

ORIGINALARBEIT

Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen

Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen

Susanne Richter, Heinke Rehder, Heiner Raspe



Förderinitiative
Versorgungsforschung der
Bundesärztekammer:

Dieser Beitrag
ist Teil einer Serie,
mit der Ergebnisse
der Versorgungsforschungsin-
itiative vorgestellt werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: GKV-Versicherte berichten zunehmend von Leistungsbegrenzungen und individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bei Arztbesuchen. Mithilfe einer Bevölkerungsbefragung sollten deren Prävalenz und patientenseitige Bewertung untersucht sowie regionale Unterschiede geprüft werden.

Methoden: Aus den Einwohnermelderegistern der Städte Lübeck und Freiburg zogen die Autoren systematische Zufallsstichproben. Innerhalb eines postalischen Surveys wurden in einem ersten Schritt 2 448 Lübecker und 2 450 Freiburger zur Lebenszeit- und Zwölfmonatsprävalenz von IGeL und Leistungsbegrenzungen befragt. Eine nachgeschaltete zweite postalische Befragung unter GKV-versicherten Betroffenen (n=915) erhob Details der zwölfmonatsbezogenen Erfahrungen.

Ergebnisse: Der Rücklauf betrug 53,2 % (Screeningbogen beziehungsweise 75,4 % (Detailfragebögen). Lübecker, Frauen und Ältere beteiligten sich häufiger als Freiburger, Männer und Jüngere. Regionale Prävalenzunterschiede zeigten sich nicht. Unter allen GKV-Versicherten, die in den vergangenen zwölf Monaten vor der Befragung einen Arztbesuch angaben (N=1 899), berichteten 41,7 %, IGeL angeboten bekommen/selbst nachgefragt zu haben. Insgesamt 20,5 % gaben Leistungsbegrenzungen an. 43,3 % wurde eine versagte Leistung später als IGeL angeboten.

Schlussfolgerungen: Die Studie präsentiert bevölkerungsbezogene Daten zu IGeL und Leistungsbegrenzungen in Kassenarztpraxen. Die ermittelten Häufigkeiten bestätigen und erweitern die Ergebnisse früherer Untersuchungen.

Dtsch Arztebl Int 2009; 106(26): 433–9
DOI: 10.3238/arztebl.2009.0433

Schlüsselwörter: IGeL, Leistungsbegrenzungen, GKV, ambulante Versorgung, Bevölkerungsumfrage

Leistungsbegrenzungen und individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind zu einer häufigen Erscheinung in Vertragsarztpraxen geworden. Beide Phänomene diskutiert die Öffentlichkeit kontrovers und überwiegend kritisch. Die Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedete im Jahre 2006 zehn Hinweise zur Erbringung individueller Gesundheitsleistungen, die als Verhaltensvorschläge für den ärztlichen Umgang mit IGeL verstanden werden können und im Jahre 2008 in Form einer Patientenbroschüre der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden (1, 2). Aktuelle Daten belegen eine Zunahme von Erfahrungen mit IGeL (Zwölfmonatsprävalenz bis zu 27 %) und Leistungsbegrenzungen (Lebenszeitprävalenz bis zu 41 %) bei GKV-Patienten. Der Umsatz mit IGeL wird auf knapp eine Milliarde Euro geschätzt (3–5). Bis zu 16 % der GKV-Versicherten berichten von Nichtverordnungen beim letzten Arztbesuch und 58 % fürchten weitere Einschränkungen. Besonders betroffen scheinen Patienten mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zu sein (6). Gleichzeitig berichteten im Jahre 2005 74,4 % der befragten Ärzte, IGeL wären zunehmend wichtiger für die Patientenversorgung und 82,2 % bewerteten IGeL als wirtschaftlich notwendig (7).

Die Bevölkerungsbefragung explorierte folgende Erfahrungen GKV-Versicherter im Rahmen von Kassenarztbesuchen:

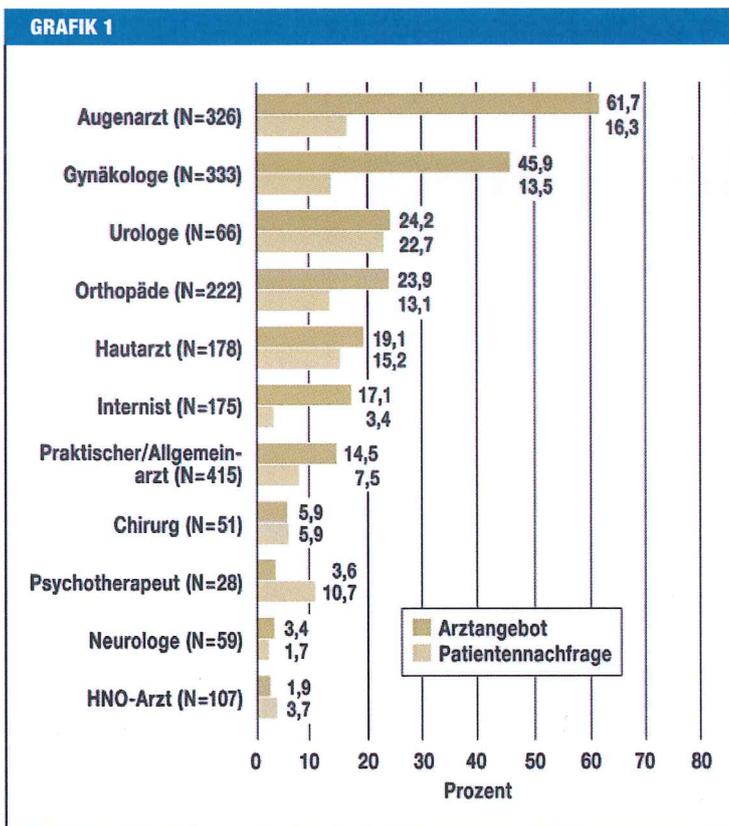
- Häufigkeit, Leistungsart und patientenseitige Bewertung angebotener, nachgefragter beziehungsweise durchgeführter IGeL
- facharztbezogene Häufigkeit, die Leistungsart, sowie die arzt- und patientenseitigen Begründungen von Leistungsbegrenzungen
- Häufigkeit des Angebots versagter Leistungen als IGeL.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck begutachtete das Projekt und äußerte keine Bedenken (AZ 06-141).

Methode

Aus den Einwohnermelderegistern von Lübeck und Freiburg im Breisgau zogen die Autoren systematische Zufallsstichproben mit fester Schrittweite (Einschlusskriterien: Alter 20–79 Jahre, Erstwohnsitz Lübeck/Freiburg, deutsche Staatsangehörigkeit). Neben der Anschrift wurden das Alter und das Geschlecht übermittelt.

Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin: Dr. rer. hum. biol. Dipl.-Psych. Richter, Rehder, Prof. Dr. med. Dr. phil. Raspe



Prozentualer Anteil der Facharztbesucher mit IGeL-Angebot bzw. IGeL-Nachfrage in den vergangenen zwölf Monaten (100 % entsprechen jeweils der Anzahl GKV-Versicherter, die in den vergangenen Monaten einen entsprechenden Facharzt aufgesucht hatten; Mehrfachnennungen waren möglich)

Entwicklung des Fragebogens

Die Frageformulierungen orientierten sich an vorliegenden Untersuchungen zu IGeL beziehungsweise Leistungsbegrenzungen. Da keine standardisierten Instrumente zur Erfassung beider Phänomene vorlagen, wurde ein eigenes Instrument entwickelt und mithilfe kognitiver Interviews und postalischer Pretests validiert.

Beide Techniken beleuchten unterschiedliche Probleme des Fragenverständnisses und stellen einander ergänzende Ansätze dar (8).

Individuelle Gesundheitsleistungen wurden erläutert als medizinische Zusatzleistungen, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden und vom Patienten selbst bezahlt werden müssen (zum Beispiel „Welche privat zu bezahlenden Zusatzleistungen wurden Ihnen in den vergangenen zwölf Monaten in Arztpraxen angeboten und nach welchen haben Sie in Arztpraxen von sich aus gefragt?“).

Leistungsbegrenzungen beschrieben die Autoren als Leistungen oder Verordnungen, die Patienten von einem Arzt nicht erhalten hatten, obwohl sie sie subjektiv benötigt hätten (zum Beispiel „Bei welchen dieser Ärzte wurden Ihnen innerhalb der letzten zwölf Monate medizinische Leistungen nicht verordnet, die Sie benötigt hätten?“).

Zweistufige schriftliche Befragung

Im Anschluss an die Pretests erhielten 2 448 Lübecker und 2 450 Freiburger in einer ersten Befragungsstufe im Februar 2007 einen Screeningfragebogen mit maximal zwei Erinnerungsschreiben in zweiwöchigem Abstand. Er erfasste soziodemografische Informationen und lebenszeit- beziehungsweise zwölfmonatsbezogene Erfahrungen mit IGeL sowie Leistungsbegrenzungen in Kassenarztpraxen. Zur Abschätzung systematischer Verzerrungen des Antwortverhaltens wandten die Autoren zwei Strategien an: Zum einen wurden 82 zufällig ausgewählte Nichtteilnehmer mittels telefonischer Kurzinterviews zu ihren Erfahrungen nachbefragt. Zum anderen erhob man mit dem zweiten Erinnerungsschreiben des Screeningfragebogens auf einem gesonderten einseitigen Bogen potenzielle Gründe für eine fehlende Teilnahmebereitschaft (Daten nicht gezeigt).

Allen Teilnehmern der Screeningbefragung, die in den vergangenen zwölf Monaten beim Arzt gewesen waren und Erfahrungen mit IGeL oder Leistungsbegrenzungen berichteten, wurde ein Detailfragebogen zu IGeL/Leistungsbegrenzungen mit bis zu zwei Erinnerungsschreiben in zweiwöchigem Abstand zugesandt (April bis Mai 2007). Teilnehmer, die Erfahrungen in beiden Bereichen berichteten, erhielten beide Detailfragebögen.

Statistik

Die Studie ist primär deskriptiv und explorativ angelegt, daher wurde nicht für multiples Testen adjustiert. Regionale Unterschiede prüften die Autoren mittels Chi²-Tests (nominalskalierte Daten) beziehungsweise T-Tests für unabhängige Stichproben (intervallskalierte Daten) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$. Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS 15.0.

Ergebnisse

Screeningbefragung

An der Screeningbefragung beteiligten sich 2 606 von 4 898 Angeschriebenen (53,2 %). Die Teilnahmebereitschaft war in Lübeck höher als in Freiburg (N=1 422, 58,1 % versus N=1 184, 48,3 %; Chi²=46,9; p<0,001). Frauen waren teilnahmebereiter als Männer (N=1 451, 56,1 % versus N=1 155, 49,9 %; Chi²=18,8; p<0,001). Die Teilnehmer waren im Mittel viereinhalb Jahre älter als die Nichtteilnehmer (M=49,4; SD=16,3 versus M=45,0; SD=16,6; T=9,4; p<0,001).

Von allen 2 606 Screeningteilnehmern gaben 2 568 ihren Krankenversicherungsstatus an: 2 120 (82,6 %) waren gesetzlich (GKV), 322 (12,5 %) privat und 126 (4,9 %) anders krankenversichert. Die weiteren Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die 2 120 gesetzlich Krankenversicherten.

52,3 % (N=1 072) hatten schon einmal IGeL angeboten bekommen oder selbst nachgefragt, und 26,2 % (N=550) gaben an, schon einmal eine gewünschte oder erwartete medizinische Leistung nicht

erhalten zu haben. In den vergangenen zwölf Monaten hatten 1 899 (89,6 %) einen Arzt (ohne Zahnärzte und reine Privatärzte) aufgesucht. Von ihnen berichteten 41,7 %, im Rahmen dieser Arztbesuche IGeL angeboten bekommen oder selbst nachgefragt zu haben. Erfahrungen mit Leistungsbegrenzungen gaben 20,5 % an. Insgesamt waren 915 GKV-Versicherte betroffen, davon hatten 28,2 % (N=535) IGeL angeboten bekommen oder selbst nachgefragt, 7,3 % (N=138) hatten eine Leistungsbegrenzung erfahren und 12,7 % (N=242) berichteten Erfahrungen mit beiden Phänomenen. Diese 915 Versicherten wurden mit Detailfragebögen angeschrieben.

Detailbefragung

Es beteiligten sich 690 von 915 GKV-Versicherten an der zweiten Befragungsstufe (75,4 %). Darunter hatten 452 nur IGeL, 89 nur Leistungsbegrenzungen und 149 sowohl IGeL als auch Leistungsbegrenzungen erfahren. Die folgenden Analysen basieren daher auf 601 Detailfragebögen zu IGeL beziehungsweise 238 Detailfragebögen zu Leistungsbegrenzungen.

Erfahrungen mit IGeL

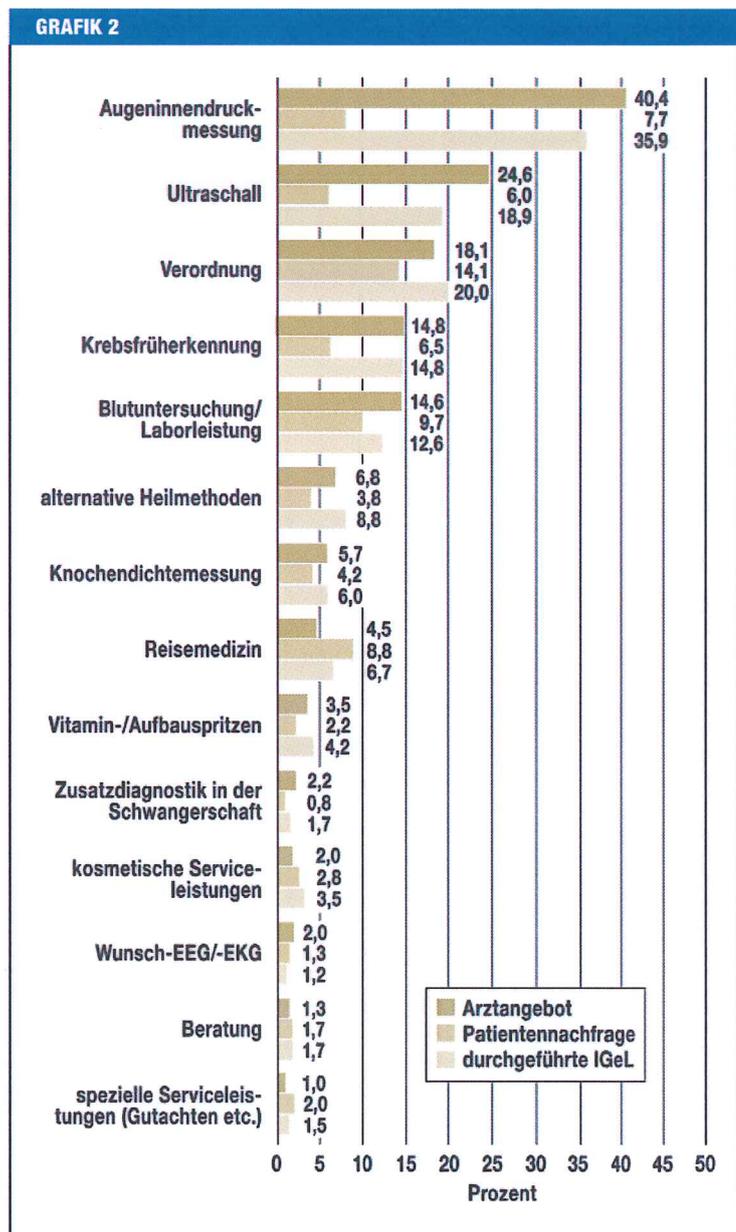
Überwiegend Augenärzte und Gynäkologen unterbreiteten IGeL-Angebote; beispielsweise wurden über 60 % aller Versicherten, die innerhalb der vergangenen zwölf Monate einen Augenarzt aufsuchten, IGeL angeboten (*Grafik 1*).

Am häufigsten wurden Augeninnendruckmessungen und Ultraschalluntersuchungen angeboten (*Grafik 2*). Patienten initiierten IGeL weitaus seltener (*Grafik 1*). Dabei bezogen sich die IGeL-Nachfragen vor allem auf Verordnungen von Arznei-/Heil-/Hilfsmitteln, Blut-/Laboruntersuchungen und reisemedizinische Leistungen (*Grafik 2*).

Bezogen auf die Forderungen der Bundesärztekammer zur Erbringung individueller Gesundheitsleistungen zeigt sich ein differenziertes Bild. Beispielsweise berichteten jeweils knapp 90 % der Befragten, über den Nutzen beziehungsweise die Kosten der Leistung aufgeklärt worden zu sein. Hingegen wurden laut Eigenangabe nur 45 % über potenzielle Risiken aufgeklärt. *Grafik 3* enthält eine zusammenfassende Darstellung.

Erfahrungen mit Leistungsbegrenzungen

Versicherte, die in den vergangenen zwölf Monaten einen Orthopäden, Allgemeinarzt/Praktischen Arzt oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufgesucht hatten, berichteten anteilmäßig am häufigsten Leistungsbegrenzungen (*Grafik 4*). Die versagten Leistungen betrafen vor allem Heilmittel (N=113; 52,1 %) beziehungsweise Medikamente (N=102; 47,0 %), seltener Rehabilitationsmaßnahmen (N=18; 8,3 %) und Hilfsmittel (N=13; 6,0 %). Die Ärzte begründeten die Leistungsbegrenzungen besonders häufig mit dem Leistungskatalog der Krankenkassen, die Patienten vermuteten häufiger ein erschöpftes Verordnungsbudget des Arztes (*Grafik 5*). Nur ein Viertel der Patienten



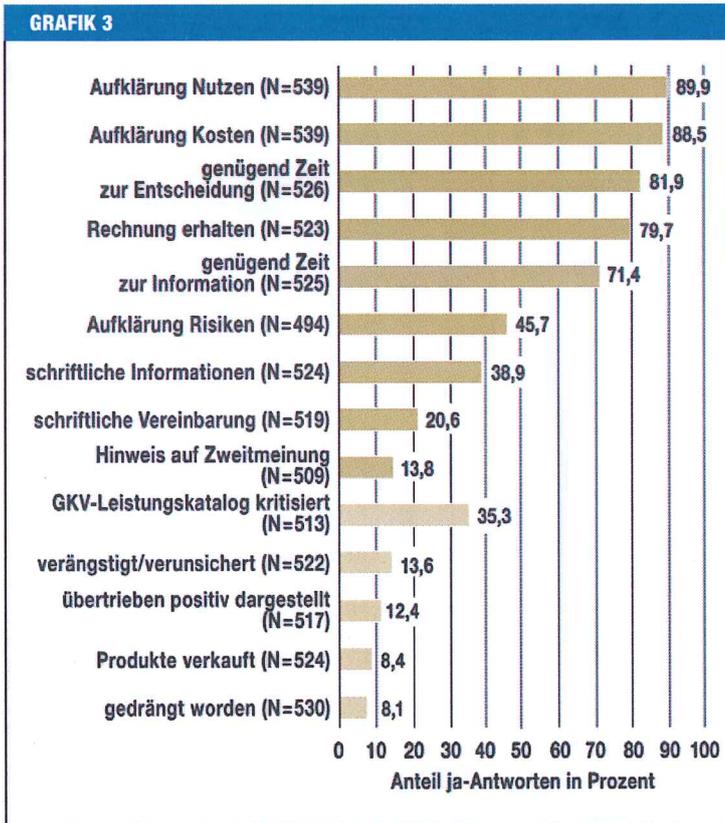
Arztseitig angebotene, patientenseitig nachgefragte bzw. tatsächlich durchgeführte IGeL in den vergangenen zwölf Monaten (100 % entsprechen jeweils 601 Befragten)

hatte Verständnis für die Erklärung des Arztes. 43,3 % (N=94) boten die Ärzte die versagte Leistung als Selbstzahlerleistung an (*Grafik 6*).

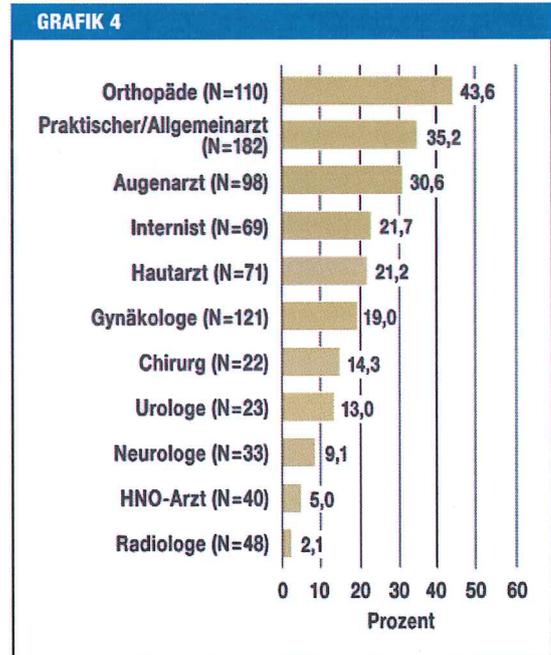
Diskussion

Stärken der Umfrage

Im Vergleich zu früheren Studien differenziert die vorliegende Untersuchung wesentlich umfassender zwischen Angebot und Nachfrage der IGeL. Die Autoren erfragten tatsächlich in Anspruch genommene IGeL, Zielsetzungen, Bewertungen und Nebenwirkungen. Weiterhin ermöglichen die Daten erstmals facharztgruppenspezifische Aussagen zur relativen Häufigkeit von IGeL beziehungsweise Leistungsbegrenzungen.



Bewertung der Erbringung individueller Gesundheitsleistungen; Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Anzahl gültiger Antworten (N) von 601 Befragten; dunkel: positive Aspekte, hell: negative Aspekte



Prozentualer Anteil der Facharztbesucher mit Leistungsbegrenzungen in den vergangenen zwölf Monaten (100 % entsprechen jeweils der Anzahl GKV-Versicherter N, die in den vergangenen Monaten einen entsprechenden Facharzt aufgesucht hatten; Mehrfachnennungen waren möglich)

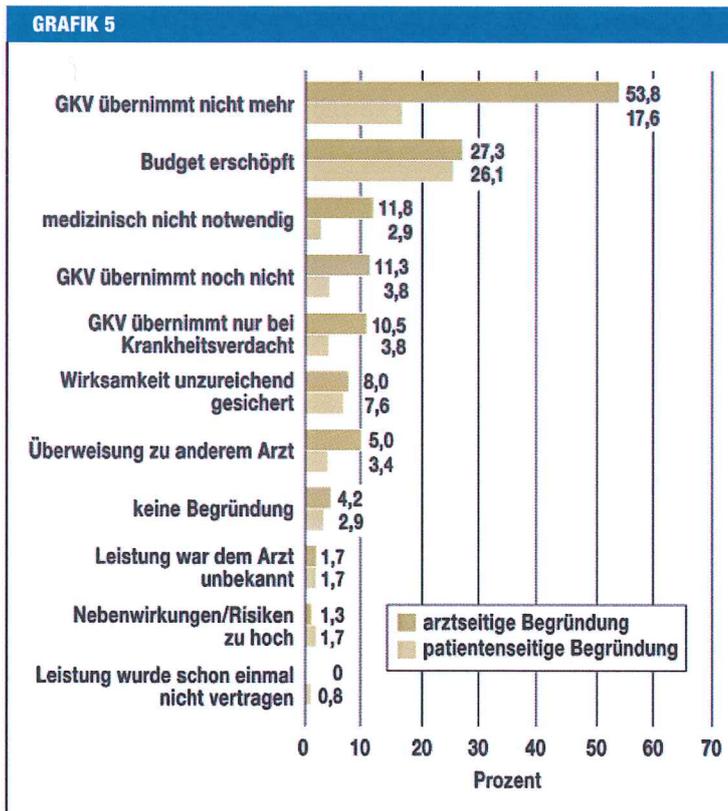
Neu ist auch die Erfassung der Kombination von Leistungsbegrenzungen mit dem gleichzeitigen oder späteren Angebot individueller Gesundheitsleistungen. Die Studie setzte kein Vorverständnis individueller Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen voraus. Um die Definitionen für den Patienten verständlich zu machen und die Instrumente zu validieren, wurden in der Fragebogenentwicklung kognitive Interviews und postalische Pretests eingesetzt.

Grenzen der Umfrage

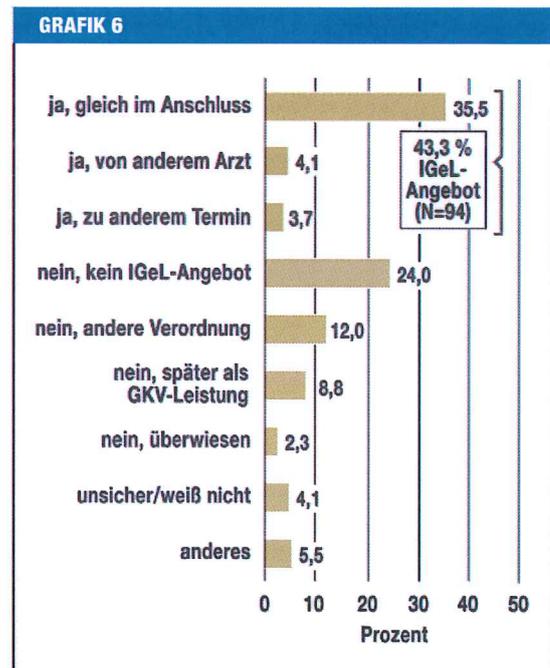
Die große Bandbreite von IGeL führt dazu, dass einzelne Themengebiete innerhalb der Fragebögen nur eingeschränkt beziehungsweise gar nicht (zum Beispiel Bewertung des Nutzens einer IGeL) operationalisierbar sind. Wieder andere Aspekte kann man im Rahmen eines Fragebogens nur relativ unspezifisch erfassen. So war beispielsweise die Erhebung der Ziele, Begründungen und Bewertungen der IGeL-Durchführung nicht einzelleistungsbezogen möglich. Weiterhin muss man berücksichtigen, dass die Angaben Patientenwahrnehmungen reflektieren und nicht auf objektive Angemessenheit oder Evidenzbasierung überprüfbar sind (zum Beispiel Einschätzungen zur Bedenkzeit, Seriosität der IGeL, Aussagen zur Aufklärung über Nutzen/Risiken). So sind bei direkt erfragten subjektiven Einschätzungen positive Verzer-

rungen aufgrund der Tendenz zur Reduktion kognitiver Dissonanzen denkbar. Obwohl die Fragebögen mittels kognitiver Interviews und postalischer Pretests entwickelt wurden, sind die Reliabilität und die Validität der Instrumente nicht eindeutig geklärt. Die Ergebnisse der Studie entsprechen lediglich einer Momentaufnahme aus dem Frühjahr 2007.

IGeL werden in der Literatur uneinheitlich definiert. Vor diesem Hintergrund sind Daten unterschiedlicher Studien teilweise nur eingeschränkt vergleichbar. Bei der Interpretation inferenzstatistischer Ergebnisse sollte man berücksichtigen, dass aufgrund des primär deskriptiven Studiencharakters nicht für multiples Testen adjustiert wurde. Im Rahmen der Screeningbefragung (Rücklauf 53,2 %) kann ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Die auf Alter, Geschlecht und Wohnort begrenzte Nonresponse-Analyse weist auf eine eingeschränkte Repräsentativität der Screeningbefragung hin. Ähnliche Erfahrungen sind aus anderen epidemiologischen Studien bekannt, zum Beispiel im Kontext von Bevölkerungsbefragungen zu Rückenschmerzen (9). Zur Abschätzung des Nonresponse-Bias haben die Autoren postalische sowie telefonische Nachbefragungen der Nonresponder durchgeführt. Die Ergebnisse weisen auf eine potenzielle Überschätzung der Zwölfmonatsprävalenz von IGeL in der postalischen Screeningbefragung hin (telefo-



Arzt- und patientenseitige Begründungen der Leistungsbegrenzungen (100 % beziehen sich jeweils auf 238 Befragte)



Angebot versagter Leistungen als IGeL (100 % entsprechen N=217 gültigen Antworten)

nisch 30,4 %; postalisch 41,7 %). Die Erfahrungen mit Leistungsbegrenzungen hingegen wiesen in der telefonischen Nachbefragung und im Screeningsurvey vergleichbare Häufigkeiten auf (telefonisch 19,6 %; postalisch 20,5 %).

IGeL

Die Lebenszeit-Prävalenz und die Zwölfmonats-Prävalenz individueller Gesundheitsleistungen betragen bei GKV-Versicherten 52 % beziehungsweise 42 %. In den Studien des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) berichtete nur knapp ein Viertel der befragten (N=3 000) GKV-Versicherten von angebotenen oder in Rechnung gestellten ärztlichen Privatleistungen in den letzten zwölf Monaten. Im Gegensatz zu der vorliegenden Befragung bezogen sich diese Prävalenzabschätzungen auf die Gesamtheit der gesetzlich versicherten Teilnehmer, nicht beschränkt auf GKV-Versicherte mit Arztbesuchen im betrachteten Zeitraum (4, 10). Im Hinblick auf die anbietenden Fachärzte und die Art der angebotenen/nachgefragten IGeL ähnelten die vorliegenden Ergebnisse früherer Umfragen (4, 10, 11). Die Bewertung der Erbringung von Zusatzleistungen orientierte sich an den zehn Hinweisen der Bundesärztekammer (1). Sie wurden erst nach dem Befragungszeitpunkt der breiten Öffentlichkeit in Form einer Patientenbroschüre zugäng-

lich gemacht (2). Die vorliegende Studie operationalisierte erstmals die genannten Forderungen, während sich frühere Befragungen auf wenige Teilaspekte beschränkten (4, 10). In zwei Punkten weist die BÄK auf eine grundsätzlich getrennte Erbringung von IGeL und GKV-Leistungen beziehungsweise die Einhaltung der Qualität und Gebietsgrenzen hin. Nach Meinung der Autoren können Patienten diese Punkte im Allgemeinen nur eingeschränkt beurteilen, daher haben sie diese Aspekte in der vorliegenden Umfrage nicht erfasst.

Hinsichtlich der positiven Aspekte bei der arztseitigen Erbringung von Zusatzleistungen berichteten die meisten GKV-Versicherten, über den Nutzen sowie über die Kosten der Zusatzleistungen aufgeklärt worden zu sein. Weiterhin hatte die Mehrheit der Befragten ausreichend Zeit, sich über die IGeL zu informieren (71 %) beziehungsweise für oder gegen die IGeL zu entscheiden (81 %), was der Forderung nach einer angemessenen Informations- und Bedenkzeit entspricht. Knapp 80 % hatten nach Behandlungsabschluss eine Rechnung erhalten.

Defizite zeigten sich hinsichtlich der Risikoaufklärung, der schriftlichen Informationen, der schriftlichen Behandlungsverträge sowie dem Hinweis auf eine Zweitmeinung. Knapp ein Drittel der Patienten berichtete, der Arzt habe während der Aufklärung über

Zusatzleistungen die GKV-Leistungen kritisiert oder die Zusatzleistungen übertrieben positiv dargestellt, was den Anforderungen einer sachlichen Information und seriösen Beratung nicht entspräche. Entgegen dem Spektrum zulässiger Leistungen wurden in Einzelfällen im Rahmen des IGeL-Angebotes Produkte verkauft. Das Gebot einer seriösen Beratung schien in nur wenigen Fällen nicht erfüllt; einige Befragte fühlten sich durch die Zusatzleistungen verängstigt, verunsichert oder zur Annahme der Leistungen gedrängt. Für alle genannten Aspekte stellt sich die angerissene Frage nach möglichen Diskrepanzen subjektiver versus objektiver Angemessenheit und Seriösität. Sie kann über postalische Befragungen nicht beantwortet werden.

Leistungsbegrenzungen

Unter den GKV-Versicherten mit Arztbesuchen in den vergangenen zwölf Monaten berichteten 20,5 %, im Rahmen dieser Arztbesuche eine Leistungsbegrenzung erfahren zu haben. Frühere Befragungen zeichneten ein uneinheitliches Bild (12, 13).

Unter denjenigen Versicherten, die in den letzten zwölf Monaten bestimmte Fachärzte aufsuchten, berichteten die Patienten eine Leistungsbegrenzung am häufigsten von Orthopäden, Augenärzten sowie Hautärzten. Insgesamt scheinen sich in den erfassten arzt- und patientenseitigen Erklärungen die Einschnitte und Änderungen der Gesundheitsreformen abzubilden, zum Beispiel die Deckelung bestimmter ärztlicher Verordnungen sowie die Einschränkungen des GKV-Leistungskataloges. In anderen Umfragen werden die Nichtverordnungen sowohl durch Patienten als auch durch Ärzte eher wirtschaftlich als medizinisch begründet (12, 14).

Kombination von Leistungsbegrenzungen und IGeL

Von den GKV-Versicherten, die eine Leistungsbegrenzung in den vergangenen zwölf Monaten berichteten, wurden insgesamt 43,3 % die versagten Leistungen überwiegend direkt im Anschluss als IGeL angeboten. Von den 94 GKV-Versicherten, denen eine versagte Leistung als IGeL angeboten wurde, ließen etwa zwei Drittel die IGeL anschließend tatsächlich durchführen. In dieser Frage liefert die Studie erstmals ausführliche Daten. Lediglich ein Hinweis ist aus der Literatur bekannt: demnach boten Ärzte bis zu einem Drittel der Versicherten nach Nichtverordnungen versagte Medikamente später auf Privatrechnung an (15).

Ausblick

Aufgrund der Bandbreite potenzieller medizinischer Leistungen waren einige Aspekte der IGeL und Leistungsbegrenzungen nicht in postalischen Fragebögen abbildbar. Daher folgte der Umfrage eine qualitative Studienphase mit Fokusgruppen in beiden Städten. Sie widmeten sich beispielsweise den Fragen des Nutzens der Leistungen, der Gesprächssituation sowie den Auswirkungen auf das Vertrauen der Patienten

und erarbeiteten Hinweise und Vorstellungen aus Patientensicht. Die Ergebnisse sollen in patientenzentrierte Empfehlungen zum ärztlichen Umgang mit IGeL und Leistungsbegrenzungen münden, die der Ärzteschaft und ihren GKV-Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Klinische Kernaussagen

- In den vergangenen zwölf Monaten berichteten 41,7 % der befragten GKV-Versicherten, beim Arztbesuch IGeL angeboten oder selbst nachgefragt zu haben.
- IGeL-Angebote unterbreiteten vor allem Augenärzte und Gynäkologen.
- Auf schriftliche Informationen/Vereinbarungen sowie die Aufklärung über potenzielle Risiken der IGeL sollte man verstärkt achten.
- Erfahrungen mit Leistungsbegrenzungen gaben 20,5 %, vor allem beim Besuch von Orthopäden, Allgemeinmedizinern und Hautärzten, an.
- Insgesamt 43,3 % der Befragten wurden versagte Leistungen überwiegend direkt im Anschluss als IGeL angeboten.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 12. 8. 2008, revidierte Fassung angenommen: 4. 2. 2009

LITERATUR

1. Bundesärztekammer (Hrsg.): Beschlussprotokoll des 109. Ärztetages vom 23.–26. Mai 2006 in Magdeburg. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluss109DAET.pdf> (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
2. Bundesärztekammer (Hrsg.). Individuelle Gesundheitsleistungen: Was Sie über IGeL wissen sollten. Stand 03/2008 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/IGeL_web_2008_03_19.pdf (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
3. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Juli 2006, Mannheim. <http://www.kbv.de//8700.html> (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
4. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO): IGeL-Markt wächst weiter. Zusatz-Angebote beim Arzt erfolgen nicht immer korrekt. Pressemitteilung, 10. 7. 2007, Bonn. http://wido.de/priv_zusatzleist.html (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
5. Die Continentale e.G: Die "Continentale"-Studien zur Krankenversicherung. http://www.continentale.de/cipp/continentale/custom/pub/content_lang_1/oid_2102/ticket_guest (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
6. Brechtel T, Zöll R: Kassenbeiträge, Kassenleistungen, private Zahlungen: was sagen die Versicherten? In: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Newsletter Gesundheitsmonitor 01/2005. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbc/SID-0A000FOA-B69C263B/bst/Gesundheitsmonitor_0105_\(final\).pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbc/SID-0A000FOA-B69C263B/bst/Gesundheitsmonitor_0105_(final).pdf) (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
7. Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen: IGeL-Umfrage 2005. http://www.igel-umfrage.de/ergebnis_2005/index.html (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).

8. Mittag O, Böhmer S, Deck R et al.: Fragen über Fragen: Cognitive survey in der Fragebogenentwicklung. *Soz Prev Med* 2003; 48: 55–64.
9. Hüppe A, Müller K, Raspe H: Is the occurrence of back pain in Germany decreasing? Two regional postal surveys a decade apart. *Eur J Public Health* 2007; 17: 318–22.
10. Zok K, Schuldzinski W: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Verbraucherzentrale NRW 2005.
11. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Juli 2006, Mannheim. <http://www.kbv.de//8700.html> (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
12. TNS Emnid für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller: Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung. Bielefeld, August 2002. <http://www.vfa.de/download/SAVE/en/articles/art-2002-03-001.html/emnid-ges-u-amv-2002.pdf> (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
13. TNS Emnid für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller: Innovation und Gesundheit. Bielefeld, Oktober 2004. <http://www.vfa.de/download/SAVE/de/presse/pressemitteilungen/pm-017-2004-attachments/emnid-umfrage-2004.pdf> (letzter Zugriff: 3. 2. 2009).
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung für Gmünder Ersatzkasse: Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland. Bremen 2001: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
15. Braun B: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 - unter-, über- oder fehlversorgt. Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Krankheit aus Patientensicht. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 2001; Bd 19. Schwäbisch-Gmünd.

Anschrift für die Verfasser

Dr. rer. hum. biol. Dipl.-Psych. Susanne Richter
 Universität zu Lübeck
 Institut für Sozialmedizin
 Beckergroße 43–47
 23552 Lübeck
 E-Mail: susanne.richter@uk-sh.de

SUMMARY

Individual Health Services and the Limits to Service Provision in Insurance Registered German Medical Practices—Patient Experiences

Background: Persons with statutory health insurance (SHI) in Germany increasingly report being denied medical services and being asked to purchase individual health services (IHS). We performed a population-based survey to study the prevalence of this practice, patients' attitudes toward it, and any potential regional differences.

Methods: Systematic samples were drawn from the population registries of Lübeck and Freiburg. First, a postal screening survey explored the one-year and lifetime prevalence of IHS and medical service denial among 2 448 persons in Lübeck and 2 450 in Freiburg. In a second postal survey, the 915 SHI respondents reporting IHS and/or service denial in the past year were asked for further details of their experiences.

Results: The response rates were 53.2 % (screening survey) and 75.4 % (detailed questionnaire); more persons responded in Lübeck than in Freiburg, and women and older persons responded more commonly than men and younger persons. There was no regional difference in prevalence. Among the 1 899 members of SHI that had consulted a physician in the past year, 41.7 % said they had been offered IHS, and 20.5% reported being denied medical services. In this group, 43.3% later had the denied service offered to them as an IHS.

Conclusions: These population-based data on IHS and the denial of medical services in German medical practices confirm and extend the findings of earlier studies.

Dtsch Arztebl Int 2009; 106(26): 433–9

DOI: 10.3238/arztebl.2009.0433

Key words: individual health services, denial of medical services, statutory health insurance, ambulatory care, population-based survey



The English version of this article is available online:

www.aerzteblatt-international.de

Online-Fragebögen unter:

www.aerzteblatt.de/artikel09m433