

**Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg (HAW)**

Fachbereich Ökotrophologie
Studiengang Master of Public Health

Prof. Dr. Ralf Reintjes

Technische Universität Dresden

Institut für Klinische Psychologie
und Psychotherapie

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Master Thesis

**Prädiktoren des Einsatzes individueller Gesundheitsleistungen
(IGeL) in primärärztlichen Praxen in Deutschland**

Eine quantitative Untersuchung basierend auf den Daten der DETECT-Vorstudie

vorgelegt von

Gunnar Meinert



August 2004

1 Abstract

Hintergrund: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat 1998 den Begriff „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) eingeführt. Heute haben breite Bevölkerungsschichten Zugang zu dem Angebot von IGeL. Da bislang keine repräsentativen Schätzungen über Art und Umfang der angebotenen IGeL vorliegen, soll dieses durch die vorliegende Untersuchung beschrieben sowie Variablen identifizieren werden, die mit dem Angebot im Zusammenhang stehen.

Methoden: Die Untersuchung basiert auf der DETECT-Vorstudie, in der repräsentativ für Deutschland Praxischarakteristika und persönliche Merkmale der 3795 befragten Primärärzten ermittelt wurden. Die Vorhersagevariablen für das IGeL-Angebot wurden durch logistische Regression identifiziert.

Ergebnisse: 23.9% der Primärärzte gaben an, Selbstzahlerleistungen anzubieten. Das Angebot ist vom Alter der Ärzte (OR 0.98 CI 0.96-0.99), dem Kenntnisstand, den vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Praxisangeboten, den Einstellungen zu Leitlinien (OR 1.09 CI 1.03-1.14), der Patientenzahl und der Lage im Ballungsgebiet (OR 1.30 CI 1.02-1.66) abhängig. Als häufigste IGeL wurden Akupunktur (4.7%), Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung (4.6%) und Gabe von Vitamin- und Aufbauspritzen (3.5%) genannt.

Diskussion: Erstmals können repräsentative Aussagen über Art und Umfang der IGeL in Deutschland gemacht werden. Viele Leistungen sind präventiv ausgerichtet, andere haben die Verbesserung der Lebensqualität zum Ziel. Das Angebot wird stark durch vorhandene Praxisangebote bestimmt. Manche Angebote lassen eine künstliche Nachfrageschaffung vermuten.

Fazit: IGeL-Angebote sind weit verbreitet und für die Bevölkerung allgemein zugänglich. Weiterer Forschungsbedarf ist für die Wirksamkeit der angebotenen Maßnahmen gegeben.

Schlüsselworte: Individuelle Gesundheitsleistung – Primärärzte – Prävention - Gesundheitssystem – Versorgung

Background: In 1998 the Association of Panel Doctors introduced a list of medical services no longer funded by the statutory health insurance (“IGeL-Liste”). The list was criticized for a diversity of reason as to be a needless attempt to open rationing, an approach to fleece patients or to undermine self-government etc. Although these services are frequently offered, no exact data on type and quantity of the procedures has been available so far. This study investigates frequencies of medical services paid out-of-pocket by the patients as well as the predicting variables for the bargain.

Methods: The investigation is based upon the DETECT-prestudy. In a nation-wide recruitment, a representative sample of 3795 primary care doctors were given a questionnaire surveying personal and structural characteristics of each practice. Predictors of out-of-pocket medical services were examined by using logistic regression.

Results: 23.9% offered medical services financed out-of-pocket to patient insured by the statutory health care system. The Predictors for these services were age (OR 0.98 CI 0.96-0.99), standard of knowledge, compliance with guidelines (OR 1.09 CI 1.03-1.14), number of patients, congested urban area (OR 1.30 CI 1.02-1.66). The most common services among primary care doctors were acupuncture (4.7%), advice on diet (4.6%), and administering of vitamin supplements (3.5%).

Discussion: The investigation gives representative data on services charged directly to patients. Many services offered are preventive measures. Generally the frequency of services is strongly influence by other similar services common within the doctor’s practise. There is evidence for artificial stimulation of demand by the primary care doctors.

Conclusion: Services are easy accessible. Since the benefit for the patient ranges from reasonable to questionable, further research on outcome evaluation of these services is suggested.

Keywords: Out-of-Pocket Payment – General Practitioner – Prevention – Health Care System – Health Care Delivery

2 Einführung

2.1 Was sind IGeL

Seit Einführung des Begriffs der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) 1998 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat das Interesse auf der Anbieterseite stark zugenommen, wobei bislang keine repräsentativen Schätzungen über Art und Menge der angebotenen IGeL vorliegen. Die KBV definierte IGeL als „Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, die dennoch von Patienten nachgefragt werden, die ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar sind“ (Krimmel 1998, S. 82). Ihr Behandlungsanlass, ihr Behandlungsverfahren oder ihre Indikation sind nicht bzw. noch nicht durch den rechtlichen Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 2, 12, 87 Abs. 2, 135 Abs. 1 SGB V) gedeckt (Wiesmann 2002, S. 130; Greß, Niebuhr et al. 2004, S. 33-35). Der Nutzen von IGeL sowie deren Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis ist viel diskutiert worden (Oldiges 1998; Leserbriefe 2001; Zander 2004).

Die Public-Health-Relevanz ergibt sich, wenn breite Bevölkerungsschichten Zugang zu dem Angebot haben und IGeL in Anspruch nehmen. Da nach Meinung von Experten und aus einer Online-Befragung der Ärztezeitung und Privatärztlichen Verrechnungsstellen der Anteil der Ärzte, die IGeL anbieten, auf 5 bis 57% (Ärztezeitung 2003, S. 3 und 8) geschätzt wird, kann von einem allgemein möglichen Zugang und damit von einem Public-Health Interesse ausgegangen werden. Für die DETECT-Studie („Dialyze Cardiovascular-Risk Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment“) haben 3795 Mediziner der primärärztlichen Versorgung (Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Internisten) Fragebögen zu verschiedenen Praxischarakteristika (Art und Größe der Praxis, Ausbildung, Patientenklientel) und den von ihnen angebotenen Leistungen zur Vorsorge und Behandlung von Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen inklusive deren Risikokonstellationen beantwortet. In dem Praxiserhebungsbogen haben sie auch Angaben über ihr Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen gemacht. Da bislang keine vergleichbaren Studien veröffentlicht wurden, können erstmals repräsentative Aussagen über IGeL-Leistungen getroffen werden. Die vorliegende Untersuchung soll Art und Umfang der angebotenen IGeL beschreiben sowie Variablen identifizieren, welche die Ärzte beschreiben, die IGeL anbieten.

2.2 Fragestellungen und theoretischer Hintergrund

1. Wie groß ist der Umfang angebotener individueller Gesundheitsleistungen von Primärärzten in Deutschland insgesamt?
2. Welche Leistungen werden im Rahmen von IGeL in welchem Umfang angeboten?
3. Welche Faktoren hängen mit dem Angebot von IGeL allgemein zusammen?
 - a. Persönliche Faktoren für Absatzentscheidungen des Arztes
 - b. Vorhandene medizinische Dienstleistungen der Praxis (Ressourcen)
 - c. Einstellungen des Arztes zur Behandlungsqualität
 - d. Marktsituation der Praxis
4. Welches sind die drei häufigsten IGeL und mit welchen Faktoren hängt das Angebot dieser individuellen Gesundheitsleistungen zusammen?

Aus dem Praxiserhebungsbogen der DETECT-Studie (siehe Anhang) wurden jene Variablen ausgewählt, welche in einem möglichen Zusammenhang mit dem Angebot von IGeL stehen können. Das der Arbeit zu Grunde liegende Modell der Einflussvariablen von IGeL ist in Abbildung 2-1 dargestellt. Die Einflussvariablen sind den Bereichen „persönliche Faktoren für Absatzentscheidungen“ des Arztes, „Einstellungen [des Arztes] zur Behandlungsqualität“, „medizinischen Dienstleistungen der Praxis“ und „Marktsituation für die Praxis“ zugeordnet worden. Für die Gliederung der Einflussvariablen in die Bereiche waren die vier folgenden Annahmen ausschlaggebend:

1. Art und Umfang der IGeL-Angebote stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Art vorhandener *medizinischer Dienstleistungen in der Praxis* und dem Umfang ihrer Nutzung (Zdrowomyslaw and Dürig 1999, S. 45-51).
2. Ärzte werden als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen durch *persönliche Faktoren in ihren Produktions- oder Absatzentscheidungen* beeinflusst (ebenda).
3. Das IGeL-Angebot ist durch die Einstellung der Ärzte gegenüber der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglichen Behandlungsqualität beeinflusst (*Einstellungen zur Behandlungsqualität*) (Krimmel 1998, S. 27).
4. Ärzte können großen Einfluss auf die *Marktsituation* von IGeL-Leistungen nehmen (Breyer and Zweifel 1999, S. 241ff; Schuster 2002, S. 46; Franzkowiak 2003, S. 228).

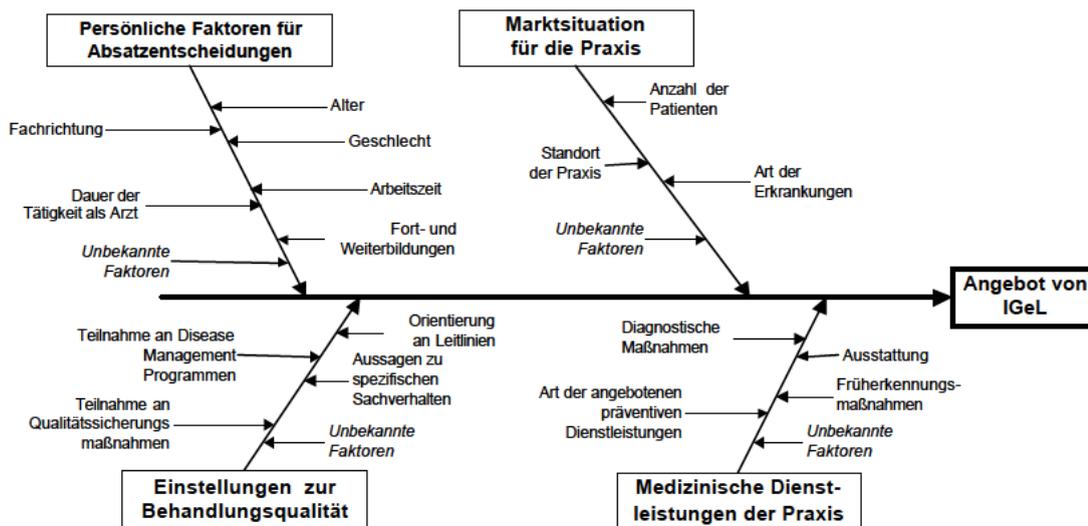


Abbildung 2-1 - Modell möglicher Einflussvariablen für individuelle Gesundheitsleistungen

3 Methoden

3.1 Beschreibung der DETECT Studie und Stichprobe

Die DETECT-Studie ist eine bundesweite, repräsentative Erhebung im primärärztlichen Sektor und hat ein mehrstufiges Design. Sie beinhaltet eine Voruntersuchung, eine Stichtagsbefragungen und eine Nachuntersuchung einer Teilstichprobe. In der Stichtagsbefragung wurden in den teilnehmenden Praxen 55518 Konsekutivpatienten eines Halbtages mittels Arzt- und Patientenbogen charakterisiert. Zusätzlich wurden im September 2003 in einer Teilstichprobe von 7519 Patienten Blutentnahmen durchgeführt. Diese Patienten werden im September 2004 nachuntersucht (siehe Abbildung 3-1).

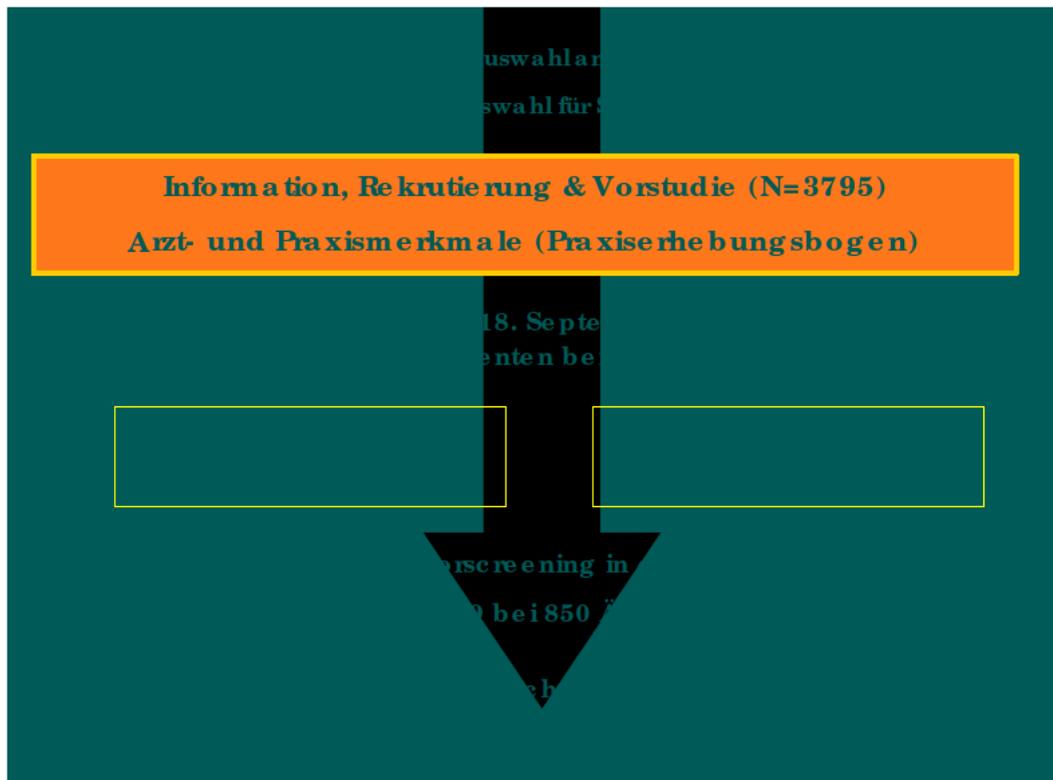


Abbildung 3-1 - Überblick über das Studiendesign von DETECT

Für die Gewinnung der Studienärzte wurde eine Zufallsstichprobe von 7053 Ärzten (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten) aus der Datenbank des Instituts für Medizinische Statistik (Frankfurt am Main) gezogen. Ziehungsgrundlage waren dabei 128 Außendienstsegmente der Firma Pfizer. Die Außendienstmitarbeiter der Firma Pfizer haben als Studienmonitore die jeweiligen Ärzte in ihren Außendienstsegmenten persönlich kontaktiert und versucht, sie für die Studie zu gewinnen. Einige Außendienstsegmente waren nicht vollständig besetzt, so dass insgesamt 468 Studienmonitore zum Einsatz kamen. Mit 3795 teilnehmenden Ärzten, von denen 1458 im Nachrückverfahren gewonnen wurden, liegt die Rücklaufquote bei 60.2% (Response Rate). Ärzte, die nicht an der DETECT-Studie teilnahmen, gaben den zu hohen Aufwand, mangelndes Interesse, eine generell negative Einstellung zur Studienteilnahme, die geringe finanzielle Entschädigung sowie zeitliche oder ethische Gründe für ihre Absage an. Im Studienverlauf durchgeführte Vergleiche mit einer Vielzahl von Merkmalen ergaben keine Hinweise auf systematische Unterschiede der Nachrücker mit den optimalen Studienärzten, so dass keine Post-hoc-Adjustierung der Arztstichprobe erforderlich war. Die vorliegende Arbeit basiert ausschließlich auf Daten aus dem Praxiserhebungsbogen.

In diesem Fragebogen wurden die jeweiligen Arzt- und Praxismerkmale der teilnehmenden Ärzte erfragt.

3.2 Datenbereinigung und statistische Methoden

Die vorliegenden Datensätze der Vorstudie wurden auf fehlende Angaben, Plausibilität und Konsistenz der Angaben kontrolliert. So wurde etwa geprüft, ob die Dauer der Niederlassung 43 Jahre übersteigt, die wöchentliche Arbeitszeit 80 Stunden überschreitet oder Patienten Raucherentwöhnungskurse angeboten werden, obwohl der Raucherstatus vom Arzt generell nicht erhoben wurde. In dieser und ähnlicher Form wurden insgesamt 20 Zusammenhänge geprüft¹. Fälle, die in mehr als 4 der 20 Prü fzusammenhänge negativ ausfielen, wurden nicht für die Auswertung herangezogen. Ebenfalls wurden jene Fälle ausgeschlossen, deren Fragebögen zu den 5.0% am unvollständigsten ausgefüllten gehören. Bei ihnen fehlten mindestens 50 von 134 Angaben. Durch diese Ausschlusskriterien reduzierte sich die Fallzahl auf N=3400 Praxiserhebungsbögen.

Die Repräsentativität der Stichprobe (N=3400) wurde hinsichtlich des Geschlechts, der Jahre als niedergelassener Arzt, der Ausbildung, der Verteilung zwischen Stadt- und Landgebiet sowie der durchschnittlichen Anzahl der Patienten pro Tag mit Arztregiestern abgeglichen (KBV 2004).

Die Angaben der angebotenen IGeL lagen als qualitative Angaben vor und mussten umkodiert werden, um deren statistische Auswertung zu ermöglichen. Als Kodierleitfaden diente dabei die IGeL-Liste der KBV, die noch in Ratgeberbroschüren einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen abgedruckt wird (KV Rheinhessen 2004) und deren Inhalte von Krimmel (1998, S. 187-319) in der „IGeL 1-Liste“ näher erläutert werden. Die Liste wurde um weitere

¹ Weitere geprüfte Zusammenhänge: Tätigkeitsdauer im Krankenhaus größer als 30 Jahre; Häufigkeit von Fortbildungen mit einer Dauer von 2 Stunden und mehr, die mehr als 50 Mal in den letzten 12 Monaten besucht wurden; Abweichung der Einzelnennungen für Fortbildungen von der Gesamtzahl; durchschnittliche Patientenzeit unterschreitet 3 Minuten; durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit übersteigt 80 Stunden; Ernährungsberatung / Ernährungsschulung / Diabetikerschulungen / Vitamin- und Aufbaupräparate ohne Anamnese der Ernährungsgewohnheiten / Gewichtsprüfung; Raucherentwöhnung ohne Anamnese der Rauchgewohnheiten; Hochdruckschulung ohne Blutdruckkontrolle; Stressbewältigungskurse ohne Anamnese der Stressbelastung; Bewegungsangebote ohne Anamnese der Bewegungsgewohnheiten; Kardio-Checkup ohne Erhebung der familiären Disposition von Kreislauferkrankungen

zumeist in der „IGeL 2-Liste“ (Krimmel 1998, S. 321 ff) aufgeführte Leistungen erweitert, um die Häufigkeiten von weiteren Behandlungsverfahren wie Sauerstoffmehrschritttherapie etc. erfassen zu können. Es wurden 13 Gruppen gebildet, unter denen die einzelnen individuellen Gesundheitsleistungen zusammengefasst sind (siehe Tabelle 4-2 und Tabelle 4-3), um die Konfidenzintervalle nicht zu groß werden zu lassen.

Alle metrischen Variablen wurden rekodiert, um ein ordinales oder nominales Skalenniveau zu erreichen. Für die Dichotomisierung diente jeweils der Median als Grenzwert. Als Methode der logistischen Regression fand die Vorwärts-Selektion unter Statistical Package for Social Sciences (SPSS) für Windows 9.0[®] Verwendung.

4 Zusammenfassung der Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

In Tabelle 4-1 ist die Verteilung der Stichprobe bezüglich einzelner Charakteristika dargestellt. Die Angaben zum Geschlecht waren in allen Fällen vollständig; 30.9% der Ärzte sind Frauen und 69.1% sind Männer (Item 2). Unter den 3400 Ärzten sind 2007 Allgemeinärzte (59.0%), 430 praktische Ärzte (12.6%), 930 Internisten (27.4%), 2 Ärzte gehören anderen Fachrichtungen an und 31 haben keine Angaben zu ihrem Fachgebiet gemacht (Item 4). Rund 21% der Ärzte tragen eine Schwerpunktbezeichnung (beispielsweise Kardiologe, Gastroenterologe oder Endokrinologe); 247 haben hierzu keine Angaben gemacht (Item 5). Die einbezogenen Ärzte sind zwischen 1 und 43 Jahren niedergelassen (Item 7) und seit durchschnittlich 12.5 Jahren in ihrer Praxis tätig. Bis auf einen Fall konnten Praxen Stadtgebieten (29.6%), Kleinstädten (33.0%) oder ländlichen Regionen (37.4%) zugeordnet werden (Item 3). Im Mittel behandeln die Ärzte 56 Patienten pro Tag; von 29 Ärzten fehlen diese Daten (Item 14.1). Die Angaben der Ärzte zu der geschätzten Häufigkeit von Krankheiten der Patienten sind als Anteile der Krankheiten an der Gesamtzahl der Patienten pro Tag angegeben (Item 15). Mehrfachnennungen (1.4 pro Patient) werden daher als Multimorbidität gewertet.

Tabelle 4-1 - Stichprobencharakteristika

	N	%		N	%
Geschlecht	3400	100.0%	Lage der Praxis	3399	100.0%
Männer	1052	30.9%	Großstadt	1007	29.6%
Frauen	2348	69.1%	Kleinstadt	1122	33.0%
			Ländliches Gebiet	1270	37.4%
Fachrichtung	3369	99.1%	Patienten pro Tag	3400	100.0%
Allgemeinarzt	2007	59.0%	0-20	129	3.8%
Praktischer Arzt	430	12.6%	21-30	409	12.0%
Internist	930	27.4%	31-40	567	16.7%
andere	2	0.1%	41-50	749	22.0%
			51-60	548	16.1%
Schwerpunktbezeichnung	3153	92.7%	61-70	312	9.2%
Ja	711	20.9%	71-80	324	9.5%
Nein	2442	71.8%	81-	362	10.6%
Anzahl der Jahre als niedergelassener Arzt	3400	100.0%	Vor Studie geschätztes Mittel für Erkrankungen der Patienten/Tag	0	140.1%
0-5	688	20.2%	Artherosklerotische Erkrankungen		39.7%
6-10	673	19.8%	Diabetes Typ 1		4.6%
11-15	1065	31.3%	Diabetes Typ 2		19.1%
16-20	440	12.9%	Hypertonie		32.7%
21-25	327	9.6%	Lipidstoffwechselstörungen		28.5%
26-	207	6.1%	Depressionen und andere psychische Störungen		15.5%

4.2 Art und Umfang angebotener individueller Gesundheitsleistungen

Von den 3400 Primärärzten der DETECT-Studie gaben im Durchschnitt 23.9% an, IGeL anzubieten, während 157 hierzu keine Aussage getroffen haben (siehe Tabelle 4-2 bzw. Tabelle 4-3; Item 24 b). Für diese Selbstzahlerleistungen verwenden sie im Durchschnitt 3.2 Stunden pro Woche bzw. 7.2% der angegebenen Arbeitszeit.

Von den Primärärzten haben 585 (17.2%) detaillierte Angaben über 1368 bevorzugte IGeL gemacht. Das entspricht im Durchschnitt 2.3 Angaben pro Arzt. Aus den Angaben der 585 Ärzte leitete sich folgendes Bild ab: Präventions- und Vorsorgeleistungen als IGeL (allgemeine, fachbezogene, sportmedizinische und reisemedizinische Vorsorge sowie Laborleistungen) werden von 7.7% aller Ärzte durchgeführt. Sekundärpräventive Leistungen (Ernährungsberatung, Raucherentwöhnungsmaßnahmen, psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung, Bewegungstraining etc.) haben einen Anteil von 9.0%. Naturheilverfahren (inklusive Akupunktur) werden von 8.8% der Primärärzte durchgeführt. Behandlungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht mit Medikamenten oder neuen Verfahren werden von 6.0% der Primärärzte angeboten.

Zu den fünf meist genannten IGeL zählen Akupunktur (4.7%), Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung (4.6%), Vitamin- und Aufbauspritzen (3.5%), Eigenbluttherapie (2.6%) und Raucherentwöhnung (1.7%). Von mehr als der Hälfte aller IGeL-Ärzte wird mindestens eine dieser fünf Maßnahmen angeboten.

Tabelle 4-2 - Art und Umfang der angebotenen IGe-Leistungen

Art der IGeL	Nennungen	Anteil an Primärärzten
I Allgemeine Vorsorge	46	1.4%
Umfassende ambulante Vorsorgeuntersuchungen	23	0.7%
Sonstige (z.B. Eignungsuntersuchung)	12	0.4%
Jährliche Vorsorgeuntersuchungen	11	0.3%
II Fachliche Gesundheitsvorsorge	70	2.1%
Kardiologische Vorsorgeuntersuchungen a)	23	0.7%
Sonographie (inklusive Doppler / hirnversorgende Gefäße)	17	0.5%
Prostata Vorsorgeuntersuchungen (inklusive PSA-Bestimmung)	15	0.4%
Osteodensitometrie	7	0.2%
Fachbezogene Untersuchung (inklusive Brain-Checkup)	5	0.1%
Lungenfunktionsprüfungen	3	0.1%
III Reisemedizinische Vorsorge (inklusive Impfungen)	59	1.7%
Reisemedizinische Beratung	31	0.9%
Reisemedizinische Impfungen	28	0.8%
IV Sportmedizinische Vorsorge (inklusive Fitnesstests)	22	0.6%
Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung / Fitness-Test	14	0.4%
Sportmedizinische Beratung	8	0.2%
V Ernährungsberatung	192	5.6%
Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung	156	4.6%
Gruppenbehandlung bei Adipositas	36	1.1%
VI Psychotherapie und Verhaltenstherapie	72	2.1%
Raucherentwöhnung	58	1.7%
Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung b)	14	0.4%
VII Bewegungstherapie und Entspannungsverfahren	45	1.3%
Bewegungstherapie ("Walking-Gruppe")	20	0.6%
Entspannungstraining / Stressbewältigungstraining	19	0.6%
Biofeedbackverfahren	3	0.1%
Kunst- und Körpertherapien c)	3	0.1%
Legende:		
a) "Kardio-Check", "Ergometrie", "Echokardio", "Risikobeurteilung KHK" etc.		
b) "Lebensberatung", "Verhaltenstherapie", "Stützende Gespräche" etc.		
c) "Applied Kinesiology", "Qi-Gong", "Yoga"		

Tabelle 4-3 - Art und Umfang der angebotenen IGe-Leistungen

Art der IGeL	Nennungen	Anteil an Primärärzten
VIII Laborleistungen d)	66	1.9%
IX Medikation außerhalb der GKV-Leistungspflicht	160	4.7%
Vitamin- und Aufbaupräparate e)	118	3.5%
Beratung bei Verordnung von Life-Style Arzneimitteln f)	26	0.8%
Orthomolekulare Therapie ("OMT")	15	0.4%
Beratung zur Selbstmedikation	1	0.0%
X Traditionelle Chinesische Medizin	167	4.9%
Akupunktur	160	4.7%
Traditionelle Chinesische Medizin ("TCM")	7	0.2%
XI Andere Naturheilverfahren	131	3.9%
Eigenbluttherapie g)	87	2.6%
andere Naturheilverfahren h)	20	0.6%
Sauerstoffmehrschritttherapie (nach Ardenne, "SMT")	11	0.3%
Homöopathie	7	0.2%
Hypnose	6	0.2%
XII Neue Behandlungsverfahren inklusive Beratung	44	1.3%
UV-Bestrahlung ("UVB")	16	0.5%
(Pulsierende) Magnetfeldtherapie ("PMT")	15	0.4%
Ästhetische Operation / kleine Chirurgie	8	0.2%
Sexualberatung	4	0.1%
Medizinisch-kosmetische Beratung	1	0.0%
XIII Sonstige IGeL (nicht differenziert angegeben)	294	8.6%
Summe I bis XIII	1368	
Primärärzte, die IGeL anbieten (inklusive Anteil in %)	812	23.9%
Primärärzte, die keine IGeL anbieten	2431	71.5%
Fehlende Angaben der Primärärzte	157	4.6%
Primärärzte insgesamt	3400	100.0%
Legende:		
d) "Homocystein", "Hormonstatus", "Wunschlabor", "Allergietestung", "Umwelttestung" etc.		
e) "Infusionstherapie", "Injektionen", "Aufbauspritzen", "Medivitan", "Wunschinjektion" etc.		
f) "Life-Style", "Omega 3", "Nahrungsergänzungsberatung", "Anti-Aging" etc.		
g) "Eigenblutinjektion", "HOT", "Sauerstofftherapie", "O2-Therapie", "Ozontherapie"		
h) "Schröpfen", "Aderlass"		

4.3 Prädiktoren für individuelle Gesundheitsleistungen

Die in Abbildung 2-1 aufgeführten Variablen sind durch logistische Regression auf ihren Zusammenhang mit IGeL geprüft worden. Von den Erklärungsvariablen des Modells sind alle

signifikanten Variablen² dargestellt (siehe Tabelle 4-4). Drei signifikante Zusammenhänge sind den persönlichen Faktoren, vier den Einstellungen zur Behandlungsqualität, weitere fünf den praxisbezogenen und zwei den marktbezogenen Faktoren zu zuordnen. Die Tabelle stellt die absoluten Häufigkeiten in den Klassen sowie die relativen Häufigkeiten der Zeilen (in %) aus den einzelnen Kreuztabellen dar. In den beiden rechten Spalten sind das Odds Ratio (OR) als Schätzer für das relative Risiko und das Konfidenzintervall (CI) aus der logistischen Regression aufgeführt.

4.3.1 Persönliche Faktoren

Je älter Ärzte sind, desto weniger ist damit zu rechnen, dass sie IGeL anbieten (OR 0.98, CI 0.96-0.99). In den einzelnen Altersklassen zeigt sich, dass bei den unter 35-jährigen und den über 50-jährigen Ärzten die Häufigkeiten von Angeboten jeweils unter den Erwartungswerten bleiben. Sie machen damit deutlich weniger Angebote als die 35- bis 49-Jährigen (Item 1, rekodiert in 6 Altersklassen).

Auf die Frage, für welche Erkrankungen und in welchen Bereichen die Ärzte selbst die Notwendigkeit für ihre eigene Wissens- oder Kompetenzerweiterung sehen, zeigten sich gegenläufige Trends. Mit der Einschätzung, Bedarf für Früherkennungsmaßnahmen (Item 13, Spalte 2) zu haben, steigt der Anteil der IGeL-Ärzte (OR 1.09, CI 1.03-1.14). In der Gruppe der Ärzte mit dem höchsten Fortbildungsbedarf ist der Anteil der IGeL-Ärzte mit 28.4% deutlich höher als der Durchschnitt mit 23.9%. Umgekehrt sinkt die Wahrscheinlichkeit für IGeL für Ärzte mit Fortbildungsbedarf im Bereich der Differenzialdiagnostik (OR 0.89, CI 0.83-0.96; Item 13 Spalte 3). In der Gruppe derjenigen, die sich umfassend in Differenzialdiagnostik fortbilden möchten (6-9 Indikationen), liegt die Quote der IGeL-Ärzte mit 21.2% deutlich unter dem Durchschnitt.

² Die Beschränkung auf die signifikanten Einflussvariablen gilt auch für die Darstellungen in Tabelle 4-5, Tabelle 4-6 und Tabelle 4-7. Nicht-signifikante Variablen sind aufgrund des Platzmangels nicht dargestellt.

Tabelle 4-4 - Prädiktoren für IGeL-Angebote in Primärarztpraxen in Deutschland

Einflussvariablen für das IGeL-Angebot (N=3400)	Kreuztabelle: IGeL			Logistische Regression		
	Klassenh.	Nein	Ja	OR	CI 95%	
Alter**	bis 34 (Ref.)	66	83.3%	16.7%	0.98	0.96 - 0.99
	35-39	357	72.0%	28.0%		
	40-49	1329	72.0%	28.0%		
	50-59	1125	76.4%	23.6%		
	60-65	342	82.2%	17.8%		
	66 und älter	24	91.7%	8.3%		
Früherkennungsmaßnahmen*** a)	0-2 (Ref.)	1856	76.6%	23.4%	1.09	1.03 - 1.14
	3-5	830	73.6%	26.4%		
	6-9	557	71.6%	28.4%		
Differenzialdiagnostik* a)	0-2 (Ref.)	2465	74.4%	25.6%	0.89	0.83 - 0.96
	3-5	556	75.7%	24.3%		
	6-9	222	78.8%	21.2%		
Arzt orientiert sich an Leitlinien*	Nein (Ref.)	2261	81.4%	18.6%	1.11	1.05 - 1.17
	Ja	982	72.2%	27.8%		
Lipidwerttestung durch Abrechenbarkeit eingeschränkt***	Nein (Ref.)	2119	78.2%	21.8%	1.54	1.23 - 1.95
	Ja	1098	68.9%	31.1%		
Lipidstoffwechselstörungen nicht-medikamentös gut beeinflussbar**	Nein (Ref.)	3017	75.7%	24.3%	1.63	1.02 - 2.60
	Ja	200	64.5%	35.5%		
Nicht-medikamentöse Interventionen werden zu schlecht vergütet***	Nein (Ref.)	893	83.0%	17.0%	1.67	1.27 - 2.21
	Ja	2324	71.9%	28.1%		
Praxisangebot: Ernährungsberatung**	Nein (Ref.)	1059	85.4%	14.6%	1.53	1.14 - 2.04
	Ja	2184	69.9%	30.1%		
Praxisangebot: Ernährungsschulung***	Nein (Ref.)	2307	81.4%	18.6%	1.85	1.44 - 2.37
	Ja	936	59.0%	41.0%		
Praxisangebot: Raucherentwöhnung***	Nein (Ref.)	2192	79.9%	20.1%	1.86	1.47 - 2.35
	Ja	1051	64.7%	35.3%		
Praxisangebot: Entspannungstraining*	Nein (Ref.)	2910	76.8%	23.2%	1.43	1.02 - 2.01
	Ja	333	59.2%	40.8%		
Keine Homocysteinbestimmung***	Nein (Ref.)	1674	69.8%	30.2%	0.61	0.49 - 0.77
	Ja	1543	80.6%	19.4%		
Patientenzahl pro Woche**	bis 100 (Ref.)	160	81.9%	18.1%	1.00	1.00 - 1.00
	200	1158	77.7%	22.3%		
	300	1141	74.8%	25.2%		
	400	516	71.5%	28.5%		
	über 500	268	66.0%	34.0%		
Praxis befindet sich im Ballungsgebiet*	Nein (Ref.)	2368	76.2%	23.8%	1.30	1.02 - 1.66
	Ja	875	71.5%	28.5%		

Legende:

Ref, Referenzkategorie der logistischen Regression

OR, Odds Ratio

Klassenh., Klassenhäufigkeiten in der Kreuztabelle

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

a) Anzahl der Indikationsbereiche für Ärzte, die Fortbildungsnotwendigkeiten angegeben haben: KHK / Herzinfarkt, TIA / Schlaganfall, Diabetes, Hypertonie, Lipidstoffwechselstörungen, Adipositas /metabolisches Syndrom, Depression / psychische Erkrankungen, sexuelle Dysfunktion, Osteoporose

4.3.2 Einstellungen zur Behandlungsqualität

Leitlinienorientierte Ärzte erbringen häufiger IGeL an (OR 1.11, CI 1.05-1.17; Item 11). In dieser Gruppe bieten 27.8% Zusatzleistungen an, während es in der Gruppe der Ärzte, die sich nicht an Leitlinien orientieren lediglich 18.6% sind. Die Ärzte sind in zehn Fragen zu spezifischen Einstellungen gegenüber der Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankten befragt worden. Auffallend sind die Unterschiede bei IGeL-Ärzten, die den folgenden Aussagen voll zustimmen:

- „Die standardmäßige Testung der Lipidwerte wird durch die eingeschränkte Abrechenbarkeit dieser Leistung verhindert.“ (OR 1.54, CI 1.23-1.95; Item 29.3)
- „Lipidstoffwechselstörungen lassen sich nicht-medikamentös gut beeinflussen.“ (OR 1.63, CI 1.02-2.60; Item 29.8)
- „Nicht-medikamentöse Interventionen werden zu schlecht vergütet.“ (OR 1.67, CI 1.27- 2.21; Item 29.10)

Ärzte, die der ersten Aussage (Item 29.3) voll zustimmen, bieten in 31.1% IGeL an, bei Ärzten, die der zweiten Aussage (Item 29.8) voll zustimmen sind es 35.5% und bei der dritten Aussage (Item 29.10) 28.1%.

4.3.3 Leistungsspektrum der Praxis

Unter den praxisbezogenen Prädiktoren gibt es positive Zusammenhänge der Häufigkeit von IGeL mit verschiedenen Angeboten präventiver Maßnahmen für Risikopatienten wie Ernährungsberatung (OR 1.53, CI 1.14-2.04; Item 18.1), Ernährungsschulung/-training (OR 1.85, CI 1.44-2.37; Item 18.2), Raucherentwöhnung (OR 1.86, CI 1.47-2.35; Item 18.5) sowie Entspannungstraining (OR 1.43, CI 1.02-2.01; Item 18.6). Wie in Tabelle 4-4 zu erkennen ist, bieten Praxen mit diesen Angeboten überdurchschnittlich häufig IGeL an.

Einige Ärzte haben angegeben, dass sie in ihrer Diagnostik (Item 19.14) auf die Bestimmung des Homocysteinswertes³ im Blut verzichten. Wenn dieser Labortest in Praxen nicht verwendet wird, sinkt die Wahrscheinlichkeit für IGeL (OR 0.61, CI 0.49-0.77). Von den Praxen,

³ Die Bestimmung dieses Laborparameters kann bei Verdacht einer Arteriosklerose als GKV-Leistung abgerechnet werden. Fehlt dieser Verdacht, muss die Bestimmung als IGeL abgerechnet werden. Ob ein Verdacht vorliegt, unterliegt dabei der Einschätzung des behandelnden Arztes.

welche die Homocysteinbestimmungen nutzen, bieten 30.2% IGeL an und liegen damit 5.2% über dem Durchschnitt.

4.3.4 Marktsituation für die Praxis

In Abhängigkeit von der Patientenzahl steigt die Häufigkeit von IGeL-Angeboten, denn ab einer Zahl von 300 Patienten pro Woche liegen die Beobachtungswerte in der Kreuztabelle über den Erwartungswerten (Item 14.2, rekodiert in 5 Klassen). Sehen Ärzte mehr als 500 Patienten wöchentlich, liegt der Anteil für IGeL bei 34.0%. In Ballungsräumen wie Hamburg, Berlin oder Dresden sind IGeL häufiger als in ländlichen Regionen (OR 1.30, CI 1.03-1.66). Das Item ist aus den Außendienstbezirken, die nicht im Praxiserhebungsbogen aufgeführt sind, rekodiert worden (Lutter and Pütz 2004, S. 9-13). 28.5% der Praxen in Ballungsräumen bieten IGeL an.

4.4 Prädiktoren der IGeL „Akupunktur“

Unter Akupunktur versteht man ein therapeutisches Verfahren, welches ursprünglich der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) entstammt. Sie ist bislang nicht einheitlich standardisiert. In diesem Verfahren geht es um die Reizung von definierten, auf dem Körper lokalisierten Punkten (GBA 2001, S. 6). In Deutschland wird die Akupunktur vorwiegend in der Schmerztherapie, des Weiteren zur Behandlung von Rhinitis allergica, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Tinnitus und Suchterkrankungen eingesetzt (GBA 2001, S.12). Die Akupunktur ist die häufigste einzelne IGeL und wird im Durchschnitt von 4.7% der Primärärzte in Deutschland angeboten (siehe Tabelle 4-2).

Zu den Einflussvariablen für Akupunktur zählen *persönliche Faktoren* („Geschlecht“), *Einstellungen zur Behandlungsqualität* („Compliance“), Faktoren des *Leistungsspektrums der Praxis* („Praxisangebot: Raucherentwöhnung“), es liegen aber keine Zusammenhänge zu *marktbezogenen Faktoren* wie Patientenzahl oder Lage der Praxis in einem Ballungszentrum vor (siehe Tabelle 4-5).

Tabelle 4-5 - Prädiktoren für die IGeL „Akupunktur“ in Primärarztpraxen in Deutschland

Einflussvariablen für IGeL: Akupunktur (N=3400)	Kreuztabelle: IGeL Klassenh.	Logistische Regression			
		Nein	Ja	OR CI	
Geschlecht*	weiblich (Ref.)	1052	94.1%	5.9%	0.58 0.36 - 0.94
	männlich	2348	95.8%	4.2%	
Medikamentöse Therapie* a)	0-2 (Ref.)	1960	95.2%	4.8%	0.90 0.80 - 0.99
	3-5	834	95.3%	4.7%	
	6-9	606	95.7%	4.3%	
Problem der Patientcompliance bei Ernährungsumstellung*	keine Zust. (Ref.)	1097	96.3%	3.7%	2.09 1.17 - 3.72
	volle Zust.	2272	94.9%	5.1%	
Praxisangebot:	Ja (Ref.)	2313	98.0%	2.0%	4.54 2.74 - 7.51
Raucherentwöhnung***	Nein	1087	89.5%	10.5%	
IGeL: Verhaltenstherapie***	Nein (Ref.)	3329	95.4%	4.6%	6.67 3.16 - 14.07
	Ja	71	73.3%	26.7%	
IGeL: Naturheilverfahren***	Nein (Ref.)	3290	96.3%	3.7%	12.91 6.54 - 25.48
	Ja	110	66.4%	33.6%	
IGeL: Neue Behandlungsverfahren***	Nein (Ref.)	3339	95.7%	4.3%	5.58 2.15 - 14.49
	Ja	61	70.5%	29.5%	

Legende:

Klassenh., Klassenhäufigkeiten in der Kreuztabelle
Ref., Referenzkategorie der logistischen Regression

OR, Odds Ratio
* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

a) Anzahl der Indikationsbereiche für Ärzte, die Fortbildungsnotwendigkeiten angegeben haben: KHK / Herzinfarkt, TIA / Schlaganfall, Diabetes, Hypertonie, Lipidstoffwechselstörungen, Adipositas /metabolisches Syndrom, Depression / psychische Erkrankungen, sexuelle Dysfunktion, Osteoporose

Für die logistische Regression sind außerdem alle anderen IGeL-Gruppen (außer TCM/Akupunktur) in das Modell aufgrund der ersten Annahme (siehe 2.2) einbezogen worden⁴.

4.4.1 Persönliche Faktoren

Es gibt einen Geschlechterunterschied bei der Behandlung mit Akupunktur (OR 0.58, CI 0.36-0.94; Item 2). Ärztinnen erbringen diese Leistung überdurchschnittlich häufig (5.9% vs. 4.2%).

⁴ Für die Berechnung der Einflussvariablen der drei häufigsten IGeL „Akupunktur“, „Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung“ und „Vitamin- und Aufbauspritzen“ wurden die IGeL-Gruppen (siehe Tabelle 4-2 und Tabelle 4-3) als mögliche Einflussvariablen in das Modell (siehe Abbildung 2-1) mit einbezogen, welche die jeweilige IGeL nicht enthalten.

Wenn Primärärzte einen großen Fortbildungsbedarf für die medikamentöse Therapie sehen, werden von ihnen weniger Akupunkturen durchgeführt (OR 0.90, CI 0.80-0.99; Item 13, Spalte 4).

4.4.2 Einstellungen zur Behandlungsqualität

Die Primärärzte sollten die Aussage „Bei der Ernährungsumstellung ist in der Patientencompliance das größte Problem zu sehen“ bewerten. Diejenigen, die der Aussage voll zustimmen, erbringen mit 5.1% deutlich häufiger Akupunktur als die Ärzte, die der Aussage nicht oder nur teilweise zu stimmten (OR 2.09, CI 1.17-3.72; Item 29.9).

4.4.3 Leistungsspektrum der Praxis

Bei Praxen, in denen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung für Risikopatienten durchgeführt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass für Akupunktur erbracht wird (OR 4.54, CI 2.74-7.51; Item 18.5). Die Quote liegt bei 10.5%.

4.4.4 Zusammenhang zu weiteren IGeL-Angeboten

In der Gruppe VI „Psychotherapie und Verhaltenstherapie“ sind Nennungen wie „Lebensberatung“, „Verhaltenstherapie“, „Stützende Gespräche“ aber auch die IGeL „Raucherentwöhnung“ enthalten. Für Akupunktur gibt es einen positiven Zusammenhang zu diesen Leistungen (OR 6.67, CI 3.16-14.07). Auch für Gruppe XI „andere Naturheilverfahren“ gibt es eine Assoziation mit Akupunktur (OR 12.91, CI 6.54-25.48) ebenso wie für die Gruppe XII „neue Behandlungsverfahren“ (OR 5.58, CI 2.15-14.49).

4.5 Prädiktoren der IGeL „Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung“

Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung ist mit 4.6% die zweithäufigste Selbstzahlerleistung unter den Primärärzten (siehe Tabelle 4-2). Sie hat das Ziel, Patienten dabei zu helfen, Gewicht zu reduzieren, Krankheitssymptome zu lindern oder Krankheiten vorzubeugen (Koops 2004, S. 25). Faktoren für die Vorhersage der IGeL Diätberatung sind den Bereichen *Einstellungen des Arztes zur Behandlungsqualität*, *Leistungsspektrum der Praxis* und *marktbezogenen Faktoren* zugeordnet (siehe Tabelle 4-6).

4.5.1 Einstellungen zur Behandlungsqualität

Geben Ärzte an, dass nicht-medikamentöse Therapien „schlecht vergütet“ werden (Item 29.10), dann steigt die Häufigkeit für die IGeL Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung (OR 3.47, CI 1.52-7.93). Sie bieten diese IGeL mit 5.6% häufiger an als Ärzte mit einer positiven bzw. neutralen Einstellung gegenüber der Behandlungsqualität (1.8%).

Tabelle 4-6 - Prädiktoren für die IGeL „Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung“ in Primärarztpraxen in Deutschland

Einflussvariablen für die IGeL: Ernährungsberatung (N=3400)		Kreuztabelle: IGeL			Logistische Regression	
		Klassenh.	Nein	Ja	OR	CI
Patienten mit Depressionen und anderen psychischen Störungen*	stetige Variable				6.21	1.15 - 33.47
Nicht-medikamentöse Interventionen werden zu schlecht vergütet**	keine Zust. (Ref.)	934	98.2%	1.8%	3.47	1.52 - 7.93
	volle Zust.	2435	94.4%	5.6%		
Praxisangebot: Ernährungsschulung***	Nein (Ref.)	2410	98.1%	1.9%	9.53	5.43 - 16.73
	Ja	990	88.9%	11.1%		
Praxisangebot: Raucherentwöhnung*	Nein (Ref.)	2313	96.1%	3.9%	0.55	0.31 - 0.95
	Ja	1087	93.9%	6.1%		
Praxisangebot: Austeilen von Ratgebern und Patiententagebüchern**	Nein (Ref.)	651	97.7%	2.3%	3.92	1.44 - 10.70
	Ja	2749	94.9%	5.1%		
IGeL: V Bewegung und Entspannung*	Nein (Ref.)	3357	95.8%	4.2%	4.14	1.29 - 13.31
	Ja	43	65.1%	34.9%		
IGeL: VI Verhaltenstherapie***	Nein (Ref.)	3329	96.2%	3.8%	30.80	13.06 - 72.62
	Ja	71	56.3%	43.7%		
IGeL: XI Neue Behandlungsverfahren***	Nein (Ref.)	3339	95.7%	4.3%	8.57	1.57 - 46.77
	Ja	61	78.7%	21.3%		

Legende:
 Klassenh., Klassenhäufigkeiten in der Kreuztabelle OR, Odds Ratio
 Ref., Referenzkategorie der logistischen Regression * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

4.5.2 Leistungsspektrum der Praxis

Drei der Prädiktoren sind dem Bereich *Leistungsspektrum der Praxis* zuzuordnen. Dazu zählen vor allem ernährungsbezogene Präventionsangebote. Bietet eine Praxis etwa Ernährungsschulung/-training für Risikopatienten (Item 18.2) an, so steigt der Anteil für Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung von durchschnittlich 4.5% auf 11.1% (OR 9.53, CI 95% 5.43-16.73). Ein analoger Anstieg gilt für das Austeilen von Ratgeber bzw. Patiententa-

gebücher mit 5.1% der Fälle (OR 3.92, CI 1.44-10.70; Item 18.7). Andererseits steht auch ein existierendes Angebot zur Raucherentwöhnung für Risikopatienten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in einem positiven Zusammenhang mit dieser IGeL (Item 18.5). Der Anteil der Diätberatungen ohne Vorliegen einer Erkrankung steigt auf 6.1%, wenn dieses Praxisangebot Raucherentwöhnung vorliegt.

4.5.3 Marktbezogene Faktoren

Für die Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung hat die Art der Gesundheitsstörung der Patienten eine Bedeutung. Wenn der Anteil der Patienten mit Depressionen und psychischen Störungen steigt, dann gibt es einen positiven Zusammenhang zu dieser IGeL (OR 6.21, CI 1.15-33.47; Item 15.6).

4.5.4 Zusammenhang zu weiteren IGeL-Angeboten

Die IGeL Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung kann durch vorhandene andere IGeL Angebote vorhergesagt werden. Zu den Prädiktoren zählen IGeL aus den Gruppen V „Bewegung und Entspannung“ (OR 4.14, CI 1.29-13.31), VI „Psychotherapie und Verhaltenstherapie“ (OR 30.80, CI 13.06-72.62) und XI „neue Behandlungsverfahren“ (OR 8.57, CI 1.57-46.77). Welche einzelnen IGeL in diesen Gruppen zusammengefasst sind, ist in Tabellen 4-2 und 4-3 ersichtlich.

4.6 Einflussfaktoren für IGeL „Vitamin- und Aufbauspritzen“

Diese IGeL wird von 3.5% der Primärärzte angeboten (siehe Tabelle 4-2). Darunter fallen neben Vitamin- und Aufbauspritzen auch Arzneimittel zur Lifestyle-Verbesserung wie Antiadipositas-Arzneimittel, Therapien zur Behandlung des androgenetischen Haarausfalls, Kontrazeptiva, Potenzmittel, Laxanzien und andere Arzneimittel der Negativliste (Hach 2001, S. 28). Die erklärenden Variablen sind den Bereichen *Marktsituation* und *Leistungsspektrum der Praxen* zuzuordnen (siehe Tabelle 4-7).

Tabelle 4-7 - Prädiktoren für das IGeL-Angebot „Injektionen von Vitamin- und Aufbaupräparaten“ in Primärarztpraxen in Deutschland

Einflussvariablen für die IGeL: Vitamin- und Aufbauspritzen (N=3400)	Kreuztabelle: IGeL Klassenh.	Kreuztabelle: IGeL		Logistische Regression			
		Nein	Ja	OR	CI		
Patientenzahl pro Woche*	bis 100 (Ref.)	167	97.0%	3.0%	1.00	1.00	1.01
	200	1219	97.5%	2.5%			
	300	1196	96.7%	3.3%			
	400	540	95.0%	5.0%			
	über 500	278	94.6%	5.4%			
Praxisangebot:	Nein (Ref.)	2410	97.4%	2.6%	2.37	1.39	4.03
Ernährungsschulung**	Ja	990	94.4%	5.6%			
IGeL: Fachbezogene Vorsorgeuntersuchungen**	Nein (Ref.)	3348	96.9%	3.1%	5.01	1.74	14.43
	Ja	52	75.0%	25.0%			
IGeL: Reisemedizin**	Nein (Ref.)	3357	96.9%	3.1%	7.55	2.20	25.97
	Ja	43	69.8%	30.2%			
IGeL: Naturheilverfahren***	Nein (Ref.)	3290	97.6%	2.4%	15.95	8.10	31.40
	Ja	110	63.6%	36.4%			
IGeL: Neue Behandlungsverfahren***	Nein (Ref.)	3339	97.3%	2.7%	13.74	5.50	34.29
	Ja	61	52.5%	47.5%			

Legende:

Klassenh., Klassenhäufigkeiten in der Kreuztabelle

OR, Odds Ratio

Ref., Referenzkategorie der logistischen Regression

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

a) Anzahl der Indikationsbereiche für Ärzte, die Fortbildungsnotwendigkeiten angegeben haben: KHK / Herzinfarkt, TIA / Schlaganfall, Diabetes, Hypertonie, Lipidstoffwechselstörungen, Adipositas /metabolisches Syndrom, Depression / psychische Erkrankungen, sexuelle Dysfunktion, Osteoporose

4.6.1 Marktsituation für die Praxis

Die Häufigkeit für Vitamin- und Aufbauspritzen steht in Abhängigkeit zur Patientenzahl (OR 1.00, CI 1.00-1.01). Ab 400 Patienten pro Woche liegen die Beobachtungswerte in der Kreuztabelle über den Erwartungswerten (Item 14.2). Sehen Ärzte mehr als 500 Patienten wöchentlich, liegt der Anteil für IGeL bei 5.4% (vs. 3.5%).

4.6.2 Leistungsspektrum der Praxis

Die Wahrscheinlichkeit für die Gabe von Vitamin- und Aufbaupräparaten steigt auf 5.6%, wenn in der Praxis Angebote für Ernährungsschulungen bzw. -trainings bereits bestehen (OR 2.37, CI 1.39-4.03; Item 18.2).

4.6.3 Zusammenhang zu weiteren IGeL-Angeboten

Ärzte, die Vitamin- und Aufbauspritzen verabreichen, machen signifikant häufiger Angebote für IGeL aus den Gruppen II „fachbezogene Vorsorgeuntersuchungen“ (OR 5.01, CI 1.74-

14.43), III „Reisemedizin“ inklusive Impfungen (OR 7.55, CI 2.20-25.97), XI „andere Naturheilverfahren“ inklusive Homöopathie oder Eigenbluttherapie (OR 15.95, CI 8.10-31.40) und XII „neue Behandlungsverfahren“ (OR 13.74, CI 5.50-34.29), worunter beispielsweise die IGeL „UV-Bestrahlung aus präventiven Gründen“ fällt.

5 Diskussion

Zur Sicherung der internen Validität wurden von den 3697 vorliegenden Datensätzen 297 aufgrund von fehlenden oder unstimmgigen Angaben von der Studie ausgeschlossen. In einem Abgleich mit den Angaben der KBV sind keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte hinsichtlich der Jahre als niedergelassener Arzt, der Ausbildung, der Verteilung zwischen Stadt- und Landgebiet sowie der durchschnittlichen Patientenzahl pro Tag festgestellt worden, so dass die Aussagen der Stichprobe von N=3400 Primärärzten auf die rund 60.000 Primärärzte übertragbar sind.

227 Ärzte haben keine detaillierten Angaben zu IGeL gemacht. Der Vergleich mit den anderen IGeL-Ärzten hinsichtlich des Alters, des Geschlechts, der Fachrichtung, der Praxislage, der Patientenzahl und der Arbeitszeit ergab nur einen Geschlechterunterschied. Ärzte haben etwa 1.5-mal so häufig keine Angaben gemacht wie Ärztinnen (RR 1.56, CI 1.12-2.17).

5.1 Modell der Einflussfaktoren

Ein Modell, welches die Einflussfaktoren für das Angebot von IGeL umfassend beschreibt, ist nicht bekannt. Das oben dargestellte Modell (siehe Abbildung 2-1) ist der Versuch, mögliche Einflussfaktoren basierend auf einer bereits durchgeführten Studie sinnvoll zu gliedern (Sekundärnutzung der DETECT-Daten). Es ist anzunehmen, dass ein Erklärungsmodell für IGeL weitere Einflussfaktoren beinhalten müsste. Um diesen Sachverhalt anzudeuten, sind im Modell „*unbekannte Faktoren*“ für weitere Einflussvariablen stellvertretend eingefügt. Die vier Annahmen, auf denen das vorliegende Modell basiert, lassen sich wie folgt begründen:

1. *Medizinische Dienstleistungen in der Praxis*: Erst das Vorhandensein bestimmter Ressourcen in einer Praxis ermöglicht die Nutzung und damit die Produktion von Gesundheitsgütern wie IGeL. Wenn beispielsweise sonografische Untersuchungen als Kassenleistung durchgeführt werden, liegt es nahe, dass diese Leistung auch als IGeL angeboten wird. Im Praxiserhebungsbogen wurden das Vorhandensein und die Nut-

zung bestimmter medizinischer Geräte, eine Reihe von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Präventionsangebote abgefragt.

2. *Persönliche Faktoren der Produktions- oder Absatzentscheidungen:* Da mit dem DETECT-Instrument keine Motive für die Entscheidung erfragt wurden, warum IGeL angeboten werden, stehen nur Surrogatvariablen wie Alter, Geschlecht, Fachrichtung, Arbeitszeit, Zahl der Fort- und Weiterbildungen sowie die subjektive Notwendigkeit für Wissenserweiterungen zur Verfügung. Diese Faktoren erlauben eine nur unvollständige Abbildung der Bedingungen unter denen die Absatzentscheidung getroffen werden. Sie lassen jedoch Rückschlüsse über Rahmenbedingungen der Entscheidung zu.
3. *Einstellungen zur Behandlungsqualität:* In der Vorstudie sind Fragen bezüglich der Einstellungen zur Behandlungsqualität gestellt worden. Es geht dabei zunächst um die Leitlinienorientierung sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Disease-Management-Programmen. Weiterhin haben die Ärzte Aussagen zu Behandlungsproblemen und -möglichkeiten von Herz-Kreislauf-Erkrankten bewertet. Die Behandlungsmöglichkeiten von gesetzlich Krankenversicherten sind begrenzt, da der Gemeinsame Bundesausschuss (Ärzte und Krankenkassen) auf der Makroebene Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden und zweckmäßigen (medizinische Notwendigkeit) sowie wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten beschließt, die vor allem auf der Mikroebene konkretisiert werden. Dadurch erfolgte etwa die Ablehnung bzw. Streichung der Aufnahme von Leistungen in den Katalog der GKV (§ 135 SGB V). Dieses ist im Fall von der IGeL Akupunktur geschehen (GBA 2001, S. 468 ff). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Autonomie der Ärzte in der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter durch die Richtlinien eingeschränkt ist. Krimmel kritisiert die Einschränkung der Behandlungs- und Therapiefreiheit der Ärzte als „Behandlungskorridore“, die Patienten eine sinnvolle Behandlung aus ökonomischen Gründen vorenthalten (Krimmel 1998, S. 60-68). In einer Untersuchung über das Aufgabenverständnis niedergelassener Ärzte kommt Strauch (2002, S. 61 ff) zu dem Ergebnis, dass Ärzte ihre primäre Aufgabe darin sehen, „den Patienten bei der Lösung von Problemen zu helfen bzw. sie dabei zu begleiten“. Dieser Anspruch, im Interesse des Patienten individuelle Lösungen für eine medizinisch hochwertige Versorgung zu gewährleisten, kann durch die gesetzlichen Möglichkeiten eingeschränkt sein. IGeL können als Aus-

weg aus Beschränkungen der GKV dienen, da sie mehr Handlungsspielräume zulassen. Tritt der geschilderte Fall ein, dann leitet sich im Umkehrschluss ab, dass eine kritische Haltung des Arztes gegenüber den gesetzlichen Möglichkeiten positiv mit IGeL assoziiert sein müsste.

4. *Einfluss auf die Marktsituation*: Da der Patient über die in der Praxis angebotenen IGeL informiert wird und anzunehmen ist, dass er über die Inanspruchnahme frei entscheidet, arbeitet der IGeL-Markt nach dem Prinzip der angebotsinduzierten Nachfrage (Schuster 2002, S. 46). Basis dieser günstigen Marktsituation für IGeL ist die hohe Absicherung der gesetzlich Krankenversicherten (dann Kunden) gegenüber den Behandlungskosten und einer Zahlungsbereitschaft, die oftmals mehr durch zeitliche als durch finanzielle Ressourcen begrenzt wird. Die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen wird durch den subjektiven Nutzen der Kunden beschränkt (Gegenleistungsprinzip). Wenn Ärzte von ihren Leistungen überzeugt sind, dann werden sie die Patienten ihrerseits leicht von IGeL überzeugen können (Franzkowiak 2003, S. 228; Wölker 2003; Erdmann 2004, S. 42). An dieser Stelle setzt häufig die Kritik am ärztlichen Handeln ein (Brüggemann 2000; Schumacher 2001, S. 11; Zander 2004). Steuernde Eingriffe in die Nachfrage erlauben es den Ärzten, ihre personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen besser zu nutzen und damit finanzielle Erfolge zu sichern (Synergieeffekt). Breyer und Zweifel (1999, S. 244) bezeichnen diesen Prozess als den Wechsel von einer anbieterdominierten zu einer angebotsinduzierten Nachfrage. Zu den Faktoren, die Rückschlüsse auf die *Marktsituation* geben, zählen die Lage der Praxis, die Anzahl der Patienten, die Arbeitszeit, die Anzahl der Geräte und die Häufigkeit ihrer Nutzung.

Die Kategorien sind nicht scharf voneinander zu trennen. Beispielsweise kann die Einflussvariable „Anzahl vorhandener Geräte“ sowohl den *medizinischen Dienstleistungen* (Ressourcen) als auch der *Marktsituation* (im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage) zugeordnet werden. Die Entscheidung für die eine oder andere Form der Gliederung hat vielmehr eine Bedeutung für die verständliche Darstellung der Ergebnisse als eine Theorie bildende Funktion.

5.2 In welchem Umfang und von welcher Art werden individuelle Gesundheitsleistungen von Primärärzten in Deutschland angeboten?

Basierend auf den Ergebnissen der DETECT-Studie bieten 23.9% IGeL an. Das entspricht auf Tausend gerundet 14000 Primärärzten ausgehend von den 58718 Primärärzten, die es laut im Jahr 2003 (KBV 2004, "An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte" Tabelle 1.0 Bundesgebiet insgesamt) in Deutschland gegeben hat. Bisherige Schätzungen von Experten variierten zwischen 3000 und 15000; eine Online-Umfrage geht sogar von bis zu 57%, d.h. von rund 33000 Ärzten aus, die ein zumindest spezialisiertes bis umfassendes Angebot für Patienten haben (Ärztezeitung 2003, S. 3 und 8). Ein Grund für diesen sehr hohen Wert dürfte mit der Stichprobe der Online-Umfrage zusammenhängen (Selektionsbias). Auch wenn zu der Methodik keine hinreichenden Angaben gemacht wurden, ist anzunehmen, dass eher Ärzte mit einer positiven Einstellung gegenüber IGeL auf diese Umfrage geantwortet haben. Mit 57% Ärzten, die IGeL anbieten, dürfte daher der wahre Wert überschätzt werden.

Über die Leistungsmengen einzelner IGeL sind keine genauen Angaben möglich. Im Praxiserhebungsbogen wurden die Ärzte zwar befragt, ob sie IGeL anbieten und wie viel Zeit sie dafür pro Woche (7.2% der Arbeitszeit) benötigen. Da es sich um eine Sekundärnutzung der DETECT-Studiendaten handelt, können jedoch keine erschöpfenden Angaben über alle einzelnen individuellen Gesundheitsleistungen gemacht werden, denn die Angaben über die IGeL-Art stützen sich auf die Frage nach den *bevorzugten* Leistungen der Ärzte. Aufgrund dieser Einschränkung ist davon auszugehen, dass die reale Größe unterschätzt wird (Beispiel: Wahrscheinlich behandeln mehr als 4,7% aller Primärärzte mit Akupunktur). Die Verhältnisse der relativen Angaben zueinander dürften hingegen eine valide Aussage sein (Beispiel: Es wird öfter Akupunktur durchgeführt als Vitamin- und Aufbauspritzen verabreicht werden). Eine Übertragung der Ergebnisse auf Fachärzte ist nicht möglich, da ihr Spektrum der Selbstzahlerleistungen von dem der Primärärzte abweicht. Durchaus üblich sind Mammografien bei Gynäkologen, Glaukomvorsorge bei Augenärzten oder Stoßwellentherapie bei Orthopäden.

Eine vergleichbare Veröffentlichung, welche die Häufigkeiten einzelner Leistungen der IGeL-Liste darstellt, ist nicht verfügbar. Lediglich das Robert-Koch-Institut (Marstedt and Moebus 2002) beschreibt im Gesundheitsbericht über die Inanspruchnahme von alternativen Metho-

den in der Medizin, die in dieser Arbeit in der Gruppe XI, den „alternativen Heilmethoden“ und der Gruppe XII, der „Traditionellen Chinesischen Medizin“ aufgeführt sind (siehe Tabelle 4-3). Doch die Vergleichbarkeit der vorliegenden Studie mit dem Bericht des Robert-Koch-Instituts ist eingeschränkt. Dafür lassen sich drei Gründe anführen: Erstens können alternative Heilmethoden nur zu einem Teil den IGeL zugerechnet werden. Zweitens machen Modellprojekte diverser Krankenkassen (gemäß §§ 63ff SGB V) die Kostenübernahme etwa für Akupunktur oder Homöopathie möglich, so dass es sich nicht mehr um Selbstzahlerleistungen handelt. Drittens haben die Primärärzte der Studie keine umfassenden Angaben über ihre Leistungsarten gemacht (siehe oben). Im RKI-Bericht zählen Akupunktur mit 25.4%, Eigenblutbehandlungen mit insgesamt 18.3% (Ozon-Blut-Therapie, UVB-Eigenblut-Therapie, Hämatogene Oxidationstherapie etc.) und Homöopathie (Erstanamnese 11.3%) zu den am häufigsten erbrachten Therapieformen (Marstedt and Moebus 2002, S. 11). Die Angaben stützen sich auf Abrechnungsdaten der Securvita BKK und decken sich hinsichtlich der Reihenfolge in ihrer Art mit den Ergebnissen der DETECT-Studie.

In diesen Bereich der Prävention gehören die Gesundheitsuntersuchungen (nach § 25 SGB V) und außerhalb des gesetzlichen Geltungsbereiches einige der in der IGeL-Liste aufgeführten individuellen Gesundheitsleistungen (Schuster 2002, S. 48). Sie können wichtige Beiträge zur Prävention epidemiologisch relevanter Erkrankungen leisten (Walter 2004, S. 151-153). In den vergangenen 25 Jahren hat die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsberatung für niedergelassene Ärzte entscheidend zugenommen (Stöbel and Troschke 2003, S. 18). Heute wird Hausärzten zunehmend empfohlen, die Potenziale der Prävention nicht zu unterschätzen (Apitz and Winter 2004, S. 140). Bisläng bleibt die Ausschöpfung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch weit hinter den Möglichkeiten zurück, obwohl den Kassen mit dem GKV-Modernisierungsgesetz und den Änderungen an § 65a Abs. 1 SGB V weitere Möglichkeiten an die Hand gegeben wurden (Apitz and Winter 2004, S. 140-141). Erfreulich aus Public-Health Sicht ist, dass knapp die Hälfte der IGeL-Angebote (Gruppen F-VII) sich auf Prävention beziehen (siehe Tabelle 4-2). Leider stellen die im GKV-System nicht ausreichende Vergütung, die mangelnde Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Prävention und das geringe Interesse an „gesunden Patienten“ Hemmnisse für einen Ausbau der Prävention dar (Walter 2004, S. 153).

5.3 Prädiktoren für individuelle Gesundheitsleistungen

5.3.1 Persönliche Faktoren

Die Annahme, dass die Produktions- oder Absatzentscheidungen für IGeL von persönlichen Faktoren beeinflusst werden, ist für die Variablen „Alter“ und „Fortbildungen“ gegeben. Je älter die Ärzte sind, desto größer ist zunächst Häufigkeit von IGeL-Angeboten. Dieser Trend verändert sich ab dem 50. Lebensjahr der Ärzte und beginnt zu sinken. Analoge Beobachtungen gibt es für Präventionsangebote von Hausärzten (Walter 2004, S. 154). Als Erklärung für die geringe Häufigkeit von IGeL bei jungen Ärzten kann angeführt werden, dass sie erst Routine in ihrer Praxistätigkeit erhalten müssen. Bei Ärzten über 50 Jahren wird die mit dem Alter zunehmende Skepsis gegenüber Neuerungen die Einführung von IGeL bremsen.

Im Bereich der Fortbildungsnotwendigkeiten wurde eine gegenläufige Tendenz von „Differenzialdiagnostik“ und „Früherkennungsmaßnahmen“ festgestellt. Ein verstärktes Interesse der Ärzte an Früherkennungsmaßnahmen im Zusammenhang mit IGeL erscheint plausibel, da viele IGeL Präventionsmaßnahmen darstellen. Differenzialdiagnostik ist eine GKV-Leistung und es gibt keine IGeL aus dem Bereich der Differenzialdiagnostik. Richtet ein Arzt sein Fortbildungsinteresse auf IGeL aus, erscheint daher auch die negative Assoziation von IGeL und Fortbildungsnotwendigkeiten für Differenzialdiagnostik nachvollziehbar.

5.3.2 Einstellungen zur Behandlungsqualität

Leitlinienorientierte Ärzte bieten häufiger IGeL an. Leitlinien sind „systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen, [...] von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muß“ (Lasek and Müller-Oerlinghausen 1998, S. 3). Leitlinien sind auch die Grundlage der „strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ (Disease-Management-Programm). Es herrscht heute Konsens darüber, dass Leitlinien zu einer verbesserten Versorgung führen. Leitlinientreue ist ein sowohl fachmedizinisches, psychologisches, soziologisch-kulturelles als auch wirtschaftliches Phänomen (Hasenbein, Wallesch et al. 2003, S. 364).

Bei strukturellen Faktoren, die Leitlinientreue beeinflussen, zeichnen sich Parallelen zu den Einflussvariablen von IGeL ab. Als hemmende Faktoren für Leitlinientreue der Ärzte erweisen sich geringe Spezialisierung, überdurchschnittliches Arztalter und geringe Anzahl

von Leitlinien betroffener Patienten sowie Praxen, die im ländlichen bzw. kleinstädtischen Raum liegen. IGeL-Ärzte sind eher im jungen bis mittleren Alter. Sie tragen öfter Schwerpunktbezeichnungen und ihre Praxen liegen tendenziell in Ballungsräumen. Für die Leitlinientreue nennen Hasenbein, Wallesch et al. (2003, S. 365) weiter finanzielle Mehrbelastungen als Hemmnis für Leitlinientreue. Für IGeL-Ärzte kommen keine finanziellen Mehrbelastungen in Frage. Im Gegenteil, die Leistungen sind mit einer Einnahme verbunden. Dieses erklärt auch den Zusammenhang, dass Ärzte, die die „Abrechenbarkeit von Lipidwerttestungen“ als eingeschränkt kritisieren (Item 29.3 und siehe 4.3.2) oder die „nicht-medikamentöse Intervention“ als zu schlecht vergütet sehen (Item 29.10), mehr IGeL anbieten. Da die Behandlungsqualität im Wesentlichen von der Compliance der Patienten mitbestimmt wird (Patient als Ko-Produzent und Mit-Entscheider), gilt, dass Ärzte sowohl bei Leitlinien (Hasenbein, Wallesch et al. 2003, S. 368) als auch bei IGeL (STO 2003) gleichermaßen von dem Patientennutzen überzeugt sein müssen, um Patienten von den Behandlungen zu überzeugen.

Mit der dargestellten Analogie sind jedoch nicht die Entscheidungsgegenstände, IGeL und Leitlinie, sondern die Entscheidungswege für die Anwendung von Leitlinien bzw. für die Absatzentscheidung von IGeL angesprochen.

5.3.3 Leistungsspektrum der Praxis

Die Häufigkeit für präventive IGeL ist bei Ernährungsberatung, Ernährungsschulung/-training, Raucherentwöhnung und Stressbewältigungskursen deutlich erhöht, wenn entsprechende Maßnahmen für Risikopatienten bereits in der Praxis angeboten werden. Ähnlich verhält es sich mit der Laborleistung zur Bestimmung des Homocysteinspiegels im Blut. Zum einen sprechen die Beobachtungen für Synergieeffekte innerhalb der Praxen, da vorhandene Verfahren für weitere Nutzung ausgebaut werden. Gleichzeitig kann man daraus auch eine steuernde Wirkung der Ärzte auf die Nachfrage ablesen. Folgender Zusammenhang ließe sich anders nicht erklären: Die Häufigkeit für die IGeL „Anlassbezogener Labor-Teilttest auf Patientenwunsch“ ist um das 2.4-fache erhöht, wenn die Bestimmung des Homocysteins in einer Praxis angeboten wird (RR 2.37, CI 1.37-4.12). Da nicht damit zu rechnen ist, dass sich die Patienten der IGeL-Praxen und der Nicht-IGeL-Praxen in ihrem Morbiditätsspektrum grundlegend unterscheiden, liegt die Vermutung nahe, dass die Erhöhung auf zusätzliche, vom Arzt initiierte Bestimmungen von Laborparametern wie der des Homocysteins zurückzu-

führen ist. Die Kaufentscheidung der Patienten wird zum überwiegenden Teil vom Gefühl bestimmt (Wölker 2003) und ist durch ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis gekennzeichnet (Krimmel 1998, S. 102). Patienten sind in ihrer Kaufentscheidung folglich leicht beeinflussbar. Damit liefert dieser Zusammenhang einen Hinweis für eine künstliche Nachfrageschaffung (Breyer and Zweifel 1999, S. 257). Für eine medizinisch sinnvolle Behandlung ist die Abgrenzung zwischen GKV-Leistung und Privatliquidation nicht generell möglich. Für das Maß der Behandlungsnotwendigkeit und damit für die Wahl des Finanzierungsträgers hat der Arzt Interpretationsfreiheit. Der jeweilige Sachverhalt ließe sich folglich nur durch eine Einzelfallprüfungen aufklären.

5.3.4 Marktsituation für die Praxen

Praxen, die IGeL anbieten, haben häufig mehr Patienten als andere Praxen. Hinter diesem Zusammenhang könnte sich eine schlichte Erklärung verbergen. Wer sich als Arzt für IGeL interessiert, wird gleichzeitig mit dem Thema der Verbesserung der Praxisorganisation konfrontiert. Setzen die Praxisinhaber diese Maßnahmen im Zuge der Einführung von IGeL um, dürfte dies die Attraktivität dieser Praxen steigern, was wiederum zu einer Steigerung der Patientenzahl (oder eines größeren Anteils zahlungswilliger Patienten) führt. Dieses hätte in letzter Konsequenz zur Folge, dass IGeL nur Auslöser und die Umsetzung von Organisationsentwicklung in der Praxis Ursache für eine vorteilhafte Entwicklung ist, von der Ärzte und Patienten gleichermaßen profitieren. Weiterhin gibt es IGeL-Praxen eher in dicht besiedelten Regionen. Es können mehrere Gründe für diese Beobachtung angeführt werden: Diffusionsprozesse und soziale Kontrolle sowie Konkurrenz.

Die Entwicklung der individuellen Gesundheitsleistungen ist ein Beispiel für die Verbreitung einer Innovation („Diffusion of Innovation“), einem Prozess, der von Rogers beschrieben wurde (Rogers 1962). Charakteristisch für Personen, die Innovationen schnell annehmen, sind beispielsweise viele und enge soziale Bindungen („interconnectedness“), starke Exposition gegenüber den Medien oder eine weltbürgerliche Sichtweise („cosmopolite“). Das sind Eigenschaften, die eher bei Personen anzutreffen sind, die in Städten leben. Enge soziale Bindungen können jedoch auch gegenteilige Effekte haben. Kossow (2001, S. 13) führt als Ursache für die geringere Häufigkeit von IGeL in ländlichen Regionen die soziale Kontrolle durch die Nachbarschaft an, da negativen Folgen einer Innovation umgehend an den Arzt zurückgemeldet werden.

Ein weiterer Grund für die größere Häufigkeit von IGeL in Ballungsräumen ist die Konkurrenz. Welling (2003, S. 4 und 113) stellt fest, dass das Fortbestehen von 20-30% der Arztpraxen durch die gesundheitspolitischen Entwicklungen bzw. durch ein Überangebot an ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich gefährdet ist. Um sich in diesem Umfeld als Arzt und Unternehmer zu behaupten, sei die Steigerung der Fallzahl und das Erschließen neuer Bereiche erforderlich (gesunde Patienten, Patientenschulungen, „Non-GKV-Bereich“). Um Mindereinnahmen der GKV-Honorierung zu kompensieren, würde eine Steigerung des Anteils der Einkünfte aus Nicht-GKV-Leistungen auf 20%⁵ erforderlich sein (Welling 2003, S. 95). In der Online-Umfrage der Ärztezeitung gaben 77% der befragten Ärzte an, IGeL als wirtschaftlich notwendig zu sehen (Ärztezeitung 2003, S. 7). Gerade in dicht besiedelten Räumen ist die Nähe der Praxen zueinander und damit die Konkurrenz deutlich höher als in ländlichen Regionen (KBV 2004, S. 24). Die Marktsituation für IGeL kann als positiv beschrieben werden, da für Selbstzahlerleistungen von einem Nachfrageüberhang besteht (Thill, S. 4) und Experten seit Jahren einen Trend zum Wachstum beobachten (Ärztezeitung 2003, S. 4). Das Wachstum für IGeL wird auch in den nächsten Jahren weiter anhalten, denn mit 23.9% Ärzten, die IGeL anbieten, ist jetzt die kritische Masse („critical mass“) für eine umfangreiche Verbreitung von Selbstzahlerangeboten erreicht. Folgt man der Theorie Rogers, müssten sich auch in ländlichen Regionen mittelfristig IGeL-Angebote stärker verbreiten.

5.4 Was sind die Prädiktoren der drei am häufigsten angebotenen IGeL?

5.4.1 IGeL Akupunktur

Aufgrund der Ergebnisse lässt sich abschätzen, dass in Deutschland rund 3000 Primärärzte Akupunktur anbieten. Der Bundesausschuss entschied, dass Akupunktur nicht als Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung anerkannt wird (GBA 2001, S. 471). Entsprechende Entscheidungen sind auch in anderen westlichen Ländern (mit Ausnahme der Schweiz) getroffen worden. Bisher gibt es in Deutschland nur Modellversuche (Marstedt and Moebus 2002, S. 16-17).

Die signifikante Häufung des Akupunkturangebotes bei Ärztinnen mag durch subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte ausgelöst sein, die mit den traditionellen Geschlechter-

⁵ In diesem Anteil sind die Einnahmen aus Behandlungen von privat versicherten Patienten eingerechnet.

rollen korrespondieren (Siegrist and Möller-Leimkühler 1998, S. 106). Damit ist eine positivere Grundeinstellung von Frauen gegenüber dieser Form „sanfter Medizin“ gemeint. Der Zusammenhang kann aber auch von einer Verzerrung der Ergebnisse herrühren, da männliche Ärzte deutlich seltener Aussagen über die Art der angebotenen IGeL getroffen haben (siehe 4.1).

Für Akupunktur wurde ein deutlicher Zusammenhang zum Praxisangebot „Raucherentwöhnung“ und der IGeL-Gruppe VI „Verhaltenstherapeutische Angebote zur Selbsterfahrung“ festgestellt, welche ebenfalls das Angebot Raucherentwöhnung enthält. Die Raucherentwöhnung ist ein wesentliches Anwendungsgebiet der Akupunktur, obwohl bislang keine statistisch signifikante Überlegenheit gegenüber Nikotinkaugummi, Hypnose-Verfahren und Verhaltenstherapie festgestellt werden konnte (Ashenden, Silagy et al. 1997, Abstract). Da die Wirksamkeit dem Placeboeffekt vergleichbar ist, sind subjektive Gesundheitsüberzeugungen der Ärzte als Erklärung möglich (siehe 5.3.2).

Die Kombination schulmedizinischer und alternativer Heilmethoden wird von Patienten gerne angenommen (Haag 2002, S. 824). Daher sind die Zusammenhänge mit IGeL anderer Gruppen (Gruppe XI „andere Naturheilverfahren“, Gruppe XII „neue Behandlungsverfahren“) nachvollziehbar. Die negative Assoziation mit Fortbildungsnotwendigkeiten im Bereich der medikamentösen Therapie könnte durch das Interesse der Ärzte begründet werden, sich eher mit alternativen Heilmethoden als mit schulmedizinischen Behandlungsverfahren auseinanderzusetzen. Die positive Assoziation von IGeL mit der Aussage, dass die Patientencompliance bei der Ernährungsumstellung ein großes Problem sei, deutet auf Patienten hin, deren Ansprüche sich eher durch schnelle Erfolge (z.B. durch Akupunktur) als durch langfristige Verhaltensänderungen befriedigen lassen.

5.4.2 IGeL „Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung“

Das Ernährungsverhalten hat eine große bevölkerungsmedizinische (Müller and Danielzik 2004, S. 166) und gesundheitsökonomische (Pudel and Westenhöfer 1998, S. 297) Bedeutung. Somit kommt der Prävention eine wichtige Aufgabe zu, um gesundheitliche Störungen, die mit Übergewicht und Adipositas im Zusammenhang stehen, zu verringern. Etwa 2700 Primärärzte bieten Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung an. Der Effekt einer individuellen Ernährungsberatung wird als sehr wirksam eingeschätzt (Pudel and Westenhöfer 1998, S. 313). Ob sich dieser Effekt auch durch diese IGeL erzielen lässt, müsste durch

entsprechende Forschung zum Outcome geprüft werden. Da ein Zusammenhang der IGeL Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung mit der Aussage der „Nicht-medikamentöse Interventionen werden zu schlecht vergütet“ vorliegt, scheinen Vergütung und Zeitaufwand im Praxisalltag in einem wirtschaftlich wenig tragbaren Verhältnis zu stehen.

Mit Adipositas sind zunächst Diabetes mellitus, Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch erhöhte Depressivität, sozialer Diskriminierung und ein vermindertes Selbstwertgefühl assoziiert (Hauner, Hamann et al. 2003, S. 5). Somit erklärt sich der Zusammenhang von der IGeL Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung mit der Häufung der an psychischen Störungen leidenden Patienten sowie den IGeL aus Gruppe VI „Verhaltenstherapeutische Angebote zur Selbsterfahrung“.

Die weiteren Praxisangebote und IGeL (siehe Tabelle 4-6), die mit der Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung in Zusammenhang stehen, dürften als ergänzende Maßnahmen für übergewichtige und fehlernährte Patienten eingesetzt werden. Wie bereits erläutert, werden auch in diesem Fall Synergieeffekte eine Rolle beim Absatz der Leistungen spielen.

5.4.3 IGeL Vitamin- und Aufbauspritzen

Ausgehend von der DETECT-Studie nutzen etwa 2100 Primärärzte deutschlandweit Vitamin- und Aufbaupräparate. Der Einsatz von Vitamin-, Aufbau- und Hormonpräparaten wird im Bereich der IGeL hauptsächlich zur Vorbeugung von alterassozierten Erkrankungen wie Osteoporose, Arteriosklerose oder sogar Krebs eingesetzt (Heufelder 2002, S. 45; k.A. 2003; Runge 2003, S. 50), um physiologischen Alterungsprozessen durch freie Radikale auf zellulärer Ebene vorzubeugen (Schmidt and Thews 2000, S. 709). Durch den Einsatz so genannter Geroprophylaktika wird der Erbgutschädigung und damit dem Alterungsprozess entgegengewirkt, obwohl alterungsbedingt ausgelöste Befindlichkeitsstörungen (z.B. verminderte Sinneswahrnehmung) nicht durch Medikamente beseitigt werden können (Forth, Henschler et al. 1996, S. 668). Mit dieser IGeL werden signifikant häufiger die Praxisangebote „Ernährungsschulungen“ und die IGeL der Gruppen II „fachbezogene Vorsorgeuntersuchungen“, III „Reisemedizin“, XI „Naturheilverfahren“ und XII „neue Behandlungsverfahren“ angeboten, die kennzeichnend für das Feld „Anti-Aging“ sind (Koops 2004). Da für die Allgemeinbevölkerung nach epidemiologischen Erkenntnissen kein Hinweis für eine Unterversorgung mit Vitaminen gegeben ist (RKI 2004), Mängel diätetisch gedeckt werden können und lediglich bei einzelnen Bevölkerungsgruppen (speziell betagten Menschen und Heimbe-

wohnern) eine Unterversorgung festgestellt werden kann (Leischker and Kolb 2002), sind andere Ursachen anzunehmen. Dabei sind die Lebensgewohnheiten (Runge 2003, S. 50) und Ansprüche (Kim, Han et al. 2003, Abstract; Runge 2003, S. 50) der Patienten, Veröffentlichungen in den Medien (z.B. „Der Stern“, Ausgabe vom 25.8.2004), persönliche Überzeugungen der Ärzte und das Angebotsspektrum der pharmazeutischen Industrie (z.B. „Medivitan[®] N“) zu nennen.

6 Motivation für die Arbeit und Ausblick

Das Thema „Art und Umfang von IGeL“ ist bislang nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht worden. Die Bearbeitung wird durch die Verflechtung medizinischer, rechtlicher, ökonomischer und sozialer Aspekte sowie einer polarisierten und moralisch geführten Diskussion erschwert. Während der Literaturrecherche zu dem Thema zeigte sich, dass ein unbelasteter, wertfreier Austausch kaum möglich war. Die Reaktionen auf Anfragen bei Institutionen wie der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Verbänden der Krankenkassen (VdAK, AOK Bundesverband), Ärztenverbänden (NAV-Virchow), dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), dem Bundesgesundheitsministerium und Unternehmen wie Medwell zu unveröffentlichten Studien („grauer Literatur“) waren verhalten. Oftmals wollten die Ansprechpartner sich nicht äußern, baten darum, ihre Äußerungen anonym zu halten oder verwiesen auf anderen Institutionen. Nicht selten verwiesen die Gesprächspartner sogar gegenseitig aufeinander. Ziel der Studie war es, zur Versachlichung einer Diskussion beizutragen.

Aus Public Health Sicht hat gerade die Prävention eine große Bedeutung. Erfreulich ist daher die Tatsache, dass ein Großteil der angebotenen IGeL präventiven Charakter haben und von vielen Patienten in Anspruch genommen werden. Es ist wünschenswert, dass Patienten gut über ihre Gesundheit informiert sind und ihnen Wege zur Vorbeugung gezeigt werden (z.B. Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung). Großes Interesse der Patienten besteht anscheinend an Maßnahmen, die der „sanften Medizin“ zugeordnet werden können (alternative Heilmethoden) und welche die Lebensqualität verbessern bzw. Alterungsprozessen vorbeugen („Anti-Aging“, Gabe von „Vitamin- und Aufbaupräparaten“).

Um eine optimale Behandlung angesichts der sich ausweitenden medizinischen Möglichkeiten zu erreichen, sind ergänzende Untersuchungen und Therapieansätze außerhalb der GKV-Leistungspflicht fast unausweichlich (Kossow 2001, S. 12). Ärzte, die sich an hoher Versor-

gungsqualität orientieren (siehe Leitlinien) sind auch diejenigen, die ihren Patienten häufiger IGeL anbieten. Ob das Interesse an einer hochwertigen Versorgung gleichbedeutend ist mit einer qualitativ hochwertigen IGeL, muss erst geprüft werden. Die Bewertung von Nutzen und die Wirksamkeit der IGeL unter den realen Bedingungen (Outcome-Forschung) würde daher der logische nächsten Schritt der Forschung sein.

Die zunehmende Differenzierung von GKV- und Nicht-GKV-Leistungen hat strukturell-wirtschaftliche Folgen, denn sie verändert die Beziehungsstruktur von Arzt und Patient. An dem Thema „IGeL“ zeigt sich, dass Ärzte tendenziell weniger Anteile eines Sachverwalters der Patienteninteressen, sondern eher die eines Anbieter von Leistungen erhalten, der sich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientiert. Die Patienten entwickeln sich ihrerseits zu Konsumenten. Die Ausweitung der Leistungsmengen werden ebenso durch finanzielle Interessen der Ärzte wie durch die Bedürfnisse der Kunden nach einer individuellen Versorgung bestimmt. Auffallend ist, dass das IGeL-Angebot meist durch ähnliche bestehende Angebote in der Praxis vorherbestimmt wird, so dass Praxisinhaber hier Synergieeffekte nutzen können.

Die Konkurrenzsituation in Ballungsräumen hat zur Folge, dass IGeL dort besonders häufig angeboten werden. Am Beispiel der Homocysteinbestimmung konnte festgestellt werden, dass es Anhaltspunkte für eine künstliche Nachfrageschaffung gibt. In diesen Fällen scheint das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis für Kunden mitunter fraglich. In einem sich verändernden System ist es aber nur zu üblich, wenn „gelegentlich die Grenzen des Zulässigen überschritten“ werden (Nieschlag, Dichtl et al. 1975, S. 17). Da in Zukunft mit einer Ausweitung der Leistungsmengen zu rechnen ist, gewinnt der eigenverantwortliche Umgang mit Gesundheit an Bedeutung. Somit werden verlässliche Verbraucherinformationen und der Verbraucherschutz für Kunden im Gesundheitssystem an Bedeutung gewinnen.

Danksagung

Ich danke meinen Eltern Herbert und Marianne Meinert.

Ich danke Prof. Dr. Wittchen für die Möglichkeit, meine Arbeit an der TU Dresden schreiben zu dürfen und dem gesamten DETECT-Team für die Unterstützung.

Ich danke Heide Glaesmer für die wirkungsvolle Betreuung während der gesamten Zeit. Ihre ruhige Art, ein immer handhabbares Maß an Anregungen, oder die schlichte Nachfragen, wie es denn steht, waren motivierend und inspirierend.

Ich danke Jonny, Sunny und Norbert, denn mit ihnen löst man die größten Probleme am einfachsten im Galopp. „Let freedom ride!“

Ich danke, meiner Beate, Dorle, Carsten, Andreas und ganz besonders Trias, unermüdlich bis zum letzten Punkt.

Ich danke Björn Wortmann und meinen Kollegen für die Möglichkeit, als „Stipendiat der Stahlwerke“ Zeit für die Master-Arbeit und Raum für das Studium erhalten zu haben.

Ich danke Markus Strauch und Roman Baumgärtner für die umwerfenden Dialoge.

7 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die hier vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 30.08.2004

8 Literaturverzeichnis

- Apitz, R. and S. F. Winter (2004). "Potenziale und Ansätze der Prävention." Der Internist **45**(2): 139-147.
- Ärztezeitung (2003). Wirtschaftstip spezial. Ärzte Zeitung. Neu Isenburg, Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft. **Themenheft September**: 1-14.
- Ashenden, R., C. A. Silagy, et al. (1997). "A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation." Drug and Alcohol Review **16**: 33-40.
- Breyer, F. and P. Zweifel (1999). Gesundheitsökonomie. Berlin, Springer Verlag.
- Brüggemann, E. (2000). "Quo vadis, IGEL Hausarzt?" Der Allgemeinarzt **10**(20): 1584.
- Erdmann, K.-F. (2004). "IGeL Akademie - Seriosität ist Trumpf." IGeL-Plus **2**(2): 39-46.
- Forth, W., D. Henschler, et al. (1996). Pharmakologie und Toxikologie. Heidelberg, Spektrum.
- Franzkowiak, P. (2003). Subjektive Gesundheit / Alltagskonzepte von Gesundheit. Schwabenheim a. d. Selz, BZgA - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- GBA (2001). Akupunktur. Zusammenfassende Berichte. Arbeitsausschuss. Siegburg, Gemeinsamer Bundesausschuss. **2004**: Vertragärztliche Versorgung.
- Greß, S., D. Niebuhr, et al. (2004). "Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung." Journal of Public Health **12**(1): 32-42.
- Haag, H. (2002). "Schulmedizin und Naturheilkunde möglichst kombinieren." Der Allgemeinarzt **12**(11): 822-824.
- Hach, F. (2001). "Wie sie richtig abrechnen!" Der Hausarzt **10**(20): 25-28.
- Hasenbein, U., C. W. Wallesch, et al. (2003). "Ärztliche Compliance mit Leitlinien. Ein Überblick vor dem Hintergrund der Einführung von Disease-Management-Programmen." Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement(8): 363-375.
- Hauner, H., A. Hamann, et al. (2003). "Prävention und Therapie der Adipositas." Diabetes und Stoffwechsel **12**: 35-46.
- Heufelder, A. E. (2002). "Rezepte gegen das Altern." Der Hausarzt **11**(6): 44-48.
- k.A. (2003). "Power für die Frau." Der Hausarzt **12**(15): 31.
- KBV (2004). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt Stand: 31.12.2003. D. 4. Berlin, Kassenärztliche Bundesvereinigung. **2004**: Statistische Informationen.
- Kim, S. H., J. H. Han, et al. (2003). "Use of vitamins, minerals, and other dietary supplements by 17- and 18-year-old students in Korea." Journal of Medicinal Food **6**(1): 27-42.
- Koops, S. (2004). "Anti-Aging für Power im Alter." IGeL-Plus **2**(1): 28-37.
- Koops, S. (2004). "Hilfe beim richtigen Biß!" IGeL-Plus **2**(3): 24-30.
- Kossow, K.-D. (2001). "Ein Feld mit Chancen und Risiken." Der Hausarzt **10**(18): 12-13.
- Krimmel, L. (1998). "Chance oder Gefahr für Patienten." Forum für Gesellschaftspolitik(4): 101-103.

- Krimmel, L. (1998). "Individuelle Gesundheitsleistungen - Grundsätze, Ziele und Perspektiven." Forum für Gesellschaftspolitik(4): 81-90.
- Krimmel, L. (1998). Kostenerstattung und Individuelle Gesundheitsleistungen - Neue Chancen für Patienten und Ärzte. Köln, Deutscher Ärzte Verlag.
- KV Rheinhessen (2004). Private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen) für gesetzlich Krankenversicherte. Patienteninformation der KV Rheinhessen. Mainz, KV Rheinhessen. **2004**.
- Lasek, R. and B. Müller-Oerlinghausen (1998). Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Köln. **2004**: 2-8.
- Leischker, A. H. and G. F. Kolb (2002). "Bei Älteren ein großes Problem." Der Hausarzt **11**(18): 54-56.
- Leserbriefe (2001). "IGeLn in Deutschland Pro & Contra." Der Allgemeinarzt(11): 798-810.
- Lutter, H. and T. Pütz (2004). Raumentwicklung und Raumordnung in Deutschland - Teil 1 Raumentwicklung. R. I.-. Raumentwicklung. Bonn/Berlin, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. **2004**: 7-22.
- Marstedt, G. and S. Moebus (2002). Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden in der Medizin. Gesundheitsbeurichterstattung des Bundes. Berlin, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. **2004**.
- Müller, M. J. and S. Danielzik (2004). "Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen." Der Internist **45**(2): 168-172.
- Nieschlag, R., E. Dichtl, et al. (1975). Marketing. Berlin, Duncker&Humblot.
- Oldiges, F. J. (1998). "Solidarische und individuelle Gesundheitsleistungen." Die Ortskrankenkasse(8-9): 265-268.
- Pudel, V. and J. Westenhöfer (1998). Ernährungspsychologie. Göttingen, Hograefe.
- RKI (2004). Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und Bundesministerium für Bildung und Forschung. **2004**: Kapitel 4.3 Ernährung.
- Rogers, E. M. (1962). Diffusion of Innovations. New York, The Free Press.
- Runge, M. (2003). "Mumpitz oder sinnvolle Maßnahme." Der Hausarzt **12**(17): 48-53.
- Schmidt, R. and G. Thews (2000). Physiologie des Menschen. Berlin, Springer Verlag.
- Schumacher, H. (2001). "IGEL: Ja, aber richtig!" Rheinisches Ärzteblatt(6): 11-13.
- Schuster, H. (2002). "Umdenken in der Medizin." Der Hausarzt **11**(12): 45-48.
- Siegrist, J. and A. M. Möller-Leimkühler (1998). Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. Das Public Health Buch. F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe and J. Siegrist. München, Urban&Schwarzenberg. **1**: 94-109.
- STO (2003). "Überzeugen, nicht überreden." Der Hausarzt **12**(16): 35.
- Stößel, U. and J. v. Troschke (2003). "Der Arzt und die Gesundheitsförderung." Prävention **26**(1): 18-21.
- Strauch, M. (2002). Das Aufgabenverständnis niedergelassener Ärzte - Eine explorative Feldstudie. Institut für Psychologie - Arbeitsgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie. Freiburg im Breisgau, Albert-Ludwigs-Universität. **Diplom**.

Thill, K. D. IGeL Management: Bis zu 70% ungenutztes Potenzial. Düsseldorf, Institut für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (IFABS). 2004.

Walter, U. (2004). "Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention." Der Internist 45(2): 148-156.

Welling, H. (2003). Das Handbuch für den Praxiserfolg. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

Wiesmann, R. (2002). "Welche unmittelbaren Leistungsmöglichkeiten sind den Krankenkassen verblieben." Die BKK 90(4): 129-131.

Wölker, T. (2003). "Finden Sie die Bedürfnisse Ihrer Patienten heraus." Der Hausarzt 12(20): 37.

Zander, B. (2004). "Rechnung folgt!" Der Stern(30): 136-137.

Zdrowomyslaw, N. and W. Dürig (1999). Gesundheitsökonomie. München, R. Oldenbourg Verlag.

9 Anhang - DETECT-Vorstudie – Praxiserhebungsbogen