulanten Versorgungspraxis ist und die Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

Mittels qualitativer, halbstrukturierter, offener Leitfadeninterviews wurden die oben genannten Fachgruppen telefonisch befragt. Die Auswertung der Interviews folgte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Durch die Interviews konnte die Etablierung, die bedeutende medizinische sowie wirtschaftliche Rolle sowie weite Verbreitung der Selbstzahlerleistungen in den Bereichen der Augenheilkunde sowie Zahnmedizin insbesondere für den Qualitätsgewinn in der augenärztlichen Diagnostik und der zahnärztlichen Behandlungen sowie für das Fortbestehen der Praxis bestätigt werden und die marginale Bedeutung und Rolle dieser Leistungen in der hausärztlichen Praxis, als ein eher nebensächlicher Randbereich mit Servicecharakter, analysiert werden. Die privat abgerechneten Selbstzahlerleistungen scheinen Potential zu haben, sich negativ auf die Arzt-Patienten-Beziehung auszuwirken und am Wandel der wahrgenommenen Arztrolle beteiligt zu sein.

Die steigende Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie der Umgang mit knappen Ressourcen in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt die Vertragsärzte auch zukünftig vor Herausforderungen, die durch das Mitwirken aller Akteure im Gesundheitssystem über geeignete Mechanismen gelöst werden sollten.

6. Summary

The economic importance of the health system in Germany is huge and individual health services have become a relevant factor as part of the so-called second health care market. At the same time, these services are being discussed by various actors, and there are also controversial discussions within the medical fraternity. As part of the explorative qualitative interview study, a survey was carried out among ophthalmologists, dentists and general practitioners in Hamburg on the subject of self-pay services/individual health services in order to find out what role they play in the mentioned professional group, how they are dealt with in everyday working life and to fathom the impact on the physician-patient relationship.

Using qualitative, semi-structured, open guided interviews the above-mentioned physicians were interviewed by phone. The analysis of the interviews followed the rules of content-structuring qualitative content analysis.

The interviews confirmed the establishment, the significant medical and economic role as well as the wide dispersion use of self-pay services/individual health services in the ophthalmology and dentistry, especially for the benefit in quality in ophthalmologic diagnostics and dental treatments plus for the consistency of the practice, and the marginal importance and role of these services in the general practitioner's practice, as a secondary border area with a service character. The privately billed self-payer services seem to have the potential to have a negative impact on the doctor-patient relationship and to be involved in the transformation of the perceived role of the physician.

The increasing economization in the health system and the handling of scarce resources in the statutory health insurance will continue to pose challenges for the contract physician in the future, which should be solved by the cooperation of all players in the health system using suitable mechanisms.

7. Anhang

Anhang 1: IGeL-Liste von 1998

Individuelle Gesundheitsleistungen
Auswahl ärztlicher Leistungen außerhalb der GKV-Zuständigkeit

Die mit * gekennzeichneten Leistungen sind individuelle Gesundheitsleistungen, deren Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wird oder diskutiert werden sollte.

- 1. Vorsorge-Untersuchungen**
 - Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“)
 - Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr („Kinder-Intervall-Check“)
 - Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten („Facharzt-Check“)
 - Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung („General-Check“)
 - Sonographischer Check-up der inneren Organe („Sono-Check“)
 - Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
 - Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung (z. B. im Rahmen eines „General-Check“)
 - Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggf. transrektaler Sonographie
 - * Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter
 - * Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie
- 2. Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf**
 - Reisemedizinische Beratung, einschl. Impfberatung
 - Reisemedizinische Impfungen
 - Sportmedizinische Beratung
 - Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung
 - Sportmedizinischer Fitness-Test
 - Eignungsuntersuchungen (z. B. für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport)
 - Ärztliche Berufseingangsuntersuchung
- 3. Medizinisch-kosmetische Leistungen**
 - Medizinisch-kosmetische Beratung
 - Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung
 - Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
 - Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung)
 - Epilation von Haaren außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht
 - Ästhetische Operationen (z. B. Facelifting, Nasenkorrektur, Lidkorrektur, Brustkorrektur, Fettabsaugung)
 - Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht
 - Beseitigung von Besenreiser-Varizen
 - Entfernung von Tätowierungen
 - Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs
 - UV-Bestrahlungen aus kosmetischen Gründen
- 4. Umweltmedizin**
 - * Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese
 - * Eingehende umweltmedizinische Beratung
 - Umweltmedizinische Wohnraumbegehung
 - Umweltmedizinische Schadstoffmessung
 - * Umweltmedizinisches Biomonitoring
 - Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes
 - Umweltmedizinisches Gutachten
- 5. Psychotherapeutische Angebote**
 - Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation
 - Selbstbehauptungstraining
 - Streßbewältigungstraining
- Entspannungsverfahren als Präventionsleistung
- Biofeedback-Behandlung
- Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren
- Verhaltenstherapie bei Flugangst
-
- 6. Alternative Heilverfahren**
 - * Akupunktur (z. B. zur Schmerzbehandlung, Allergiebehandlung)
- 7. Ärztliche Serviceleistungen**
 - Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der kasenzärztlichen Pflichten auf Wunsch des Patienten (z. B. Bescheinigung für den Besuch von Kindergarten, Schule oder Sportverein oder bei Reiserücktritt)
 - Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)
 - Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung
 - * Gruppenbehandlung bei Adipositas
 - Raucherentwöhnung
 - Beratung zur Zusammenstellung und Anwendung einer Hausapotheke
 - Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
- 8. Laboratoriumsdiagnostische Wunschleistungen**
 - Blutgruppenbestimmung auf Wunsch
 - Anlaßbezogener Labor-Teilttest auf Patientenwunsch (z. B. Leberwerte, Nierenwerte, Blutfette, Sexualhormone, Schilddrüsenfunktion, HIV-Test)
 - * Untersuchung auf *Helicobacter pylori*-Besiedlung mittels ¹³C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik
 - Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (z. B. AFP, Toxoplasmose, Triple-Test zur Risikoabschätzung des M. Down)
 - Tests zum Ausschluß von Metall-Allergien (z. B. auch Amalgam) ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise
- 9. Sonstige Wunschleistungen**
 - Kontaktlinsen-Anpassung und -Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung
 - Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität
 - Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“)
 - Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose
 - Injektion eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten (z. B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen)
 - Vorhautbeschneidung ohne medizinische Indikation
 - Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation
 - Andrologische Diagnostik (Spermiogramm) ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation
 - Medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung (z. B. bei HWS-Schleudertrauma)
- 10. Neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**
 - * Stoßwellentherapie bei orthopädischen Krankheitsbildern
 - Refraktive Hornhautchirurgie zur Behandlung der Kurzsichtigkeit
 - Bright-light-Therapie der saisonalen Depression
 - Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen
 - Isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie zur Rehabilitation nach Sportverletzungen und Operationen am Bewegungsapparat

Quelle: Krimmel (1998). Forum für Gesellschaftspolitik, S.90

Anhang 2: Ausführliche IGeL-Liste

| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|--|----------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | 26 |
| Augeninnendruckmessung zur Glaukom-Früherkennung | 8 |
| Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung | 7 |
| Ultraschall der Brust zur Krebsfrüherkennung | 4 |
| PSA Test zur Früherkennung von Prostatakrebs | 2 |
| Ultraschall (transvaginal) des Bauchraums | 2 |
| Dermatoskopie zur Hautkrebs-Vorsorge | 2 |
| Blutuntersuchungen ergänzend zur Kassenleistung | 2 |
| Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung | 2 |
| Besondere Materialien zur Wurzelkanalbehandlung | 1 |
| Reisemedizinische Versorgung | 1 |
| HPV-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs | 1 |
| Akupunktur bei Kreuzschmerzen | 1 |
| Zahnfüllung mit besonderen Materialien | 1 |
| Dünnschichtzytologie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs | 1 |
| Ultraschall der Zähne zur Behandlung von Parodontitis | 1 |
| Fissurenversiegelung bei Erwachsenen zur Karies-Prävention | 1 |
| Atteste und Gutachten | 1 |
| Ultraschall in der Schwangerschaft (ergänzende Untersuchung) | 1 |
| Zahn-Spülung bei Karies und Parodontitis | 1 |
| 3D-Röntgen vor Weisheitszahn-Operation | 1 |
| Vitamin-D-Messung zur Gesundheitsvorsorge | 1 |
| Osteopathie bei Schmerzen | 1 |
| M2-PK Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung | 1 |
| Toxoplasmose-Test bei Schwangeren (Früherkennung) | 1 |
| Akupunktur bei Migräne | 1 |

| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|---|-----------------------------|
| Nackenfaltenmessung beim Embryo | 1 |
| Elektrische Längenmessung bei der Wurzelkanalbehandlung | 1 |
| Zahnsperre bei Zahnfehlstellung | 1 |
| Foto- oder Filmdokumentation bei der Hautkrebs-Früherkennung | 1 |
| Röntgen zur Karies-Früherkennung | 1 |
| Streptokokken-Test in der Schwangerschaft | 1 |
| Bestimmung der Hornhaut-Dicke zur Glaukom-Früherkennung | 1 |
| Osteodensitometrie zur Osteoporose-Vorsorge | 1 |
| Bakterien-Test bei Parodontose | 1 |
| Mammographie zur Krebs-Früherkennung außerhalb des Screenings | 1 |
| Hyaluronsäure-Injektion bei Kniearthrose | 1 |
| Funktionsdiagnostik für Aufbisschiene | 1 |
| Zahnersatz mit besonderen Materialien | 0,5 |
| Akupunktur bei Spannungskopfschmerz | 0,5 |
| Vitamin-B12-Messung zur Gesundheits-Vorsorge | 0,5 |
| Vitamin-Spritzen zur Steigerung der allgemeinen Gesundheit | 0,5 |
| Mikroskopische Untersuchung bei Zahnwurzelbehandlung | 0,4 |
| Ultraschall der Halsschlagader zur Schlaganfallvorsorge | 0,4 |
| Kinesiotape bei Verspannungen der Muskeln | 0,4 |
| Akupunktur in der Schwangerschaft | 0,4 |
| Ultraschall zur Früherkennung von Prostatakrebs | 0,4 |
| EKG zur Früherkennung einer koronaren Herzerkrankung | 0,4 |
| Ausgabe der Sehwerte | 0,4 |
| Ringelröteln-Test in der Schwangerschaft | 0,4 |
| Cytomegalie-Bluttest in der Schwangerschaft | 0,4 |
| Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz | 0,3 |
| Vermessung der Hornhaut beim grauen Star | 0,3 |
| TSH-Bestimmung zum Schilddrüsen-Check | 0,3 |

| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|---|-----------------------------|
| Nahrungsergänzungsmittel zur Gesundheitsvorsorge | 0,3 |
| ABI-Messung zur Herzkreislauf-Vorsorge | 0,3 |
| Netzhaut-Untersuchung mit Laser zur Früherkennung einer Makuladegeneration | 0,3 |
| Netzhaut-Untersuchung mit Laser zur Glaukom-Früherkennung | 0,3 |
| Fotographische Verlaufskontrolle vom Augenhintergrund zur Glaukom-Früherkennung | 0,3 |
| Operative Entfernung von Warzen | 0,3 |
| Laser-Therapie bei Parodontitis | 0,2 |
| Sport-Check | 0,2 |
| HBA1c-Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes | 0,2 |
| Bleaching | 0,2 |
| Stoßwellentherapie beim Tennisarm | 0,2 |
| HRT zur Glaukom-Früherkennung | 0,2 |
| TPA-Test zur Krebsfrüherkennung | 0,2 |
| FeNO-Messung zur Asthma-Früherkennung | 0,2 |
| Laser-Therapie von Warzen | 0,2 |
| Laser-Behandlung von Krampfadern | 0,2 |
| Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen | 0,2 |
| OCT zur Diagnose eines grauen Stars | 0,2 |
| Ultraschall von Blase und/oder Niere zur Krebs-Früherkennung | 0,2 |
| Hyaluronsäure-Injektion bei Hüftarthrose | 0,2 |
| Gesichtsbogen für Aufbissschiene bei Zahnfehlstellung | 0,2 |
| Eigenblut-Therapie bei Arthrose | 0,2 |
| Wurzelkanalbehandlung mit besonderem Verfahren | 0,2 |
| Impfung bei häufigen Harnwegsinfekten | 0,2 |
| Koloskopie zur Darmkrebs-Früherkennung (zusätzlich zum Screening) | 0,1 |
| Fluoreszenz-Angiographie zur Glaukom-Früherkennung | 0,1 |
| GDx zur Glaukom-Früherkennung | 0,1 |

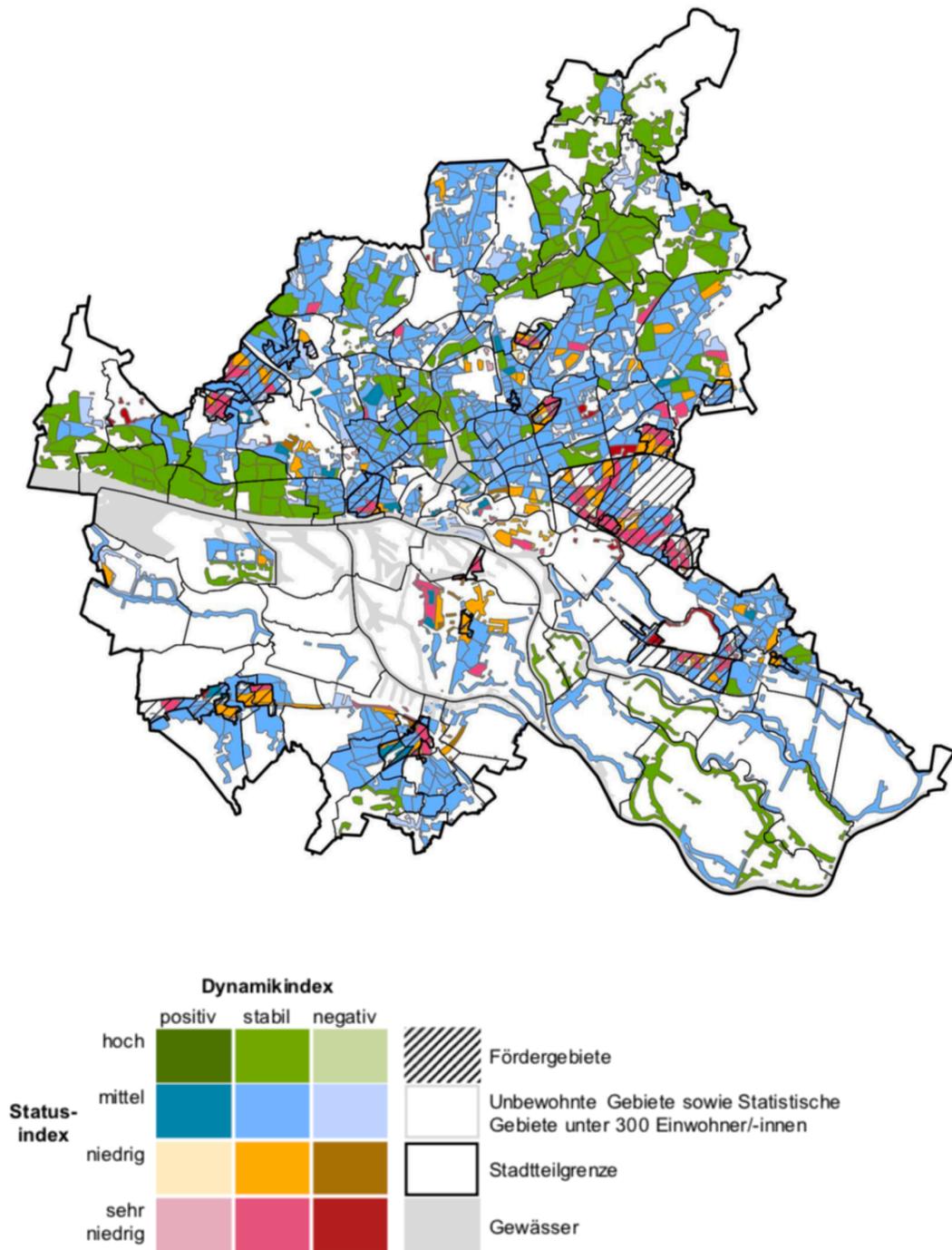
| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|---|-----------------------------|
| Statische Magnetfeldtherapie bei Kreuzschmerzen | 0,1 |
| Craniosakraltherapie bei diversen Beschwerden | 0,1 |
| Bach-Blütentherapie | 0,1 |
| Narkose beim Zahnarzt | 0,1 |
| Keramische Zahn-Verblendung | 0,1 |
| HD-Kamera bei der Koloskopie zur Darmkrebs-Früherkennung | 0,1 |
| Eiweiß-Messung zur Gesundheitsvorsorge | 0,1 |
| Fluoreszenz-Angiographie zur Früherkennung einer Makuladegeneration | 0,1 |
| Botox gegen Schwitzen | 0,1 |
| Zahnimplantate | 0,1 |
| Bioresonanztherapie bei Allergie | 0,1 |
| Zahnkrone | 0,1 |
| NMP22-Test zur Früherkennung von Harnblasenkrebs | 0,1 |
| Ultraschall zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas | 0,1 |
| Durchblutungsfördernde Infusionstherapie beim Hörsturz | 0,1 |
| Amalgam-Entfernung | 0,1 |
| Kortison-Spritzen bei Schmerzen | 0,1 |
| Traumeel zur Behandlung von Sportverletzungen | 0,1 |
| Narkose allgemein | 0,1 |
| Stoßwellentherapie bei der Kalkschulter | 0,1 |
| Knochenaufbau im Kiefer | 0,1 |
| OCT zur Diagnose einer Makuladegeneration | 0,1 |
| Photodynamische Therapie bei Parodontiti | 0,1 |
| Zahnbrücke | 0,1 |
| Laser-Therapie bei Arthrose | 0,1 |
| Zahntaschentiefen-Bestimmung | 0,1 |
| Wirbelsäulen-Vermessung in 3D bei Beckenschiefstand | 0,1 |
| Bluttest zur Früherkennung sexuell übertragbarer Krankheiten | 0,1 |

| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|--|-----------------------------|
| Laser-Therapie bei Nagelpilz | 0,1 |
| Spirometrie zur Überprüfung der Lungenfunktion | 0,1 |
| Vermessung des Auges vor Augen-Operation | 0,1 |
| OCT zur Glaukom-Diagnose | 0,1 |
| Chromo-Endoskopie bei Magen- oder Darmspiegelung | 0,1 |
| Ganganalyse zur Erkennung von Fehlhaltungen | 0,1 |
| Hormontest zur Gesundheitsvorsorge | 0,1 |
| Blickfeldüberprüfung (Perimetrie) | 0,05 |
| Gebiss-Abdruck | 0,05 |
| Laser-Vermessung des Sehnerves | 0,05 |
| Protein C-Bestimmung zur Einschätzung des Thrombose-Risikos | 0,05 |
| Kohlendioxid bei der Koloskopie zur Darmkrebs-Früherkennung | 0,05 |
| Mikrostromtherapie bei Schmerzen | 0,05 |
| Omega-3-Fettsäuretest zur Gesundheitsvorsorge | 0,05 |
| Prolo-Therapie bei Schmerzen | 0,05 |
| Testosteron-Bestimmung | 0,05 |
| Antibiose-Tupfer bei Ohrentzündung | 0,05 |
| Einbettzimmer | 0,05 |
| Entfernung von Fibromen | 0,05 |
| Laser-Therapie beim Tennisarm | 0,05 |
| Laser-Therapie der aktinischen Keratose | 0,05 |
| Neuraltherapie bei Tinnitus | 0,05 |
| Professionelle Zahnreinigung (mit supragingivalem Scaling) | 0,05 |
| Selbstaflösende Fäden | 0,05 |
| Urin-Werte zur Früherkennung von Nierenschäden | 0,05 |
| Wärmetherapie bei Schmerzen | 0,05 |
| Bioresonanztherapie bei Parkinson | 0,05 |
| Immunglobulin G-Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie | 0,05 |
| Darmfloraanalyse | 0,05 |

| Individuelle Gesundheitsleistung | Nennungen in Prozent |
|--|-----------------------------|
| Hyperbare Sauerstofftherapie beim Hörsturz | 0,05 |
| Infusionstherapie bei Tinnitus | 0,05 |
| Magnetfeldtherapie bei Arthrose | 0,05 |
| Professionelle Massage | 0,05 |
| 3D-Röntgen vor Zahnwurzel-Operation | 0,05 |
| Glukokortikoide beim Hörsturz | 0,05 |
| Hirnleistungs-Check zur Früherkennung einer Demenz | 0,05 |
| Homöopathische Erstanamnese | 0,05 |
| Immunologischer Stuhltest zur Darmkrebs-Früherkennung | 0,05 |
| Laser-Therapie gegen Altersflecken | 0,05 |
| Blutegeltherapie bei Kniearthrose | 0,05 |
| Fibroscan zur Untersuchung der Leber | 0,05 |
| Homöopathische Injektion gegen Depression | 0,05 |
| Knorpelaufbau im Kniegelenk | 0,05 |
| Neuraltherapie bei Schmerzen | 0,05 |
| Serotonin-Spiegel-Bestimmung | 0,05 |
| Bioresonanztherapie bei Sinusitis | 0,05 |
| Cholesterinbestimmung zur Herzkreislauf-Vorsorge | 0,05 |
| Pachymetrie zur Früherkennung und Diagnose von Hornhautschäden | 0,05 |
| Entfernung von Muttermalen | 0,05 |
| Fußdruck-Messung | 0,05 |
| Meningokokken-Impfung ergänzend zur Kassenleistung | 0,05 |
| Narkose-Therapie bei Arthrose | 0,05 |
| Zahnkronen mit besonderen Materialien | 0,05 |
| Elektrische Muskelstimulation zur Erhöhung der Fitness | 0,05 |
| Laser-Therapie zur Wundbehandlung nach Zahn-Operation | 0,05 |
| Gesamt | 100 |

Quelle: IGeL-Report (2018). GKV-Patientenbefragung mit N=2.063, S. 22-29

Anhang 3: Gesamtindex und Fördergebiete der integrierten Stadtteilentwicklung Hamburg.



Quelle: Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung - Bericht 2019, S. 23

Anhang 4: Beschlussprotokoll der Bundesärztekammer vom 109. Ärztetag in Magdeburg im Mai 2006

„Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen

Jedes Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten Rechnung tragen, die auch bei nicht notwendigen Leistungen nicht zu Kunden werden. Nur ein seriöses Anbieten individueller Gesundheitsleistungen kann das für den Erfolg jeder Heilbehandlung unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erhalten. Daher muss in jedem Falle den Anforderungen des Berufsrechts Rechnung getragen werden, das eine gewissenhafte Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gebietet (§ 11 Abs. 1 MBO) und es verbietet, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden (§ 11 Abs. 2 MBO). Davon ausgehend sind bei Angebot und Erbringen individueller Gesundheitsleistungen folgende Gebote zu beachten:

1. Sachliche Information

Sachliche Informationen über das jeweilige Angebot individueller Gesundheitsleistungen sind zulässig. Sie dürfen den Leistungsumfang der GKV nicht pauschal als unzureichend abwerten. Unzulässig sind marktschreierische und anpreisende Werbung und eine Koppelung sachlicher Informationen über individuelle Gesundheitsleistungen mit produktbezogener Werbung. Individuelle Gesundheitsleistungen dürfen nicht aufgedrängt werden. Gleiches gilt, wenn die Information durch das Praxispersonal erfolgt.

2. Zulässige Leistungen

Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw. sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind. Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.

3. Korrekte und transparente Indikationsstellung

Bei Leistungen, die bei entsprechender Indikation als Leistungen der GKV zu erbringen sind, besteht eine besondere Verantwortung, eine etwaige Indikation korrekt und zugleich transparent zu stellen. Das gilt insbesondere deshalb, weil oftmals keine klare Grenzziehung möglich ist und weil Patientinnen und Patienten ohne transparente Darlegung der Indikationsstellung deren Richtigkeit kaum überprüfen und nicht eigenverantwortlich über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung entscheiden können.

4. Seriöse Beratung

Jegliche Beratung im Zusammenhang mit individuellen Gesundheitsleistungen muss so erfolgen, dass die Patientin oder der Patient nicht verunsichert oder gar verängstigt wird, dass nicht zur Inanspruchnahme einer Leistung gedrängt wird und dass keine falschen Erwartungen hinsichtlich des Erfolges einer Behandlung geweckt werden.

5. Aufklärung

Die erforderliche Aufklärung richtet sich nach den für die Patientenaufklärung generell geltenden Regeln. Bei Leistungen, die nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, muss umfassend über mögliche Alternativen sowie darüber aufgeklärt werden, warum eine Behandlung mit nicht anerkannten Methoden in Betracht zu ziehen ist. Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind oder die aus ärztlicher Sicht nicht als empfehlenswert oder sinnvoll zu betrachten sind. Im Übrigen besteht eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung über die zu erwartenden Behandlungskosten.

6. Angemessene Informations- und Bedenkzeit

Das Recht der Patientinnen und Patienten, eine Zweitmeinung einzuholen, muss nicht nur respektiert werden, ggf. sollten sie sogar aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden. Ebenfalls sollten sie darüber informiert werden, dass sie leistungsrechtliche Fragen ggf. mit ihrer Krankenkasse oder mit Dritten klären können. Dem Patienten und der Patientin muss vor Abschluss des

Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden.

7. Schriftlicher Behandlungsvertrag

Für den Fall, dass individuelle Gesundheitsleistungen von Vertragsärzten gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden, schreibt der Bundesmantelvertrag einen schriftlichen Behandlungsvertrag zwingend vor. Er sollte die Leistungen anhand von Gebührenpositionen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) konkretisieren und den Steigerungssatz festlegen sowie den ausdrücklichen Hinweis enthalten, dass die Leistungen mangels Leistungspflicht der GKV privat zu honorieren sind. Ein solcher Behandlungsvertrag sollte auch in Fällen geschlossen werden, in denen er nicht zwingend vorgeschrieben ist.

8. Koppelung mit sonstigen Behandlungen

Von Ausnahmen abgesehen sollten individuelle Gesundheitsleistungen nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.

9. Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität

Ärztinnen und Ärzte müssen die Grenzen ihres jeweiligen Fachgebiets auch bei Erbringen individueller Gesundheitsleistungen beachten. Qualitätsanforderungen der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.

10. GOÄ-Liquidation

Die Rechnungsstellung bezüglich individueller Gesundheitsleistungen erfolgt nach allgemeinen Regeln. Dementsprechend ist Grundlage für die Behandlungsabrechnung ausschließlich die GOÄ. Pauschale Vergütungen sind unzulässig.“

Quelle: Bundesärztekammer (2006). Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg, S.38-41

8. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|---|
| AG | Arbeitsgemeinschaft |
| AOK | Allgemeine Ortskasse |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BEMA | Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BVA | Berufsverband der Augenärzte Deutschland |
| COVID-19 | Aus dem Englischen: Corona Virus Disease 2019 |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| d.h. | das heißt |
| DOG | Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft |
| DMÖ | Diabetisches Makulaödem |
| ebd. | ebenda |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EbM | Evidenzbasierte Medizin |
| engl. | englisch |
| et al. | Aus dem Lateinischen: et alii |
| FGW Telefonfeld | Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GfK | Gesellschaft für Konsumforschung |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GOÄ | Gebührenordnung für Ärzte |
| GOZ | Gebührenordnung für Zahnärzte |

| | |
|-------------|---|
| HTA-Bericht | Health Technology Assessment-Bericht |
| IGeL | Individuelle Gesundheitsleistung |
| K(Z)BV | Kassen(zahn-)ärztliche Bundesvereinigung |
| KVBW | Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg |
| MDS | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. |
| MEGO | MedWell Gebührenverzeichnis |
| N | Größe der Grundgesamtheit |
| nAMD | Neovaskuläre altersbedingte Makuladegeneration |
| N.N. | Aus dem Lateinischen nomen nominandum |
| OCT | Optische Kohärenztomographie |
| o.g. | oben genannt |
| PKV | Private Krankenversicherung |
| PSA-Wert | Prostata-spezifischer Antigen-Wert |
| PVS | Privatärztliche Verrechnungsstellen |
| S. | Seite |
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch |
| sog. | sogenannt |
| SZL | Selbstzahlerleistung |
| u.a. | unter anderem |
| UPD | Unabhängige Patientenberatung Deutschland |
| vgl. | vergleiche |
| vs. | versus |
| WiDO | Wissenschaftliches Institut der AOK |

9. Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband (2016). Einheitlicher Bewertungsmaßstab

[Online im Internet.] URL:

https://www.aok-bv.de/lexikon/e/index_00304.html [Stand: 17.02.2021].

AOK-Bundesverband (2016). Geschichte der GKV-Reformen

[Online im Internet.] URL:

<https://www.aok-bv.de/hintergrund/reformgeschichte/> [Stand: 08.08..2021].

AOK-Bundesverband (2016). Kostendämpfung

[Online im Internet.] URL:

https://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00427.html [Stand: 05.09..2021].

AOK-Bundesverband (2021). GKV-Finanzergebnisse

[Online im Internet.] URL:

<https://www.aok-bv.de/hintergrund/gkv-finanzergebnisse/> [Stand: 05.06.2021].

Bartens W (2019). Wie Patienten beim Arzt abgezockt werden. Süddeutsche Zeitung. [Online im Internet.] URL:

<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/igel-individuelle-gesundheitsleistungen-nutzen-kosten-1.4344163> [Stand: 30.05.2021].

Berelson B (1952). Content Analysis in Communication Research, Glencoe: Free Press:147

Blank WA, Schwarz S (2019). Gut beraten? Ergebnisse einer Umfrage zu Individuellen Gesundheitsleistungen in ausgewählten Hausarztpraxen, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 141–142, 2019, S. 45-52. [Online im Internet.] URL: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.03.006> [Stand: 27.12.2020].

Bortz J, Döring N (2006). Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler, Springer-Verlag, 4. Auflage: 297

Bundesärztekammer (2005). Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3.–6. Mai 2005 in Berlin: S.81-82. [Online im Internet.] URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluesse108.pdf [Stand: 06.06.2021].

Bundesärztekammer (2006). Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg: S. 38-41. [Online im Internet.] URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf [Stand: 14.05.2021].

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012). Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. 2. ed. Berlin: ÄZQ, 2012. DOI 10.6101/azq/000079

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Ablauf und Organisation der GKV [Online im Internet.] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> [Stand: 21.10.2020].

Bundesministerium für Gesundheit (2020). Einheitlicher Bewertungsmaßstab [Online im Internet.] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm.html> [Stand: 21.10.2020].

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Gesundheitswirtschaft im Überblick. [Online im Internet.] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-im-ueberblick.html> [Stand: 31.12.2020].

- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2021). Behandlungsvertrag.
[Online im Internet.] URL:
<https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BJNR001950896.html#BJNR001950896BJNG026900377> [Stand: 06.06.2021].
- Cochrane (2021). Evidenzbasierte Medizin. [Online im Internet.] URL:
<https://www.cochrane.de/de/ebm> [Stand: 06.06.2021].
- Crouch M, McKenzie H (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information*, 45(4): 483-499
- DAZ (1998). Streit um "Igel": Ärzte und Krankenkassen im Clinch. *DAZ* 1998, Nr. 13, 22.03.1998 [Online im Internet.] URL:
<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/1998/daz-13-1998/uid-2959>
- Dresing T, Pehl T (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag, 6. Auflage
- Dresing T, Pehl T (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag, 8. Auflage: 17
- Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.) (2005). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek: Rowohlt, 13. Auflage: 14-17
- Flick U (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 4. Auflage
- Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2006). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2006. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*; 19-23

Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2008). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage; 34-37

Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2018). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage; 28-30

Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2018). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. [Online im Internet.] URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24048.php> [Stand: 27.12.2020].

G-BA (2020). Der Gemeinsame Bundesausschuss
[Online im Internet.] URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/> [Stand: 21.10.2020].

G-BA (2020). Bewertungsgrundlagen
[Online im Internet.] URL: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/aufgabe-arbeitsweise/bewertungsgrundlagen/> [Stand: 21.10.2020].

G-BA (2018). Pressemitteilung Nr. 43 / 2018 vom 20. Dezember 2018

G-BA (2020). Pressemitteilung Nr. 71 / 2020 vom 17. Dezember 2020

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (2020). § 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung. [Online im Internet.] URL: https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/___12.html [Stand: 11.11.2020].

Gerst T (2006). Randnotiz. Kategorischer IGeL-Imperativ.
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103; Heft 37: A2341

- Gothe H, Köster AD et al. (2007). Übersichtsarbeit Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104; Heft 20: A1394 - A1399
- Helferich C (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 2. Auflage: 19
- Hermanns PM, Filler G, Roscher B (2008). GOÄ : Gebührenordnung für Ärzte; Praxiskommentar mit Auslegungshinweisen der BÄK und IGeL-Hinweisen. Deutschland: Landsberg/Lech, ecomed Medizin
- IGeL-Monitor (2020). IGeL A-Z
[Online im Internet.] URL:
<https://www.igel-monitor.de/igel-a-z.html> [Stand: 03.10.2020].
- IGeL-Monitor (2020). PM „Ultraschall in der Schwangerschaft“, Essen 17.12.2020
- Karbach U, Stamer M et al. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland - ein exemplarischer Überblick. Gesundheitswesen 2012; 74: 516–525
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2020). Gebührenverzeichnisse
[Online im Internet.] URL:
<https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnisse.334.de.html> [Stand: 21.10.2020].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Individuelle Gesundheitsleistungen. Beispiele für IGeL. [Online im Internet.] URL:
<https://www.kbv.de/html/igel.php> [Stand: 30.12.2020].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021). ARZTGRUPPEN-EBM
[Online im Internet.] URL:
https://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php [Stand: 17.02.2021].

- Kelle U, Kluge S (1999). Verfahren der Fallkontrastierung I: Qualitatives Sampling. In: Vom Einzelfall zum Typus. Qualitative Sozialforschung, vol 4. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. [Online im Internet.] URL: https://doi.org/10.1007/978-3-663-11776-6_4 [Stand: 26.09.2020].
- Kelle U (2014). Mixed Methods. In: Baur N., Blasius J. (eds) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden: 153-166
- Krimmel L (1998). Individuelle Gesundheitsleistungen: Grundsätze, Ziele und Perspektiven. In: Forum für Gesellschaftspolitik (Verlag Broll & Lehr, Bonn): 81-90
- Krimmel L (1998): Mit dem „IGeL“ aus der Grauzone - Individuelle Gesundheitsleistungen. In: Deutsches Ärzteblatt (Deutscher Ärzte-Verlag); 95(11): A-578-A-583
- Krimmel L (2020). IGeL. [Online im Internet.] URL: <https://www.dr-krimmel.de/privatmedizin-und-individuelle-gesundheitsleistungen-igel/igel/> [Stand: 09.11.2020].
- Krimmel L, Kleinken B (2011). MEGO, MedWell Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen, Ausgabe 2011. Landsberg: Ecomed Medizin
- Krimmel (2020). MedWell. [Online im Internet.] URL: <https://www.dr-krimmel.de/privatmedizin-und-individuelle-gesundheitsleistungen-igel/medwell/> [Stand: 03.01.2021].
- Kuckartz U (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa, 4. Auflage
- Kvale S (2007). Doing Interviews. London: SAGE. [Online im Internet.] URL: <https://doi.org/10.4135/9781849208963> [Stand: 25.09.2020].

- KVBW (2018). IGeL-Kodex. Ein Kodex für individuelle Gesundheitsleistungen.
[Online im Internet.] URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/patienteninformationen/igel-kodex/> [Stand: 25.05.2021].
- Lamnek S (2005). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 4. Auflage
- Marshall MN (1996). Sampling for qualitative research. Family Practice; 13: 522-525
- Maus J, Glöser S (1997). Berufspolitische Standortbestimmung. Zuversicht trotz drängender Probleme. Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 51-52, 22. Dezember 1997: 15
- Mayring P (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz, 12. überarbeitete Auflage
- Mey G, Mruck K (2010). Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie. Mey G, Mruck K (Hrsg.), VS Verlag für Sozialwissenschaften
1. Auflage: 431
- Mey G, Mruck K (2020). Qualitative Interviews. In: Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. Mey G, Mruck K (Hrsg.), Springer-Verlag, 2. Auflage: 315-335
- Meyer T et al. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. Gesundheitswesen 2012; 74: 510-515
- Micheelis W (2010). IDZ-Studie: Zahnärzte im Arbeitsstress. zm100; Nr. 9 A; 1.5.2010: 1018-1023

- Niebuhr M (2011). Methode und Forschungsprozess. In: Konflikte im Betrieb. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 68. [Online im Internet.] URL: https://doi.org/10.1007/978-3-531-92696-4_5 [Stand: 24.09.2020].
- N.N. (2018). IGeL-Report 2018. Ergebnisse der Versichertenbefragung. Marktforschungsinstitut aserto. IGeL-monitor, S.22-29
- N.N. (2020). IGeL-Report 2020. Ergebnisse der Versichertenbefragung. Marktforschungsinstitut aserto. IGeL-monitor.
- N.N. (2017). Leserumfrage. Selbstzahlerleistungen - immer wertvoller oder verzichtbare Add-ons?. Ärzte Zeitung, PVS Verband, 2017. [Online im Internet.] URL: https://www.hitado.de/media/pdf/2e/f6/56/hitado_aerztezeitung_selbstzahlerleistungen.pdf [Stand: 27.12.2020].
- N. N. (2005). Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit. Gemeinsame Studie der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) und Stiftung Gesundheit 2005: 1-28
- N. N. (2009). IGeLn - immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009. Ärzte Zeitung, PVS Verband 2009
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2014). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München: Oldenbourg Verlag, 4. erweiterte Auflage
- Richter S et al. (2009). Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen. Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt, 2009;106(26): 433-439
- Richter S, Raspe H (2012). Wie sollen Kassenärzte mit individuellen Gesundheitsleistungen umgehen? Defizite und Vorschläge aus Patientensicht. Dtsch Med Wochenschr 2012; 137(24): 1291-1296

- Scheibler F, Pfaff H (2008). Arztrolle. In: Berth H, Balck F, Brähler E, Hrsg. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe; 2008, S.9-55
- Schnell-Inderst P et al. (2011). Individuelle Gesundheitsleistungen. HTA-Bericht 113. Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln 2011
- Schreier M (2020). Fallauswahl. In: Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie. Band 2: Designs und Verfahren. Mey G, Mruck K (Hrsg.), Springer-Verlag, 2. Auflage: 19-39
- Schreier M (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 15(1), Art. 18. [Online im Internet.] URL: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/2043/3636> [Stand: 24.09.2020].
- Schreier M (2012). Qualitative content analysis in practice. London: Sage;2012
- Siegrist J (2012). Die ärztliche Rolle im Wandel. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012: 55: 1100–1105. DOI 10.1007/s00103-012-1527-y
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). [Online im Internet.] URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ [Stand: 04.06.2021].
- Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung - Bericht 2019. Freie und Hansestadt Hamburg. [Online im Internet.] URL: <https://www.hamburg.de/contentblob/13278936/8e978b2127057b0e459f30d81ef9f00c/data/d-sozialmonitoring-bericht-2019.pdf> [Stand: 14.05.2021].

- Steinke I (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, v Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek: Rowohlt: 319-331
- Steffen T (2020). Krankenkassenverband warnt vor gefährlichen Selbstzahlerleistungen. Zeit Online. [Online im Internet.] URL: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-08/igel-leistungen-krankenkassenverband-warnung-selbstzahlerleistungen-schaden?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com [Stand: 30.05.2021].
- Thanner M, Nagel E (2009). Ärztliche Tätigkeit unter Finanzierungsvorbehalt - Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) als Ausweg? Zeitschrift für medizinische Ethik. Wissenschaft - Kultur - Religion 2009; 55:3-14
- Thielscher C, Schulte-Sutrum B (2016). Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gesundheitswesen 2016; 78: 8-13. DOI: 10.1055/s-0034-1384567
- Tiemann B, Klingenberger D, Weber M (2003). System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. The System of Dental Care in Germany. Materialienreihe Band 28, Hrsg. IDZ, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2003; 11-85
- Warnebier P (2006). Wissenschaftliche Untersuchung zum IGeL-Markt. Hohe wirtschaftliche Bedeutung der IGeL-Leistungen steigt. In: PVS/Verband, ed. Ärztepost, 2006; 3: 22-23
- Windeler J (2006). Individuelle Gesundheitsleistungen - Spagat zwischen Markt und Medizin. Gesundheit und Gesellschaft: Wissenschaft: das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft/ Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). AOK-Bundesverband 2006; 6(2): 17-27

- Wittkowski J (1994). Zum Status sogenannter Untersuchungsverfahren.
In: Das Interview in der Psychologie. Interviewtechnik und Codierung von Interviewmaterial, Opladen: Westdeutscher Verlag: 10-15
- Wolfram C, Pfeiffer N (2012). Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung. München: Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) 2012
- WZ (2010). Meinungsumfrage zu IGeL: Mit ärztlicher Berufung vereinbar.
In: Dtsch Arztebl 2010; 107(31-32): 127
- Zok K (2004). Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. WIdO-monitor 2004:1(1): 1-7
- Zok K (2010). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. WIdO-monitor 2010; 7(2): 1-8
- Zok K (2013). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. WIdO-monitor 2013; 10(1): 1-8
- Zok K (2019). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. WIdO-monitor 2019; 16(1): 1-12
- Zok K, Schuldzinski W (2005). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. [Online im Internet.] URL:
www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-igel2005_0807.pdf [Stand: 10.11.2020].

10. Abbildungs-, Tabellen- und Anhangsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Top-IGeL beim Arzt..... | 15 |
| Abbildung 2: Top-IGeL beim Zahnarzt..... | 15 |
| Tabelle 1: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)/Selbstzahlerleistungen (SZL) aus ärztlicher Perspektive - Interviewleitfaden..... | 22 |
| Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe der befragten Hamburger (Zahn-)Ärzte - Chronologie nach Durchführung der Interviews..... | 25 |
| Tabelle 3: Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien und ihrer jeweiligen kurzen Definition..... | 30 |
| Tabelle 4: IGeL-/SZL-Nennungen und Häufigkeit ihrer Nennungen in den verschiedenen Fachgruppen..... | 38 |
| Tabelle 5: SZL-Vorteile und ihre Anzahl der Nennungen..... | 39 |
| Tabelle 6 / Abbildung 3: Wahrgenommener Einfluss von SZL/IGeL auf die Arzt-Patienten-Beziehung in allen drei Fachgruppen..... | 54 |
| Anhang 1: IGeL-Liste von 1998..... | 104 |
| Anhang 2: Ausführliche IGeL-Liste..... | 105 |
| Anhang 3: Gesamtindex und Fördergebiete der integrierten Stadtteilentwicklung Hamburg..... | 111 |
| Anhang 4: Beschlussprotokoll der Bundesärztekammer vom 109. Ärztetag in Magdeburg im Mai 2006. Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen..... | 112 |

11. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den folgenden Personen bedanken, ohne deren Hilfe diese Dissertation nicht zustande gekommen wäre.

Bedanken möchte ich mich ausdrücklich bei meinem Doktorvater, Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Martin Spitzer, für sein Interesse an der Thematik der Dissertation einschließlich der Impulse, die mir einen differenzierten Zugang zum Thema eröffneten.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn PD Dr. Christian Wolfram, für seine sehr engagierte wissenschaftliche Betreuung sowie die umfassende und ehrliche Beratung während der gesamten Zeit meines Promotionsvorhabens. Ich danke ihm herzlich für die Ausdauer und die Mühe sowie seinen persönlichen Einsatz und seine Kompetenz. Vielen Dank Christian!

Bei Frau Dr. Nadine Janis Pohontsch bedanke ich mich herzlich für den fachlichen Rat bei der Erstellung des Interviewleitfadens sowie für die Anregungen, die für die Auswertung der Daten von großer Bedeutung waren.

Persönlich möchte ich mich bei allen interviewten zahnärztlichen, augenärztlichen und hausärztlichen Kollegen vielmals für das Engagement und die Zeit bedanken. Durch ihr Mitwirken als Interviewpartner haben sie den entscheidenden Beitrag zum Gelingen dieser Doktorarbeit geleistet.

Schließlich möchte ich mich bei meinen Eltern für die gesamte Unterstützung und Förderung auf meinem bisherigen Lebensweg bedanken. Durch ihre motivierenden Worte und dem fortdauernden Zuspruch haben sie einen großen Teil dazu beigetragen, dass ich heute hier stehen kann.

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

12. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: