

Untersuchungen zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Studie im Auftrag der

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung,

gefördert durch das

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und

Verbraucherschutz

Abschlussbericht

Projektnummer (Aktenzeichen): 514-06.01-2811HS006

Laufzeit: 29.11.2011 bis 31.03.2012

Berichtszeitraum: 1998 bis 31.01.2012

Dr. med. Torsten Fürstenberg (IGES Institut GmbH)

Prof. Dr. iur. Christian Katzenmeier (Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln)

Mareike Laschat (IGES Institut GmbH)

Tobias Voigt (Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln)

Unter Mitarbeit von Karsten Zich (IGES Institut GmbH)

Berlin, 07. November 2012

Inhaltsübersicht

1	Ziele und Aufgabenstellung des Projekts	11
2	Planung und Ablauf des Projekts	15
3	Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde	16
4	Material und Methoden	26
5	Ergebnisse zum Informationsangebot zu IGeL <i>Torsten Fürstenberg, Mareike Laschat</i> <i>(IGES)</i>	33
6	Ergebnisse zu juristischen Fragestellungen <i>Christian Katzenmeier, Tobias Voigt</i> <i>(Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln)</i>	96
7	Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse	152
8	Zusammenfassung	154
9	Gegenüberstellung der ursprünglich geplanten zu den tatsächlich erreichten Zielen	163
10	Literaturverzeichnis	164

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Aufgabenstellung des Projekts.....	11
2	Planung und Ablauf des Projekts	15
3	Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde	16
3.1	Definition von IGeL.....	16
3.2	Aktueller Wissensstand.....	20
4	Material und Methoden	26
4.1	Systematische Literaturrecherche zu Studien über Informationsmöglichkeiten zu IGeL.....	26
4.2	Systematische Recherche zu Informationsmaterialien über IGeL im Internet	28
4.3	Recherche zu Informationsmaterialien über IGeL in Arztpraxen.....	30
4.4	Recherche zu Bewertungsinstrumenten für Verbraucherinformationen.....	31
5	Ergebnisse zum Informationsangebot zu IGeL.....	33
5.1	Welche Informationsmöglichkeiten haben Verbraucherinnen und Verbraucher derzeit zur IGeL-Thematik insgesamt und zu einzelnen IGeL und wie zuverlässig sind die jeweiligen Quellen einzuschätzen?.....	33
5.2	In welchem Ausmaß werden die Informationsmöglichkeiten genutzt, sind die gebotenen Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher zielführend und welche Informationen sind in der Gesprächssituation beim Arzt verfügbar?	37
5.3	Welche für Verbraucher entscheidungsrelevanten Kriterien zur Beurteilung von IGeL lassen sich allgemein oder bezogen auf einzelne häufige Leistungen benennen?	42
5.3.1	Untersuchung einer Auswahl des recherchierten Informationsmaterials zu IGeL	48
5.3.1.1	Untersuchung der Informationsmaterialien mit allgemeinen Informationen zu IGeL	48
5.3.1.2	Untersuchung der Informationsmaterialien mit leistungsspezifischen Informationen zu einer IGeL.....	52
5.3.2	Bewertung des recherchierten Informationsmaterials zu IGeL nach Organisationsgruppen	55
5.3.3	Untersuchung des recherchierten Informationsmaterials aus Arztpraxen	62

5.3.4	Zusammenfassende Bewertung des recherchierten Informationsmaterials	63
5.4	Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Inhalte, Nutzen und Preise von IGeL für Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen?	64
5.5	Welche Informationswege sind in Ergänzung der bestehenden Informationsmöglichkeiten sinnvoll?	67
5.6	Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Verbraucherinnen und Verbrauchern Entscheidungskriterien und Entscheidungshilfen für und gegen einzelne IGeL insbesondere im Bereich der Früherkennung an die Hand zu geben, und wie sind sie zu bewerten?	69
5.7	Welche differenzierte Konzeption einer Liste von IGeL ist zweckmäßig (inhaltlich; rechtliche Verbindlichkeit versus informatorische Internetliste; Trägerschaft; Kooperationsmöglichkeiten z. B. mit der Ärzteschaft oder den Krankenversicherungen)?	72
5.7.1	IGeL-Liste; Begriffsbestimmung	76
5.7.2	IGeL-Liste; mögliche Akteure	78
5.7.2.1	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	79
5.7.2.2	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	81
5.7.2.3	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	81
5.7.3	Verbindlichkeit einer IGeL-Liste	82
5.8	Welche Möglichkeiten der Qualitätssicherung und -Überwachung einzelner IGeL-Leistungen sind denkbar und wie sind diese zu bewerten?	86
5.8.1	Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung	87
5.8.2	Qualitätssicherung im Bereich IGeL	88
5.8.2.1	Qualitätssicherung mit Routinedaten	89
5.8.2.2	Freiwillige Qualitätssicherung	90
5.9	Welche Bedeutung hat der Markt der nicht erstattungsfähigen Leistungen für PKV-Versicherte, insbesondere für Personen, die im Basistarif/Tarifen mit geringerem Leistungsumfang bzw. ohne Zusatzversicherung versichert sind?	91
5.9.1	PKV-Versicherte mit einer Krankheitsvollversicherung	92
5.9.2	PKV-Versicherte im Basistarif	94
6	Ergebnisse zu juristischen Fragestellungen	96
6.1	Welche rechtlichen Konkretisierungen der ärztlichen Informationspflichten (z. B. zur Standardisierung von Informationen, Übergabe bestimmter Unterlagen) sind möglich und welche Vor- und Nachteile sind damit verbunden?	96

6.1.1	Aufklärungspflichten des Arztes nach geltendem Recht	98
6.1.1.1	Normativer Rahmen ärztlicher Aufklärungspflichten	98
6.1.1.2	Selbstbestimmungsaufklärung.....	100
6.1.1.2.1	Aufklärung über spezifische Risiken der IGeL- Behandlung	101
6.1.1.2.2	(Verlaufs-)Aufklärung und Indikation.....	104
6.1.1.2.3	Aufklärung über Behandlungsalternativen	106
6.1.1.2.4	Dringlichkeit der Behandlung und Zeitpunkt der Aufklärung	108
6.1.1.3	Wirtschaftliche Aufklärung	111
6.1.1.4	Zusammenfassung und Rechtsfolgen unzulänglicher Aufklärung.....	120
6.1.2	Möglichkeiten und Bedarf weiterer Regelungen zur ärztlichen Aufklärung.....	122
6.1.2.1	Normative Überlegungen zu einem verbindlichen IGeL-Verzeichnis	122
6.1.2.2	Schriftform der IGeL-Vereinbarung und Aufklärung	128
6.1.2.3	Einwilligungssperre	132
6.1.2.4	Zusammenfassung und Schlussbetrachtungen	137
6.2	Besteht ein Schutzinteresse der Verbraucherinnen und Verbraucher für ein zu schaffendes Widerrufsrecht in Verbindung mit § 355 BGB bei Verträgen über IGeL allgemein oder bei bestimmten IGeL?	144
6.2.1	Kündigungsrecht des Patienten de lege lata – §§ 627 Abs. 1, 628 BGB.....	144
6.2.2	Widerrufsrecht des Patienten – §§ 312 Abs. 1 S. 1, 355 BGB?	146
6.3	Besteht für PKV-Versicherte, insbesondere für Personen, die im Basistarif/Tarifen mit geringerem Leistungsumfang bzw. ohne Zusatzversicherung versichert sind, ein Schutzbedürfnis für eine Schriftformerfordernis des Behandlungsvertrages?	148
7	Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse	152
8	Zusammenfassung.....	154
8.1	Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher.....	155
8.2	Rechtliche Aspekte zu ärztlichen Informationspflichten, zum Widerrufsrecht und zum Schutzbedürfnis für eine Schriftformerfordernis bei PKV-Versicherten bei IGeL	157
8.3	IGeL-Liste.....	158
8.4	Qualitätssicherung bei IGeL	160
8.5	Fazit und Ausblick	161

9	Gegenüberstellung der ursprünglich geplanten zu den tatsächlich erreichten Zielen	163
10	Literaturverzeichnis.....	164

Abbildungen

Abbildung 1:	Bewertung der Erbringung von IGeL (Anteil ja-Antworten in Prozent)	23
Abbildung 2:	Literatúrauswahl im Rahmen der systematischen Recherche	27
Abbildung 3:	Ergebnisse der Internetrecherche	29
Abbildung 4:	Nutzung von Informationsquellen für gesundheitliche Fragen.....	38
Abbildung 5:	Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten	40

Tabellen

Tabelle 1:	Suchbegriffe der Internetrecherche (stufenweises Vorgehen)	28
Tabelle 2:	Instrumente zur Bewertung von Patienteninformationen	43
Tabelle 3:	Kriterienübersicht für die Bewertung des Informationsangebotes	45
Tabelle 4:	Übersicht der Informationsmaterialien zu IGeL aus der Recherche in Arztpraxen.....	62
Tabelle 5:	Anzahl Versicherte im Basistarif der privaten Krankenversicherung	94
Tabelle 6:	Treffer der systematischen Literaturrecherche.....	176
Tabelle 7:	Übersicht Organisationsgruppen	176
Tabelle 8:	Übersicht Organisationen (I).....	177
Tabelle 9:	Übersicht Organisationen (II)	177
Tabelle 10:	Übersicht Organisationen (III)	178
Tabelle 11:	Übersicht Organisationen (IV)	178
Tabelle 12:	Übersicht Organisationen (V)	179
Tabelle 13:	Übersicht Organisationen (VI).....	179
Tabelle 14:	Übersicht Organisationen (VII).....	181
Tabelle 15:	Übersicht Organisationen (VIII)	181

Tabelle 16:	Übersicht Organisationen (IX).....	185
Tabelle 17:	Übersicht Organisationen (X).....	185
Tabelle 18:	Übersicht Organisationen (XI).....	186
Tabelle 19:	Übersicht Organisationen (XII).....	186
Tabelle 20:	Aufgesuchte Arztpraxen für die Recherche von Informationsmaterial	186
Tabelle 21:	Quellen der Handsuche	187

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag - Ärzte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKV	Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MB/KK	Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
PKV	Private Krankenversicherung
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK

1 Ziele und Aufgabenstellung des Projekts

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind vereinfacht ärztliche Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind und für deren Kosten Verbraucherinnen und Verbraucher¹ somit selbst aufkommen müssen. IGeL finden sich in unterschiedlichen medizinischen Leistungsbereichen, etwa bei den Vorsorgeuntersuchungen, bei medizinisch-kosmetischen Leistungen oder bei Laborleistungen. Derartige Leistungen werden dem Patienten nach der für privatärztliche Leistungen gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt.

Für Verbraucherinnen und Verbraucher stellt sich bei IGeL die individuelle Frage der Einschätzung von Bedarf, Notwendigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit (inkl. Risiken) der Leistungen und der Angemessenheit ihrer Preise.

Es existiert zudem kein abgrenzbarer Katalog von IGeL mit Leistungsdefinitionen, Preisen und ggf. Qualitätskriterien, wie dies etwa im vertragsärztlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der Fall ist. Dies unterscheidet den Markt für IGeL maßgeblich von den regulierten Märkten für stationäre und vertragsärztliche Leistungen.² Solche einheitlichen Leistungsdefinitionen haben insbesondere im stationären Sektor, durch die Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG-System), zu einer zunehmenden Transparenz des Leistungsgeschehens auch für die Verbraucherinnen und Verbraucher geführt.

¹ Im vorliegenden Bericht werden mit Verbraucherinnen und Verbrauchern i. d. R. gesetzlich Versicherte (GKV-Versicherte) bezeichnet. Sofern sich Ausführungen (insbesondere) auch auf privat Versicherte (PKV-Versicherte) beziehen, wird dies kenntlich gemacht.

² Die Regulierung dieser Märkte ist u.a. durch die Vorgabe des Preises, der Zugangsbestimmungen für Anbieter oder einzuhaltende Qualitätsstandards gekennzeichnet.

Verbraucherinnen und Verbraucher sind somit im Bereich der IGeL – unabhängig von bestehenden Informationsasymmetrien zwischen ihnen und den Anbietern – in stärkerem Maße als in dem regulierten Markt der GKV-Leistungen auf transparente Informationen als Entscheidungsgrundlage angewiesen.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel der Studie, das aktuelle Informationsangebot zu IGeL systematisch und wissenschaftlich zu analysieren und insbesondere aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher die bestehende Transparenz und die Möglichkeit zur Bildung von Entscheidungskompetenz zu bewerten. Die aktuelle Transparenz für die Verbraucherinnen und Verbraucher aber auch deren aktuelles Nutzungsverhalten und deren Präferenzen sollen dargestellt werden. Dies ermöglicht auch die Identifikation möglicher Mängel.

Der Patient ist bei seiner Entscheidung, eine der je nach Autor der Aufstellung mehr als 300 offerierten Leistungen in Anspruch zu nehmen u. a. auf den fachkundigen Rat des behandelnden Arztes angewiesen. Für diesen könnte möglicherweise ein Konflikt zwischen Budgetdruck, Beurteilung der Indikation und vertrauensvoller Beratung des Patienten entstehen. Klärt der Arzt darüber auf, dass eine Individuelle Gesundheitsleistung zur Verfügung steht, oder empfiehlt er sie sogar, könnte dem Patienten die Ablehnung möglicherweise schwerfallen, selbst wenn die persönlichen Mittel knapp sind. Das Informationsungleichgewicht zwischen Arzt und Patient birgt hier besonderes Spannungspotenzial, der Arzt als vertrauensvoller Berater des Patienten nimmt zugleich die Rolle eines privaten Leistungsanbieters ein. Besondere Bedeutung kommt vor diesem Hintergrund den rechtlichen Implikationen ordnungsgemäßer ärztlicher Aufklärung und Information sowie den gesetzlichen Bedingungen der Entstehung und Auflösung eines wirksamen Vertrages über IGeL zu (Formerfordernisse, Widerruf oder Kündigung). Die in diesem Kontext bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ausgearbeitet und mit Blick auf einen rechtlich wirksamen Patienten- und Verbraucherschutz evaluiert.

Auf Basis dieser Erkenntnisse soll das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) in die Lage versetzt werden, ggf.

Maßnahmen zur Schaffung von Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher vornehmen zu können. Besondere Berücksichtigung kommt dabei auch der Beurteilung von Ausgestaltungs- und Umsetzungsmöglichkeiten einer geeigneten IGeL-Liste zu. Auch die Möglichkeiten zum Qualitätsmonitoring und zur Qualitätssicherung für IGeL wurden erarbeitet. Zur Erreichung dieser Ziele wurden im Rahmen der Studie Empfehlungen für Maßnahmen und geeignete Informationswege erarbeitet und für das BMELV unter Berücksichtigung von Kooperationsmöglichkeiten eingeordnet.

Die Untersuchung erfolgte, wie methodisch vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz vorgegeben, in Form einer Literaturanalyse und die Gliederung des Berichts folgt den Maßgaben der Leistungsbeschreibung des Auftraggebers.

Der vorliegende Bericht untersucht insbesondere folgende Fragestellungen zu IGeL:

- Welche Informationsmöglichkeiten haben Verbraucherinnen und Verbraucher derzeit zur IGeL-Thematik insgesamt und zu einzelnen IGeL und wie zuverlässig sind die jeweiligen Quellen einzuschätzen?
- In welchem Ausmaß werden die Informationsmöglichkeiten genutzt, sind die gebotenen Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher zielführend und welche Informationen sind in der Gesprächssituation beim Arzt verfügbar?
- Welche für Verbraucher entscheidungsrelevanten Kriterien zur Beurteilung von IGeL lassen sich allgemein oder bezogen auf einzelne häufige Leistungen benennen?
- Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Inhalte, Nutzen und Preise von IGeL für Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen?
- Welche Informationswege sind in Ergänzung der bestehenden Informationsmöglichkeiten sinnvoll?

- Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Verbraucherinnen und Verbrauchern Entscheidungskriterien und Entscheidungshilfen für und gegen einzelne IGeL insbesondere im Bereich der Früherkennung an die Hand zu geben, und wie sind sie zu bewerten?
- Welche differenzierte Konzeption einer Liste von IGeL ist zweckmäßig (inhaltlich; rechtliche Verbindlichkeit versus informatorische Internetliste; Trägerschaft; Kooperationsmöglichkeiten z. B. mit der Ärzteschaft oder den Krankenversicherungen)?
- Welche Möglichkeiten der Qualitätssicherung und -Überwachung einzelner IGeL-Leistungen sind denkbar und wie sind diese zu bewerten?
- Welche rechtlichen Konkretisierungen der ärztlichen Informationspflichten (z. B. zur Standardisierung von Informationen, Übergabe bestimmter Unterlagen) sind möglich und welche Vor- und Nachteile sind damit verbunden?
- Besteht ein Schutzinteresse der Verbraucherinnen und Verbraucher für ein zu schaffendes Widerrufsrecht in Verbindung mit § 355 BGB bei Verträgen über IGeL allgemein oder bei bestimmten IGeL?
- Welche Bedeutung hat der Markt der nicht erstattungsfähigen Leistungen für PKV-Versicherte, insbesondere für Personen, die im Basistarif oder in Tarifen mit geringerem Leistungsumfang bzw. ohne Zusatzversicherung versichert sind?
- Besteht für diese PKV-Versichertengruppen ein Schutzbedürfnis für eine Schriftformerfordernis des Behandlungsvertrages?

2 Planung und Ablauf des Projekts

Für die Durchführung der Untersuchung war eine Bearbeitungszeit von vier Monaten durch den Auftraggeber vorgesehen (29. November 2011 bis 31. März 2012). Entsprechend dieser Bearbeitungszeit sah das Untersuchungskonzept keine Primärdatenerhebung vor, sämtliche Fragestellungen sollten mit Literaturstudien beantwortet werden.

Bei der Durchführung der Untersuchung haben sich keine Abweichungen von der Planung ergeben.

3 Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde

Im Folgenden wird zunächst eine Definition von IGeL für diesen Bericht vorgenommen, um dann eine kurze Übersicht über IGeL und deren Leistungsmengen und Leistungsvolumen vorzunehmen.

3.1 Definition von IGeL

Eine einheitliche Definition oder Systematik von IGeL liegt bisher nicht vor und IGeL sind auch gesetzlich nicht definiert. Das Konzept und die erste Liste³ der IGeL wurden erstmals auf einer Pressekonferenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 18. März 1998 vorgestellt und beinhaltete eine von KBV und ärztlichen Verbänden und Berufsverbänden erstellte Liste von 68 Leistungen.⁴ Dadurch sollten Leistungen definiert werden, die von Vertragsärzten für GKV-Versicherte erbracht werden können, leistungsrechtlich aber keine GKV-Leistung sind und entsprechend von Vertragsärzten privat liquidiert werden können.⁵

Dies betrifft Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog gehören und auch keine Satzungsleistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V der individuellen Krankenkasse (z. B. reisemedizinische Impfungen) darstellen.

³ Es existiert keine abschließende und allgemein akzeptierte definitorische "IGeL-Liste"; da sich der Begriff durchgesetzt hat, wird er auch in diesem Bericht verwendet und entspricht einer beliebigen Aufstellung von Leistungen, die der jeweilige Autor als IGeL bezeichnet.

⁴ Die IGeL-Liste wurde 1999 um 11 Leistungen erweitert vgl. *Maus*, Deutsches Ärzteblatt 1999.

⁵ Es handelt sich somit um eine primär leistungsrechtliche Abgrenzung.

Es existieren unterschiedliche Definitionen von IGeL, die auch die unterschiedlichen Blickwinkel und Interessen der jeweiligen Organisationen bzw. Autoren auf IGeL widerspiegeln:

Die Bundesärztekammer⁶ definiert IGeL als ärztliche Leistung, die

- generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen,
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und
- von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden.

Raspe⁷ definiert IGeL hingegen als nicht-gewerbliche Leistungen von Vertragsärzten

- für kranke und gesunde GKV-Versicherte,
- die aktuell nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören,
- damit das Maß des sozialrechtlich aktuell als nützlich, notwendig und wirtschaftlich Definierten überschreiten,
- von Patienten jedenfalls akzeptiert werden,
- von ihnen vollständig privat zu finanzieren sind und
- damit zu einer Quelle zusätzlicher ärztlicher Einkünfte werden.

Der IGeL-Monitor⁸ definiert IGeL als Leistungen, die

- per Gesetz nicht zu den Aufgaben der GKV gehören oder

⁶ *Bundesärztekammer*, Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. - 26. Mai 2006 in Magdeburg, 2006.

⁷ *Raspe*, Ethik in der Medizin 2007.

⁸ *MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.*, IGeL-Monitor. URL:<http://www.igel-monitor.de> (Zugriff: 29.02.2012).

- medizinische Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, die nicht zeigen können oder nicht gezeigt haben, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

IGeL können u. a. leistungsrechtlich und zur Abgrenzung gegenüber GKV-Leistungen, die abschließend im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschrieben sind (vgl. § 87 Abs. 2 SGB V), differenziert werden in Leistungen, die

- nach SGB V⁹ bzw. nach Bundesmantelvertrag¹⁰ von der GKV-Leistungspflicht ausgeschlossen sind, z. B. Einstellungs- oder Tauglichkeitsuntersuchungen
- von der GKV-Leistungspflicht wegen fehlender Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen sind.¹¹ Hierunter fallen
 - Leistungen mit negativem Beschluss des G-BA¹², z. B. die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen

⁹ Weil sie nicht durch eine originäre Heilbehandlung veranlasst sind (s. §§ 2 Abs. 1 S. 1, 11 Abs. 1, 20 ff. SGB V), sondern auf individuelle Bedürfnisse zurückgehen.

¹⁰ § 3 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 2 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (EKV) beinhalten einen Katalog von Leistungen, die von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind. Hierunter fallen z. B. Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (einschließlich Sporttauglichkeit), auch wenn sie für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind oder Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z. B. Versorgungsbehörde) zuständig ist oder dem Arzt einen Auftrag gegeben hat.

¹¹ Für die Mehrheit der IGeL steht entweder diese Beratung der Leistung durch den G-BA oder zumindest eine positive Beschlussfassung noch aus; vgl. *Windeler*, in: VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen.

¹² Die somit nach einer Überprüfung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durch den G-BA gem. § 135 Abs.1 SGB V aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurden.

gischen und schmerztherapeutischen Indikationen oder die Ultraviolettbestrahlung des Blutes (UVB)¹³

- Leistungen für die bisher kein Beschluss des G-BA gefasst wurde z. B. die „virtuelle“ Darmspiegelung oder die nicht-invasive Koronararteriographie (EBCT)
- von der GKV-Leistungspflicht wegen fehlender Wirtschaftlichkeit nach § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V ausgeschlossenen sind; diese Leistungen sind zwar Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs und sind entsprechend im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnungsfähig, im konkreten Behandlungsfall sind sie hingegen als unwirtschaftlich anzusehen. Hierzu zählen z. B. bestimmte Früherkennungsuntersuchungen außerhalb des spezifizierten Anspruchs z. B. durch die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL).¹⁴

IGeL wurden somit als Selbstzahlerleistungen (oder auch „Wahlleistung“, „Wunschleistung“ o. ä.) für GKV-Versicherte bei Vertragsärzten konzipiert und werden als solche auch heute noch üblicherweise verstanden, allerdings existieren auch für PKV-Versicherte Leistungen ohne Kostenerstattungsanspruch, die als IGeL bezeichnet werden sollten (s. hierzu Abschnitt 5.9) und auch rein privatärztlich tätige Ärzte können IGeL sowohl bei GKV als auch bei PKV-Versicherten erbringen.

¹³ Vgl. *Gemeinsamer Bundesausschuss*, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), 2011b.

¹⁴ Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Die zweite Koloskopie kann frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie beansprucht werden (vgl. dazu *Gemeinsamer Bundesausschuss*, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), 2011a). Zur Abrechnung dient die Gebührenordnungsposition 01741 (Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) des EBM.

IGeL definieren sich zusammenfassend somit i. d. R. durch normativ-formelle Abgrenzung der Leistungen vom Leistungsspektrum der GKV¹⁵ und sind aus Verbraucherinnen- und Verbraucherperspektive insbesondere dadurch definiert, dass die Leistungen von ihnen privat zu finanzieren sind.

Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf IGeL für Verbraucherinnen und Verbraucher (GKV und PKV Versicherte) im ambulanten Sektor ohne Berücksichtigung zahnärztlicher Leistungen; IGeL im Krankenhaus, die auch möglich sind, werden nicht betrachtet.¹⁶ Ebenso werden IGeL, die die Verordnung von Medikamenten betreffen, nicht berücksichtigt.

3.2 Aktueller Wissensstand

Studien zeigen, dass IGeL von Ärzten zunehmend angeboten werden. Nach einer Studie von Zok wird mehr als jedem vierten GKV-Versicherten (28,9%) innerhalb eines Jahres eine derartige Leistung angeboten. Gegenüber 2001 (8,9%) stellt dies eine Verdreifachung dar.¹⁷ Auch die Versichertenbefragungen der KBV¹⁸ zeigen eine Zunahme von 19% im Jahr 2006 auf 24% im Jahr 2011 der GKV-Versicherten, denen bei einem Arztbesuch in den vorangegangenen Jahren vom Arzt IGeL angeboten wurden.¹⁹ Der Gesundheitsmonitor 2007 der Bertelsmann Stiftung zeigt mit 53% einen höheren Anteil von gesetzlich Versicherten, denen in den letzten 12 Monaten IGeL angeboten wurde und der sich zwischen 2004 und

¹⁵ Hess, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 5; *Schuldzinski*, VuR 2007, 428.

¹⁶ Die Rechtslage erschwert im stationären Sektor noch stärker als im ambulanten Sektor die Abgrenzung von allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Vgl. dazu *Kersting/Pillokat*, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2006.

¹⁷ Zok, *WidOmonitor* 2010.

¹⁸ Im Rahmen der Versichertenbefragung der KBV Befragung wurden die Fragen zu IGeL ausschließlich GKV-versicherten Befragten gestellt.

¹⁹ *Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld*, Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, 2006, 2011.

2006 mehr als verdoppelt hat.²⁰ Allerdings wurden die angebotenen Leistungen den ersten beiden Befragungen im Jahr 2004 zufolge noch von 79% bzw. 86% der Versicherten angenommen, die Befragung im Jahr 2006 zeigte lediglich eine Inanspruchnahme der angebotenen IGeL durch 56% der Versicherten.

Das Volumen der IGeL beträgt nach Zok – bei durchschnittlichen Kosten von 98 € je IGeL und 15,8 Millionen IGeL – jährlich ca. 1,5 Mrd. Euro.²¹

Diese Schätzung verdeutlicht auch die Bedeutung von IGeL für Ärzte; laut einer gemeinsamen Studie der GfK und der Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2005 bieten 74% der befragten Ärzte IGeL an und 49% geben an, dass ihre Praxis ohne Individuelle Gesundheitsleistungen auf Dauer nicht mehr wirtschaftlich zu betreiben sei.²² Der Umsatzanteil aus Selbstzahlerleistungen lag nach Angabe der befragten Ärzte im Jahr 2009 bei 48% der Ärzte zwar bei unter 5%, betrug allerdings bei 27% der Ärzte zwischen 5% und 10% des Umsatzes und bei 8% der Ärzte machten IGeL mehr als 20% des Umsatzes aus.²³

Verbraucherinnen und Verbraucher fragen beim Arztbesuch z. T. gezielt nach bestimmten Zusatzleistungen, wie z. B. kosmetischen Leistungen oder „Verfahren und Therapien [...], die vergleichsweise stark beworben werden (Hautkrebsvor-

²⁰ *Schuldzinski/Vogel* in: Böcken/Braun/Amhof, Gesundheitsmonitor 2007.

²¹ Schätzung des Volumens nach Zok, WIdOmonitor 2010. Dies entspricht etwa 5% der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen (vgl. *Deutscher Bundestag*, Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung für das 1. bis 4. Quartal 2009, 2010).

²² *Gesellschaft für Konsumforschung/Stiftung Gesundheit*, Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit - Gemeinsame Studie der GfK und der Stiftung Gesundheit, 2005.

²³ *Ärzte Zeitung/Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen*, IGeL n – immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009, 2009.

sorge²⁴, PSA-Test, Medikamente)“, in den meisten Fällen (71%) fragen sie jedoch nicht von sich aus nach IGeL.^{25,26} Auch durch die Arzthelferinnen, ausliegende Broschüren oder Plakate im Wartezimmer des Arztes werden Patienten auf IGeL aufmerksam gemacht.²⁷ Dabei werden überwiegend eigene Praxismaterialien (z. B. Flyer, Aufsteller, Plakate, Präsentationen etc.) verwendet und eher selten externes Informationsmaterial etwa von der pharmazeutischen Industrie.²⁸

Im Rahmen des 109. Ärztetages im Jahr 2006 wurden Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen verabschiedet, da „jedes Angebot individueller Gesundheitsleistungen [...] der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten Rechnung tragen [muss], die auch bei nicht notwendigen Leistungen nicht zu Kunden werden. Nur ein seriöses Anbieten individueller Gesundheitsleistungen kann das für den Erfolg jeder Heilbehandlung unverzicht-

²⁴ Im Jahr 2008 wurde das Hautkrebs-Screening eine GKV-Leistung (vgl. dazu *Gemeinsamer Bundesausschuss*, Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Hautkrebs-Screening. Vom 15. November 2007). Als IGeL kann die Hautkrebsvorsorge weiterhin angeboten werden, z. B. mit einer anderen Untersuchungstechnik.

²⁵ vgl. *Zok*, *WidOmonitor* 2010.

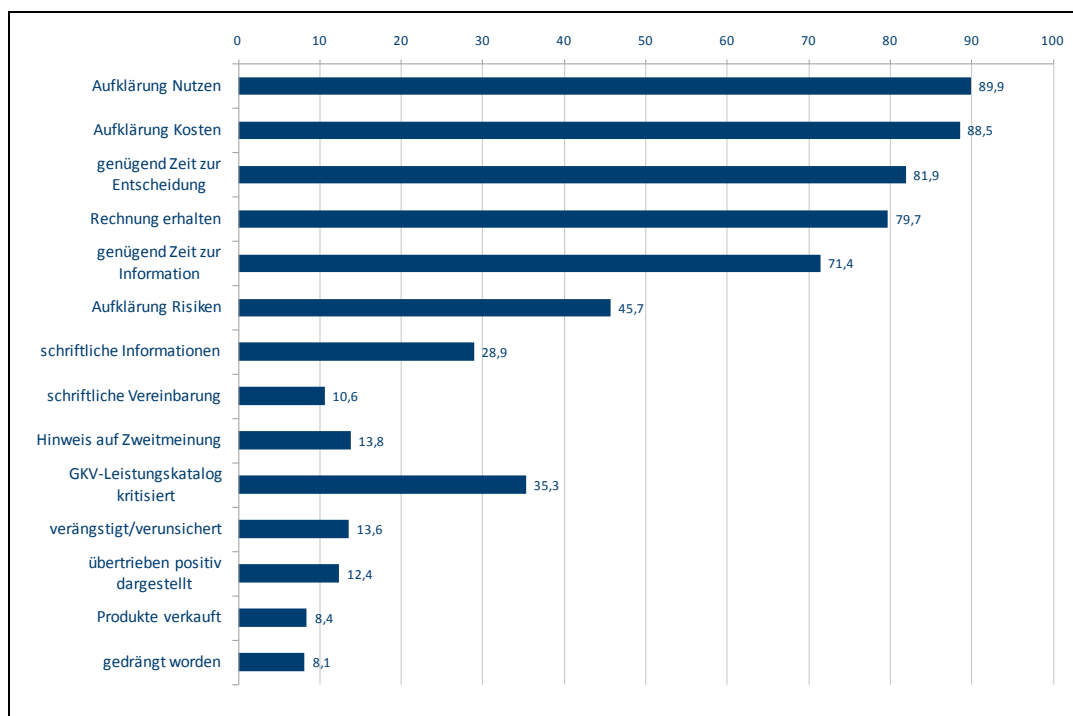
²⁶ Der Untersuchung der privatärztlichen Verrechnungsstellen aus dem Jahr 2009 zufolge sprechen 23% der befragten Ärzte ihre Patienten i. d. R. bei allen Patientenkontakten aktiv auf IGeL-Angebote an. 58% der dort befragten Ärzte geben an, Patienten zwar aktiv auf ihre IGeL-Angebote anzusprechen, allerdings nur bedarfsweise im ärztlichen Einzelgespräch (*Ärzte Zeitung/Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen*, IGeLn – immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009, 2009). Beim Angebot von IGeL muss stets berücksichtigt werden, dass anpreisende Werbung gem. § 27 Abs. 3 MBO-Ä berufswidrig ist und deren Unzulässigkeit im Rahmen des 109. Deutschen Ärztetages auch bezogen auf IGeL betont wurde (vgl. *Bundesärztekammer*, Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. - 26. Mai 2006 in Magdeburg, 2006).

²⁷ *Zok/Schuldzinski*, in: *WidO/VZ NRW*, Private Zusatzleistungen.

²⁸ *Ärzte Zeitung/Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen*, IGeLn – immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009, 2009.

bare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erhalten“.²⁹ Diese Gebote beziehen sich u. a. auf die Aufklärungspflichten des Arztes, das Schließen eines Behandlungsvertrages oder die GOÄ-Liquidation. Richter et al. beziehen sich bei ihrer Untersuchung auf diese Forderungen und die Anwendungserfahrungen der Befragten zu diesen Aspekten.³⁰ Dabei zeigt sich, dass annähernd 90% der Befragten über die Kosten und den Nutzen der Leistung, allerdings nur 46% über die Risiken aufgeklärt wurden und 71% genügend Zeit zur Information bzw. 82% genügend Zeit zur Entscheidung hatten (vgl. Abbildung 1). Nur 39% der Befragten gaben an, schriftliche Informationen erhalten zu haben und bei 21% wurde eine schriftliche Vereinbarung getroffen. Zudem fühlten sich 8% der Befragten gedrängt und sogar 14% verängstigt oder verunsichert.

Abbildung 1: Bewertung der Erbringung von IGeL (Anteil ja-Antworten in Prozent)



Quelle: Richter et al. (2009)

²⁹ Bundesärztekammer, Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. - 26. Mai 2006 in Magdeburg, 2006.

³⁰ Richter/Rehder/Raspe, Deutsches Ärzteblatt 2009.

Auch die Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner berichtet in ihrem Tätigkeitsbericht, dass sich Patienten z. T. zu IGeL gedrängt fühlen³¹, ebenso wie Ombudsstellen von Schwierigkeiten der Patienten in Bezug auf IGeL-Angebote beim Arzt berichten.³²

Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass Verbraucherinnen und Verbraucher transparente Informationen zu IGeL benötigen, die sie bei der Erwägung einer Inanspruchnahme umfassend sowohl über die formalen Anforderungen an eine solche Leistung, als auch über die jeweilige Leistung selbst informieren. Transparente Informationen sollen Verbraucherinnen und Verbraucher „befähigen, eigenständig oder gemeinsam mit Anderen Entscheidungen zu Gesundheitsfragen zu treffen, die ihren persönlichen Präferenzen, Wertvorstellungen und Lebenssituationen so weit wie möglich entsprechen.“³³ Darüber hinaus gelten Kompetenz und Entscheidungsbeteiligung, d. h. Partizipation „als Schlüsselqualitäten der Nutzer von Gesundheitsleistungen für eine optimale Beanspruchung des Gesundheitswesens und zur Steuerung der Versorgung“.³⁴

Auch der HTA-Bericht (Health Technology Assessment) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu Individuellen Gesundheitsleistungen aus dem Jahr 2011³⁵ fordert Informationen zu IGeL als Grundlage für Transparenz: „Um mehr Transparenz herzustellen, sollte den For-

³¹ *Senatsverwaltung für Gesundheit* Tätigkeitsbericht Patientenbeauftragte für Berlin, 2008. Darüber hinaus wird dort von eingegangenen Beschwerden der Patienten berichtet, die sich u. a. auf eine unzureichende Aufklärung über IGeL, Unklarheiten bei den Kosten oder „wiederholtes Ansprechen der Leistung, trotz mehrmaliger Ablehnung in einer Behandlungssituation“ beziehen.

³² Beispielsweise dazu Tätigkeitsbericht Ombudsverein Schleswig-Holstein 2005 nach *Rehder*, Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen in Deutschland : Hintergründe, Angebote, Patientenerfahrungen, 2008.

³³ *Klemperer et al.* Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘.

³⁴ *Klemperer et al.* Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘.

³⁵ *Schnell-Inderst/Hunger/Hintringer/Schwarzer/Seifert-Klauss/Gothe/Wasem/Siebert*, Individuelle Gesundheitsleistungen, 2011, S. 2.

derungen nach wissenschaftlich fundierten, unabhängigen Patienteninformationen entsprochen werden. Ob eine offizielle Positiv- und Negativliste ein geeignetes Orientierungsinstrument für Patienten und Ärzte sein könnte, muss geprüft werden.“

4 Material und Methoden

Die Untersuchung erfolgte, wie methodisch vom BMELV vorgegeben, insbesondere in Form einer Literaturanalyse. Auf der Grundlage von Untersuchungen zur Nutzung von Informationsquellen zu gesundheitlichen Themen (vgl. dazu die Ausführungen unter Abschnitt 5.1) wurden im Rahmen einer internen, strukturierter Expertendiskussion Datenquellen ausgewählt, über die sich Verbraucherinnen und Verbraucher zu IGeL informieren können und die im Rahmen der Untersuchung zum Informationsangebot zu IGeL schwerpunktmäßig betrachtet werden sollen. Im Fokus der Untersuchung stehen demzufolge insbesondere Informationsangebote im Internet, Bücher und Zeitschriften sowie die von Ärzten bereitgestellten schriftlichen Informationen. Um diese Informationsmöglichkeiten untersuchen zu können, wurden mithilfe einer systematischen Internetsuche und einer Recherche in Arztpraxen konkrete Beispiele für diese Datenquellen zusammengetragen.

4.1 Systematische Literaturrecherche zu Studien über Informationsmöglichkeiten zu IGeL

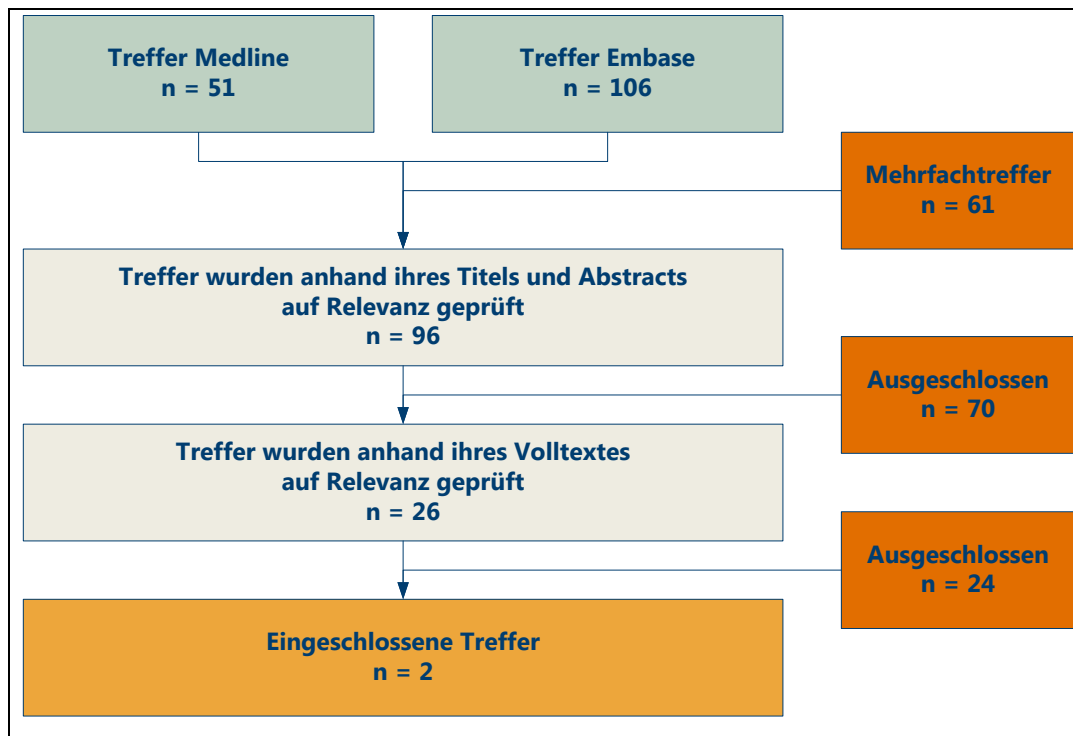
Zur Identifikation von bereits durchgeführten Untersuchungen zu bestehenden Informationsmöglichkeiten und dem Umfang der Nutzung dieser Möglichkeiten wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Die Suche wurde mit den Begriffen „IGeL“ und „individual health services“ in den Literaturdatenbanken PubMed und Embase durchgeführt.

Die Treffer der systematischen Literaturrecherche (157) wurden um Duplikate bereinigt und die verbliebenen Treffer (96) anhand des Titels und des Abstracts auf Relevanz geprüft. Davon wurden 26 Treffer beschafft bzw. bestellt, die nach ihrem Eingang im Volltext auf Relevanz geprüft wurden (vgl. Abbildung 2). Nach der Volltextprüfung verblieben 2 Treffer, wobei es sich bei einem Treffer um den HTA-Bericht des DIMDI zu Individuellen Gesundheitsleistungen handelt, der als

Übersichtsarbeit auch relevante Ergebnisse zu den für Verbraucherinnen und Verbraucher bestehenden Informationsmöglichkeiten und dem Umfang deren Nutzung beinhaltet.³⁶

Abbildung 2: Literatursauswahl im Rahmen der systematischen Recherche



Quelle: IGES; zu den Treffern der systematischen Literaturrecherche vgl. Tabelle 6 im Anhang

Um die Trefferzahl der systematischen Literaturrecherche auch durch graue Literatur zu ergänzen, wurde darüber hinaus eine ausführliche Handsuche in nicht gelisteten Zeitschriften, Büchern und im Internet durchgeführt, bei der 67 Treffer identifiziert werden konnten.

Die Treffer der Handsuche wurden nach dem Eingang ebenfalls anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Insgesamt konnten 31 relevante Treffer identifiziert werden. Die Treffer der systematischen Literaturrecherche und der Handsu-

³⁶ Schnell-Inderst/Hunger/Hintringer/Schwarzer/Seifert-Klauss/Gothe/Wasem/Siebert, Individuelle Gesundheitsleistungen, 2011.

che (33) wurden im weiteren Verlauf in die Untersuchung einbezogen und für die Beantwortung der Fragestellungen herangezogen.

4.2 Systematische Recherche zu Informationsmaterialien über IGeL im Internet

Aufbauend auf den Ergebnissen der Vorüberlegungen zu den Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher zu IGeL wurden für die Recherche von Informationsmöglichkeiten im Internet systematisch die Internetseiten relevanter Organisationen (vgl. Tabelle 7 bis Tabelle 19 im Anhang) durchsucht. Dabei wurde zunächst anhand des Begriffes IGeL und ggf. – sofern diese Suche zu unspezifische Ergebnisse erzielte oder eine Trefferzahl > 30 ergab – anhand weiter modifizierter Suchbegriffe (vgl. Tabelle 1) innerhalb der gesamten Internetadresse (URL; Uniform Resource Locator) der jeweiligen Organisation gesucht.

Tabelle 1: Suchbegriffe der Internetrecherche (stufenweises Vorgehen)

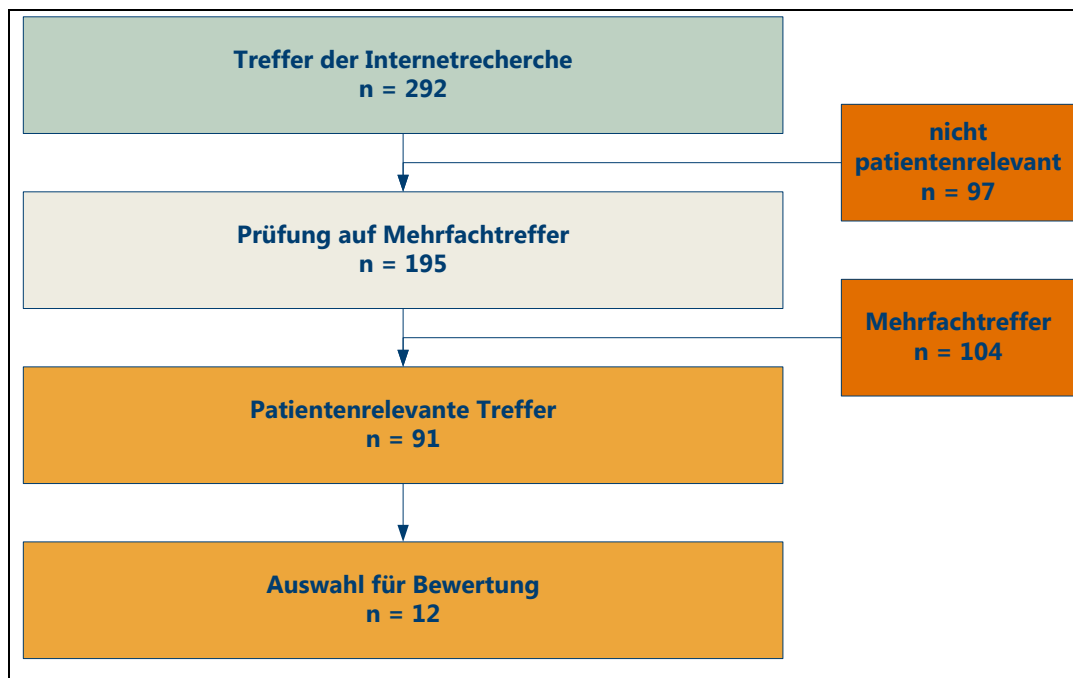
Suchbegriff
IGeL
"Individuelle Gesundheitsleistung" OR "Individuelle Gesundheitsleistungen"
"Individuelle Gesundheitsleistung" OR "Individuelle Gesundheitsleistungen"
UND Patient
"Individuelle Gesundheitsleistung" OR "Individuelle Gesundheitsleistungen" UND Patienteninformation

Quelle: IGES

Sämtliche Suchergebnisse wurden anschließend geprüft und relevante Treffer gesichert. Insgesamt konnten mit der systematischen Internetrecherche 292 Treffer erzielt werden, wobei sich die gefundenen Informationsmaterialien (Internetseite, Broschüre etc.) für Verbraucherinnen und Verbraucher sowohl auf allge-

meine Informationen zu IGeL als auch auf einzelne IGeL beziehen.³⁷ Die Ergebnisse der Recherchen wurden zunächst auf Relevanz geprüft und sofern dabei einzelne Treffer einen zu geringen Detaillierungsgrad aufwiesen oder als nicht primär relevant für Verbraucherinnen und Verbraucher eingestuft wurden, von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen (vgl. Abbildung 3). Außerdem wurden identische Informationsmaterialien (insbesondere Broschüren) ausgeschlossen, die von unterschiedlichen Organisationen bereitgestellt werden, sich in einigen Fällen jedoch nur durch eine Anpassung des Layouts an die bereitstellende Organisation voneinander unterscheiden, im Hinblick auf den Inhalt aber identisch sind.

Abbildung 3: Ergebnisse der Internetrecherche



Quelle: IGES

Insgesamt verblieben nach der Prüfung und dem Ausschluss von Mehrfachtreffern 91 patientenrelevante Treffer der Internetrecherche, aus denen 12 Treffer ausge-

³⁷ Die Informationsmaterialien werden den Verbraucherinnen und Verbrauchern i. d. R. kostenlos zur Verfügung gestellt, lediglich eine der im Rahmen der Internetrecherche gefundenen Broschüren war kostenpflichtig.

wählt wurden, die im Rahmen der weiteren Untersuchung hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit und dem Informationsgehalt bewertet wurden. Die Auswahl beinhaltet ausschließlich Informationsmaterialien, die einen relevanten eigenständigen Textanteil aufweisen und über allgemeine bzw. definatorische Informationen hinausgehen.³⁸

Die Treffer einer separaten Handsuche zu Informationsmöglichkeiten für Patienten (Ratgeber „IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen“³⁹ sowie das Internetportal www.igel-monitor.de) wurden zudem in die weitere Untersuchung einbezogen⁴⁰, sodass insgesamt 14 Informationsmaterialien im Rahmen der Bewertung untersucht wurden (vgl. Abschnitt 5.3.1). Insgesamt konnten somit 93 patientenrelevante Treffer im Rahmen der Internetrecherchen bei relevanten Organisationen und der Handsuche identifiziert werden.

4.3 Recherche zu Informationsmaterialien über IGeL in Arztpraxen

Darüber hinaus wurde eine nicht repräsentative Auswahl von Informationsmaterialien, die Verbraucherinnen und Verbrauchern in Vertragsarztpraxen zur Verfügung gestellt werden, zusammengetragen. Dazu wurden 50 Arztpraxen in Berlin aufgesucht und um die Bereitstellung des bei ihnen angebotenen Informationsmaterials zu IGeL gebeten. Die Auswahl der Arztpraxen erfolgt zufällig innerhalb eines Postleitzahlbereiches anhand der Arztsuche der KV Berlin. Aufgesucht wurden Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen (vgl. Tabelle 20), wobei die

³⁸ D. h. Informationsmaterialien, die vorrangig weiterführende Links zu IGeL bereitstellen, sind in dieser Auswahl nicht enthalten, ebenso wie Checklisten mit zu beachtenden Aspekten bei einer IGeL-Inanspruchnahme oder Auflistungen typischer IGeL.

³⁹ *Schneider/Wigger*, IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen, 2007.

⁴⁰ Die Handsuche lieferte mit dem Ratgeber „Der große IGeL-Check: Wann medizinische Zusatzleistungen sinnvoll sind und was sie kosten“ (Hader, Bernd; Knaur, München 2005) einen weiteren Treffer, der jedoch nicht in die weitere Untersuchung einbezogen wurde, da er über den regulären Buchhandel derzeit nicht mehr lieferbar ist.

Auswahl der Praxen korrespondierend zu der Verteilung der Vertragsärzte innerhalb Deutschlands (Quelle Ärztestatistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2010) erfolgte. Von dieser Verteilung wurde bei einzelnen Fachrichtungen ggf. abgewichen, um eine Mindestanzahl von drei Arztpraxen je Fachrichtung bzw. Schwerpunkt aufsuchen zu können. Die Auswertung der von Arztpraxen bereitgestellten Informationsmaterialien erfolgte unabhängig von dem Arzt bzw. dessen Fachrichtung. Bei der Recherche handelt es sich aufgrund der geringen Anzahl von befragten Vertragsärzten und der regionalen Eingrenzung um eine nicht repräsentative Erhebung.

Durch die Recherche in den Arztpraxen konnten insgesamt 51 Informationsmaterialien unterschiedlicher Fachrichtungen zusammengestellt werden. Davon bezogen sich 20 Informationsmaterialien nicht bzw. nur indirekt auf IGeL, sondern etwa auf einzelne Krankheitsbilder (z. B. Speiseröhrenkrebs) bzw. deren Therapie (z. B. Hüftgelenksimplantation) oder es handelte sich um eine Praxisbeschreibung, die ggf. auch das Leistungsangebot und darunter auch IGeL umfasst, sodass letztlich 31 Informationsmaterialien zu IGeL durch die Recherche in den Arztpraxen identifiziert wurden.

4.4 Recherche zu Bewertungsinstrumenten für Verbraucherinformationen

Nach der Sichtung der Rechercheergebnisse wurden die identifizierten Informationsmaterialien systematisch ausgewertet, analysiert und anhand eines Bewertungsschemas beurteilt. Vorbereitend für die Entwicklung des Bewertungsschemas wurden zunächst anhand einer Literaturrecherche und einer Handsuche Methoden zur Bewertung von Verbraucherinformationen im Gesundheitswesen recherchiert. Bei der Recherche wurden auch thematische Übersichtsarbeiten zu

Bewertungsinstrumenten⁴¹ und die dort aufgeführten, für die Untersuchung relevanten Instrumente berücksichtigt.

Insgesamt wurden 12 Instrumente identifiziert, von denen 8 nach Prüfung auf eine mögliche Übertragbarkeit als Grundlage für die Entwicklung des Bewertungsschemas verwendet wurden.⁴²

Darüber hinaus wurden in diesem Zusammenhang auch einzelne Expertengespräche u. a. zum Thema evidenzbasierte Patienteninformation⁴³ geführt, um die Anwendungsmöglichkeiten bereits entwickelter Verfahren und Methoden zu erörtern.

Der Fokus der identifizierten Methoden liegt in der Regel auf der Erstellung von Patienteninformationen und den dabei zu berücksichtigenden Qualitätsanforderungen ohne explizite Berücksichtigung von IGeL. Daher wurde basierend auf den bestehenden Methoden ein Kriterienkatalog entwickelt, der die Besonderheiten von IGeL und die Anforderungen an diesbezügliches Informationsmaterial berücksichtigt, um die relevanten Ergebnisse der Recherchen anschließend hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit und dem Informationsgehalt bewerten zu können. Die Bewertung erfolgte unabhängig voneinander durch zwei Autoren; bei abweichender Bewertung wurden die Ergebnisse diskutiert und konsentiert. Der entwickelte Kriterienkatalog, der auf ausgewählte Informationsangebote angewendet wurde, wird in Kapitel 5.3 dargestellt.

⁴¹ Beispielsweise *Köpke/Berger/Steckelberg/Meyer*, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2005.

⁴² Für die Entwicklung des Bewertungsschemas wurden sehr kurze, übersichtsartige Kriterienzusammenstellungen nicht berücksichtigt.

⁴³ Evidenzbasierte Patienteninformationen basieren auf objektiven und wissenschaftlich belegten Aussagen zu Erkrankungen und deren Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten und stellen eine Grundlage für Patienten da, sich für oder gegen in Frage kommende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu entscheiden. Evidenzbasierte Patienteninformationen berücksichtigen sowohl die zum Zeitpunkt der Erstellung vorhandenen besten und aussagekräftigsten Daten zu den untersuchten Themen als auch Erfahrungen und Bedürfnisse betroffener Patienten (vgl. *ÄZQ Manual Patienteninformation*).

5 Ergebnisse zum Informationsangebot zu IGeL

*Torsten Fürstenberg, Mareike Laschat
(IGES)*

5.1 Welche Informationsmöglichkeiten haben Verbraucherinnen und Verbraucher derzeit zur IGeL-Thematik insgesamt und zu einzelnen IGeL und wie zuverlässig sind die jeweiligen Quellen einzuschätzen?

Für Verbraucherinnen und Verbraucher bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, Informationen zu Gesundheitsleistungen und im Speziellen zu IGeL zu beziehen. Bei Informationen zu IGeL muss unterschieden werden zwischen allgemeinen Informationen zum Thema IGeL und Verbraucherinformationen zu speziellen Leistungen.

Dem behandelnden Arzt kommt als Anbieter der IGeL eine entscheidende Informationsfunktion zu. Dieser bietet dem Patienten die IGeL entweder von sich aus an oder er reagiert auf eine gezielte Nachfrage des Patienten zu einer speziellen IGeL. In beiden Fällen obliegt es ihm, den Nutzen und ggf. bestehende Risiken der Behandlung zu erläutern (vgl. zu ärztlichen Aufklärungspflichten Abschnitt 6.1.1). Da die Kosten der IGeL nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, regelt § 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä, dass der Vertragsarzt als Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch den Patienten auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hinzuweisen hat.

Die Information durch den Arzt wird vielfach durch Informationsbroschüren ergänzt, die entweder von ihm selbst oder von anderen Unternehmen und Organisationen (z. B. pharmazeutische oder medizintechnische Unternehmen, Anbieter labordiagnostischer Leistungen, Deutsche Krebshilfe o. ä.) erstellt wurden.

Bei der Recherche von Informationsmaterialien zu IGeL in Arztpraxen zeigte sich, dass die für Patienten bestimmten Broschüren entweder gut ersichtlich auf dem Empfangstresen bzw. im Wartezimmer ausliegen, von den Praxismitarbeitern ausgegeben werden oder den Patienten im Behandlungsraum bzw. durch den Arzt

bereitgestellt werden. Einige Praxen bieten keine Informationsmaterialien in Papierform an. Diese gaben dazu etwa an, dass IGeL in ihrer Praxis nur geringe Bedeutung hätten, dass anstelle von Flyern bzw. Broschüren die Informationen zu IGeL auf der Internetseite der Praxis zu finden seien oder die IGeL ausschließlich persönlich bzw. individuell vom Arzt erklärt würden (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 5.2 zu Beratungsgesprächen durch Ärzte).⁴⁴

Auch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen oder Ärztekammern, Verbraucherzentralen, Patientenberatungsstellen und andere patientenbezogene Organisationen erstellen gesundheitliche Informationsmaterialien für Verbraucherinnen und Verbraucher als Printinformation oder aber auch als Internetangebot.

Insbesondere das Angebot von internetbasierten Informationen hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Die darüber bereitgestellten Informationen stehen Verbraucherinnen und Verbrauchern entweder in Textform auf einer Internetseite oder als Broschüre zur Verfügung, die von der Internetseite heruntergeladen werden kann.

Unabhängig von der Art und Weise der Bereitstellung des Informationsmaterials können z.T. erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Qualität der enthaltenen Informationen bestehen.

McClung et al. führten eine Qualitätsanalyse von Internetinformationsmöglichkeiten für Patienten bzw. Eltern im pädiatrischen Bereich durch und stellten fest, dass nur 20% der gefundenen Materialien den aktuellen wissenschaftlichen Standards der American Academy of Pediatrics entsprachen und forderten daher einen kritischen Umgang mit dem internetbasierten Informationsangebot.⁴⁵ Die Erfüllung von vereinbarten Qualitätsanforderungen hat mit der steigenden Inanspruchnahme des Informationsangebotes im Internet stetig an Bedeutung gewonnen und es

⁴⁴ Angaben zum Arztgespräch bezüglich IGeL wurden im Rahmen der Untersuchung nicht erhoben.

⁴⁵ *McClung/Murray/Heitlinger*, Pediatrics 1998.

wurden verschiedene Maßnahmen entwickelt, um dies zu gewährleisten (vgl. dazu Abschnitte 4 und 5.3). Neben eventuellen inhaltlichen Einschränkungen sind zudem nicht alle Internetangebote barrierefrei gestaltet, sodass sie ggf. aufgrund von körperlichen oder technischen Einschränkungen nicht allen Verbraucherinnen und Verbrauchern zur Verfügung stehen.⁴⁶ Bei den Recherchen zum Informationsangebot zu IGeL wurden keine fremdsprachigen Informationsmaterialien identifiziert, sodass das bestehende Informationsangebot für Verbraucherinnen und Verbraucher mit nicht ausreichenden Sprachkenntnissen nur eingeschränkt nutzbar ist.

Insgesamt ist das Informationsangebot im Internet sehr vielfältig. Verbraucherinnen und Verbraucher können Informationen selbst recherchieren, sie finden jedoch auch Zusammenstellungen von Informationsmaterialien verschiedener Anbieter zu IGeL, beispielsweise auf der Internetseite patienten-information.de, die vom ÄZQ im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betreut wird. Für einige der dort aufgelisteten Informationsmaterialien werden auch die Ergebnisse einer durchgeführten Qualitätsprüfung mit dem DISCERN-Instrument auf der Internetseite veröffentlicht.

Im Januar 2012 startete mit dem IGeL-Monitor (www.igel-monitor.de) zudem ein sehr umfangreiches Internetangebot des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), das Verbraucherinnen und Verbrauchern einerseits Informationen zu IGeL und den Akteuren im IGeL-Markt bereitstellt und andererseits einzelne (derzeit 25) IGeL wissenschaftlich bewertet und so eine Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine IGeL anbieten möchte, die kontinuierlich erweitert werden soll.

Daneben können auch Gespräche im Familien- und Bekanntenkreis vielfach genutzt werden, um Informationen zu gesundheitlichen Themen zu erhalten. Insbe-

⁴⁶ Im Rahmen der Recherchen zum Informationsangebot zu IGeL erfolgte keine gesonderte Prüfung auf eine barrierefreie Gestaltung der internetbasierten Informationsmöglichkeiten.

sondere bei IGeL, die i. d. R. keine sofortige Inanspruchnahme erfordern und für die vom Arzt zunächst ausreichend Bedenkzeit gewährt werden sollte, kann davon ausgegangen werden, dass Verbraucherinnen und Verbraucher Erfahrungen mit Freunden, Bekannten oder Verwandten austauschen.

Auch Krankenkassen stellen Informationsmaterial zu IGeL bereit, entweder speziell für ihre Versicherten (z. B. in Form von Artikeln in der Mitgliederzeitschrift) oder auch für Nicht-Mitglieder (z. B. auf der Internetseite). Einige Krankenkassen bieten außerdem eine telefonische oder persönliche Beratung in den Geschäftsstellen an, die jedoch i. d. R. ausschließlich den eigenen Versicherten vorbehalten ist. Die Internetrecherche nach Informationsangeboten für Verbraucherinnen und Verbraucher zeigte, dass insbesondere Krankenkassen umfangreiche Informationen zu IGeL bereitstellen, ggf. auch, um den Verbraucherinnen und Verbraucher zu erklären, warum die Kosten für bestimmte medizinische Leistungen nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden und welche Leistungen IGeL sind.

Telefonische oder persönliche Beratung wird darüber hinaus beispielsweise auch von Verbraucherzentralen, der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD), Selbsthilfegruppen und weiteren Organisationen angeboten.

Verbraucherinnen und Verbraucher können Informationen zu IGeL außerdem durch Printmedien erhalten, etwa durch Bücher oder Beiträge in Verbraucher- und Gesundheitszeitschriften. Das Angebot ist sehr umfangreich und bezieht sich sowohl allgemein auf das Thema IGeL als auch auf spezielle Leistungen.

Die Bewertung des im Rahmen der Internetrecherche und der Arztrecherche zusammengestellten Informationsangebotes – u. a. auch hinsichtlich der Zuverlässigkeit – wird in Abschnitt 5.3 dargestellt.

5.2 In welchem Ausmaß werden die Informationsmöglichkeiten genutzt, sind die gebotenen Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher zielführend und welche Informationen sind in der Gesprächssituation beim Arzt verfügbar?

Die Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher zu gesundheitlichen Fragestellungen und somit auch zu IGeL sind, wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, sehr vielfältig. Auch bei der Nutzung der angebotenen Informationsmöglichkeiten sind Unterschiede festzustellen. Die Nutzung des Informationsangebotes wird stark von dessen Akzeptanz bei Verbraucherinnen und Verbrauchern beeinflusst. So zeigt eine Untersuchung von Bürger, dass annähernd 90% der Befragten die Kompetenz der Informationsquelle als wichtigstes Kriterium für die Wahl einer Quelle ansehen, gefolgt von der Verständlichkeit der Information, die für 70% der Befragten ein entscheidendes Kriterium darstellt.⁴⁷ Der mit der Informationssuche verbundene Zeit- und Kostenaufwand wird hingegen nur von 43% bzw. 39% als wichtiges Kriterium betrachtet.⁴⁸

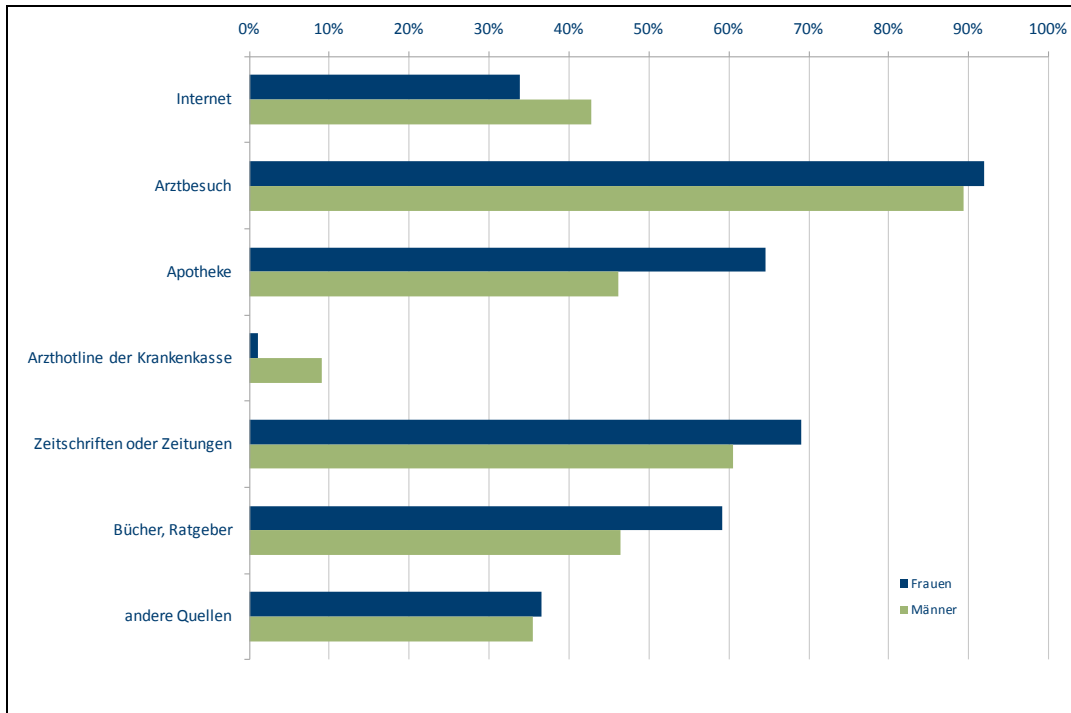
Aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und deren Bedeutung für die Verbraucherinnen und Verbraucher ist der Arzt einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2006 zufolge die weitaus häufigste Informationsquelle (vgl.

⁴⁷ Bürger, *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen*, 2003.

⁴⁸ Bürger, *Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen*, 2003, S. 206.

Abbildung 4).⁴⁹ Die Patienten erwarten von ihrem Arzt, umfassend und verständlich informiert zu werden.⁵⁰

Abbildung 4: Nutzung von Informationsquellen für gesundheitliche Fragen



Quelle: Ellert et al. (2006)

Diese Erwartungen werden jedoch nicht immer vollständig erfüllt. So berichten Dierks et al., dass 93% der Befragten das Informationsbedürfnis als sehr wichtig einstufen, aber nur 50% dieser Patienten sehr zufrieden mit den erhaltenen In-

⁴⁹ Ellert/Wirz/Ziese, Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): Deskriptiver Ergebnisbericht, 2006.

⁵⁰ Die vorgestellten Untersuchungen und deren Ergebnisse beziehen sich i. d. R. allgemein auf Informationsmöglichkeiten zu gesundheitlichen Fragestellungen und nicht explizit auf IGeL. Studien zur Nutzung der Informationsmöglichkeiten in Zusammenhang mit IGeL konnten nicht identifiziert werden. Bei der Untersuchung zu genutzten Informationsmöglichkeiten für IGeL gehen die Autoren von der Annahme aus, dass für IGeL ähnliche Informationsmöglichkeiten bestehen und genutzt werden.

formationen waren.⁵¹ Eine Umfrage bei Verbrauchern in Baden-Württemberg im Jahr 2009 im Auftrag des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg zeigte, dass 81% der befragten Personen, denen IGel angeboten wurden, sehr gut oder eher gut von ihrem Arzt vorab über Nutzen und Kosten der Behandlung beraten wurden, 17% dagegen fühlten sich dagegen eher schlecht oder sehr schlecht informiert.⁵²

Das Internet hat in den vergangenen Jahren für gesundheitliche Fragestellungen stark an Bedeutung gewonnen und wird einer Untersuchung aus dem Jahr 2010 zufolge bereits als zweit häufigste Informationsquelle genutzt (vgl. Abbildung 5).⁵³ Allerdings besteht insbesondere bei Informationen zu gesundheitlichen Fragestellungen aus dem Internet auch die Gefahr, auf missverständliches oder sogar fehlerhaftes Informationsmaterial zu stoßen, wie beispielsweise Untersuchungen von McClung et al.⁵⁴ gezeigt haben (vgl. dazu Abschnitt 5.1).

Der Erfahrungsaustausch mit Freunden, Bekannten oder Verwandten hat für Verbraucherinnen und Verbraucher ebenfalls eine hohe Bedeutung, um sich zu gesundheitlichen Themen zu informieren. Die Bedeutung dieser Informationsquellen könnte in ihrer Vertrauenswürdigkeit liegen, da sie keine finanziellen Interessen verfolgen und ohne großen Zeitaufwand verfügbar sind, jedoch sollte die eher begrenzte Kompetenz dieses Personenkreises berücksichtigt werden.⁵⁵

⁵¹ *Dierks/Schwartz/Walter*: Patienten als Kunden - Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der Public-Health-Forschung, in: Gesundheitskommunikation 2000.

⁵² *Infratest dimap*, Umfrage zu Verbrauchern in Baden-Württemberg 2009 im Auftrag des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg, 2009.

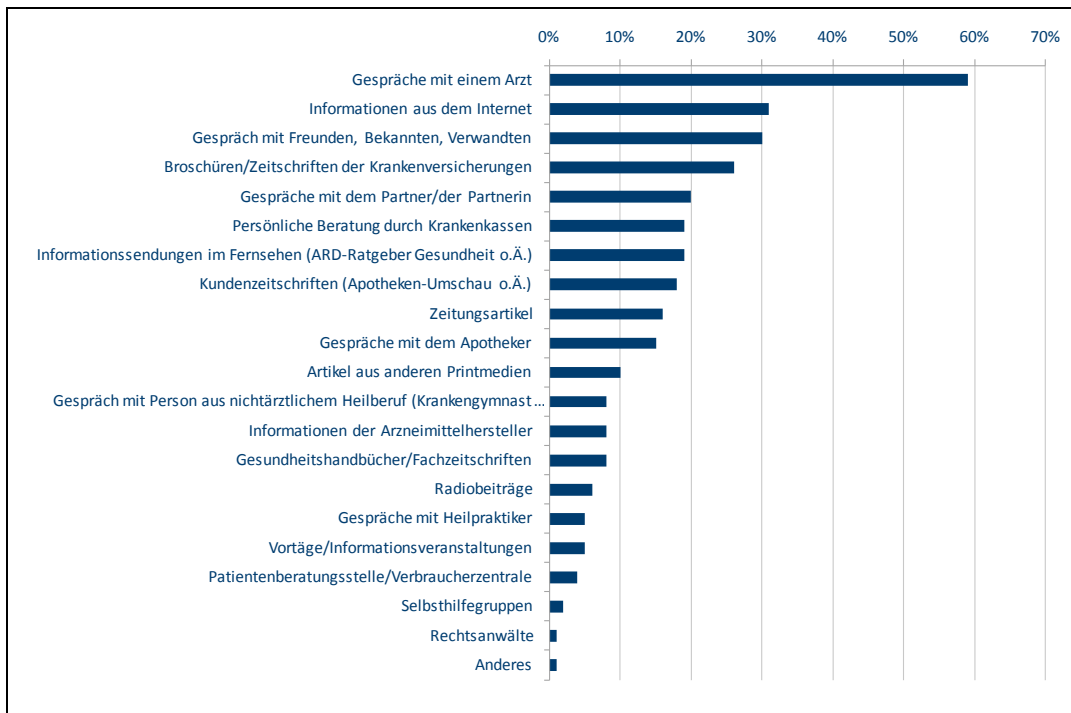
⁵³ *Prognos*, Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, Unabhängige Patientenberatung in Deutschland, 2. Zwischenbericht, 2010.

⁵⁴ *McClung/Murray/Heitlinger*, Pediatrics 1998.

⁵⁵ *Bürger*, Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, 2003, S. 297.

Auch das Angebot der Krankenkassen – entweder in Form von Broschüren oder Zeitschriften oder auch die persönliche Beratung – wird von den Verbraucherinnen und Verbrauchern vielfach genutzt, ebenso wie die Informationen durch Massenmedien (TV, Zeitung, Radio).

Abbildung 5: Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten



Quelle: Prognos (2010)

Das Angebot von Beratungsstellen, Verbraucherzentralen oder Selbsthilfegruppen wird hingegen vergleichsweise selten in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 5).

Die Wissenschaftliche Begleitung des weiterentwickelten Modellvorhabens nach § 65b SGB V (Unabhängige Patientenberatung) dokumentierte, dass auf den Themenbereich Gebührenordnung/IGeL-Leistungen 17,8% der an die Beratungs-

und Informationsstellen gerichteten Anfragen zu finanziellen Aspekten entfielen.⁵⁶

Zur Beantwortung der Fragestellung, welche Informationen in der Gesprächssituation beim Arzt verfügbar sind, konnte im Rahmen der Literaturrecherche keine Untersuchung identifiziert werden. Aufgrund der Besonderheiten von IGeL wurden zur Beantwortung der Fragestellung auch keine Studien einbezogen, die sich nicht spezifisch mit der Frage der Gesprächssituation bei IGeL beschäftigen.

Die Stiftung Warentest führte Tests zur Beratung von Verbraucherinnen bei IGeL u. a. in gynäkologischen Arztpraxen durch und berichtet, dass die Verbraucherinnen in den Beratungsgesprächen teilweise unzureichend von den Ärzten beraten wurden, z. B. weil Nutzen und Risiken nicht oder nur ungenügend thematisiert wurden oder fachlich falsche Begründungen für die Empfehlung einer IGeL angeführt wurden.⁵⁷ Auch in Bezug auf die rechtlichen Anforderungen bei IGeL wurden zum Teil nicht zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt. Bei einem im Jahr 2008 durchgeführten Test zur Glaukomfrüherkennungsuntersuchung wurde nur selten der Behandlungsvertrag vor der Untersuchung geschlossen, teilweise „wurde er erst danach unterschrieben, nicht ausgehändigt oder gar nicht geschlossen“.⁵⁸ Eine Prüfung der Beratungsqualität für die PSA-Wert-Bestimmung zur Früherkennung von Prostatakrebs in urologischen Arztpraxen zeigte zudem, dass vielfach nicht einmal die Anforderungen an die Beratungsinhalte erfüllt wurden, „die die Leitlinien der eigenen Fachgesellschaften festlegen“.⁵⁹

⁵⁶ *Prognos*, Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, 1. Zwischenbericht, Einschätzungen zum Modellverlauf bis November 2007, 2008 Angaben zum Beratungsaufkommen ausschließlich zu IGeL sind nicht gesondert ausgewiesen.

⁵⁷ *Stiftung Warentest*, test 2008a.

⁵⁸ *Stiftung Warentest*, test 2008b.

⁵⁹ *Stiftung Warentest*, test 2004.

Bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer IGeL sollten Verbraucherinnen und Verbraucher daher neben dem Beratungsgespräch beim Arzt möglichst auch darüber hinausgehende Informationsmöglichkeiten nutzen, um anhand von unterschiedlichen Informationsquellen eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage zu erhalten.

5.3 Welche für Verbraucher entscheidungsrelevanten Kriterien zur Beurteilung von IGeL lassen sich allgemein oder bezogen auf einzelne häufige Leistungen benennen?

Um IGeL beurteilen zu können und auf dieser Grundlage eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von IGeL treffen zu können, benötigen Verbraucherinnen und Verbraucher umfassende und zuverlässige Informationen.

Damit Informationsmaterial auch tatsächlich als Entscheidungshilfe verwendet werden kann, sollten bestimmte Kriterien – in Bezug auf inhaltliche und formale Anforderungen – erfüllt werden. Auf der Grundlage dieser Forderung wurden national wie international verschiedene Instrumente zur Bewertung bzw. Einhaltung von Qualitätskriterien gesundheitlicher Verbraucherinformationen entwickelt. Im Rahmen der Recherchen konnten zahlreiche Instrumente identifiziert werden. Keines dieser Instrumente berücksichtigt IGeL explizit. Wie in Abschnitt 4 bereits dargestellt, wurde daher auf Basis einer Auswahl identifizierter Instrumente zur Qualitätsbewertung ein auf die Bewertung von Informationsmaterialien zu IGeL abgestimmter Kriterienkatalog entwickelt, der die für IGeL verbraucherrelevanten Aspekte beinhaltet. Bevor detailliert auf diesen Kriterienkatalog eingegangen wird, sollen zunächst die Instrumente, die für dessen Entwicklung herangezogen wurden, vorgestellt werden (vgl. Abschnitt 4.4 zur Identifizierung und Auswahl der Instrumente). Bei der Entwicklung des Kriterienkatalogs wurden die in Tabelle 2 dargestellten Instrumente berücksichtigt:

Tabelle 2: Instrumente zur Bewertung von Patienteninformationen

Instrument	Beschreibung
DISCERN	Katalog zur Überprüfung der methodischen Qualität von Patienteninformationen, vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinische Hochschule Hannover und ÄZQ ins Deutsche übertragen ⁶⁰
Check-In	Instrument zur Qualitätsbewertung von gedruckten und elektronischen Gesundheitsinformationen (u. a. in Anlehnung an DISCERN) ⁶¹
Gute Praxis Gesundheitsinformation	gemeinsames Grundsatzpapier verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens zur Festlegung von Qualitätskriterien für Patienteninformationen ⁶²
Manual Patienteninformation	Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen erstellt durch das ÄZQ ⁶³
Mediendoktor	Kriterien zur Bewertung von Beiträgen über medizinische Themen aus deutschen Medien durch Wissenschafts- und Medizinjournalisten* ⁶⁴
AFGIS	Kriterien zur Kennzeichnung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationsangeboten im Internet durch ein Qualitätslogo des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem (AFGIS)** ⁶⁵
HON-Code	Kriterien der Health on the Net Foundation zur Qualitätsprüfung von Gesundheitsinformationen im Internet ⁶⁶
eEurope 2002	Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen zusammengestellt durch die Kommission der Europäischen Gemeinschaften ⁶⁷

Quelle: IGES

* es wurden nur medizinjournalistische Kriterien berücksichtigt, allgemeinjournalistische Kriterien hingegen nicht

** ohne Berücksichtigung enthaltener technischer Anforderungen, z. B. Verwendung Google Analytics, benötigte Zusatzsoftware, aktuelle Browserversion, Design und Navigation der Webseite

⁶⁰ DISCERN online - Das DISCERN-Instrument.

⁶¹ *Sänger et al.* Check-In Instrument.

⁶² *Klemperer et al.* Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘.

⁶³ *ÄZQ* Manual Patienteninformation.

⁶⁴ Medien-Doktor - Die Kriterien.

⁶⁵ afgis-Transparenzkriterien und -Bausteine und afgis-Checkliste

⁶⁶ Health On the Net Foundation (HON) - HONcode Prinzipien

⁶⁷ Kommission der Europäischen Gemeinschaften - eEurope 2002

Bei den Bewertungsinstrumenten kann differenziert werden zwischen solchen, die Empfehlungen für die Erstellung von Patienteninformationen beinhalten und solchen, die der Bewertung von bereits erstellten Informationsmaterialien dienen. Bei AFGIS und HON-Code handelt es sich um Qualitätssiegel, mit denen (Internet-)Informationsangebote gekennzeichnet werden können, welche die für die Kennzeichnung jeweils vorgesehenen Qualitätsmerkmale erfüllen. Trotz der unterschiedlichen Schwerpunkte der Instrumente werden einige Kriterien von allen identifizierten Instrumenten gefordert, wie z. B. ein Quellenbeleg der Informationen bzw. die Forderung nach wissenschaftlicher Evidenz oder die Unabhängigkeit der Information respektive die Kennzeichnung von möglicherweise bestehenden Interessenkonflikten.

Auf Basis dieser Instrumente wurden spezifische Kriterien zur Beurteilung der Informationen zu IGeL zusammengestellt, die die Besonderheiten von IGeL und die Anforderungen an diesbezügliches Informationsmaterial explizit berücksichtigen (vgl. Tabelle 3). Der Kriterienkatalog beinhaltet insgesamt 22 Kriterien, von denen die meisten auch von den Instrumenten zur Bewertung von Patienteninformationen (vgl. Tabelle 2) angewendet werden. In Tabelle 3 wird daher auch angegeben, welche Instrumente die aufgeführten Kriterien enthalten.⁶⁸ Ergänzt wurden zudem zwei IGeL-spezifische Kriterien (notwendige rechtliche Hinweise für Verbraucherinnen und Verbraucher bei IGeL (Kriterium Nr. 8 in Tabelle 3) und enthaltene Begründung warum eine Leistung eine IGeL und keine GKV-Leistung ist (Kriterium Nr. 22 in Tabelle 3)).

Einige der zusammengestellten Kriterien lassen sich nur auf leistungsspezifisches Informationsmaterial zu einzelnen IGeL anwenden, andere gelten jedoch sowohl für allgemeine Informationen zu IGeL als auch für leistungsspezifische Informationen (s. Anwendungsbereich).

⁶⁸ Die Kriterien werden durch die einzelnen Instrumente unterschiedlich benannt; für die Erstellung des in Tabelle 3 dargestellten Kriterienkataloges und die dort angegebenen Verweise zu den Instrumenten erfolgte daher eine Zusammenfassung ähnlicher Kriterien basierend auf den Erläuterungen der Instrumente.

Tabelle 3: Kriterienübersicht für die Bewertung des Informationsangebotes

Nr.	Kriterium	Kurzbeschreibung	Instrument	Anwendungsbereich
1	Ziel der Information/ Zielerreichung/ Zielgruppe der Information	für welche Fragestellung wurde Information verfasst; werden genannte Ziele der Publikation erreicht; für welche Zielgruppe wurde Information verfasst	A, C, D, E, H, MP	allgemein
2	Bedeutsamkeit	werden mögliche Fragen der Leser angesprochen; Information liefert realistisches Bild über Kenntnisstand hinsichtlich Ursachen, Diagnostik, Verlauf, Krankheitsbewältigung, bestehenden Beratungs- und Kontaktmöglichkeiten, Präventions-, Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten und -ergebnisse;	D,G	allgemein
3	Autor genannt/ Qualifikation des Autors/ Betreiber der Seite/Impressum (Internet)	Autor namentlich oder bei Institution Ansprechpartner genannt; beruflicher Werdegang oder Angabe zu derzeitiger Beschäftigung; ggf. Angabe, dass verschiedene Autoren aus verschiedenen Fachgebieten beteiligt waren; Betreiber mit Adresse genannt; Beschreibung des Betreibers und dessen Absichten	A, C, E, G, H, MP	allgemein
4	Erstellungsdatum/ Gültigkeits- vermerk/ Datum für Überarbeitung	Erstellungsdatum der Publikation; Hinweis auf Änderung beim Vorliegen neuer Erkenntnisse oder Datum für nächste geplante Überarbeitung;	A, C, D, E, H, MP	allgemein
5	weiterführende Informationen	ausreichende Angaben über ergänzende Hilfen; weiterführende Informationen (Ansprechpartner, Literatur, andere Institutionen etc.) genannt	A, C, D, MP	allgemein
6	unabhängig und interessen- neutral/ausgewogen und unbe- einflusst, objektiv, keine Inte- ressenkonflikte	Finanzierung offengelegt; Hinweis, dass finanzierende Stelle keinen Einfluss auf Inhalt hatte; kein Drängen in eine Entscheidungsrichtung; Nachweis, dass mehrere Quellen verwendet wurden; externe Begutachtung erfolgt; redaktionelle Unabhängigkeit	A, C, D, E, G, H, M, MP	allgemein
7	Verständlichkeit	keine Fachbegriffe oder Verwendung eines Glossars; einfacher Satzbau; übersichtliche Gliederung des Textes; Abbildungen und Tabellen enthalten, für jeweilige Zielgruppe verständlich	A, C, E, G, MP	allgemein
8	rechtliche Hinweise	Abschluss eines Behandlungsvertrages bei GKV-Versicherten, Rechnungsstellung, keine Praxisgebühr, keine Vorlage der Versichertenkarte notwendig	- (EE)	allgemein
9	Patientenbeteiligung	Einbezug Patienten/Selbsthilfegruppen in Erstellung: Beschreibung der Erfahrungen von Patienten; Prüfung durch Patienten vor Veröffentlichung; Nennung der angewendeten Methode für Patienteneinbezug (z.B. Durchsicht des Manuskriptes o.ä.)	C, G, MP	leistungsspezifisch
10	wissenschaftliche Quellen, evidenzbasiert, Art der wis- senschaftlichen Quelle	Quellenangabe vorhanden oder über Autor zu beziehen; Information muss vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen; aktuell; zugrunde liegende Evidenz muss transparent sein; Evidenzklassen	A, C, D, E, G, H, M, MP	leistungsspezifisch
11	Qualitätsrichtlinien angewendet/ -	Angabe, ob Information nach bestimmten Qualitätsrichtlinien erstellt wurde (z.B. DISCERN); Teilnahme des Internetangebots an einer Qualitätsinitiative (z.B. AFGIS, HON)	C, E, MP	leistungsspezifisch

Nr.	Kriterium	Kurzbeschreibung	Instrument	Anwendungsbereich
Qualitätsinitiative (Internet)				
12	Wirkungsweise	Beschreibung der Wirkungsweisen dargestellter Maßnahmen	C, D, MP	leistungsspezifisch
13	Nutzen	Beschreibung des Nutzens dargestellter Maßnahmen inkl. Quellenangabe	C, D, G, M, MP	leistungsspezifisch
14	Risiken/Schaden/ Auswirkungen auf Leben, Lebensqualität, Alltagstätigkeiten	Beschreibung des Risikos (verbal oder als Statistik) dargestellter Maßnahmen inkl. Quellenangabe Hinweis und ausführliche Beschreibung möglicher Auswirkungen	C, D, G, M, MP	leistungsspezifisch
15	widersprüchliche Anwendungserfahrungen, Bereiche ohne sichere Informationen	Angabe über Unsicherheiten oder widersprüchliche Erfahrungen; unterschiedliche Expertenmeinungen; Hinweis auf nicht ausreichend starke Evidenz	C, D, G, MP	leistungsspezifisch
16	alternative Maßnahmen	Information enthält alle derzeit bekannten Maßnahmen ggf. inkl. Beschreibung oder zumindest Hinweis, dass es andere Maßnahmen gibt; Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Maßnahmen	C, D, G, H, M, MP	leistungsspezifisch
17	Erkrankungsverlauf ohne Maßnahme, natürlicher Verlauf	Verlauf bei unbehandelter Erkrankung, Vergleich Durchführung-Nichtdurchführung	C, D, G, MP	leistungsspezifisch
18	partnerschaftliche Entscheidungsfindung	Publikation hilfreich für shared decision-making z.B. durch Vorschläge zu Fragen	D	leistungsspezifisch
19	Kosten	Angabe von üblicherweise erbrachten Leistungen (gem. GOÄ) und üblicherweise entstehenden Kosten	M	leistungsspezifisch
20	keine Krankheitserfindungen enthalten	„Disease mongering“ (Krankheitserfindungen oder/-übertreibungen) Darstellung normaler Zustände/Stadien als Krankheit (Haarausfall, Falten); Übertreibung der Häufigkeit einer Krankheit/Störung	M	leistungsspezifisch
21	Beratung	Hinweis, dass Beratung (Internet auch personalisiert) kein Ersatz für Beratungskonsultation des Arztes ist	E, H	leistungsspezifisch
22	Begründung IGeL	neutrale Begründung, warum Leistung eine IGeL ist und nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs	– (EE)	leistungsspezifisch

Quelle: IGES (allgemein: Kriterien sind anwendbar auf allgemeine Informationen zu IGeL, leistungsspezifisch: Kriterien sind anwendbar auf leistungsspezifische Informationen zu einer IGeL; A: AFGIS, C: Check-In, D: DISCERN, E: eEurope 2002, EE: eigene Ergänzung, G: Gute Praxis Gesundheitsinformation, H: HON-Code, M: Mediendoktor, MP: Manual Patienteninformation)

Wohingegen eine Vielzahl der aufgeführten Kriterien für Gesundheitsinformationen im Allgemeinen gilt, sind einzelne Kriterien bei Informationsmaterialien speziell zu IGeL von besonderer Bedeutung.

So sollten Informationsangebote auf die rechtlichen Aspekte bei IGeL hinweisen (vgl. Nr. 8), denn anders als bei Leistungen, deren Kosten von der Krankenkasse getragen werden, regeln §§ 3 Abs. 1 S. 3 und 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages bei Vertragsärzten vor Beginn der Behandlung. Eine Information für Verbraucherinnen und Verbraucher sollte daher einen Hinweis darauf, ebenso wie darauf, dass für eine IGeL keine Vorlage der Versichertenchipkarte erforderlich und keine Praxisgebühr zu zahlen ist.

Informationen zu einer IGeL sollten auch eine Angabe zu den üblicherweise entstehenden Kosten beinhalten (vgl. Nr. 19), die für Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Inanspruchnahme zu berücksichtigen sind. Dabei sollte auch auf die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die damit verbundene Preisspanne durch die mögliche Anwendung eines Steigerungssatzes hingewiesen werden.⁶⁹

Darüber hinaus sollte auch eine neutrale Begründung enthalten sein, warum eine bestimmte Leistung eine IGeL ist und nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges (vgl. Nr. 22). Es sollte ggf. auch darauf hingewiesen werden, dass einzelne Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen, beispielsweise bei konkreten Verdachtsmomenten, bei Risikogruppen oder ab einer bestimmten Altersgrenze, durchaus Leistungen der GKV sein können.

Diese Zusammenstellung von Kriterien zur Beurteilung von Informationen zu IGeL definiert hohe Anforderungen an das Informationsmaterial. Selbst wenn eine Information nicht alle Kriterien vollständig erfüllt, kann der Erfüllungsgrad der

⁶⁹ In der GOÄ sind die Leistungen mit Punktzahlen bewertet, die mit einem einheitlichen Punktwert in Höhe von 5,82873 Cent (vgl. § 5 Abs. 1 GOÄ) multipliziert den Gebührensatz (Einfachsatz) ergeben. U. a. nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wird die Höhe der einzelnen Gebühr i. d. R. nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes bemessen.

Kriterien Verbraucherinnen und Verbrauchern einen maßgeblichen Hinweis liefern, ob eine Information als Grundlage zur Entscheidungsfindung geeignet ist.

5.3.1 Untersuchung einer Auswahl des recherchierten Informationsmaterials zu IGeL

Auf der Grundlage des unter Abschnitt 5.3 dargestellten Kriterienkataloges wurde eine nicht repräsentative Auswahl des recherchierten Informationsmaterials⁷⁰ hinsichtlich Zuverlässigkeit und Informationsgehalt bewertet.⁷¹

Viele Informationsmaterialien enthalten neben allgemeinen Informationen zu IGeL auch Angaben zu einzelnen IGeL. Für diese Informationsmaterialien wurde die Bewertung daher für beide Elemente gemeinsam vorgenommen, sodass alle in Tabelle 3 aufgeführten Kriterien für die Bewertung herangezogen wurden. Im Folgenden werden die Bewertungen der untersuchten Informationsmaterialien zusammenfassend dargestellt.

5.3.1.1 Untersuchung der Informationsmaterialien mit allgemeinen Informationen zu IGeL

Zunächst werden Informationsmaterialien betrachtet, die Verbraucherinnen und Verbrauchern allgemeine Informationen zum Thema IGeL zur Verfügung stellen. In der Auswahl sind die folgenden Informationsmaterialien enthalten:

- MDS „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Grundlegende Informationen
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung „Selbst zahlen? Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten“

⁷⁰ Die Auswahl beinhaltet ausschließlich Informationsmaterialien, die einen relevanten eigenständigen Textanteil aufweisen und über allgemeine bzw. definitorische Informationen hinausgehen (vgl. Abschnitt 4.2).

⁷¹ Die Bewertung erfolgte unabhängig voneinander durch zwei Autoren; bei abweichender Bewertung wurden die Ergebnisse diskutiert und konsentiert.

-
- Bundesärztekammer „Individuelle Gesundheitsleistungen - was Sie über IGeL wissen sollten“
 - Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen „Patiententipps zu IGeL-Leistungen - Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen“
 - Verbraucherzentrale Hessen „Selbst zahlen beim Arzt“
 - Ärztekammer Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein „IGeL - Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen“
 - Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) - Die wichtigsten Tipps“
 - Barmer GEK „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (Onlineinformation)
 - Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (Onlineinformation).

Die Broschüre des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) („Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Grundlegende Informationen) erklärt umfangreich den Unterschied zwischen IGeL und GKV-Leistungen, geht auf „häufige Fehlinformationen über IGeL“ ein und stellt Hinweise zum Umgang mit einem IGeL-Angebot für Versicherte zusammen. Es sind jedoch keinerlei Angaben zu weiterführenden Informationen enthalten, auch nicht zu den vom MDS erstellten Informationsbroschüren zu einzelnen IGeL. Trotz einiger nicht oder nicht vollständig erfüllter Kriterien des Kriterienkatalogs (vgl. Tabelle 3), eignet sich die Broschüre des MDS als Verbraucherinformation, da sie viele Empfehlungen zum Umgang mit IGeL enthält.

Neben einer Definition von IGeL enthält die Broschüre von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, die in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. erstellt wurde (Selbst zahlen? Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patienten und Patienten), eine IGeL-Checkliste, die Verbraucherinnen und Verbrauchern die Möglichkeit geben soll, zu überprüfen, ob sie von ihrem Arzt gut beraten wurden. Es werden auch Fragen vorgeschlagen, die Verbraucherinnen und Verbraucher ihrem Arzt stellen

können. Darüber hinaus werden beispielhaft einige IGeL aufgelistet.⁷² Diese Broschüre erfüllt alle untersuchten Kriterien vollständig bzw. größtenteils und stellt für Verbraucherinnen und Verbraucher eine sehr gute Möglichkeit dar, sich über IGeL zu informieren.

Die Bundesärztekammer hat zudem eine weitere Informationsbroschüre zu IGeL erstellt (Individuelle Gesundheitsleistungen - was Sie über IGeL wissen sollten). Diese beantwortet einige mögliche Fragen von Verbraucherinnen und Verbrauchern und beinhaltet daneben eine Checkliste, mit deren Hilfe Patienten überprüfen können, ob sie von ihrem Arzt „in Ihrem Interesse und seriös“ beraten wurden. Obwohl die Broschüre insgesamt eher kurz gehalten ist, stellt sie den Verbraucherinnen und Verbrauchern die grundlegenden Informationen zum Thema IGeL zur Verfügung.

Die Broschüre der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen („Patiententipps zu IGeL-Leistungen - Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen“) wurde „im Rahmen des Projektes »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, gefördert vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, erstellt.“ Sie nennt u. a. Fragen, die Verbraucherinnen und Verbraucher vor der Inanspruchnahme einer IGeL mit ihrem Arzt erörtern sollten (beispielsweise in Bezug auf Nutzen, Risiken und wissenschaftliche Evidenz der IGeL) und gibt ihnen insgesamt einen guten Überblick zu wichtigen Aspekten bei IGeL.

Die im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Energie, Landwirtschaft und Verbraucherschutz von der Verbraucherzentrale Hessen erstellte Informationsbroschüre „Selbst zahlen beim Arzt“ enthält neben allgemeinen Informationen und Hinweisen zum Umgang zu IGeL auch detaillierte Angaben zu 4 ausgewählten IGeL (u. a. Beschreibung der Leistung, Kosten, Bewertung, Vo-

⁷² Da es sich dabei jedoch nur um eine Aufzählung einzelner Leistungen mit einer kurzen Erklärung der IGeL-Art (z. B. Früherkennungsuntersuchungen, Medizinisch-kosmetische Leistungen) handelt, wird die Broschüre nicht auch anhand der leistungsspezifischen Kriterien bewertet.

raussetzungen für Kassenleistung). Die Broschüre enthält zudem Hinweise, unter welchen Voraussetzungen die vorgestellten IGeL sinnvoll sein können, erscheint im Ganzen sehr ausgewogen und stellt insgesamt eine gute Informationsbroschüre dar, die Verbraucherinnen und Verbrauchern wichtige Informationen zu IGeL bereitstellt.

Unter dem Titel „IGeL - Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen“ haben die Ärztekammer Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein einen „Wegweiser für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten“ erstellt. Sie enthält u. a. ein Muster für eine Patienten-Erklärung und eine beispielhafte Auflistung möglicher IGeL. Die Broschüre weist jedoch einen teilweise geringen Detaillierungsgrad auf, sodass sie Verbraucherinnen und Verbrauchern eher einen ersten Eindruck von IGeL liefert und nur bedingt als geeignete Verbraucherinformation betrachtet werden kann. Eine Auflistung von weiterführenden Informationsmöglichkeiten wäre daher sinnvoll, fehlt allerdings in dieser Broschüre.

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz hat ein Informationsblatt erstellt („Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) - Die wichtigsten Tipps“), das stichpunktartig auf wichtige Aspekte bei IGeL hinweist. Wenngleich die Kurzinformation aufgrund des geringen Detaillierungsgrades keine umfassende Verbraucherinformation darstellen kann, sind viele relevante Informationen enthalten. Positiv zu bewerten sind auch die Hinweise zu weiterführenden Informationen bei verschiedensten Institutionen, die jedoch i. d. R. nur auf die Internetseite der Institutionen verweisen, auf denen Verbraucherinnen und Verbraucher dann selbst nach ergänzenden Informationsmaterialien suchen müssen.

Das Informationsangebot auf den Internetseiten der Barmer GEK⁷³ zu IGeL stellt neben grundlegenden Informationen auch kurze Erläuterungen zu fünf ausgewählten IGeL bereit. Diese enthalten eine Bewertung der IGeL – i. d. R. werden auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Leistungen angeführt, jedoch ohne Quellenangabe – und benennen die Voraussetzungen unter denen die Krankenkasse die Kosten der jeweiligen Untersuchungen trägt. Das Internetinformationsangebot enthält zwar durchaus relevante Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher, könnte an einigen Stellen jedoch einen höheren Detaillierungsgrad aufweisen und umfangreichere Angaben zu weiterführenden Informationen enthalten.

Die auf den Internetseiten des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten bereitgestellte Information zu IGeL enthält einige wichtige Hinweise, etwa auf die Notwendigkeit der weiterführenden Information und mögliche Informationsquellen. Die Verbraucherfreundlichkeit der bereitgestellten Informationen und der Informationsgehalt könnte möglicherweise durch eine leserfreundlichere Darstellung und tiefergehende Informationen gesteigert werden.

5.3.1.2 Untersuchung der Informationsmaterialien mit leistungsspezifischen Informationen zu einer IGeL

Im Folgenden werden Informationsmaterialien mit leistungsspezifischen Informationen zu IGeL untersucht. In der Auswahl für die Untersuchung sind folgende Informationsmaterialien enthalten:

- MDS „www.igel-monitor.de“ (Onlineinformation; Prüfung des Internetangebotes hinsichtlich allgemeiner Informationen zu IGeL und beispielhaft für eine einzelne IGeL (PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs), der Aufbau und der Inhalt der Informationen zu anderen IGeL ist jedoch i.d.R. identisch)

⁷³ Aus den Informationsmaterialien der Krankenkassen wurde beispielhaft das Informationsangebot der Barmer GEK für die Bewertung allgemeiner Informationen zum Thema IGeL ausgewählt.

- MDS „Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft: Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen auf Wunsch der Schwangeren“, „Untersuchung zur Früherkennung des Glaukoms“ und „Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung“
- Verbraucherzentrale Hamburg „IGeL - Selbst zahlen beim Arzt für Individuelle Gesundheits-Leistungen“
- Schneider C, Wigger C. „IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen“ (Printinformation in Form eines Buches)
- Techniker Krankenkasse „Noch bessere Vorsorge“, „Individuelle Gesundheitsleistungen sinnvoll nutzen“, Beratungsblätter der TK zu Stoßwellentherapie bei orthopädischen Erkrankungen, Knochendichtemessung, Professionelle Zahnreinigung (Onlineinformation).

Diese Informationsmaterialien enthalten teilweise auch allgemeine Informationen zum Thema IGeL, beinhalten jedoch vorrangig ausführliche Informationen zu einzelnen IGeL.

Das Internetinformationsportal des MDS www.igel-monitor.de liefert Informationen zu einzelnen ausgewählten IGeL, bewertet diese auf der Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und soll dadurch den „Versicherten helfen, die Vor- und Nachteile einzelner IGeL richtig einschätzen zu können“.⁷⁴ Bislang finden sich im IGeL-Monitor 25 bewertete IGeL, das Angebot soll kontinuierlich ausgebaut werden. Insgesamt eröffnet der IGeL-Monitor den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine außerordentlich gute Informationsmöglichkeit zu IGeL, nicht zuletzt wegen der verschiedenen Detaillierungsgrade, zwischen denen sie bei der Darstellung der Bewertungen wählen können.⁷⁵

⁷⁴ Vgl. <http://www.igel-monitor.de/IGeL-Markt.htm>

⁷⁵ Auf der Internetseite www.patienten-information.de, die vom ÄZQ im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betreut wird, wurden Bewertungen für die Informationen des IGeL-Monitors zu einzelnen IGeL mithilfe des DISCERN-Instruments vorgenommen und deren Qualität durchgängig als sehr gut bewertet (Stand: 12.03.2012).

Der MDS hat darüber hinaus Informationsbroschüren zu verschiedenen IGeL erstellt. Hieraus wurden beispielhaft die Broschüren zu drei typischen IGeL (gynäkologische Ultraschalluntersuchungen, Glaukomfrüherkennungsuntersuchung und PSA-Wert-Bestimmung) anhand des Kriterienkatalogs untersucht. Die betrachteten Broschüren des MDS zu einzelnen IGeL liefern insgesamt einen guten Überblick über die betrachteten Leistungen und stellen Verbraucherinnen und Verbrauchern fundierte Informationsgrundlagen bereit.

Die Informationsbroschüre der Verbraucherzentrale Hamburg („IGeL - Selbst zahlen beim Arzt für Individuelle Gesundheits-Leistungen“) beinhaltet Informationen zu IGeL, sowohl in allgemeiner Hinsicht als auch zu einzelnen ausgewählten IGeL, für die u. a. Nutzen, Kosten, Voraussetzungen unter denen die Krankenkasse die Kosten der jeweiligen Untersuchungen trägt und eine Bewertung der IGeL beschrieben werden. Obwohl insbesondere die Erläuterungen zu einzelnen IGeL teilweise eine geringe Detailtiefe aufweisen, stellt die Broschüre für Verbraucherinnen und Verbrauchern insgesamt eine umfangreiche Informationsmöglichkeit dar.

Der Taschenguide „IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen“ erscheint insgesamt eher ungeeignet, um Verbraucherinnen und Verbrauchern eine geeignete Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, da lediglich eine Vielzahl von IGeL, meist anhand von Beispielfällen, kurz beschrieben werden, ohne jedoch mögliche Risiken oder wissenschaftliche Quellen aufzugreifen. Bei dem Taschenguide handelt sich vielmehr um eine Auflistung möglicher IGeL und deren Anwendungsgebiete als um eine Verbraucherinformation.

Auf den Internetseiten der Techniker Krankenkasse⁷⁶ stehen Verbraucherinnen und Verbrauchern zahlreiche Informationen und sog. Beratungsblätter zu IGeL zur Verfügung, sowohl allgemein zum Thema IGeL als auch zu einigen ausge-

⁷⁶ Aus den Informationsmaterialien der Krankenkassen wurde beispielhaft das Informationsangebot der Techniker Krankenkasse für die Bewertung leistungsspezifischer Informationen zu IGeL ausgewählt.

wählten IGeL. Insgesamt stellt das Informationsangebot eine gute Möglichkeit der Verbraucherinformation dar, wobei einige durchaus wichtige Informationen, etwa zu Rechnung oder Vertrag, nicht enthalten sind.

5.3.2 Bewertung des recherchierten Informationsmaterials zu IGeL nach Organisationsgruppen

Neben den in Abschnitt 5.3.1 vorgestellten und bewerteten Informationsmaterialien finden Verbraucherinnen und Verbraucher zahlreiche weitere Informationsangebote im Internet. Die Untersuchung einzelner Informationsmaterialien soll daher durch eine Bewertung zum insgesamt recherchierten Informationsangebot ergänzt werden. Dies geschieht zusammenfassend für die Organisationsgruppen, bei denen im Rahmen der Internetrecherche nach Informationsmaterial gesucht wurde (vgl. Tabelle 7).⁷⁷

Von den **Ärztékammern** werden neben den Informationen zu IGeL, die sich an Ärzte richten (z. B. Vertragsbeispiele, Hinweise zur Abrechnung, vom 109. Deutschen Ärztetag beschlossene Gebote zum Umgang mit IGeL), auch Informationen für Patienten bereitgestellt. Informationsmöglichkeiten zu IGeL sind auch auf eigenständigen Internetseiten der Ärztekammern zur Patientenberatung zu finden.⁷⁸

Auf den Internetseiten der Ärztekammern und der Bundesärztekammer selbst finden sich Definitionen und Wegweiser zum Umgang mit IGeL. Außerdem werden verschiedene Informationsbroschüren, etwa die der Bundesärztekammer (z. B. „Individuelle Gesundheitsleistungen – was Sie über IGeL wissen sollten“ (vgl. Abschnitt 5.3.1.1)) oder gemeinschaftlich erstellte bzw. herausgegebene Broschüren (z. B. „Selbst zahlen? Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) – ein Rat-

⁷⁷ Hierbei ist zu beachten, dass das recherchierte Informationsangebot nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Die Bewertungen beziehen sich ausschließlich auf die identifizierten Informationsmaterialien.

⁷⁸ Z. B. Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (www.patientenberatung-wl.de).

geber für Patientinnen und Patienten“, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder „IGeL - Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen“ der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (vgl. Abschnitt 5.3.1.1)) bereitgestellt, die Verbraucherinnen und Verbraucher als PDF-Dokumente herunterladen können. Diese Broschüren beziehen sich allgemein auf IGeL und enthalten wichtige Ratschläge zum Umgang mit IGeL.

Abgesehen von den Informationsbroschüren, werden von den Ärztekammern vielfach grundlegende Informationen zu IGeL bereitgestellt, die jedoch aufgrund des teilweise geringen Detaillierungsgrades nicht als fundierte Verbraucherinformation angesehen werden können, sondern eher generelle Erläuterungen beinhalten und einen Überblick über die Thematik verschaffen.

Auch die **Kassenärztlichen Vereinigungen** stellen auf ihren Internetseiten neben den Informationen für Ärzte Informationsmaterial für Verbraucherinnen und Verbraucher bereit. Dazu gehören erklärende Kurzinformationen, Beispiele für IGeL oder eine Checkliste mit wichtigen Inhalten eines ärztlichen Beratungsgesprächs zu IGeL. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit der Bundesärztekammer herausgegebene Informationsbroschüre (vgl. Abschnitt 5.3.1.1) findet sich auch im Internetangebot der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus wird auch auf das Informationsangebot anderer Organisationen verwiesen, so führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter der Rubrik „weiterführende Informationen“ beispielsweise über einen Link direkt zu den Patienteninformationen des MDS.

Mit der Informationsbroschüre und den ergänzenden, allerdings in weiten Teilen vergleichsweise allgemeinen Informationen erhalten Verbraucherinnen und Verbraucher bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geeignete Informationsmöglichkeiten, die durch den Verweis auf die Patienteninformationen des MDS auch Entscheidungshilfen zu einzelnen IGeL aufzeigen.

Für Verbraucherschutz zuständige Landesministerien sowie das **Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz** geben

Verbraucherinnen und Verbraucher ebenfalls Tipps zum Umgang mit IGeL. Diese sind z. T. direkter Bestandteil des Internetangebotes der Ministerien, wie etwa die Kurzinformation des Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz (vgl. Abschnitt 5.3.1.1), aber auch Verbrauchermagazine oder Ratgeber zu Rechtsfragen enthalten Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher zu diesem Thema. Insgesamt werden jedoch überwiegend allgemeine Informationsmöglichkeiten angeboten, detaillierte Informationen etwa zu einzelnen IGeL werden nicht bereitgestellt.

Bei den **für das Gesundheitsressort zuständigen Ministerien der Länder** wurden ebenso wie bei **Bundesgesundheitsministerium** im Rahmen der durchgeführte Recherche keine eigenständigen Informationsangebote zu IGeL gefunden. Das Bundesgesundheitsministerium listet jedoch eine Zusammenstellung von externen Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher auf, über die man beispielsweise über die Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Informationsangebot des AOK-Bundesverbandes oder zur Informationsbroschüre „Selbst zahlen? Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelangt. Dadurch werden Verbraucherinnen und Verbrauchern, die bei den für Gesundheit zuständigen Ministerien der Länder oder dem Bundesgesundheitsministerium Informationen zu IGeL suchen, Informationsmöglichkeiten aufgezeigt, wenngleich sie dort keine eigenständigen Informationen der Ministerien erhalten.

Auch die **Landesportale** der Bundesländer⁷⁹ bieten Informationen zum Thema IGeL. Diese beinhalten neben Kurzinformationen u. a. Tipps zum Umgang, Fragensammlungen zur Vorbereitung auf das Beratungsgespräch mit dem Arzt oder auch weiterführende Informationsbroschüren, etwa der Verbraucherzentralen oder des MDS. Die auf den Landesportalen zur Verfügung stehenden Informationen zu

⁷⁹ Bei den Landesportalen der Bundesländer handelt es sich um die Internetseiten der Landesregierungen.

IGeL werden häufig von den für Verbraucherschutz oder Gesundheit zuständigen Ministerien oder Behörden bereitgestellt. Die Landesportale zeigen somit – neben den selbst bereitgestellten Kurzinformationen – Möglichkeiten auf, über die Verbraucherinnen und Verbraucher weitergehende Informationen erhalten können.

Die **Kassenverbände** und die untersuchten **Krankenkassen**⁸⁰ bieten auf ihren Internetseiten zum Teil sehr umfangreiche Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher an. Dabei werden sowohl Informationsbroschüren bereitgestellt (z. B. des MDS oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer), aber auch das Internetangebot selbst enthält i. d. R. ausführliche Informationen zu IGeL. Neben definitorischen Erklärungen von IGeL werden auch häufige IGeL aufgelistet und detailliert hinsichtlich der Methode der Leistung, dem Nutzen und den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die GKV beschrieben. Die angebotenen Informationen liefern auch Ratschläge zum Umgang mit IGeL-Angeboten und vielfach wird auch auf die Möglichkeit der telefonischen Beratung durch die Kassen verwiesen.

Bei den betrachteten Krankenkassen zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich Ausgestaltung und Umfang der angebotenen Informationsmöglichkeiten. Das von einigen Krankenkassen z. T. sehr umfangreiche, vorgehaltene Informationsangebot bietet Verbraucherinnen und Verbrauchern durchaus geeignete Informationsmöglichkeiten zu IGeL (vgl. zur Bewertung des Informationsangebotes der Barmer GEK und der Techniker Krankenkasse Abschnitte 5.3.1.1 und 5.3.1.2).

Das Informationsangebot der **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDS)** ist insgesamt sehr umfangreich und bietet Verbraucherinnen und Verbrauchern mit der Broschüre „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Grundlegende Informationen“ und den Informationsmaterialien zu einzelnen IGeL fundierte Informationsmöglichkeiten (vgl. Abschnitt 5.3.1). Mit dem IGeL-Monitor

⁸⁰ Im Rahmen der Untersuchung wurde das Informationsangebot der 10 mitgliederstärksten Krankenversicherungen betrachtet (gem. *Beiträge zur Gesellschaftspolitik*, dfg-Ranking: Liste der deutschen Krankenkassen. Ranking nach Mitgliederzahlen. Stichtag 1. Oktober, 2011).

(www.igel-monitor.de) stellt der MDS seit Januar 2012 den Verbraucherinnen und Verbrauchern darüber hinaus ein sehr gut aufbereitetes Internetinformationsangebot zur Verfügung.⁸¹

Das Informationsangebot der **Medizinischen Berufsverbände** richtet sich überwiegend nicht an Verbraucherinnen und Verbraucher, sondern an die Verbandsmitglieder. Sofern Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher angeboten werden, handelt es sich i. d. R. um die Vorstellung des Leistungsangebotes einzelner Arztpraxen, um eine kurze Beschreibung einzelner IGeL und in Einzelfällen wird zudem zusätzlich zu einer Definition von IGeL die Broschüre „Individuelle Gesundheitsleistungen – was Sie über IGeL wissen sollten“ der Bundesärztekammer bereitgestellt. Das von den wenigen Verbänden, die überhaupt Informationsmaterial bereitstellen, vorgehaltene Informationsangebot ist insgesamt wenig geeignet, um Verbraucherinnen und Verbraucher relevante Informationen zu IGeL zu vermitteln.

Ähnliches gilt für die **Medizinischen Fachgesellschaften**, die mehrheitlich keine Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher anbieten. Die von einigen Fachgesellschaften bereitgestellten Informationen sind sehr unterschiedlich, so finden sich darunter Patienteninformationsblätter mit wichtigen Hinweisen zur Inanspruchnahme von IGeL, Informationsbroschüren anderer Organisation (z. B. der Bundesärztekammer), ein Verweis auf den HTA-Bericht des DIMDI⁸² oder eher anpreisende Beschreibungen einzelner facharztspezifischer IGeL.

Auch die Informationen der **Privatärztlichen Verrechnungsstellen** zu IGeL sind vornehmlich auf Ärzte ausgerichtet. Allerdings finden sich dort auch Informationen, die u.U. für Verbraucherinnen und Verbrauchern von Interesse sein könnten. So wird beispielsweise auf das Erscheinen der Patienteninformation der Bundes-

⁸¹ Im IGeL-Monitor sind auch einige IGeL enthalten, zu denen der MDS bisher eigenständige Informationsbroschüren erstellt hat (z. B. zur Glaukomfrüherkennungsuntersuchung oder der PSA-Wert-Bestimmung) vgl. Abschnitt 5.3.1.2.

⁸² *Schnell-Inderst/Hunger/Hintringer/Schwarzer/Seifert-Klauss/Gothe/Wasem/Siebert, Individuelle Gesundheitsleistungen, 2011.*

ärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingewiesen und einige Inhalte dieser Broschüre werden zusammengefasst vorgestellt. Insgesamt kann das Informationsangebot der Privatärztlichen Verrechnungsstellen allerdings nicht als relevante Verbraucherinformation angesehen werden.

Bei **Anbietern von IGeL-Leistungsbestandteilen (Arzneimittel, Medizintechnik etc.)** wurden auf den Seiten der ausgewählten Anbieter im Rahmen der durchgeführten Recherchen keine relevanten Patienteninformationen zu IGeL gefunden. Allerdings finden sich dort diverse Links zu Patienteninformationsseiten über einzelne Krankheitsbilder. Wenngleich auch für einige der dort betrachteten Krankheitsbilder IGeL angeboten werden können, wurden diese Informationsseiten nicht in die Untersuchung einbezogen, da sie sich i. d. R. nicht explizit auf die damit in Verbindung stehende, mögliche IGeL beziehen.

Das Informationsangebot der **Verbraucherzentralen der Länder und der Verbraucherzentrale Bundesverband** zu IGeL ist zum Teil sehr umfangreich. Neben eigenen Informationsbroschüren werden beispielsweise auch die Broschüre der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellt, ebenso wie externe Verlinkungen zu Seiten mit Informationen zu IGeL, wo Verbraucherinnen und Verbraucher beispielsweise einen IGeL-Katalog mit den zugehörigen Abrechnungsziffern der GOÄ finden. Die Informationsbroschüren der Verbraucherzentralen enthalten neben Tipps zum Umgang mit IGeL auch Vorschläge zu Fragen, die dem Arzt vor der Inanspruchnahme einer IGeL gestellt werden sollten und stellen den Verbraucherinnen und Verbrauchern, sowohl für IGeL allgemein, als auch für einzelne IGeL, relevante Informationen als Entscheidungsgrundlage bereit (vgl. zu den Broschüren der Verbraucherzentrale Hamburg („IGeL - Selbst zahlen beim Arzt für Individuelle Gesundheitsleistungen“), der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen („Patiententipps zu IGeL-Leistungen - Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen“) und der Verbraucherzentrale Hessen („Selbst zahlen beim Arzt“) Abschnitt 5.3.1).

Das Informationsangebot der Verbraucherzentralen ist in der Summe sehr vielseitig, jedoch gibt es bei den einzelnen Verbraucherzentralen der Bundesländer

durchaus Unterschiede in Bezug auf den Umfang und die Ausgestaltung der Informationsmaterialien. Es wird selten auf die Informationsangebote der Verbraucherzentralen in anderen Bundesländern verwiesen, was jedoch das Auffinden der Informationsmaterialien für Verbraucherinnen und Verbraucher möglicherweise erleichtern könnte.

Bei den **Vertretern der Patienteninteressen** finden Verbraucherinnen und Verbraucher ebenfalls Informationen zu IGeL. Die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen hat dazu eine Informationsbroschüre erstellt, die wichtige Hinweise zum Umgang mit IGeL enthält und auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten informiert auf seiner Internetseite über einige wichtige Aspekte im Umgang mit IGeL (vgl. Abschnitt 5.3.1.1). Die Stiftung Warentest hat neben Tests zur Beratungsqualität von IGeL-Informationsgesprächen auch systematische Literaturrecherchen zur wissenschaftlichen Evidenz von einzelnen IGeL durchgeführt und stellt auf ihrer Internetseite außerdem kurze Informationsartikel zum Umgang mit IGeL bereit. Im Rahmen der durchgeführten Recherchen konnten bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und bei der Unabhängigen Patientenberatung (UPB) keine relevanten eigenen Verbraucherinformationen zu IGeL identifiziert werden. Das vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) betriebene Internetangebot www.gesundheitsinformation.de enthält ebenfalls keine spezifischen Patienteninformationen zu IGeL. Bei diesen Organisationen finden sich jedoch Linkzusammenstellungen zu Informationsmöglichkeiten, Beratungsfalldarstellungen mit Hinweisen zum Umgang mit IGeL, Glossareinträge oder Artikel zu Früherkennungsuntersuchungen, die z. T. auch IGeL darstellen können.

Verbraucherinnen und Verbraucher finden auch bei weiteren Anbietern Informationsmaterialien zu IGeL, etwa in Form des Taschenguides von Schneider und Wigger („IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen“), der jedoch eher ungeeignet scheint, um ihnen eine fundierte Entscheidungshilfe an die Hand zu geben (vgl. Abschnitt 5.3.1.2).

5.3.3 Untersuchung des recherchierten Informationsmaterials aus Arztpraxen

Im Rahmen der Recherche in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte konnten 31 Informationsmaterialien zu IGeL identifiziert werden. Dabei zeigen sich z.T. deutliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Form und ihres Umfangs ebenso wie hinsichtlich des Informationsgegenstandes (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht der Informationsmaterialien zu IGeL aus der Recherche in Arztpraxen

Gegenstand des Informationsmaterials	Anzahl
Labordiagnostische Leistungen	7
Vorsorgeuntersuchung (z. B. Glaukom, Osteoporose-Test)	5
Behandlungsverfahren (z. B. Lasertherapie, Kältetherapie, Magnetfeldtherapie, Schröpfbehandlung)	5
Medikamentöse Therapien (z. B. Hyaluroninjektion)	4
Alternative Heilverfahren (z. B. Akupunktur)	2
Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf	2
IGeL allgemein	1
Ärztliche Leistungen zur Steigerung des Wohlbefindens (z. B. Vitamintherapie)	1
Ärztliche Serviceleistungen	1
Übersicht Honorarliste aller IGeL der Praxis	1
Psychotherapeutische Angebote (z. B. Biofeedback-Therapie)	1
Neuartige Untersuchungs- u. Behandlungsverfahren (z. B. Stoßwellentherapie)	1

Quelle: IGES

Eine Anwendung der in Tabelle 3 dargestellten Kriterien zur Bewertung von Informationsmaterialien ist nicht sinnvoll, da die Informationsbroschüren mehrheitlich die grundlegenden Anforderungen an Verbraucherinformationen nicht erfüllen. Vielfach werden Krankheitsbilder und deren Therapiemöglichkeiten vorgestellt oder direkt einzelne IGeL. Die Informationsbroschüren/-flyer enthalten regelmäßig keine Angaben zu möglichen Risiken oder zur wissenschaftlichen Evidenz der Leistungen. Einige der Flyer stellen das IGeL-Angebot der Praxis, teilweise auch unter Angabe der jeweiligen Preise für die Leistungen, vor. Zu jeweils gleichen Anteilen wurden die Flyer von der Arztpraxen selbst, von Labordienstleistern oder Medizin-Produkte-Herstellern erstellt oder zwar von diesen erstellt, jedoch mit der Möglichkeit einer Personalisierung des Flyers durch das Einfügen

des Praxisstempels versehen. Die Broschüren der Arztpraxen zu einzelnen IGeL benennen teilweise auch die entstehenden Kosten, bei Broschüren von Labor-dienstleistern oder Medizin-Produkte-Herstellern fehlen diese Angaben in der Regel vollständig. Einige der im Rahmen der Recherche zusammengestellten Flyer weisen einen vergleichsweise anpreisenden Charakter auf.

Insgesamt eignen sich die im Rahmen der Recherche in den Arztpraxen zusammengestellten Informationsmaterialien keineswegs als Verbraucherinformation, da sie überwiegend sehr oberflächlich Leistungen vorstellen, ohne die für die Entscheidung für oder gegen eine IGeL notwendige Grundlage an Informationen bereitzustellen.

Angaben zum tatsächlichen Arztgespräch bezüglich IGeL wurden im Rahmen der Untersuchung nicht erhoben (vgl. auch Abschnitt 5.2 zu den Untersuchungen der Stiftung Warentest zu ärztlichen Beratungsgesprächen).⁸³

5.3.4 Zusammenfassende Bewertung des recherchierten Informationsmaterials

Insgesamt zeigt die detaillierte Untersuchung ausgewählter Informationsmaterialien zu IGeL, dass den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung steht, um entscheidungsunterstützende Informationen einzuholen. Diese Möglichkeiten unterscheiden sich jedoch sowohl hinsichtlich des Umfangs, des Informationsgehalts und der Qualität deutlich voneinander. Viele der identifizierten Informationsmaterialien sind kaum geeignet, um Verbraucherinnen und Verbrauchern eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine IGeL zu ermöglichen. Insbesondere bei den Informationsbroschüren, die Verbraucherinnen und Verbraucher in Arztpraxen zur Verfügung gestellt werden, zeigte

⁸³ Bei dem recherchierten Informationsmaterial handelt es sich aufgrund der geringen Anzahl von befragten Vertragsärzten und der regionalen Eingrenzung um eine nicht repräsentative Erhebung.

sich im Rahmen der Untersuchung, dass diese vielfach keine zuverlässige Verbraucherinformation darstellen.

Die Bewertung einzelner Informationsmaterialien anhand des Kriterienkataloges zeigte ebenso wie die Prüfung der Informationsangebote bei den verschiedenen Organisationsgruppen, dass für Verbraucherinnen und Verbraucher durchaus auch einige geeignete Informationsmöglichkeiten bestehen, die ihnen die notwendigen Informationen bereitstellen und sie bei ihrer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL unterstützen können.

Aufgrund der Vielzahl der Informationsmöglichkeiten und der zum Teil erheblichen Unterschiede zwischen den Informationsangeboten könnten Verbraucherinnen und Verbraucher jedoch Schwierigkeiten haben, direkt geeignete Informationsquellen zu identifizieren. Daher sollten zum derzeitigen Stand möglichst verschiedene Informationsquellen herangezogen werden, um eine differenzierte und möglichst vollständige Entscheidungsgrundlage erhalten zu können.

5.4 Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Inhalte, Nutzen und Preise von IGeL für Verbraucherinnen und Verbraucher transparent zu machen?

Damit Verbraucherinnen und Verbraucher eine informierte und partizipative Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL treffen können, müssen ihnen transparente Informationen zu den Inhalten, dem Nutzen und den entstehenden Kosten der IGeL zur Verfügung stehen (vgl dazu auch Abschnitt 3.2).

Transparente Informationen sind keineswegs durch ein schlichtes Mehr an Informationen gekennzeichnet, da bei steigender Informationsmenge die Nachvollziehbarkeit sinkt und relevante von irrelevanten Informationen getrennt werden müssen. Vielmehr müssen die verfügbaren Informationen strukturiert und für die jeweilige Zielgruppe verständlich aufbereitet sein. Bei verbraucherorientierte Informationen zu IGeL muss daher ein ausgewogenes Verhältnis zwischen medizinischer Wissensvermittlung und der Verständlichkeit für medizinische Laien gefunden werden.

Damit Verbraucherinnen und Verbraucher vorliegende Informationen für ihre Entscheidung nutzen können, müssen diese darüber hinaus für sie relevant und verwertbar sein. Eine Information zu IGeL muss daher alle relevanten Aspekte beispielsweise zum Nutzen, zu den Risiken, zu möglichen Alternativen und auch zu den Kosten sowie evtl. entstehenden Folgekosten enthalten. Die angebotenen Informationen müssen außerdem vollständig und inhaltlich korrekt sein, damit sie eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage bieten können.

Daneben kann eine einheitliche Struktur, bezogen auf Inhalt, Aufbau und Qualitätsanforderungen die Transparenz der Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher fördern, da ein standardisiertes Informationsangebot die Verständlichkeit erleichtern kann und sicherstellt, dass alle relevanten Aspekte beinhaltet sind. Dies ist vor allem in Bezug auf das Informationsangebot für einzelne IGeL von Bedeutung. Während für einige, häufig erbrachte IGeL (z. B. Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung) zum Teil zahlreiche Informationsmaterialien verschiedenen Umfangs existieren, steht für eher selten erbrachte IGeL zum Teil ein vergleichsweise wenig ausführliches Informationsangebot zur Verfügung. Ein standardisiertes Informationsformat für alle IGeL könnte sicherstellen, dass die relevanten Informationen, insbesondere hinsichtlich Inhalten, Nutzen und Kosten der IGeL den Verbraucherinnen und Verbrauchern für alle IGeL zuverlässig zur Verfügung stehen.

Entscheidend ist zudem die Zugänglichkeit im Sinne der Beschaffungsmöglichkeit der Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher. Auch dabei muss die Zielgruppe berücksichtigt werden und sofern sich die Zugänglichkeit zwischen den Zielgruppen unterscheidet, müssen ggf. unterschiedliche Zugänge zu den angebotenen Informationen geschaffen werden, damit alle Zielgruppen erreicht werden können. Beispielsweise könnte ein ausschließliches Angebot von Informationen im Internet dazu führen, dass Verbraucherinnen und Verbrauchern, die das Internet nicht aktiv verwenden, nicht erreicht würden. Daher sollten stets unterschiedliche Zugänge zum Informationsangebot in Betracht gezogen werden.

Daneben ist auch die transparente Darstellung des Ursprungs der Informationen von Bedeutung. Da sich die Darstellung von Informationen zum Thema IGeL möglicherweise aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Akteure voneinander unterscheiden könnte, muss für Verbraucherinnen und Verbraucher klar ersichtlich sein, wer der Herausgeber des Informationsmaterials ist. Um mögliche Interessenkonflikte zu vermeiden, sollten Verbraucherinformationen zu IGeL bestenfalls von neutralen Organisationen erstellt werden.

Da medizinische Leistungen dem wissenschaftlichen Fortschritt unterliegen, müssen Informationen zu IGeL neue Erkenntnisse berücksichtigen und fortwährend auf einem aktuellen Stand gehalten werden. Eine kontinuierliche Überprüfung – im Sinne von Qualitätssicherungsmaßnahmen – der Informationen, die Verbraucherinnen und Verbrauchern angeboten werden, muss daher gewährleistet sein.

Die Maßnahmen für eine transparente Informationsdarstellung sind vielfältig. Für Verbraucherinnen und Verbraucher sind Informationen – insbesondere zu den Inhalten, dem Nutzen bzw. den Risiken und den entstehenden Kosten einer IGeL – im Rahmen der Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL notwendig (vgl. Abschnitt 3.2). Bei der Erstellung von Informationsangeboten sollte daher darauf geachtet werden, bei diesen Aspekten für Verbraucherinnen und Verbraucher eine größtmögliche Transparenz zu erzielen, um so eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage zu schaffen.

Grundlage für eine solche, transparente Entscheidungsgrundlage ist eine inhaltliche Definition der einzelnen IGeL. Diese muss sowohl die Kernleistung, d. h. die medizinische Leistung an sich (beispielsweise die Messung des Augeninnendrucks zur Vorsorge und Früherkennung eines Glaukoms) als auch die Begleitleistungen, etwa in Form der notwendigen Vor- und Nachgespräche, umfassen (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.7.1). Aufbauend auf einer verbindlichen Leistungsdefinition können auch der Nutzen einer IGeL untersucht bzw. bestimmt werden und die Kosten anhand der relevanten GOÄ-Ziffern angegeben werden. Die einheitliche Leistungsdefinition bildet somit die Grundlage für eine standardisierte Information zu einer IGeL. Diese können Verbraucherinnen und Verbraucher als

Entscheidungsgrundlage sowohl für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL nutzen als auch für den Vergleich einzelner IGeL-Anbieter.

Transparente Informationen können erreicht werden, indem entweder verbindliche Vorgaben für die Erstellung der Information bzw. der Informationsmaterialien bestimmt werden, die gewährleisten, dass auch Informationen unterschiedlicher Quellen (beispielsweise einzelner Ärzte) für Verbraucherinnen und Verbraucher vergleichbar sind oder indem die Informationen zentral zur Verfügung gestellt werden.

5.5 Welche Informationswege sind in Ergänzung der bestehenden Informationsmöglichkeiten sinnvoll?

Für Verbraucherinnen und Verbraucher bestehen zahlreiche Möglichkeiten, sich zu gesundheitlichen Fragestellungen und somit auch über IGeL zu informieren. Die bestehenden Angebote werden z. T. sehr unterschiedlich häufig genutzt (vgl. Abschnitt 5.1 und 5.2). Neben der vom Robert-Koch Institut gezeigten unterschiedlichen Nutzung von Informationsquellen für gesundheitliche Fragen bei Männern und Frauen (vgl. Abbildung 4)⁸⁴, können auch weitere Faktoren für die unterschiedliche Inanspruchnahme der Informationsangebote ausschlaggebend sein, etwa das Alter oder individuelle Präferenzen (z. B. Lesen von Zeitschriften der Krankenversicherung, Anschauen von Gesundheitsinformationssendungen im Fernsehen, individueller Umfang der Internet-Nutzung).

Aufgrund der unterschiedlichen nutzerspezifischen Anforderungen an die Informationsmöglichkeiten ist auch eine Vielseitigkeit der Informationswege sinnvoll, um allen Zielgruppen den Zugang zum Informationsangebot zu ermöglichen. Die Informationswege müssen sicherstellen, dass die verfügbaren Informationen von den Verbraucherinnen und Verbrauchern – unabhängig von ihren individuellen Nutzungspräferenzen – abgerufen werden können.

⁸⁴ Ellert/Wirz/Ziese, Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): Deskriptiver Ergebnisbericht, 2006.

Wie beispielsweise die Untersuchungen von Prognos zur Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten zeigen, sind die bestehenden Informationswege bereits sehr vielfältig (vgl. Abbildung 5).⁸⁵ Eine konkrete Ergänzungsnotwendigkeit der bestehenden Informationsmöglichkeiten um weitere Informationswege scheint daher unter den gegebenen Umständen nicht zu bestehen.

Allerdings zeigen die Untersuchungen zum Informationsangebot für Verbraucherinnen und Verbraucher zum Thema IGeL, dass die einzelnen Informationsangebote vielfach nur jeweils einen Informationsweg nutzen.

Die Erreichbarkeit eines Informationsangebotes und somit die Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher könnten durch die Nutzung unterschiedlicher Informationswege bzw. unterschiedlicher Formate verbessert werden. Dabei müssten jedoch ggf. Anpassungsmaßnahmen an die jeweiligen Spezifika der Informationswege vorgenommen werden, um beispielsweise eine Informationsplattform im Internet als Print-Information in Form eines Ratgebers übertragen zu können.

Sofern die Verbreitung eines Informationsangebotes über verschiedene Informationswege wenig sinnvoll ist, etwa weil dadurch die Vorteile eines Informationsweges verloren gehen (beispielsweise einfache Aktualisierungsmöglichkeiten bei internetbasierten Informationsangeboten), sollten zumindest möglichst viele unterschiedliche Informationswege genutzt werden, um Verbraucherinnen und Verbraucher auf ein bestehendes Informationsangebot aufmerksam zu machen.

Die bereits bestehende Vielfältigkeit der Informationswege könnte gezielt dazu genutzt werden, Verbraucherinnen und Verbrauchern auf Informationsangebote hinzuweisen oder sie ihnen sogar über unterschiedliche Informationswege zur Verfügung zu stellen, um die Erreichbarkeit des Informationsangebotes zu erhöhen und somit die Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher zu verbessern.

⁸⁵ *Prognos*, Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, Unabhängige Patientenberatung in Deutschland, 2. Zwischenbericht, 2010.

5.6 Welche Maßnahmen kommen in Betracht, um Verbraucherinnen und Verbrauchern Entscheidungskriterien und Entscheidungshilfen für und gegen einzelne IGeL insbesondere im Bereich der Früherkennung an die Hand zu geben, und wie sind sie zu bewerten?

Um sich für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL entscheiden zu können, benötigen Verbraucherinnen und Verbraucher eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage. Die Entscheidung sollte stets auf Basis aller relevanten Informationen getroffen werden, damit sie so weit wie möglich den individuellen Anforderungen entspricht (vgl. dazu Abschnitt 3.2). Eine solche Entscheidungsgrundlage kann durch bereitgestellte Informationsmaterialien geschaffen bzw. unterstützt werden.

Wie die Betrachtung des bestehenden Informationsangebotes in den Abschnitten 5.3.1 und 5.3.2 gezeigt hat, sind jedoch nicht alle verfügbaren Informationsmaterialien uneingeschränkt als Entscheidungshilfe geeignet, beispielsweise aufgrund von zu geringer Detailtiefe, einer unausgewogenen oder einer unvollständigen Darstellung. Verbraucherinnen und Verbraucher sollten daher unter allen Umständen kritisch prüfen, ob angebotene Informationsmaterialien ihren Anforderungen entsprechen. Die Beurteilung von Informationsmaterialien sollte auch anhand der in Tabelle 3 (vgl. Abschnitt 5.3) dargestellten Kriterien für die Bewertung des Informationsangebotes erfolgen. Ein hoher Erfüllungsgrad der dort aufgelisteten Kriterien kann Anhaltspunkte liefern, inwiefern Informationsmaterialien als Entscheidungshilfe geeignet sind.

Insbesondere bei Früherkennungsuntersuchungen, zu denen eine Vielzahl der angebotenen IGeL gehört, sind Informationen zum Nutzen, zu Risiken und zu möglicherweise bestehenden Unsicherheiten für Verbraucherinnen und Verbraucher

von entscheidender Bedeutung.⁸⁶ Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden teilweise kritisch bewertet, da dadurch möglicherweise auch Krebsformen diagnostiziert werden, die keine gesundheitlichen Probleme verursacht hätten und so zu unnötigen Behandlungen führen.⁸⁷ Außerdem besteht die Gefahr von falsch-negativen Befunden, die Patienten zu Unrecht in Sicherheit wiegen oder falsch-positiven Ergebnisse, bei denen sich Patienten mit einem Krebsverdacht konfrontiert sehen, der sich bei weiteren Untersuchungen nicht bestätigt, für die Patienten jedoch sehr belastend ist.

Entscheidungshilfen für Verbraucherinnen und Verbraucher müssen daher stets auch Angaben zu den Risiken und möglichen Konsequenzen einer IGeL-Inanspruchnahme, sowie den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Leistung beinhalten.

Bei der Erfüllung der geforderten Kriterien sollte darauf geachtet werden, dass die Informationsangebote die möglicherweise unterschiedlichen Anforderungen der Zielgruppe erfüllen. So ist „es wichtig, Ausführlichkeit und Evidenzbasierung von Gesundheitsinformationen und die Nennung aller wissenschaftlichen Quellen zu fordern, gleichzeitig können auf diese Weise aber Materialien entstehen, die aufgrund ihres Umfangs und ihrer Aufmachung möglicherweise gerade Menschen mit niedrigem Bildungsstatus oder wenig Interesse an Gesundheitsthemen ab-

⁸⁶ Im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes des AOK-Bundesverbandes, dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Universität Bremen wurde eine internetbasierte Entscheidungshilfe zur Früherkennung von Prostatakrebs entwickelt. Sie beinhaltet evidenzbasierte Informationen zum Krankheitsbild Prostatakrebs und zu Nutzen, Risiken zum PSA-Test. Darüber hinaus haben Verbraucher die Möglichkeit, die vermittelten Informationen abschnittsweise dahingehend zu bewerten, ob diese für sie persönlich für oder gegen die Durchführung eines PSA-Tests sprechen. Diese Bewertungen einzelner Textabschnitte werden in einer Übersicht zusammengestellt, aus der sich für Verbraucher „vielleicht ein noch besseres Bild [ergibt], ob für Sie der mögliche Nutzen oder die möglichen Nachteile eines PSA-Tests überwiegen“ (vgl. www.psa-entscheidungshilfe.de).

⁸⁷ *Mühlhauser/Steckelberg*, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2005.

schrecken“.⁸⁸ Um dies zu berücksichtigen, könnte beispielsweise das Angebot von Informationen in unterschiedlichen Detaillierungstiefen ausgestaltet sein, zwischen denen Verbraucherinnen und Verbraucher bedarfsgerecht wählen können.

Sie müssen sich außerdem darauf verlassen können, dass die ihnen vorliegende Entscheidungshilfe vollständig und ausgewogen ist und so eine tatsächliche Entscheidungsgrundlage liefern kann.

Als Kennzeichnung für Informationsmaterialien – unabhängig von ihrer Form (Print, Internet) –, die die Kriterien einer „guten“ Information erfüllen, wären beispielsweise Qualitätssiegel möglich, ähnlich dem HON-Code (Health On the Net Foundation) für Gesundheitsinformationen im Internet. Anhand einer solchen Zertifizierung könnten Verbraucherinnen und Verbraucher leicht erkennen, ob sich ein Informationsangebot als Entscheidungshilfe eignet; vorausgesetzt, dass sie über die Bedeutung des Qualitätssiegels informiert sind und bewusst darauf achten.

Ein Informationsangebot, das Informationen zu unterschiedlichen IGeL anbietet, könnte Verbraucherinnen und Verbrauchern das Auffinden von für sie relevanten Informationen erleichtern, indem es standardisierte Entscheidungsgrundlagen für die einzelnen Leistungen gebündelt bereitstellt. Das Suchen nach Informationen bei unterschiedlichen Quellen würde dadurch entfallen und – sofern ein solches zentrales Angebot inhaltlich und qualitativ zuverlässige Informationen anbietet – für Verbraucherinnen und Verbraucher könnte es eine zentrale Anlaufstelle dar-

⁸⁸ *Loss/Nagel*, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2009.

stellen.⁸⁹ Eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz eines zentralen Informationsangebotes könnte neben der Erfüllung der Kriterien für ein zuverlässiges Informationsangebot auch der Herausgeber sein, der frei von jeglichen Interessenkonflikten sein sollte. Auch ein kooperativ erstelltes Informationsangebot von Vertretern verschieden ausgerichteter Interessengruppen könnte das Vertrauen der Verbraucherinnen und Verbraucher in eine solche Entscheidungshilfe erhöhen.⁹⁰

Unabhängig von der Ausgestaltung der Informationsangebote kann Informationsmaterial zu IGeL unter keinen Umständen allgemeingültig sein und kann somit lediglich als unterstützende Entscheidungshilfe angesehen werden, da es sich bei der Inanspruchnahme einer IGeL stets um eine Einzelfallentscheidung handelt, die stark von den individuellen Umständen der Patienten geprägt ist.

Eine Entscheidungshilfe kann und sollte daher unterschiedliche Situationen der Patienten berücksichtigen, erläutern, unter welchen Umständen eine Leistung von der Krankenkasse übernommen ist und somit keine IGeL darstellt und auf die notwendige individuelle Beratung durch den behandelnden Arzt verweisen.

5.7 Welche differenzierte Konzeption einer Liste von IGeL ist zweckmäßig (inhaltlich; rechtliche Verbindlichkeit versus informatorische Internetliste; Trägerschaft; Kooperationsmöglichkeiten z. B. mit der Ärzteschaft oder den Krankenversicherungen)?

Es existiert derzeit keine abschließende und allgemein akzeptierte einheitliche definitorische „IGeL-Liste“. Ein solch abschließendes Verzeichnis kann es der

⁸⁹ Ein zentrales Informationsangebot könnte zudem verhindern, dass unterschiedliche Versionen von Informationsmaterialien im Internet zu finden sind und Verbraucherinnen und Verbrauchern somit auch möglicherweise überholtes Informationsmaterial zur Verfügung steht (die Broschüre des MDS zu zusätzlichen „Ultraschalluntersuchungen auf Wunsch der Schwangeren“ wurde im Rahmen der Recherchen beispielsweise in zwei verschiedenen Versionen (Stand 12/2001 und Stand 12/2008) gefunden).

⁹⁰ Aufgrund der zum Teil sehr unterschiedlichen Interessenlagen könnte eine kooperative Erstellung eines gemeinsamen Informationsangebotes ggf. schwer umzusetzen sein.

Definition nach auch nicht geben, da sich IGeL über eine Negativdefinition bestimmen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass IGeL Leistungen darstellen, die von Verbraucherinnen- und Verbrauchern privat zu finanzieren sind (vgl. Abschnitt 3.1), also insbesondere nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören. Eine eigentliche Definition der entsprechenden Leistungen wird nicht vorgenommen.

Ohne eine einheitliche Definition, welche Leistungen exakt als IGeL definiert werden, kann es allerdings auch kein einheitliches Verzeichnis von IGeL geben.

Dennoch werden Versuche unternommen IGeL zu definieren. Beispiele für derzeit bestehende „Versuche“ einer Aufstellung von IGeL sind:

- IGeL-Kompendium für die Arztpraxis⁹¹
- MEGO. MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen⁹²
- die KBV verzichtet aktuell auf ein IGeL-Verzeichnis und verzeichnet auf ihrer Internetseite⁹³ lediglich „einige typische Beispiele für diese Leistungen“⁹⁴
- zahlreiche z. B. nach wirtschaftlicher Rentabilität zusammengestellte, im Internet verfügbare „IGeL-Listen“⁹⁵
- zahlreiche weitere Abrechnungs- und IGeL Ratgeber, die häufig ein IGeL-Verzeichnis beinhalten⁹⁶

⁹¹ Hess/Klakow-Franck, IGeL-Kompendium für die Arztpraxis, 2005a.

⁹² Krimmel/Kleinken, MEGO 2011.

⁹³ Vgl. <http://www.kbv.de/patienteninformation/23739.html>

⁹⁴ Die KBV hatte im Jahr 1998 das Konzept und eine IGeL-Liste vorgestellt und diese auch erweitert vgl. dazu Maus, Deutsches Ärzteblatt 1999.

⁹⁵ Z. B. eine IGeL-Marktübersicht vgl. N.N., IGeL-Marktübersicht 2009: So rentabel sind IGeL wirklich!, 2009.

„Zudem ist der Begriff IGeL nicht geschützt und hat somit keine weiteren Bedeutungsregeln, [...]“.⁹⁷ Dies bedeutet auch, dass

- jeder Arzt eine Leistung von einer der IGeL-Verzeichnisse erbringen kann, ohne sie IGeL zu nennen;
- jeder Arzt Leistungen erbringen und IGeL nennen kann, die auf keinem IGeL-Verzeichnis verzeichnet sind.⁹⁸

Die Ärzteschaft hat sich insbesondere in den Jahren 2005 bis 2008 mit der Thematik von IGeL-Verzeichnissen befasst. Auf dem 108. Deutschen Ärztetag im Jahr 2005 wurde ein Antrag gestellt, durch Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen eine offizielle und zu veröffentlichende Positiv- und Negativliste von IGeL in Verbindung mit einem Qualitätssicherungskonzept für IGeL zu erstellen.⁹⁹

Auf dem 109. Deutschen Ärztetag hat die Ärzteschaft dann eine EntschlieÙung zu IGeL gefasst, die u. a. eine Definition von IGeL beinhaltet und insbesondere zehn Hinweise für das Erbringen von IGeL enthält.¹⁰⁰ Der Antrag auf Erstellung einer „Positivliste“ von IGeL durch die Bundesärztekammer wurde zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

⁹⁶ Z. B. des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. *Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.*, Individuelle Gesundheitsleistungen in Orthopädie und Unfallchirurgie, 2007 Individuelle Gesundheitsleistungen in Orthopädie und Unfallchirurgie.

⁹⁷ *Harder*, Der große IGeL-Check: Wann medizinische Zusatzleistungen sinnvoll sind und was sie kosten, 2008.

⁹⁸ vgl. *Windeler*, G+G Wissenschaft 2006.

⁹⁹ *Bundesärztekammer*, Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. - 6. MAI 2005 in Berlin, 2005.

¹⁰⁰ *Bundesärztekammer*, Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. - 26. Mai 2006 in Magdeburg, 2006.

Die Bundesärztekammer hat dann von der Erstellung einer solchen „Positivliste“ Abstand genommen und stattdessen ihre Informationsangebote für Ärzte und Patienten zum Thema IGeL ausgebaut (vgl. a. Abschnitt 5.3.1). Als Gründe wurden insbesondere Abgrenzungsprobleme und die Notwendigkeit zur permanenten Aktualisierung eines solchen Verzeichnisses genannt.¹⁰¹ Auch von anderen Akteuren (z. B. Kassenärztlichen Vereinigungen) wurde eine solche „Positivliste“ oder „Negativliste“ bisher nicht realisiert.

Die Problematik, dass sich durch Innovationen, Rechtsprechung oder G-BA-Beschlüsse der Leistungskatalog der GKV und damit verbunden das mögliche Leistungsspektrum von IGeL kontinuierlich verändert, besteht zweifelsfrei. Allerdings existieren sowohl im stationären Sektor mit dem G-DRG-System und den begleitenden Regelungen als auch im ambulanten Sektor mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Leistungskataloge, die jährlich (G-DRG-System) bzw. kontinuierlich (EBM) an solche Veränderungen angepasst werden. Im G-DRG-System existiert auch ein gesonderter „Leistungskatalog“ für neue Behandlungsverfahren.¹⁰² Zudem existieren standardisierte Verfahrensabläufe zur Aufnahme neuer Leistungen in den GKV-Leistungskatalog.

Somit ist sicherlich davon auszugehen, dass ein wie auch immer geartetes IGeL-Verzeichnis kontinuierlich angepasst werden müsste. Ein permanent stabiles IGeL-Verzeichnis kann es nicht geben.

Aufgrund der Negativdefinition von IGeL in Verbindung mit der Therapiefreiheit des Arztes kann es allerdings ebenso wenig ein abschließendes IGeL-Verzeichnis geben.

¹⁰¹ vgl. *Rabbata*, Deutsches Ärzteblatt 2008

¹⁰² Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

5.7.1 IGeL-Liste; Begriffsbestimmung

Unter Transparenzgesichtspunkten aus der Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher wäre eine eindeutige Begriffsbestimmung für IGeL zu empfehlen. Da sich IGeL allerdings durch eine Negativdefinition (Leistungen, die der Verbraucher selbst zahlen muss) auszeichnen, könnte eine einschränkende Neudefinition des Begriffs IGeL eine solche Möglichkeit darstellen.

IGeL könnten somit als Leistungen für GKV-Versicherte¹⁰³ definiert werden, die in einem spezifischen Leistungskatalog,¹⁰⁴ einer IGeL-Liste, enthalten sind. Unabhängig von in dieser IGeL-Liste geführten Leistungen können die Ärztinnen und Ärzte jedoch selbstverständlich beliebige weitere Leistungen (z. B. Leistungen, die nicht in der IGeL-Liste geführt werden; „IGeL“ nach der bisherigen Definition) erbringen.

In der Konsequenz dieser systematischen Umstellung der Leistungsabgrenzung sollten (bzw. müssten) Ärztinnen und Ärzte, wenn sie eine Leistung aus der IGeL-Liste erbringen, diese in der Verbraucherkommunikation als IGeL bezeichnen. Im Umkehrschluss sollten (bzw. dürften) Ärztinnen und Ärzte andere Leistungen nicht als IGeL bezeichnen. Eine solche eindeutige Definition von Leistungen, die als IGeL zu bezeichnen sind, sofern sie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte erbracht werden, schränkt die Behandlungsfreiheit des Arztes in keiner Weise ein. Auf der anderen Seite bedeutet die Aufnahme einer Leistung in die IGeL-Liste nicht, dass eine solche Leistung nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV ist. Die Leistungserbringung außerhalb des GKV-Leistungsrahmens definiert sie in der Kombination mit der Nennung in der IGeL-Liste als IGeL(-Leistung).

¹⁰³ Die Einschränkung der Anwendung der Definition der IGeL-Liste auf GKV-Versicherte erfolgt hier zwecks Komplexitätsreduktion.

¹⁰⁴ Ein solcher Leistungskatalog sollte zumindest eine Leistungsbezeichnung und eine detaillierte Leistungsbeschreibung inkl. der vorhandenen Leistungsbestandteile enthalten und kann zum Beispiel um die gem. GOÄ abrechenbaren Leistungen erweitert werden.

Zentraler Vorteil eines solchen Leistungsverzeichnis wäre neben der Abgrenzung des Begriffs (IGeL sind Leistungen, die in der IGeL-Liste aufgeführt sind, für GKV-Versicherte erbracht werden¹⁰⁵ und im individuellen Behandlungsfall nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören) auch, dass die Leistungen dieser IGeL-Liste dann mit Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher hinterlegt werden können.¹⁰⁶

Eine solche IGeL-Liste würde also zunächst primär eine Positivdefinition der eigentlichen Leistung einer IGeL ermöglichen. Eine Bewertung der Leistung aus Verbraucherinnen- und Verbraucherperspektive ist mit der Aufnahme in die Liste nicht direkt verbunden.^{107,108}

Aus der Perspektive der Verbraucherinnen und Verbraucher sind mit einer solchen IGeL-Liste und der damit verbundenen einheitlichen Leistungsdefinition allein allerdings zunächst wahrscheinlich noch keine deutlichen Verbesserungen der Transparenz verbunden.¹⁰⁹

Aus Sicht der Autoren ist eine eindeutige Leistungsdefinition lediglich die Basis und die Voraussetzung für eine Verbesserung der Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher. Anhand einer eindeutigen Zuordnung von Leistungen

¹⁰⁵ Dies könnte sowohl für Vertragsärzte als auch für rein privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte gelten.

¹⁰⁶ Theoretisch können für diese Leistungen dann auch bestimmte Qualitätsanforderungen hinterlegt werden.

¹⁰⁷ Eine Bewertung der Leistungen und das Ergänzen transparenter Patienteninformati-
onen unter Berücksichtigung des Nutzens und der Risiken sollte natürlich ebenfalls
erfolgen, kann aber auch aufgrund der Meinungsvielfalt der Akteure zunächst unab-
hängig von einer solchen IGeL Liste durchgeführt werden.

¹⁰⁸ Natürlich ist es auch möglich, bestimmte Leistungen, z. B. solche, die vom G-BA
negativ bewertet wurden, nicht in die IGeL-Liste aufzunehmen.

¹⁰⁹ Es könnte sogar dazu führen, dass die Erstellung einer solchen IGeL-Liste unabhän-
gig von der Erstellung von Patienteninformation dazu führt, dass Verbraucherinnen
und Verbraucher, aber auch Ärztinnen und Ärzte mit der Aufnahme einer Leistung
in die IGeL-Liste eine (positive) Bewertung verbinden, und die IGeL-Liste somit als
Positiv-Liste interpretieren, was sie allerdings nicht ist (s. u.).

(IGeL) zu einem Leistungskatalog (IGeL-Liste) können zukünftig weitere Anforderungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher umgesetzt werden (s. hierzu ausführlich Abschnitt 5.4). Hierfür ist allerdings zwingend erforderlich, dass eine solche IGeL-Liste und der Begriff IGeL geschützt werden müssen (s. a. Abschnitt 5.8).¹¹⁰

Hierbei ist zu beachten, dass ein solcher Leistungskatalog per definitionem nie eine vollständige Liste aller möglichen IGeL (nach derzeitiger Definition) umfassen kann.¹¹¹ Im Prozess der Erstellung einer solchen IGeL-Liste sollte eine Priorisierung nach IGeL vorgenommen werden, die häufig erbracht werden bzw. hinsichtlich der Kosten einen hohen Umsatzanteil am gesamten IGeL-Markt haben.¹¹²

5.7.2 IGeL-Liste; mögliche Akteure

Zur Entwicklung und Herausgabe einer solchen einheitlichen IGeL-Liste kommen verschiedenen Akteure in Betracht.

¹¹⁰ Der eigentliche Name dieser Leistungen ist hierbei unbedeutend, zur klaren Abgrenzung von dem bestehenden Begriff IGeL könnte ein neuer Begriff evtl. hilfreich sein.

¹¹¹ Theoretisch kann sogar die IGeL-Liste zunächst nur eine einzelne Leistung umfassen.

¹¹² Ultraschalluntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören zu den häufigsten erbrachten IGeL (vgl. etwa *Richter/Rehder/Raspe*, Deutsches Ärzteblatt 2009 oder *Zok*, WIdOmonitor 2010). Diese IGeL beinhalten verschiedene Einzelleistungen, zu denen i. d. R. keine differenzierten Informationen zur Häufigkeit vorliegen. *Zok* beispielsweise berichtet daneben jedoch auch die Häufigkeit einzelner IGeL und dabei zeigt sich, dass allein auf 3 Leistungen 26,2% aller IGeL entfallen (Glaukomuntersuchungen (16,2%), PSA-Wert-Bestimmung (6,2%) und Knochendichtemessung (3,8%)); (*Zok*, WIdOmonitor 2010. Die Angabe der Häufigkeit bezieht sich auf insgesamt 791 angebotene oder nachgefragte Leistungen). Dies lässt erkennen, dass einige wenige Leistungen einen großen Anteil an allen IGeL ausmachen und Leistungsbeschreibungen bzw. Informationen zu diesen „typischen“ IGeL für Verbraucherinnen und Verbraucher daher von großer Bedeutung sind.

Zu den potentiellen Akteuren zählen u. a.

- die Ärzteschaft (Landes- bzw. Bundesärztekammer) bzw. die Vertragsärzteschaft (Kassenärztliche Vereinigungen bzw. Kassenärztliche Bundesvereinigung)
- die GKV (Krankenkassen, deren Verbände, der MDK (bzw. MDS))
- die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss oder der Bewertungsausschuss)
- das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Verbraucherschutzorganisationen (z. B. Verbraucherzentrale Bundesverband oder Stiftung Warentest)
- Behörden wie Bundes- oder Landesministerien

Im Folgenden werden diejenigen Akteure kurz vorgestellt, die bereits umfangreiche leistungsbezogene Patienteninformationen oder spezifische Patienteninformationen über IGeL bereitstellen.

5.7.2.1 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde 2004 gegründet. Träger des Instituts ist die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ihr Zweck ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung. Auftraggeber des IQWiG sind der G-BA und das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Das IQWiG kann auch in eigener Verantwortung Themen aufgreifen (Generalauftrag). Aufgaben, Zuständigkeiten und Finanzierung des Instituts sind insbesondere in den §§ 139a bis 139c SGB V geregelt.

Zu den Aufgaben des Instituts gehört gem. §139a Abs.3 Nr.6 SGB V insbesondere auch die Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen, allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversor-

gung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischen Bedeutung.¹¹³

Hierzu hat der G-BA zuletzt im Jahr 2008 eine Erweiterung des Generalauftrags zur Erstellung von Patienteninformationen an das IQWiG beschlossen mit dem somit alle Patienteninformationen ausschließlich durch das IQWiG erstellt werden.¹¹⁴

Die vom IQWiG erstellten Patienten- bzw. Verbraucherinformationen gehen hervor:¹¹⁵

- aus Direktaufträgen des G-BA oder des BMG
- aus Zusammenfassungen anderer Ergebnisse des IQWiG
- aus der direkten gesetzlichen Aufgabe des Instituts zur Bereitstellung von Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger sowie gemäß dem Generalauftrag des G-BA.

Das Institut kommt dieser Aufgabe insbesondere dadurch nach, indem es eine Website mit Patienteninformationen <http://www.gesundheitsinformation.de> bereitstellt.

¹¹³ „Um die Bürgerinnen und Bürger über die Erkenntnisse und Arbeitsergebnisse des Instituts zu informieren und deren Autonomie zu stärken regelt die Vorschrift nach Nummer 6 die Verpflichtung des Instituts, diese [...] zu informieren. Darüber hinaus hat das Institut im Rahmen seiner Beauftragung auch Informationen darüber bereitzustellen, welche Kenntnisse über den aktuellen Stand der Wissenschaft vorliegen. Dies ermöglicht, dass Bürgerinnen und Bürger auch unmittelbar von der Arbeit des Instituts profitieren. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat das Institut die Informationen in einer allgemein verständlichen Form aufzubereiten“ vgl. *Deutscher Bundestag*, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), 2003.

¹¹⁴ *Gemeinsamer Bundesausschuss*, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anpassung der Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur Erstellung von Patienteninformationen, 2008 [Zugriff: 02.09.2011]. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-650/2008-03-13-IQWiG-Anpassung-Generalauftrag.pdf>.

¹¹⁵ *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)*, Allgemeine Methoden - Version 4.0 vom 23.09.2011, 2011.

Spezifische Informationen zu IGeL waren zum Recherchezeitpunkt nicht Bestandteil des umfangreichen Informationsangebots.

5.7.2.2 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sind Träger des im Jahr 1995 gegründeten Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Es entspricht einem Kompetenzzentrum der beiden Organisationen für Wissensmanagement und Wissenstransfer im Gesundheitswesen, medizinische Leitlinien, Patienteninformationen und Patientensicherheit mit dem Zweck, die Organisationen bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung zu unterstützen.¹¹⁶ Das ÄZQ betreibt auch eine eigene umfangreiche Internetplattform mit Patienteninformationen (<http://www.patienten-information.de>). Eigenständige spezifische Informationen zu einzelnen IGeL waren zum Recherchezeitpunkt nicht Bestandteil des umfangreichen Informationsangebots.

5.7.2.3 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ging gem. § 282 SGB V am 1. Juli 2008 in die Trägerschaft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über, nachdem er seit 1998 als Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen“ agiert hatte. Finanziert wird der MDS durch den GKV-Spitzenverband und durch fördernde Mitglieder, zu denen die Spitzenverbände der Krankenkassen und auch beigetretene Medizinische Dienste der Krankenversicherung zählen.

Gesetzlich fixiert sind in § 282 Abs. 2 SGB V auch die Aufgaben des MDS; u. a. berät er demzufolge „den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medi-

¹¹⁶ <http://www.aeqz.de>

zinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben“, „koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in medizinischen und organisatorischen Fragen“ und kann „Empfehlungen abgeben“. Die gesetzlichen Vorgaben beinhalten keinen direkten Auftrag zur Erstellung von Patienteninformationen; zu IGeL hat der MDS jedoch verschiedene Patienteninformationsmaterialien – in Form von allgemeinen Informationsbroschüren zum Thema IGeL und zu einzelnen Leistungen – erstellt. Seit Januar 2012 stellt er Verbraucherinnen und Verbrauchern über die Internetseite www.igel-monitor.de (vgl. dazu auch Abschnitt 5.3.1) umfangreiche Informationen zum IGeL-Markt und seinen Akteuren sowie wissenschaftliche Bewertungen einzelner IGeL zur Verfügung.¹¹⁷

5.7.3 Verbindlichkeit einer IGeL-Liste

Eine solche IGeL-Liste könnte verbindlich oder aber rein informatorisch ausgestaltet sein.

Für eine verbindliche IGeL-Liste könnte eine Regelungskompetenz u. a. in der GOÄ, die die privatärztliche Abrechnungsgrundlage darstellt, bestehen.

Da hierdurch allerdings nahezu zwangsläufig auch die Abrechnungsgrundlage von PKV-Versicherten beeinflusst würde und zudem die Diskussion um die Novellierung der GOÄ seit Jahren geführt wird, halten die Autoren einen solchen Lösungsansatz derzeit kaum für praktikabel und kaum umsetzbar.

Im Falle einer rechtlich verbindlichen IGeL-Liste wäre zudem einerseits ein Konsens der beteiligten Akteure (s. o.) aus Sicht der Autoren nur schwer herstellbar bzw. entsprechend die politische Umsetzung von stark divergierenden Positionen maßgeblicher Akteure beeinflusst. Die GOÄ wurde zudem zuletzt 1996 novelliert und es ist derzeit nicht erkennbar, dass die Überarbeitungszyklen in Zukunft kür-

¹¹⁷ Vgl. www.igel-monitor.de

zere Zeitspannen umfassen werden. Eine kontinuierliche Anpassung einer IGeL-Liste wäre daher kaum umsetzbar.

Dennoch ist eine verbindliche IGeL-Liste theoretisch möglich.

Die Frage ob sich eine rein informatorische IGeL-Liste – also eine IGeL-Liste, deren Anwendung freiwillig erfolgen würde – durchsetzen würde und damit in der Lage wäre zur Verbesserung der Transparenz der Verbraucherinnen und Verbraucher beizutragen, lässt sich nicht abschließend beantworten. Wichtiger Faktor hierbei ist die Akzeptanz bzw. ein breiter Konsens einer solchen Liste bei den beteiligten Akteuren, insbesondere bei der Ärzteschaft. Würde ein solche Liste auch mit Vorteilen bzw. Anreizen für die Ärzteschaft verbunden sein (z. B. nicht monetäre Vorteile wie Rechtssicherheit, ein strukturiertes Informationsangebot, Akzeptanz bei den Verbraucherinnen und Verbrauchern) könnte sich auch eine rein informatorische Liste durchsetzen. Eine Zertifizierung (vgl. Abschnitt 5.7.3) könnte die Verbindlichkeit der Anwendung einer solchen IGeL-Liste deutlich steigern.

Aus Verbraucherperspektive wäre es somit wünschenswert, wenn sich die Hauptakteure auf ein gemeinsames Vorgehen und eine gemeinsame IGeL-Liste einigen könnten.

Obwohl sich die Diskussionen um das Für und Wider von IGeL mit deren zunehmender wirtschaftlicher Bedeutung eher zu verstärken scheinen¹¹⁸ bestände die Möglichkeit, dass eine informatorische IGeL-Liste, die zunächst nur eine reine

¹¹⁸ Als Kritiker von IGeL sind z. B. die Verbraucherzentralen, die Stiftung Warentest und der MDK zu nennen. Kritische Befürworter sind hingegen Organisationen wie die Bundesärztekammer (vgl. *Rehder, Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen in Deutschland : Hintergründe, Angebote, Patientenerfahrungen*, 2008).

Leistungsdefinition beinhaltet, von vielen Akteuren und ggf. auch von den Kritikern der IGeL getragen werden könnte.¹¹⁹

Aus der Perspektive der Verbraucherinnen und Verbraucher kann ein Mehr an Transparenz dann allerdings nur in einem weiteren Schritt, nämlich der evidenzbasierten Aufbereitung von patientenrelevanten Informationen zu den Leistungen erreicht werden.

Hierzu bedarf es allerdings nicht zwangsläufig aller Akteure. So hat z. B. der MDS eine umfangreiches, anhand der Bewertungskriterien (vgl. Abschnitt 5.3.1.2) aus Verbraucherperspektive sehr gutes Informationsangebot zu IGeL bereitgestellt. Ein Zusammenschluss wichtiger oder aller Akteure wäre allerdings auch hier wünschenswert.

Vor dem Hintergrund der Divergenzen im Bereich der IGeL wäre ein weitgehend neutraler Akteur, der insbesondere über umfangreiche Erfahrungen in der Zusammenstellung und Aufbereitung von Patienteninformationen nach den aktuellen wissenschaftlich belegten Anforderungen verfügt, aus Verbraucherperspektive sicherlich höchst geeignet, Patienteninformationen zu erstellen und zu verbreiten.

Im Unterschied zum MDS und zum ÄZQ, die aufgrund der jeweiligen Trägerchaften nicht als neutral bezeichnet werden können,¹²⁰ könnte das IQWiG eine geeignete Institution für die Entwicklung und Pflege von Patienteninformationen sein, insbesondere auch aufgrund der vielfältigen, hier vorhandenen Vorarbeiten zum Thema Patienteninformationen.¹²¹

¹¹⁹ Jedenfalls sofern die IGeL-Liste nicht auch Patienteninformationen beinhaltet.

¹²⁰ Dies bezieht sich ausdrücklich nicht auf die bereitgestellten Informationen.

¹²¹ Vgl. *Joncheere/Gartlehner/Gollogly/Mustajoki/Permanand*, Gesundheitsinformationen für Patienten und die Öffentlichkeit zusammengestellt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - Gutachten der Weltgesundheitsorganisation 2008/2009, 2010.

Die derzeit bestehenden Informationsangebote zum Thema IGeL, und hier muss insbesondere das derzeit umfassendste und auch hinsichtlich der Bewertungskriterien beste Informationsangebot des MDS (www.igel-monitor.de) genannt werden, und deren Konzepte sollten bei den Entwicklungsarbeiten soweit möglich berücksichtigt werden.

Eine Einbindung der bisher zu der Thematik arbeitenden Institutionen und deren Informationsangebote wird auch die Akzeptanz bei Verbraucherinnen und Verbrauchern erhöhen können. Denkbar wäre eine solche Zusammenarbeit z. B. in Form der Gründung einer Arbeitsgemeinschaft und durch Experteneinbezug (das IQWiG beispielsweise arbeitet bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen mit externen Experten zusammen¹²²).

Auch die alleinige informatorische IGeL-Liste (ohne Patienteninformationen)¹²³ könnte aufgrund der Reputation und der fachlichen Neutralität vom IQWiG erstellt werden. Hierdurch wäre gewährleistet, dass sowohl die Ärzteschaft als auch die GKV und die Patientenvertreter in die Entwicklung einer IGeL-Liste indirekt über den G-BA eingebunden werden könnten, die Organisation selbst aber dennoch wissenschaftlich unabhängig arbeitet. Zudem kann das IQWiG gem. § 139b Abs. 1 SGB V auch direkt vom BMG beauftragt werden.¹²⁴

¹²² Vgl. *Joncheere/Gartlehner/Gollogly/Mustajoki/Permanand*, Gesundheitsinformationen für Patienten und die Öffentlichkeit zusammengestellt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - Gutachten der Weltgesundheitsorganisation 2008/2009, 2010.

¹²³ Eine Trennung der definitorischen IGeL-Liste und darauf aufbauenden Patienteninformationen ist aus Sicht der Autoren ein wesentlicher Bestandteil, der eine Umsetzung möglich machen könnte.

¹²⁴ Eine Diskussion der Erweiterung der Möglichkeit einer Beauftragung des IQWiG auch durch das BMELV kann in Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgenommen werden, unter Einschränkung auf die Bereitstellung von Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher sollte dies oder ein Anhörungsrecht jedoch weiter diskutiert werden.

Aus der Sicht der Autoren könnte eine solchermaßen erstellte informatorische IGeL-Liste mittelfristig zu einer „Leistungs- bzw. Produktvereinheitlichung“ im Bereich des IGeL-Marktes führen ohne hierbei das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient oder das privatärztliche Abrechnungssystem zu tangieren.

5.8 Welche Möglichkeiten der Qualitätssicherung und -Überwachung einzelner IGeL-Leistungen sind denkbar und wie sind diese zu bewerten?

Die Messung von Ergebnisqualität im Gesundheitswesen ist sehr komplex; um die Qualität der Leistungserstellung zu messen, zu sichern und zu verbessern werden daher in der vertragsärztlichen Versorgung aber auch in der stationären Versorgung in der Regel Surrogatparameter, wie eine bestimmte Ausstattung und Mindestqualifikationsstandards, herangezogen.

Im Bereich der IGeL existiert derzeit keine unabhängige Instanz, die die Qualität der IGeL überwacht; IGeL können somit weitgehend ohne Kontrolle sowohl angeboten als auch erbracht werden.¹²⁵

Es gelten jedoch auch für IGeL die ärztlichen Fachgebietsgrenzen, deren Überschreitung mit erhöhten Haftungsrisiken des Arztes gegenüber dem Patienten verbunden ist. Der Patient fungiert insoweit genau wie bei der konventionellen Heilbehandlung als zentrale Kontrollinstanz des Arztes und kann diesen für Fehler haftbar machen oder bei den Ärztekammern berufs- und disziplinarrechtliche Kontrolle veranlassen.

Sofern das Vertragsarztrecht keine Anwendung findet, gelten für die Qualitätssicherung die Regelungen der ärztlichen Berufsausübung. Diese liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer, die auch die Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts überwachen. I. d. R. wird es in den Ländergesetzen den Ärztekammern überlassen, entsprechende Berufsordnungen aufzustellen. Diese Berufsordnungen

¹²⁵ Schnell-Inderst/Hunger/Hintringer/Schwarzer/Seifert-Klauss/Gothe/Wasem/Siebert, Individuelle Gesundheitsleistungen, 2011.

entsprechen weitgehend der (Muster-)Berufsordnung (MBO)¹²⁶, die vom Deutschen Ärztetag verabschiedet wird. § 5 MBO verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

5.8.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gelten hingegen eine Vielzahl von z. T. sehr detaillierten Regelungen zur Qualitätssicherung.

Zu nennen sind hier die Vereinbarungen gemäß § 135 Abs.2 SGB V, die die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von spezifischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) regeln (z. B. invasive Kardiologie, Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten, arthroskopische Leistungen). Diese Vereinbarungen treffen Mindeststandards u. a. für die fachliche Befähigung, sowie Strukturmerkmale der räumlichen und apparativen Voraussetzungen oder auch zu einer Mindestzahl von durchgeführten Leistungen je Jahr und beinhalten z. T. auch einen Genehmigungsvorbehalt, d. h. die Leistungen dürfen im vertragsärztlichen Bereich erst erbracht werden, sofern eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung vorliegt.

Aber auch der Einheitliche Bewertungsmaßstab selbst beinhaltet eine Vielzahl von z. T. detaillierten Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation und Ausstattung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen.

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden zudem Vertragsärzte verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement in ihrer Praxis einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln (§135a SGB V). Nach aktueller gesetzli-

¹²⁶ *Deutscher Ärztetag*, (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

cher Regelung besteht allerdings kein Zwang zu einer Zertifizierung des Qualitätsmanagements in einer Vertragsarztpraxis.

5.8.2 Qualitätssicherung im Bereich IGeL

Im Bereich der Leistungserbringung von IGeL existieren solchermaßen vereinbarte Qualitätssicherungsstandards hingegen nicht. Ein Arzt dessen Qualifikation oder Praxisausstattung nicht den Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung genügt, kann theoretisch dieselbe Leistung als Privatleistung anbieten.¹²⁷

Auch wenn die allgemeinen Regelungen zur Qualitätssicherung im Bereich der GKV nicht direkt für IGeL gelten, sollte allerdings die Qualität der IGeL-Leistungserbringung aber z. B. bei einer Verbesserung des internen Qualitätsmanagements in der Praxis angehoben werden.

Aufgrund der fehlenden Datenbasis (und einer fehlenden gesetzlichen Grundlage für eine solche Datenbasis) ist ein gesetzlich bestimmter Rahmen für ein IGeL-spezifisches Qualitätsmanagement bzw. für Qualitätsmindestanforderungen für eine Abrechnungsfähigkeit von IGeL derzeit kaum vorstellbar.

Qualitätssicherungsaspekte könnten auch bei einer Novellierung der GOÄ berücksichtigt werden und würden damit alle privatärztlichen erbrachten Leistungen und nicht ausschließlich IGeL betreffen. Im Rahmen der derzeitigen GOÄ-Novellierung wird gemeinsam mit der Bundesärztekammer und den Kostenträgern geprüft, ob und gegebenenfalls wie Qualitätsaspekte in die Ausgestaltung der

¹²⁷ Schnell-Inderst/Hunger/Hintringer/Schwarzer/Seifert-Klauss/Gothe/Wasem/Siebert, Individuelle Gesundheitsleistungen, 2011.

Leistungsbeschreibungen und der Abrechnungsbestimmungen einbezogen werden können.¹²⁸

Die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen (IGeL) im privatärztlichen Bereich direkt an Mindeststandards ähnlich denen im vertragsärztlichen Bereich zu koppeln, erscheint aufgrund der unterschiedlichen Rechtsnormen und der fehlenden Kontrollmöglichkeit solchermaßen gesetzter Qualitätsstandards und aufgrund des Fehlens von Datenübermittlungen über die Leistungserbringung von IGeL derzeit kaum umsetzbar.

5.8.2.1 Qualitätssicherung mit Routinedaten

Im Unterschied zur vertragsärztlichen Versorgung, in der die Abrechnungsdaten und damit die erbrachten Leistungen (Routinedaten) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen auch geprüft werden (und in einzelnen Fälle für die Versorgungsforschung herangezogen werden können), existiert im Bereich der IGeL eine solche empirische Datenbasis, die auch für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt wird, nicht. Zudem bestehen im vertragsärztlichen Bereich weitere Dokumentationspflichtungen, die in einem direkten Zusammenhang zu den Beschlüssen des G-BA bzw. zu den Qualitätssicherungsvereinbarungen stehen und u. a. der Qualitätsmessung und Kontrolle dienen.¹²⁹

¹²⁸ *Deutscher Bundestag*, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/4751 – Reform der ärztlichen Gebührenordnungen GOÄ und GOZ, 2011 Drucksache 17/4964.

¹²⁹ Aus Sicht der Autoren ist ein wichtiger Baustein der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung die Möglichkeit der Analyse der realen Versorgungssituation. Im Bereich der IGeL ist dies derzeit lediglich mit aufwendigen Primärdatenerhebungen möglich. Perspektivisch könnte eine Datenübermittlung (dies betrifft allerdings nicht nur IGeL, sondern alle privatärztlich erbrachten Leistungen, also insbesondere von PKV-Versicherten) an eine einheitliche Institution zu einer Verbesserung dieses weißen Flecks im deutschen Gesundheitssystem beitragen.

5.8.2.2 Freiwillige Qualitätssicherung

Es gibt für Arztpraxen unterschiedliche, etablierte Zertifizierungsverfahren, insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung.

In Verbindung mit einer informatorischen IGeL-Liste besteht die Möglichkeit zur Qualitätssicherung auf einer freiwilligen Basis durch Zertifizierungen, die auch spezifisch für IGeL erfolgen könnte.¹³⁰

Mit einem Zertifizierungsverfahren, das die Besonderheiten von IGeL berücksichtigt (vgl. Abschnitt 5.8), könnte die Qualität der Leistungserbringung im Bereich der IGeL sichergestellt werden. Zur Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher würde ein solches Verfahren allerdings insbesondere dann führen, wenn die ggf. auch konkurrierenden Zertifizierungsinstrumente die gleichen oder zumindest sehr ähnliche Zertifizierungskriterien berücksichtigen. Die mögliche Spannbreite solcher Zertifizierungsinstrumente ist hierbei hinsichtlich der Ausgestaltung des Zertifizierungsverfahrens und dessen Instrumenten als auch des damit verbundenen Aufwandes sehr groß.

In Verbindung mit einer informatorischen IGeL-Liste kann auch nur eine Zertifizierung sicherstellen, dass Leistungen auf einer solchen IGeL-Liste auch als IGeL bezeichnet werden und Leistungen, die nicht auf dieser IGeL-Liste stehen entsprechend nicht IGeL genannt werden dürfen.

Allerdings kann die Erbringung von IGeL im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens an ähnliche oder die identischen Qualitätsanforderungen wie im vertragsärztlichen Bereich gekoppelt werden, insbesondere sofern die entsprechenden IGeL auch im vertragsärztlichen Bereich erbracht werden können.

Die Marktdurchdringung eines solchen Zertifizierungssystems und damit die entsprechenden qualitätsfördernden Anreize aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher könnte ein solches Zertifizierungsverfahren allerdings lediglich er-

¹³⁰ Vgl. hierzu auch vgl. *Rieser*, Deutsches Ärzteblatt 2005.

langen, wenn es entweder auf einem breiten Konsens der beteiligten Akteure beruht (anbieterseitig) oder ggf. durch umfassende Patienteninformationen häufig nachgefragt wird.

Beide Aspekte können bei der Wahl und der Ausgestaltung eines Zertifizierungssystems berücksichtigt werden. Aus Sicht der Autoren könnte ein Zertifizierungssystem von IGeL bei entsprechender Ausgestaltung eine breite Zustimmung bei den beteiligten Akteuren erfahren.

5.9 Welche Bedeutung hat der Markt der nicht erstattungsfähigen Leistungen für PKV-Versicherte, insbesondere für Personen, die im Basistarif/Tarifen mit geringerem Leistungsumfang bzw. ohne Zusatzversicherung versichert sind?

Der Leistungsumfang der Privaten Krankenversicherung umfasst i. d. R. „typische“ („GKV-„) IGeL.¹³¹ Aber auch in der Privaten Krankenversicherung werden Leistungen, bei denen es sich z. B. um medizinisch nicht notwendige Wunschleistungen handelt, nicht erstattet, sodass auch in der klassischen Privaten Krankenvollversicherung IGeL existieren.

¹³¹ Die Musterbedingungen der Private Krankenversicherungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) regeln mit der sogenannten Wissenschaftlichkeitsklausel (§ 4 Abs. 6 MB/KK 2009) den Leistungsumfang: „Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre“ (*Verband der Privaten Krankenversicherung*, Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) §§ 1-20, 2009). Zudem kann der Versicherer bei Übermaßbehandlung seine Kostenerstattung kürzen (vgl. § 5 Abs. 2 MB/KK 2009) Im Vergleich zu den Kriterien des SGB V stellen die Wissenschaftlichkeitsklausel als auch der Vorbehalt bei Übermaßbehandlung vergleichsweise "weiche" Kriterien dar, die den Kostenerstattungsanspruch der PKV-Versicherten [lediglich, Anmerkung des Verfassers] potentiell einschränken können (*Hess*, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 13).

5.9.1 PKV-Versicherte mit einer Krankheitsvollversicherung

Die Tarifvielfalt bei Krankheitsvollversicherungen der Privaten Krankenversicherung führt u. a. dazu, dass hinsichtlich der IGeL auch unterschiedliche Kostenerstattungsansprüche für diese Leistungen existieren. Eine Quantifizierung der Leistungsmenge oder des Leistungsvolumens für diese Leistungen ist allerdings mangels verfügbarer Daten nicht möglich.^{132,133} Es ist allerdings nach Expertenmeinung davon auszugehen, dass für die überwiegende Mehrzahl der („GKV-„) IGeL bei der überwiegenden Zahl der PKV-Versicherten ein Kostenerstattungsanspruch besteht.

Hess kommt zwar zu dem Ergebnis, dass „das Abschmelzen der „großzügigeren“, am individuellen Behandlungsfall orientierten Kostenerstattungsregelung in der Privaten Krankenversicherung in Richtung des immer enger ausgelegten Mindeststandards an medizinischer Grundversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung unübersehbar ist“, nimmt aber keine Quantifizierung vor.¹³⁴ Krimmel kommt zu dem Ergebnis, dass „IGeL-Leistungen für Privatversicherte, abgesehen von kosmetisch indizierten Leistungen oder Anti-Aging-Behandlung eine quantitativ relativ geringe Rolle spielen“.¹³⁵

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass, wenn auch in deutlich geringerem Umfang je Versicherten und mit einem insgesamt relativ geringen Anteil am gesamten IGeL-Markt, auch für PKV-Versicherte IGeL existieren. Eine Quantifizie-

¹³² Der Verband der privaten Krankenversicherung führt keine Statistik zu dem Leistungsvolumen oder der Leistungsmenge von Leistungen ohne Kostenerstattungsanspruch bei Krankheitsvollversicherungen.

¹³³ Im Rahmen der Versichertenbefragung der KBV wurden die Fragen zu IGeL ausschließlich GKV-versicherten Befragten gestellt, sodass zu IGeL bei PKV-Versicherten keine Zahlen erhoben wurden (*Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld, Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, 2011*).

¹³⁴ Hess, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 13.

¹³⁵ Vgl. *Krimmel/Kleinken*, MEGO 2011 Eine Quantifizierung wird hier ebenso nicht vorgenommen.

rung der Leistungsmenge oder des Leistungsvolumens ist mangels fehlender Daten nicht möglich. Experten gehen auch im Bereich der PKV-Versicherten von steigenden Leistungsmengen bei IGeL aus.

Zudem existieren für GKV-Versicherte auch private Zusatzversicherungen zur Erweiterung des GKV-Schutzes im ambulanten Sektor, die i. d. R. einen Versicherungsschutz z. B. in Form von Zuschüssen zu Medikamenten, Brillen oder Hörgeräten bieten. Es existieren aber auch private Zusatzversicherungen, die den Leistungsumfang im ambulanten Bereich erweitern und damit einen Teil der IGeL einschließen.¹³⁶ Der Verband der Privaten Krankenversicherung veröffentlicht Angaben über die abgeschlossenen Zusatzversicherungen.¹³⁷ Diese Angaben werden differenziert nach ambulanten Tarifen (Leistungen wie Kostenerstattung für Brillen, Hörgeräte, aber auch IGeL wie Vorsorgeuntersuchungen etc.), Tarifen für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife und Krankentagegeldversicherungen. Ende Juni 2011 waren 22 Mio. Zusatzversicherungen abgeschlossen worden. Hierbei können pro Person mehrere Zusatzversicherungen vorliegen oder in einer Versicherung mehrere Personen versichert sein. Wie viele Zusatzversicherungen auf PKV- bzw. GKV-Versicherte entfallen, kann nicht ermittelt werden.

Von diesen 22 Mio. Zusatzversicherungen beinhalteten im Jahr 2011 zwar 7,6 Mio. Versicherungen einen ambulanten Tarif, welcher ggf. auch IGeL umfassen könnte, eine Abgrenzung nach Inhalten der ambulanten Tarife kann allerdings nicht vorgenommen werden.

Eine Quantifizierung oder auch nur eine Schätzung der Leistungsmenge oder des Leistungsvolumens für IGeL bei GKV-Versicherten mit privaten Zusatzversiche-

¹³⁶ Z. B. bietet der Tarif "Optimed" der DKV erweiterte Vorsorgeuntersuchungen oder der Tarif AM9 einen an die PKV Vertragsbedingungen angelehnten Leistungsumfang.

¹³⁷ Vgl. *Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, 2011*

rungen bzw. für PKV-Versicherte mit einer Zusatzversicherung kann daher nicht vorgenommen werden.

5.9.2 PKV-Versicherte im Basistarif

Seit 2009 bietet die private Krankenversicherung auch den brancheneinheitlichen Basistarif gem. § 12 Abs. 1a und b Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) an. Die Leistungen im Basistarif orientieren sich an denen der GKV und der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für den Basistarif besteht hinsichtlich bestimmter Personengruppen wie in der GKV ein Kontrahierungszwang und Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind in diesem Tarif nicht zulässig.

Aufgrund der Orientierung der Leistungen im Basistarif an denen der GKV sind IGeL für Versicherte im Basistarif i. d. R. Selbstzahlerleistungen und nicht über den Basistarif versichert.¹³⁸

Von der Möglichkeit, den Basistarif zu wählen, hatten bis Ende Juni 2011 ca. 24 Tsd. Versicherte Gebrauch gemacht, dies entspricht trotz deutlich steigender Versichertenzahl (+75% im Vergleich zu 2009) mit 0,26% nur einem sehr geringen Anteil an allen PKV-Vollversicherten (vgl. Tabelle 5).¹³⁹

Tabelle 5: Anzahl Versicherte im Basistarif der privaten Krankenversicherung

PKV-Versicherte	31. Dez. 2009	31. Dez. 2010	30. Juni 2011
Vollversicherte gesamt (in Tsd.)	8.810,9	8.895,5	8.949,5
davon: Versicherte im Basistarif (in Tsd.)	13,5	21,0	23,7
Anteil Versicherte im Basistarif	0,15%	0,24%	0,26%

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung (2011)

¹³⁸ Zusätzlich zum Basistarif können Versicherte Zusatzversicherungen abschließen (s. o.).

¹³⁹ *Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, 2011.*

Angaben zur Leistungsmenge und zum Leistungsvolumen von IGeL von Versicherten im Basistarif liegen nicht vor. Eine Schätzung basierend auf der Leistungsanspruchnahme der GKV-Versicherten unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Basistarif ergibt ein Leistungsvolumen in Höhe von insgesamt ca. 0,5 Mio. € für IGeL bei Versicherten im Basistarif.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Unter der Annahme, dass die Leistungsanspruchnahme für IGeL der Versicherten im Basistarif derjenigen der GKV-Versicherten entspricht, ergibt sich folgende Abschätzung der Leistungsmenge bzw. des Leistungsvolumens:

GKV-Versicherte:

Leistungsmenge:

15,8 Mio. IGeL / 69.767.395 Versicherte => 0,23 IGeL / Versicherten

Leistungsvolumen:

1,5 Mrd. € für IGeL / 69.767.395 Versicherte = 21,50 € je Versicherten

Versicherte im Basistarif

Bei 23.700 Versicherten im Basistarif (Stand 31. Juni 2011) ergibt sich daraus eine geschätzte Anzahl von 5.367 erbrachten IGeL bei Versicherten im Basistarif und ein geschätztes Leistungsvolumen in Höhe von 510 Tsd. €.

Basis der Schätzung: Zahl der GKV-Versicherten: (KM6-Statistik des BMG mit Stichtag 01.07.2010); Leistungsmenge bzw. Leistungsvolumen für IGeL: Zok, WIdOmonitor 2010; Versicherte im Basistarif: *Verband der Privaten Krankenversicherung*, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, 2011.

6 Ergebnisse zu juristischen Fragestellungen

*Christian Katzenmeier, Tobias Voig
(Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln)*

6.1 Welche rechtlichen Konkretisierungen der ärztlichen Informationspflichten (z. B. zur Standardisierung von Informationen, Übergabe bestimmter Unterlagen) sind möglich und welche Vor- und Nachteile sind damit verbunden?

Die einzige originäre Besonderheit und Gemeinsamkeit aller IGeL liegt darin, dass ihr Angebot sich an Patienten richtet, die üblicherweise nicht unmittelbar selbst für die Kosten ihrer Untersuchung oder Behandlung aufkommen müssen. IGeL-spezifisch kommt dem Recht insoweit die Aufgabe zu, die Kenntnis des Kassenpatienten von der Vergütungspflicht bei der Inanspruchnahme von privaten Zusatzleistungen sicherzustellen und mit Blick auf die Kostentragung bei Willensmängeln geeignete Rechtsfolgen vorzusehen.

Im Übrigen hat das Recht bezüglich des medizinischen Nutzens und der Notwendigkeit der Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden genau wie bei der konventionellen Heilbehandlung zu gewährleisten, dass am Patienten ohne dessen informierte Einwilligung keine potenziell nutzlosen oder gar schädlichen medizinischen Methoden zur Anwendung kommen.

Für die erforderliche Beurteilung dieser Problemkomplexe und der Rechtsposition des Patienten ist das zivile Behandlungsvertragsrecht maßgeblich. Auch wenn das Sozialversicherungsrecht die Leistungsabgrenzung steuert und deshalb von IGeL begriffsnotwendig nur bei Kassenpatienten die Rede sein kann,¹⁴¹ unterfällt die

¹⁴¹ Im Vergleich zu Privatversicherten ist Vorsicht geboten: Weil das Leistungsspektrum privater Versicherungen nicht mit dem der GKV identisch sein muss, können von einer Leistungsausgrenzung andere medizinische Maßnahmen betroffen sein.

Leistungserbringung nicht dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil IGeL aus deren Rahmen gerade ausgeschlossen sind.¹⁴²

Sowohl für die Kenntnis des Patienten von medizinischen Aspekten seiner Behandlung als auch für dessen Kostenbewusstsein kommt der Aufklärung durch den Arzt essenzielle Bedeutung zu. Für ein kooperatives Verhältnis zwischen Arzt und Patient bildet das Aufklärungsgespräch die zentrale Komponente.¹⁴³ Im Kern geht es bei der Aufklärung darum, den Patienten trotz seines fehlenden medizinischen Fachwissens zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf zu befähigen. Erst dessen daraufhin konkret erteilte Einwilligung berechtigt den Arzt, eine ins Auge gefasste diagnostische oder therapeutische Behandlung vorzunehmen.

Nachträglich bleibt das konkrete ärztliche Vorgehen nicht nur mit Blick auf eine kunstgerechte Durchführung der Behandlung juristisch nachprüfbar, sondern gleichermaßen hinsichtlich einer ordnungsgemäßen Aufklärung.¹⁴⁴ Wo der Arzt gerade wie bei umstrittenen Methoden in hohem Maße die Therapiefreiheit in Anspruch nimmt, tritt seine Pflicht zur Aufklärung des Patienten als unausweichliches Korrelat neben die Verbindlichkeit von Standards der gebotenen Mindestsorgfalt. Denn bei der Therapiefreiheit geht es nicht um eine Privilegierung des Arztes, sondern um ein fremdnütziges Recht zugunsten des Patienten und dessen Anspruch auf Optimierung seiner Behandlung. Auf dieser Grundlage muss sich ärztliches Verhalten neben Aspekten der Standardverfehlung besonders an den

¹⁴² Vgl. im Einzelnen zu teils divergierenden Normkomplexen *Voigt*, IGeL, 1. Kap. a.E., i. Ersch.

¹⁴³ Zum partnerschaftlich-kooperativen Arzt-Patient-Verhältnis als Gegenmodell eines benevolenten Paternalismus vgl. *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 A, Rn. 1, S. 101; *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 57 ff. u. passim.

¹⁴⁴ *Laufs*, in: , in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 3, Rn. 15 a.E; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 10 D IV, Rn. 70 ff., S. 345 ff.

Maßgaben verbotener Eigenmacht messen lassen.¹⁴⁵ Neben dem Behandlungsfehler kommt danach auch bei IGeL dem Aufklärungsfehler eine Schlüsselrolle bei Fragen der ärztlichen Haftung zu.

Bevor sich über Möglichkeiten und den Bedarf weitergehender rechtlicher Konkretisierungen der ärztlichen Aufklärungspflicht reflektieren lässt, ist zunächst deren normative Ausgestaltung, Inhalt und Reichweite nach geltendem Recht fundiert zu analysieren.

6.1.1 Aufklärungspflichten des Arztes nach geltendem Recht

6.1.1.1 Normativer Rahmen ärztlicher Aufklärungspflichten

Der Arzt verspricht dem Patienten vertraglich eine kunstgerechte Behandlung nach dem aktuellen berufsfachlichen Standard seiner Disziplin.¹⁴⁶ Mit dieser vertragstypischen Hauptpflicht hängt die Erörterung von Kostenfragen sachlich nicht zwingend zusammen. Sie bezieht sich allein auf den Vermögensschutz des Patienten, so dass eine vom Arzt gegebenenfalls vorzunehmende wirtschaftliche Aufklärung als Nebenpflicht aus dem Vertrag einzuordnen ist (dazu sogleich 6.1.1.3, S. 111 ff.).¹⁴⁷

Anderes muss für die Aufklärung über die mit einem Eingriff verbundenen wesentlichen medizinischen Aspekte gelten: Die Rechtsprechung ordnet auch den ärztlichen Heileingriff als Körper- oder Gesundheitsverletzung ein, wenn der Patient in die jeweils durchgeführte Behandlungsmaßnahme nicht wirksam eingewil-

¹⁴⁵ Grundlegend zum Verhältnis von Aufklärung und Therapiefreiheit *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 304 ff.

¹⁴⁶ S. § 611 Abs. 1 BGB; näher dazu bei privaten Zusatzleistungen *Voigt*, *IGeL*, 2. Kap., 2. Abschn., i. Ersch.

¹⁴⁷ Dazu § 241 Abs. 2 BGB; BGH NJW 2000, 3429, 3431 f.; *Geiß/Greiner*, *Arzthaftpflichtrecht*, 2009, Kap. A I 1 a), Rn. 7, S. 6.

ligt hat.¹⁴⁸ Eine sinnvolle Entscheidung kann er aber nur treffen, wenn der Arzt ihn angemessen aufgeklärt hat. Fehlt es an informierter Einwilligung (*informed consent*), so ist die Behandlung grundsätzlich rechtswidrig, und zwar auch dann, wenn der Eingriff selbst kunstgerecht (*lege artis*) durchgeführt worden ist.¹⁴⁹ Das Erfordernis der Einwilligung in präventive, diagnostische und therapeutische ärztliche Maßnahmen wurzelt normativ in den Verfassungsprinzipien der Selbstbestimmung des Patienten (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG) und seinem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG).¹⁵⁰

Oberster Zweck der Aufklärungspflicht ist es also, dem Patienten eine sinnvolle Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechtes zu ermöglichen.¹⁵¹ Sie bezieht sich dabei nicht nur auf das Ob, sondern auch auf die Art und Weise des Eingriffs. Der Arzt als Spezialist hat dem Patienten die wesentlichen Entscheidungsprämissen zu vermitteln.¹⁵²

Bei IGeL kommen die unterschiedlichen Aufklärungspflichten des Arztes kumulativ zum Tragen: Die Information des Patienten über die medizinischen Aspekte des Verfahrens unterfällt der umfassenden Pflicht des Arztes zur Selbstbestimmungsaufklärung, überdies trifft den Arzt bezüglich der Kosten eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung.

¹⁴⁸ Vgl. eingehend zur Körperverletzungsdoktrin Katzenmeier in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, 2009 Kap. 5 A III, Rn. 8 ff., S. 104 ff. m.w.N., krit. C II 2 a), Rn. 70 ff., S. 134 ff.

¹⁴⁹ Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht*, 2009, Kap. V, Rn. 5, S. 103 u. Rn. 153, S. 125.

¹⁵⁰ BVerfG 2005, 1103, 1104 = MedR 2005, 91, 92; BGHZ 29, 46 = NJW 1959, 811.

¹⁵¹ BVerfG NJW 1979, 1925, 1931; Wagner, in: MK, § 823 BGB, Rn. 700.

¹⁵² BVerfG NJW 1979, 1925, 1931: Die „Voraussetzungen der Abwägungsmöglichkeit zu vermitteln, [...] ist typischerweise der Sinn der ärztlichen Aufklärungspflicht“.

6.1.1.2 Selbstbestimmungsaufklärung

Allgemein auf eine Formel gebracht, ist der Patient vom Arzt zu unterrichten über den medizinischen Befund, über Art, Tragweite, Dringlichkeit, voraussichtlichen Verlauf und Folgen des geplanten Eingriffs, über Art und konkrete Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den entsprechenden Heilchancen, über mögliche andere Behandlungsweisen und über die ohne den Eingriff zu erwartenden Risiken einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.¹⁵³

Der Umfang der erforderlichen Aufklärung lässt sich dabei nicht pauschal festlegen, sondern hängt nach der Rechtsprechung weithin von den Umständen des konkreten Falles ab.¹⁵⁴ Als Richtschnur gilt für die klassische Heilbehandlung im Allgemeinen, dass der Patient Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung erfassen¹⁵⁵ und das Für und Wider in den Grundzügen so verstehen können muss, dass ihm eine verständige Abwägung und damit Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts überhaupt möglich ist.¹⁵⁶ Die Aufklärung soll dem Kranken kein medizinisches Entscheidungswissen vermitteln, sondern ihm aufzeigen, was der Eingriff für seine persönliche Situation bedeuten kann.¹⁵⁷ Über drohende gesundheitsschädliche Nebenwirkungen ärztlicher Heilmaßnahmen ist er prinzipiell ebenso ins Bild zu setzen wie über mögliche Gesundheitseinbußen im Zuge der Behandlung. Maßgeblich kommt es auf die Art der möglicherweise eintretenden

¹⁵³ Kompakter BGHZ 166, 336, 339 Tz. 6 = NJW 2006, 2108 = MedR 2006, 588 f.: Erforderlich ist, dass „der Patient über den Verlauf des Eingriffs, seine Erfolgsaussichten, seine Risiken und mögliche Behandlungsalternativen mit wesentlich anderen Belastungen, Chancen und Gefahren im Großen und Ganzen aufgeklärt worden ist“.

¹⁵⁴ BGH NJW 1976, 363, 364; VersR 1981, 456, 457 ff.

¹⁵⁵ BGHZ 29, 176, 180 = NJW 1959, 814.

¹⁵⁶ Der Patient muss „im Großen und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt, vgl. BGHZ 166, 336, 339 Tz. 6 m.w.N. = NJW 2006, 2108 = MedR 2006, 588 f.

¹⁵⁷ Es muss „eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren vermittelt werden“, BGHZ 166, 336, 342 Tz. 13 = NJW 2006, 2108, 2109 = MedR 2006, 588, 589 m.w.N.

Folgen an, den Grad der Gefahr ihres Eintritts im gegebenen Fall und auf das Gewicht des Risikos im Verhältnis zu den Folgen, die für den Patienten im weiteren Verlauf seiner Erkrankung zu erwarten wären, wenn die vorgesehene Behandlung unterbliebe.¹⁵⁸ Auch die berufliche und private Lebensführung des Patienten sowie seine erkennbaren Entscheidungspräferenzen sind zu berücksichtigen. Es gilt das Prinzip der allgemeinverständlichen,¹⁵⁹ patientenbezogenen Information.¹⁶⁰

Diese allgemeinen Anforderungen gelten in erster Linie für die klassische Heilbehandlung. Mit Rücksicht auf einzelfallabhängige Besonderheiten haben Rechtsprechung und Literatur diese Vorgaben aber weiter konkretisiert. Gerade bei umstrittenen oder methodisch nicht allgemein anerkannten Methoden – wie auch einigen IGeL – steigen hinsichtlich einer ordnungsgemäßen Aufklärung die Anforderungen an den Arzt.

6.1.1.2.1 Aufklärung über spezifische Risiken der IGeL-Behandlung

Die Anforderungen an den Umfang der Aufklärung steigen mit den Risiken, die mit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode verbunden sind und deren Realisierung nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegt. Nach gefestigter Spruchpraxis hat der Arzt „auch über seltene Risiken [...] aufzuklären, wo sie, wenn sie sich verwirklichen, die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, für den Laien überraschend sind.“¹⁶¹ Weil es kein festes Zahlenverhältnis zwischen Komplikationsdichte und Aufklärungs-

¹⁵⁸ Vgl. etwa OLG Köln VersR 2010, 1606, 1607 zur altersbedingten Risikoerhöhung im konkreten Behandlungsfall; allg. *Laufs*, in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts § 59, Rn. 5; *Schiemann*, in: *Erman*, § 823 BGB, Rn. 138: „Die Elemente der Beurteilung stehen in einer komparativen Wechselbeziehung zueinander.“

¹⁵⁹ BGHZ 166, 336, 343 Tz. 15 = NJW 2006, 2108, 2109 = MedR 2006, 588, 590.

¹⁶⁰ *Laufs*, in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 60, Rn. 2; *Giesen*, FS *Skapski*, 1994, S. 45, 61: „Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebietet es [...], dass die Aufklärung für den jeweiligen Patienten quasi 'maßgeschneidert' sein muss.“

¹⁶¹ St. Rspr., s. nur BGHZ 166, 336, 343 = NJW 2006, 2108, 2109 = MedR 2006, 588, 589; BGH NJW 2010, 3230, 3231 Tz. 11; weitere Nachw. bei *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 D II 2, Rn. 22 ff., S. 110 ff.

pflcht gibt,¹⁶² ist auch über extrem seltene Risiken eines Eingriffs oder eine Risikodichte aufzuklären, die sich nur im Promillebereich bewegt.¹⁶³ Generell sind also alle behandlungsspezifischen Risiken – von Zwischenfällen oder sonstigen Schadensfolgen – Gegenstand der Risikoaufklärung, deren Kenntnis bei dem konkreten Patienten nicht vorausgesetzt werden kann, die aber für seine Entscheidung über die Behandlungszustimmung ernsthaft ins Gewicht fallen können.¹⁶⁴

Der Umfang dieser Pflicht reicht bei neuartigen Behandlungsmethoden mit Blick auf deren noch nicht abschließend einschätzbares Risikospektrum und die regelmäßig noch anhaltende wissenschaftliche Überzeugungsbildung zur Spezifität von Risiken weiter als bei der konventionellen Heilbehandlung:¹⁶⁵ Dort muss der Arzt grundsätzlich auf den nie völlig auszuschließenden Eintritt bislang unbekannter Komplikationen nicht hinweisen.¹⁶⁶ Bei neuartigen Methoden hingegen muss der Arzt den Patienten sogar darauf aufmerksam machen, „dass unbekannte Risiken derzeit nicht auszuschließen sind“.¹⁶⁷ Und auch wenn bereits in der Fachliteratur konkrete Risiken einer neuen Methode diskutiert werden, trifft den Arzt eine gegenüber der konventionellen Heilbehandlung intensivierte Aufklärungspflicht. Während er nämlich im Allgemeinen nur über die nach überwiegender wissen-

¹⁶² Vgl. BGHZ 144, 1, 5 = NJW 2000, 1784 = MedR 2001, 42; BGH MedR 2010, 494, 495 Tz. 11: „Risikostatistiken sind für das Maß der Aufklärung von nur geringem Wert.“

¹⁶³ BGHZ 126, 386 = NJW 1994, 3012 = MedR 1995, 25 (Risiko 1:15,5 Mio.); zur Kritik Katzenmeier, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 C II 2 b), Rn. 74 f., S. 136 f.

¹⁶⁴ BGH NJW 2009, 1209, 1210, Tz. 11 = MedR 2010, 181.

¹⁶⁵ Vgl. im Einzelnen Voigt, *IGeL*, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

¹⁶⁶ BGH NJW 2010, 3230, 3231 Tz. 12 a.E. = MedR 2011, 242, 243.

¹⁶⁷ BGHZ 168, 103, 109, Tz. 14 (Robodoc) = NJW 2006, 2477, 2478 m. Anm. Katzenmeier, NJW 2006a, S. 2738 = MedR 2006, 650, 651; BGHZ 172, 1, 13 f., Tz. 31 = JZ 2007, 1104 m. Anm. Katzenmeier, JZ 2007 = MedR 2007, 653, 656 m. Anm. Hart, MedR 2007, S. 631.

schaftlicher Auffassung bestehenden Gefahren aufklären muss, ist der Arzt bei neuartigen Behandlungsmethoden verpflichtet, dem Patienten bereits wissenschaftlich noch nicht gefestigte Anhaltspunkte mitzuteilen, wenn es sich bei diesen nicht mehr um bloße Vermutungen handelt, sondern sie sich so weit verdichtet haben, dass sie zum Schutz des Patienten in dessen Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten.¹⁶⁸ Auf eigene Wissensdefizite kann der Arzt sich dabei gerade in Zusammenhang mit umstrittenen Methoden regelmäßig nicht berufen.¹⁶⁹

Nach verbreiteter Einschätzung bieten Ärzte IGeL gerade an, weil ihr Schadenspotenzial gering erscheint oder falsch eingeschätzt wird.¹⁷⁰ Vor diesem Hintergrund mag der Eindruck entstehen, die Aufklärungspflicht über Risiken sei angesichts einer niedrigen Schadenswahrscheinlichkeit wenig ausgeprägt. Tatsächlich trifft jedoch das Gegenteil zu: Für die Risikoaufklärung entscheidend ist vor allem die Tragweite denkbarer Schadensfolgen für die Lebensführung des Patienten, so dass sich für den Arzt durchaus eine ernst zu nehmende Pflicht zur Aufklärung über spezifische Behandlungsrisiken ergibt.

Insbesondere vor der Anwendung einer der zahlreichen angebotenen Früherkennungs-, Vorsorge- und Diagnosemethoden muss der Arzt mit Rücksicht auf die prognostische Lebensführung des Patienten nicht nur den Zweck der Untersuchung erklären, sondern auch, wie wahrscheinlich „falschnegative“ und „falsch-

¹⁶⁸ BGHZ 168, 103, 109, Tz. 15 f. (Robodoc) m.w.N.; OLG Köln GesR 2010, 369, 370 (LASIK); näher *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

¹⁶⁹ Vgl. BGH NJW 2010, 3230, 3231 Tz. 12 ff. = MedR 2011, 242, 243; BGH NJW 2011, 375 Tz. 7 ff. = MedR 2011, 244, 245 f. m. Anm. *Jaeger*, MedR 2011; speziell zu neuartigen Methoden OLG Köln GesR 2010, 369, 370 (LASIK); näher dazu *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

¹⁷⁰ Vgl. etwa *Windeler*, G+G Wissenschaft 2006, 17, 20 f.; *Windeler*, Die BKK 2008a, 98, 100.

positive“ Befunde sind und worin deren Konsequenzen liegen.¹⁷¹ Patienten müssen zudem informiert werden, welche Prognose sie ohne die Untersuchung oder Behandlung zu erwarten haben (*natural course*, Verlaufsaufklärung). Es bedarf insoweit einer besonders sorgfältigen Abwägung zwischen der diagnostischen Aussagekraft, den Klärungsbedürfnissen und den besonderen Risiken für den Patienten und deshalb einer besonders intensiven Aufklärung,¹⁷² die über spezifische Risiken hinaus auch andere Aspekte einschließt, etwa die Indikation einer beabsichtigten Maßnahme.

6.1.1.2.2 (Verlaufs-)Aufklärung und Indikation

Auch die Indikation einer diagnostischen oder therapeutischen Methode beeinflusst Umfang und Intensität hinreichender Aufklärung. Im unmittelbar kurativen Sinne gilt erst und einzig die eigentliche therapeutische Behandlung als medizinisch geboten (i.e. absolut indiziert), so dass zahlreiche ärztliche Aufgaben in den verstärkt aufklärungspflichtigen Bereich der „relativ indizierten“ Maßnahmen einzuordnen sind. Je weniger dringend eine Maßnahme indiziert ist, desto strenger und umfassender ist aufzuklären.¹⁷³

Besonders strenge Anforderungen an die Aufklärung stellen die Gerichte bei Eingriffen ohne Heiltendenz oder (kurative) Indikation, namentlich bei kosmetischen Operationen.¹⁷⁴ Den Operateur trifft die Pflicht, dem Patienten Vor- und Nachteile mit allen Konsequenzen vollständig, detailliert und eindrücklich vor Augen zu

¹⁷¹ Katzenmeier, Deutsches Ärzteblatt 2006b, A-1054, A-1056 f.; Schuldzinski, VuR 2007, 428, 431.

¹⁷² BGH NJW 2009, 1209, 1210 Tz. 13 = MedR 2010, 181 f. zur digitalen Subtraktionsangiographie des Kopfes (DSA).

¹⁷³ BGHZ 166, 336, 339 f. Tz. 8 = NJW 2006, 2108 = MedR 2006, 588, 589 legt zugrunde, dass „ein Patient umso ausführlicher und eindrücklicher über Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen eines ärztlichen Eingriffs zu informieren ist, je weniger dieser medizinisch geboten ist, also nicht oder jedenfalls nicht in erster Linie der Heilung eines körperlichen Leides dient.“

¹⁷⁴ Vgl. BGHZ 166, 336, 339 f. Tz. 8 = NJW 2006, 2108 = MedR 2006, 588, 589 m.w.N.

führen, damit dieser in Kenntnis aller Umstände, vornehmlich der prognostischen, seinen Entschluss fassen kann.¹⁷⁵ Diese strengen Maßstäbe der „schonungslosen Aufklärung“¹⁷⁶ dehnt die Instanzrechtsprechung inzwischen zunehmend auch auf medizinische Maßnahmen aus, die sie „in der Nähe“ kosmetischer Eingriffe wöhnt, beispielsweise die als IGeL angebotene refraktive Hornhautchirurgie.¹⁷⁷

Doch auch, wenn es nicht in diesem Sinne an der Indikation fehlt, kann die Pflicht des Arztes zur Aufklärung ausschlaggebend gesteigert sein. IGeL betreffen häufig Früherkennung und Vorbeugung, fallen also regelmäßig in den für die Aufklärung bedeutsamen Bereich der relativen Indikation. Bereits die im Therapievorfeld erforderlichen ärztlichen Maßnahmen der Diagnose und Früherkennung stehen wegen ihres grundsätzlich fehlenden therapeutischen Eigenwerts unter dem Erfordernis erhöhter Aufklärungsintensität. Der Patient ist neben den besonderen Risiken auch intensiv über die diagnostische Aussagekraft der anzuwendenden Methode sowie die ursächlichen Klärungsbedürfnisse aufzuklären, um das Für und Wider der Maßnahme abwägen zu können.¹⁷⁸ Auch Angaben zum Fall einer Nichtbehandlung sind nötig, damit der Patient sich informiert für oder gegen die vorgeschlagene Untersuchung oder Behandlung entscheiden kann.¹⁷⁹ Soweit – wie bei zahlreichen IGeL – der Nutzen und die Wirksamkeit der jeweiligen Methode fraglich oder umstritten sind, muss der Arzt den Patienten im Rahmen der

¹⁷⁵ Vgl. nur BGH NJW 1991, 2349 (Faltenbeseitigung); aus der Lit. *Lorz*, S. 90 ff.; *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil m.w.N., i. Ersch.

¹⁷⁶ So etwa OLG Frankfurt MedR 2006, 294.

¹⁷⁷ Vgl. OLG Köln MedR 2010, 716 m.w.N.

¹⁷⁸ BGH NJW 2009, 1209, 1210 Tz. 13 = MedR 2010, 181 f. (DSA).

¹⁷⁹ Vgl. bereits *Giesen*, Die zivilrechtliche Haftung des Arztes bei neuen Behandlungsmethoden und Experimenten, 1976, S. 21 a.E.; *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 328.

Verlaufsaufklärung auch über das Faktum der fehlenden professionellen Akzeptanz und wissenschaftlichen Absicherung unterrichten.¹⁸⁰

Auch Maßnahmen der Prophylaxe dienen nicht in erster Linie kurativen Zwecken und führen zu einer gesteigerten Aufklärungspflicht, wenn sie vorrangig durch das Sicherheitsbedürfnis des Patienten motiviert erscheinen. Neben der erforderlichen entsprechend eingehenden, patientenbezogenen und sorgfältigen Risikoaufklärung muss der Arzt dem Patienten die Tragweite der EntschlieÙung gerade auch mit Blick auf die mögliche Verzichtbarkeit oder Unwirksamkeit der Maßnahme deutlich vor Augen führen und andere sinnvolle diagnostische Maßnahmen besonders mit ihm besprechen.¹⁸¹ Damit sind neben der Verlaufsaufklärung bereits Aspekte der Aufklärung über Behandlungsalternativen angesprochen.

6.1.1.2.3 Aufklärung über Behandlungsalternativen

Solange der Arzt eine standardgemäÙe Therapie anwendet, muss er dem Patienten im Allgemeinen nicht ungefragt erläutern, welche Alternativen theoretisch in Betracht kommen und mit welchen Vorzügen oder Nachteilen diese jeweils verbunden sind.¹⁸² Stehen für den konkreten Behandlungsfall jedoch mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte Behandlungsmethoden mit unterschiedlichen Risiken und Erfolgchancen zur Verfügung, gilt anderes: Wenn die alternative Methode entweder bei gleichwertiger Heilungs- oder Erfolgsaussicht den Patienten mit geringeren Risiken belastet oder bei nach Art und Richtung gleichwertigen

¹⁸⁰ Vgl. BGHZ 172, 254, 260 Tz. 24 (Racz-Katheter) = NJW 2007, 2774, 2775 = MedR 2008, 87, 88 f.: Der Patient „ist auch darüber aufzuklären, dass der geplante Eingriff (noch) nicht medizinischer Standard ist und seine Wirksamkeit statistisch (noch) nicht abgesichert ist. Der Patient muss wissen, auf was er sich einlässt, um abwägen zu können, ob er die Risiken einer (eventuell – wie hier – nur relativ indizierten) Behandlung und deren Erfolgsaussichten im Hinblick auf seine Befindlichkeit vor dem Eingriff eingehen will.“

¹⁸¹ Vgl. etwa zur prophylaktischen Mastektomie aus Krebsangst BGH NJW 2003, 1862, 1863 sub II 2 b) = MedR 2003, 685; OLG Köln VersR 2011, 81, 82 sub 1 b): Der Arzt muss etwa einer möglicherweise übertriebenen Furcht vor Erkrankung entgegenwirken.

¹⁸² BGHZ 102, 17, 22 = NJW 1988, 763, 764; BGH VersR 2011, 1146, 1147 Tz. 11.

Belastungen und Risiken eine größere Heilungs- oder Erfolgsaussicht verspricht, ist über die Behandlungsalternativen aufzuklären.¹⁸³ Eine solche aufklärungspflichtige Alternative stellen insbesondere solche Methoden und Verfahren dar, die der vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahme bei der Risikoquote oder Erfolgsaussicht überlegen sind.¹⁸⁴

Viele IGeL weichen vom allgemein anerkannten medizinischen Standard ab, ihre Risiken sind noch nicht abschließend geklärt, ihre Wirksamkeit ist statistisch noch nicht abgesichert und ihre Anwendung ist häufig gerade aus diesen Gründen umstritten. Steht vor diesem Hintergrund in der konkret-individuellen Behandlungssituation eine adäquate Untersuchungs- oder Behandlungsmethode aus dem Bereich des medizinisch bereits allgemein anerkannten Standards zur Verfügung, kann diese Maßnahme einen Plausibilitätsvorsprung für sich beanspruchen, der eine entsprechende Aufklärung des Patienten gebietet.¹⁸⁵ Der Anhänger insbesondere neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss also deutlich machen, dass und warum er von der Standardbehandlung abweichen will, insbesondere von einer GKV-Behandlung.¹⁸⁶ Dabei reicht die Aufklärungspflicht grundsätzlich um so weiter, je angefochtener oder umstrittener eine gewählte medizinische Methode ist, je stärker der Arzt von eingeführten oder fachlich anerkannten

¹⁸³ Vgl. BGHZ 168, 103, 107 f. (Robodoc) = NJW 2006, 2477, 2478 m. Anm. Katzenmeier, NJW 2006a, S. 2738 = MedR 2006, 650; allg. Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 2010, Kap. B II 2, Rn. 449, S. 161 ff. m.w.N.

¹⁸⁴ Schelling/Erlinger, MedR 2003, 331, 332. Dieser Gedanke gilt übrigens gleichermaßen bei der GKV-Behandlung, so dass u.U. in deren Rahmen auch über IGeL aufzuklären ist, vgl. dazu ausführlich Voigt, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

¹⁸⁵ BGHZ 168, 103, 109, Tz. 14 (Robodoc) = NJW 2006, 2477, 2478 = MedR 2006, 650: „Der Patient muss in die Lage versetzt werden, für sich sorgfältig abzuwägen, ob er sich nach der herkömmlichen Methode mit bekannten Risiken operieren lassen möchte oder nach der neuen Methode unter besonderer Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Vorteile und der noch nicht in jeder Hinsicht bekannten Gefahren.“; zur Plausibilität des bereits Erprobten Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 2009, Kap. 10 D IV 2 f., Rn. 72, 75, S. 346 f.

¹⁸⁶ Deutlich OLG Brandenburg VersR 2009, 1230, 1231 zur Hammerzehresektion mittels Laser.

Heilverfahren abweichen möchte und je tiefer er in Neuland vorstoßen will.¹⁸⁷ Gerade hierin korrelieren Therapiewahl und Aufklärungspflicht in besonders augenfälliger Weise.¹⁸⁸

Eine Aufklärung über Behandlungsalternativen ist nur dann nicht geboten, wenn eine konkrete Methode anderen prinzipiell ebenfalls in Betracht kommenden Verfahren überlegen erscheint. Dies wird bei IGeL im Vergleich zu adäquaten GKV-Leistungen regelmäßig nicht der Fall sein. Gleichwohl ist theoretisch durchaus daran zu denken, dass Standard-Verfahren der GKV veralten können, bevor eine anerkannte neuartige Methode Aufnahme in den EBM gefunden hat.¹⁸⁹ Nur in solchen Konstellationen, in denen eine konkrete IGeL bereits zum allgemein anerkannten Standard gehört und anderen Methoden überlegen ist, entfällt die Pflicht des Arztes zur Aufklärung über Behandlungsalternativen.¹⁹⁰ Da den Arzt aber auch in diesen Fällen zumindest eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung trifft, wird jedenfalls im Rahmen der Kostenabwägung regelmäßig ein Hinweis auf parallele GKV-Verfahren veranlasst sein.

6.1.1.2.4 Dringlichkeit der Behandlung und Zeitpunkt der Aufklärung

Im Grundsatz überlässt die Rechtsprechung die konkrete Art und Weise der Aufklärung dem pflichtgemäßen Ermessen des Arztes.¹⁹¹ Da Aufklärung eine genuin

¹⁸⁷ Katzenmeier, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 10 D IV 3, Rn. 76 a.E., S. 348 m.w.N.

¹⁸⁸ S. bereits S. 100 bei Fn. 153; näher zur Aufklärung über Behandlungsalternativen bei IGeL *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

¹⁸⁹ Ähnlich liegen bestimmte Fälle des Off-Label-Use, vgl. dazu OLG Köln VersR 1991, 186 (Aciclovir). Auch können beim konkreten Patienten im Einzelfall Unverträglichkeiten hinsichtlich einer GKV-Behandlung bestehen.

¹⁹⁰ Vgl. BGHZ 168, 103, 108 Tz. 13 (Robodoc) = NJW 2006, 2477, 2478 = MedR 2006, 650.

¹⁹¹ Vgl. bereits BGHZ 90, 103 = NJW 1984, 1395 = MedR 1985, 224; BGH NJW 1990, 2928.

ärztliche Tätigkeit ist, obliegt sie grundsätzlich dem behandelnden Arzt.¹⁹² Eine Delegation dieses wesentlichen Teils des Arzt-Patienten-Gesprächs auf nichtärztliches Personal, etwa eine Sprechstundenhilfe, ist unzulässig.¹⁹³ Der Arzt soll den Patienten stets möglichst schonend informieren.¹⁹⁴ Er kann und soll aber bei seinen Formulierungen abwägend den Stellenwert des Risikos gegenüber den Folgen einer Nichtbehandlung und das Verhältnis irreversibler gegenüber reversiblen Folgen berücksichtigen, freilich darf er die Risiken nicht verharmlosen oder durch Verschweigen beschränkter Erfolgsaussichten des Eingriffs die Bedeutung der Risiken für die Entscheidung des Patienten in ein falsches Rangverhältnis rücken.¹⁹⁵

Umfang und Genauigkeitsgrad der Aufklärung hängen dabei nicht nur von den Risiken und der Indikation der jeweils beabsichtigten Behandlung, sondern darüber hinaus auch von deren Dringlichkeit ab.¹⁹⁶ Die Aufklärung hat desto intensiver zu erfolgen, je weniger dringlich der Eingriff sich nach medizinischer Indikation und Behandlungsabsicht in zeitlicher und sachlicher Hinsicht für den Patienten darstellt. So unterliegen nicht zwingend indizierte Eingriffe mit zweifelhaften Heilungsaussichten, nicht unmittelbar Heilzwecken dienende diagnostische Eingriffe, therapeutische oder wissenschaftliche Versuche in steigender Linie genaue-

¹⁹² *Francke/Hart*, Charta der Patientenrechte, 1999, S. 144 m.w.N.; vgl. auch oben Fn. 151, S. 99.

¹⁹³ BGH NJW 1974, 604, 605; OLG Jena NJW-RR 2006, 135; näher zum Ganzen *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B II 2, Rn. 38 ff., S. 118 ff.

¹⁹⁴ Näher *Hager*, in: *Staudinger*, § 823 Rn. I 102 f.; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 1, Rn. 37, S. 117 f.; s. auch die Strukturierungsvorschläge zum Aufklärungsgespräch bei *Rixen/Höfling/Kuhlmann/Westhofen*, *MedR* 2003, 191 ff.

¹⁹⁵ So bereits BGHZ 90, 103, 108 = NJW 1984, 1397 = *MedR* 1985, 224.

¹⁹⁶ St. Rspr., statt vieler BGH NJW 1998, 1784 m.w.N.

ren Aufklärungsanforderungen als medizinisch zwingende Eingriffe zur Abwehr einer erheblichen Gesundheitsgefahr.¹⁹⁷

Bei IGeL muss wie bei jeder Behandlung, die nicht Notfälle oder Sonderlagen betrifft, dem Patienten eine der Bedeutung des Eingriffs angemessene Überlegungsfrist für die Willensbildung verbleiben.¹⁹⁸ Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist dabei nur dann gewahrt, wenn die Aufklärung zum richtigen Zeitpunkt stattfindet. Auch die Einwilligungserklärung muss rechtzeitig im Zustand freier Selbstbestimmung erfolgen.¹⁹⁹ Zwischen Aufklärung und Eingriff muss der Patient die Gelegenheit haben, das Für und Wider der Behandlungsmaßnahmen abzuwägen und je nach Schwere des Eingriffes etwa in Gesprächen mit seiner Familie oder sonstigen Vertrauenspersonen zu besprechen, so dass ihm eine echte – nicht schon durch die Situation präjudizierte – Wahl möglich ist.²⁰⁰ Der Patient darf mit den Informationen zeitlich nicht unter Entscheidungsdruck gesetzt werden.²⁰¹

Gleichwohl bedeutet rechtzeitige Aufklärung des Patienten keineswegs immer möglichst frühzeitige Information.²⁰² Wenn sichergestellt ist, dass eine eigenständige, freie Entscheidung des Patienten für oder gegen den Eingriff in Ruhe und ohne psychischen Druck möglich bleibt, lässt die Rechtsprechung bei einfachen Eingriffen und bei Eingriffen mit weniger einschneidenden Risiken wie bei

¹⁹⁷ Vgl. bereits BGH NJW 1981, 633 sub 2 a); *Geiß/Greiner*, *Arzthaftpflichtrecht*, 2009, Kap. C II 1, Rn. 8 f., S. 223 f.

¹⁹⁸ *Schuldzinski*, *VuR* 2007, 428, 431; grds. zur Überlegungsfrist BGH NJW 1998, 2734.

¹⁹⁹ BGH NJW 1998, 1784 zur verspäteten Aufklärung.

²⁰⁰ *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 4, Rn. 47, S. 123 m.w.N.

²⁰¹ OLG Frankfurt *MedR* 2006, 294; *Schuldzinski*, *VuR* 2007, 428, 431: Wegen fehlender Dringlichkeit vor Erbringung von IGeL Wartezeit einzuräumen.

²⁰² S. *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 4, Rn. 51, S. 124.

manchen diagnostischen oder ambulanten Maßnahmen auch eine Aufklärung am selben Tag genügen.²⁰³ Denn bei einem mehrere Wochen zurückliegenden Aufklärungsgespräch kann andernfalls die Gefahr bestehen, dass die Informiertheit des Patienten im Zeitpunkt des Eingriffs bereits nicht mehr gegeben ist.²⁰⁴

Durch die Maßgaben der Rechtsprechung zum Zeitpunkt insbesondere verspäteter Aufklärung ist die Haftungssituation der Ärzte deutlich verschärft worden.²⁰⁵ Eine Aufklärung zu IGeL-Angeboten, die etwa „Patientinnen während der Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl“²⁰⁶ unterbreitet und unmittelbar umgesetzt werden, ist danach eindeutig fehlerbehaftet. Die Forderung frühzeitiger Information führt gleichwohl – jedenfalls bei einem Abstand von mehreren Wochen bis zum Eingriff – an die Grenze des dem Arzt wie dem Patienten Zumutbaren.²⁰⁷ Im beiderseitigen Interesse sollte der Arzt abwarten, bis alle wesentlichen Befunde vorliegen, dann den Patienten unterrichten und in einem nicht zu kurz, aber auch nicht allzu lange vor dem geplanten Eingriff liegenden Gespräch sein Einverständnis einholen.²⁰⁸

6.1.1.3 Wirtschaftliche Aufklärung

Die bei IGeL ebenfalls besonders bedeutsame wirtschaftliche Aufklärung des Patienten unterscheidet sich von der soeben dargestellten einwilligungsrelevanten

²⁰³ BGHZ 144, 1, 12 = NJW 2000, 1784 = MedR 2001, 42.

²⁰⁴ Vgl. bereits *Deutsch*, NJW 1979, 1905, 1907; *Laufs/Reiling*, Anm. zu BGH LM § 823 (Aa) BGB Nr. 139.

²⁰⁵ Vgl. im Einzelnen *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 4, Rn. 47 ff., S. 123 f. und C II 2 d), Rn. 83 f., S. 141.

²⁰⁶ Bsp. nach *Windeler*, G+G Wissenschaft 2006, 17, 21; *Windeler*, Die BKK 2008a, 98, 101.

²⁰⁷ *Laufs*, RPG 1997 3, 8; *Hoppe*, NJW 1998, 782, 785.

²⁰⁸ *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 C II 2 d), Rn. 84, S. 141.

Selbstbestimmungsaufklärung grundlegend (s. zur Abgrenzung bereits 6.1.1.1, S. 98).²⁰⁹ So berührt die Pflicht des Arztes zur Aufklärung über Kostenaspekte der Behandlung nicht die Wirksamkeit der Einwilligung des Patienten in den ärztlichen Eingriff selbst. Wegen ihrer Konsequenzen für die Vergütung bleibt aber auch fehlerhafte wirtschaftliche Aufklärung für den Arzt nicht rechtsfolgenlos (i.E. dazu sogleich 6.1.1.4).

Die Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung entsteht im konkreten Einzelfall, wenn dem Arzt wie bei IGel aufgrund seiner Abrechnungspraxis die fehlende Kostentragung einer Maßnahme durch die GKV leicht erkennbar und bewusst ist.²¹⁰ Dann verpflichtet ihn dieser Wissensvorsprung dazu, den Kassenpatienten über seine Pflicht zur eigenständigen Kostentragung aufzuklären.²¹¹ Mit dem Hinweis auf die Kostentragung erschöpft sich die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes jedoch nicht. Er ist ganz allgemein gehalten, den „Patienten vor unnötigen Kosten und unverhältnismäßigen finanziellen Belastungen zu bewahren“,²¹² soweit er diesem gegenüber mit Blick auf etwaige Kosten der Untersuchung und Behandlung besser informiert ist. Deshalb trifft den Vertragsarzt eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung auch, wenn er in seiner Privatpatientenpraxis oder im Rahmen seiner Privatprechstunde Kassenpatienten privatärztlich behandeln oder Leistungen erbringen möchte, für die er eine vertragsärztliche Genehmigung nicht besitzt. Dann muss er darauf hinweisen, dass der Patient dieselben Leistungen zu einem anderen Zeitpunkt oder anderswo als kostenfreie GKV-Leistungen erhalten kann.²¹³

²⁰⁹ S. *Voigt*, IGel, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil m.w.N.

²¹⁰ Vgl. bereits OLG Hamm, NJW 1985, 790. Anderes gilt z.T. im Bereich der Privaten Krankenversicherung, weil Ärzte deren Modalitäten i. d. R. im Einzelnen nicht kennen, vgl. BGH NJW 1996, 781 (Krankenhauskosten); ausführl. OLG Köln VersR 2005, 1589 (Zahnimplantat).

²¹¹ *Spickhoff*, in: *Soergel*, § 823 BGB, Anh. I, Rn. 131; *Schelling*, MedR 2004, 422, 423.

²¹² BGH NJW 2000, 3429, 3431 m.w.N.

²¹³ Vgl. OLG Hamm NJW 2002, 307, 308 sub 2 c).

Bislang umstritten geblieben ist für die wirtschaftliche Aufklärung die Frage, ob der Arzt nur über die Entgeltlichkeit der Leistung an sich informieren, oder auch auf die Höhe oder Größenordnung des zu erwartenden Entgelts näher eingehen muss.²¹⁴ Mit Blick auf die Entscheidungsfindung des Patienten und dessen Möglichkeit, eine Kostentragung durch seine (u.U. auch private Zusatz-) Krankenversicherung zu eruieren, befürworten einige Stimmen im Schrifttum eine Aufklärungspflicht des Arztes auch hinsichtlich der Höhe der Privatbehandlungskosten.²¹⁵ Diese Ansicht ist jedoch vereinzelt geblieben, weil der Arzt regelmäßig wegen der Unwägbarkeiten des menschlichen Körpers den erforderlichen medizinischen Aufwand und die Kostenhöhe vor Behandlungsbeginn nicht abschließend einschätzen kann.²¹⁶ Dies gilt im Grundsatz auch bei IGeL. Bei stationären Wahlleistungen etwa steht bei Vertragsschluss noch nicht fest, wie lange der Patient beispielsweise ein Einzelzimmer belegen oder welche Chefarztleistungen er in Anspruch nehmen wird. Im ambulanten Bereich ist es insbesondere mit Blick auf ästhetische Eingriffe (z. B. LASIK, Entfernung von Tätowierungen etc.) regelmäßig für den Arzt unmöglich, den für die Höhe der Behandlungskosten entscheidenden konkreten Aufwand des Eingriffes vorab einzuschätzen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Regelung des § 5 Abs. 2 GOÄ zu sehen, der die Vergütung retrospektiv an den tatsächlichen Aufwand und die Umstände des konkreten Falles anknüpft und Pauschalpreise verbietet.²¹⁷ Mit Blick auf dieses Verbot von Pauschalpreisen und die bei Behandlungsbeginn grundsätzlich noch fehlenden Parameter ordnungsgemäßer Leistungsabrechnung ist der Arzt nach GOÄ nicht dazu verpflichtet, bereits bei Vertragsschluss die konkrete Kostenhöhe eines Eingriffes anzugeben. Da der Arzt sich aber bei der Abrechnung jedenfalls

²¹⁴ Abwägend etwa AG Bergheim, VersR 2009, 684; näher zum Streitstand *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

²¹⁵ *Lang*, GOÄ, § 1, Rn. 10, 17; wohl auch, *Schelling*, MedR 2004, 422, 425.

²¹⁶ St. Rspr., s. nur BGH MedR 2007, 302, 303 Tz. 7 f. m.w.N. = VersR 2007, 950: kein Kostenvoranschlag i.S.d. § 650 BGB erforderlich.

²¹⁷ Anderes gilt nur bei einer schriftlichen Vergütungsvereinbarung nach § 2 GOÄ.

im Gebührenrahmen der GOÄ bewegen muss, ist das Interesse des Patienten an einer leistungsgerechten Vergütung jedenfalls im Ergebnis gewahrt. So ist der Arzt nach § 12 Abs. 2, 3 GOÄ zur Rechnungslegung verpflichtet. Während zum einen die Vergütung des Arztes ohne Rechnung nicht fällig wird, ermöglicht eine im Sinne des § 12 GOÄ ordnungsgemäße und transparente Rechnung dem Patienten zum anderen, die Vertragsgemäßheit der ärztlichen Leistung und Abrechnung nachzuprüfen und erforderlichenfalls weitere Recht zu verfolgen.²¹⁸ Die Grundsätze der Rechnungslegung strahlen somit gewissermaßen bereits auf die Konkretisierung der Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung aus und umrahmen diese.

Aus diesem Grund erachtet die Rechtsprechung auch für private Zusatzleistungen vorzeitige Angaben zur Kostenhöhe nicht für erforderlich. Vielmehr lässt sie im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärung folgende Kriterien ausreichen:²¹⁹

- Eine kurze Charakterisierung des Leistungsinhalts verbunden mit dem Hinweis darauf, dass der Patient auch ohne Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung erhält;
- eine kurze Erläuterung der Preisermittlung für ärztliche Leistungen nach der GOÄ bzw. GOZ (Nummern des Gebührenverzeichnisses; Bedeutung von Punktzahl und Punktwert; Möglichkeit, den Gebührensatz je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand zu erhöhen);
- ein Hinweis darauf, dass die Vereinbarung von Zusatzleistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zur Folge haben kann;
- und ein Hinweis darauf, dass die GOÄ/GOZ auf Wunsch eingesehen werden kann.

Bei IGeL ergeben sich diesbezüglich ausweislich der bislang veröffentlichten Patientenbefragungen in der Praxis offenbar kaum Probleme, weil Ärzte zumeist von

²¹⁸ So bereits BVerfG NJW 1985, 2187.

²¹⁹ Zum Folgenden vgl. BGH MedR 2007, 302, 303 Fn. 8 (zu Wahlleistungsvereinbarungen).

sich aus den Kostenrahmen ihrer Angebote bereits im Behandlungsvorfeld umreißen.²²⁰ Diese Praxis kann zwar im Einzelfall wegen des Pauschalvergütungsverbot es fragwürdig erscheinen, hat jedoch – soweit ersichtlich – noch zu keinen gerichtlichen Klagen geführt. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass solche Angaben jedenfalls bei überschaubarem Behandlungsaufwand durchaus im Interesse des Patienten liegen, solange später die Vergütung von der Projektion nicht abweicht.

Im Übrigen ist es dem Patienten jedoch gerade mit Blick auf den Vermögensschutz durch die Rechnungslegung grundsätzlich zuzumuten, sich selbst nach der ungefähren Größenordnung voraussichtlicher Kosten zu erkundigen, wenn er die Behandlung von deren Höhe abhängig machen möchte. Denn auch wenn er eine entsprechende Nachfrage versäumt, schützt ihn die GOÄ als bindendes staatliches und der Höhe nach beschränktes Preisrecht vor unbegründeten Vergütungsforderungen des Arztes.²²¹ Vor diesem Hintergrund erscheint es weder geboten noch begründet, den Anspruch des Arztes auf eine sach- und leistungsgerechte Vergütung über die GOÄ hinaus von weiteren Voraussetzungen abhängig zu machen.

Eine vornehmlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgende Aufklärung kann zugleich auch Elemente der Selbstbestimmungsaufklärung enthalten, nämlich dann, wenn die von der Krankenversicherung nicht umfasste Behandlungsmethode einen weniger massiven, also schonenderen Weg der Behandlung bietet als die im Leistungsumfang enthaltenen Maßnahmen.²²² Für diesen Grenzbereich zwischen Selbstbestimmungs- und Kostenaufklärung wird vereinzelt auch gefor-

²²⁰ S. etwa *Richter/Rehder/Raspe*, Deutsches Ärzteblatt 2009, 433, 435, 437; *Zok/Schuldzinski*, in: WIdO/VZ NRW, Private Zusatzleistungen, S. 58.

²²¹ Näher zur GOÄ im IGeL-Kontext *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 4. Teil, i. Ersch.

²²² *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 B I 3, Rn. 17, S. 108.

dert, dass der Patient über die Gründe aufzuklären sei, aus denen eine bestimmte Methode nicht Bestandteil der GKV ist.²²³

Auch wenn dieser Topos gerichtlich bislang noch nicht entschieden und in der Literatur kaum diskutiert wurde, dürfte eine derart weitreichende Aufklärungspflicht im Ergebnis klar zu verneinen sein. Die Forderung lässt sich zunächst leicht missverstehen: Die Aufklärung über medizinische Aspekte eines Eingriffes – etwa über die spezifischen Risiken und die wissenschaftliche Anerkennung von Nutzen oder Notwendigkeit einer IGeL-Methode und Auskunft über vergleichbare GKV-Alternativen – ist immer bereits als Teil der körper- und gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungsaufklärung des Patienten erforderlich (s. dazu bereits 6.1.1.2.3). Die Forderung nach einer Aufklärung über die einzelnen Gründe von Leistungsausschlüssen geht also über diese ohnehin aufklärungspflichtigen medizinischen Aspekte hinaus. Soweit die Forderung nach weiterer Aufklärung aber die im Rahmen der Eingriffsaufklärung bereits umfassend bestehenden medizinischen Informationspflichten übersteigt, lässt sie sich auf Sachgründe des Gesundheitsschutzes nicht mehr stützen, sondern kann allenfalls der Verfolgung anderer Zwecke dienen.

Als solcher kommt im IGeL-Kontext namentlich der Schutz des Patienten vor unerwarteten Kosten in Betracht. Bei näherer Untersuchung lässt sich jedoch auch mit diesen Sachgrund eine Pflicht zur Aufklärung über die Gründe von Leistungsausschlüssen nicht überzeugend fundieren. Leistungsausschlüsse aus der GKV dienen in erster Linie der Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gerade aus diesem Grund sieht § 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vor, dass in die Beurteilung medizinischer Methoden durch den G-BA auch Wirtschaftlichkeitserwägungen einfließen, insbesondere auch ein Wirtschaftlichkeitsvergleich der zu beurteilenden Methode mit bereits bestehenden EBM-Leistungen. Während solche Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen innerhalb

²²³ So *Steffen/Pauge*, *Arzthaftungsrecht*, 2010, Kap. B I 3, Rn. 179, S. 62 für gemäß Anl. II RMvV vom G-BA von der GKV ausgeschlossene IGeL; ganz grundsätzlich *Windeler*, *G+G Wissenschaft* 2006, 17, 21; *Windeler*, *Die BKK* 2008a, 98, 100.

eines solidarisch finanzierten, kollektiven Versicherungswesens zulässig der Sicherstellung dessen Funktionsfähigkeit dienen können, lassen sie sich nicht unbezogen über dessen Grenzen hinaus übertragen. Richtlinien des G-BA bezwecken gerade keine abschließende und allgemeinverbindliche Leistungsbewertung, deswegen gelten sie auch nur für Vertragsärzte und nicht etwa auch im Bereich der originären Privatbehandlung, wo die GOÄ grundlegend anderen Vergütungsmaßgaben folgt als der EBM. Auch nimmt der G-BA seine Beurteilung nicht mit Rücksicht auf individuelle Werterwartungen des Patienten vor, sondern allein aus der kollektiven Perspektive der solidarischen Krankenversicherung. Entscheidungen des G-BA dienen somit nicht dem individuellen Vermögensschutz des Patienten und sollen individuelle Vertrags- und Äquivalenzerwartungen auch nicht präjudizieren.²²⁴ Besteht aber zwischen Entscheidungen des G-BA und dem individuellen Vermögensschutz kein sachlicher Zusammenhang, lässt sich aus diesem Aspekt auch keine Pflicht des Arztes zur wirtschaftlichen Aufklärung über die einzelnen Gründe von Leistungsausschlüssen herleiten.

Hinzu kommt schließlich, dass es aus der rechtskonstruktiven Perspektive der wirtschaftlichen Aufklärung regelmäßig am zentralen Haftungsgrund fehlen wird: Der Arzt wird jenseits der von seiner fachlichen Fortbildungspflicht umfassten medizinischen Aspekte zumeist keinen Informationsvorsprung hinsichtlich der einzelnen Gründe haben, aus denen eine konkrete Methode – möglicherweise sogar ausschließlich aus kollektiven Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen heraus – nicht

²²⁴ Stattdessen gilt zwischen Arzt und Patient im Privatbehandlungsbereich grundsätzlich die allgemeine vertragliche Abschluss- und Inhaltsfreiheit, die in vermögensbezogener Hinsicht bei IGeL ebenso wie bei der originären Privatbehandlung Grenzen allein in den Bestimmungen der GOÄ findet.

Bestandteil der GKV ist.²²⁵ Nicht nur, aber gerade etwa bei den Satzungsleistungen der einzelnen gesetzlichen Kassen wird die besonders deutlich. In deren Kontext bedarf es bereits großer Umsicht auf Seiten des Arztes, um den Überblick über das variierende Spektrum von Leistungen zu bewahren, die hier erstattungsfähig sind und dort nicht übernommen werden. Über die Erstattungsfähigkeit hinaus wird der Arzt deren einzelne Begründung kaum kennen. Dem ließe sich zwar durch die Schaffung einer medizinische Aspekte übersteigenden Fortbildungspflicht des Arztes begegnen. Eine solche besteht jedoch bislang aus gutem Grund nicht: Originär obliegt die allgemeine Vermögensvorsorge dem Rechtsträger selbst, hier dem Patienten. Auch wenn der Arzt zur Rücksichtnahme auf das Vermögen des Patienten verpflichtet ist, soll ihn der Behandlungsvertrag nicht zum „Verwalter fremder Vermögensangelegenheiten“²²⁶ machen. Aus diesem Grund ist der Arzt ohne eigenen Wissensvorsprung bei privatversicherten Patienten auch nicht dazu verpflichtet, von sich aus die Details des jeweiligen Versicherungsschutzes zu erfragen.²²⁷ Er kann und muss auch nicht sämtliche denkbaren Versicherungsvereinbarungen zur Erstattungsfähigkeit einzelner Leistungen kennen, so dass ihn in diesem Bereich ohne entsprechenden Wissensvorsprung im Einzelfall auch keine allgemeine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung trifft.²²⁸ Im GKV-Bereich kann jenseits medizinischer Aspekte schwerlich anderes gelten. Wenn der

²²⁵ Ein entsprechender Wissensvorsprung ist hingegen auf Seite der Krankenkassen gegeben. Anders als etwa unmittelbar zum G-BA besteht zwischen Patient und Kasse ein direktes Rechtsverhältnis, aus dem sich – konstruktiv wie beim Arzt – durchaus eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht der Kassen ableiten ließe, vgl. *Bohmeier/Schmitz-Luhn/Streng*, MedR 2011, 704, 707 Fn. 35 a.E. Auch dann läge der Zweck Aufklärung jedoch nicht im individuellen Vermögensschutz des Patienten begründet, sondern käme wohl allein mit Rücksicht auf allgemeine Fürsorge- und Informationspflichten aus dem Mitgliedschaftsverhältnis in Betracht.

²²⁶ Vgl. *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 B I 3, Rn. 17, S. 108.

²²⁷ OLG Köln, VersR 2005, 1589.

²²⁸ Zum Ganzen ausführlich *Voigt*, IGEL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

Patient jedenfalls weiß, dass er selbst die Behandlungskosten zu tragen hat, bedarf es keiner weitergehenden Vermögensfürsorge durch den Arzt.

Auf dem schmalen Grat zwischen Vermögensschutz und –verwaltung sind aktuell weitere drängende und gerichtlich bislang noch nicht entschiedene Fragen zu verorten. Nach Einführung des Leistungsausschlusses gemäß § 52 Abs. 2 SGB V ist etwa unklar, ob der Arzt den Patienten vor kosmetischen Eingriffen über die fehlende Kostentragung von potenziellen Folgebehandlungen durch die Krankenkasse informieren muss. Vor dem Hintergrund der in diesem Bereich auch vergleichsweise weitreichenden Anforderungen an die Selbstbestimmungsaufklärung²²⁹ und unter der Voraussetzung, dass der Arzt die Leistungsbeschränkung kennt, ist von einer derartigen wirtschaftlichen Aufklärungspflicht auszugehen.²³⁰

Anderes muss hingegen wohl für die Frage gelten, ob der Arzt den Patienten auf (Zusatz-) Versicherungen aufmerksam machen muss, bei deren Abschluss eine ins Auge gefasste IGeL erstattungsfähig wäre. Ebenso wenig wie der Arzt bei privat versicherten Patienten zur Kenntnis der in der Praxis vielfältigen Versicherungsvereinbarungen verpflichtet ist, muss er über derlei Zusammenhänge den Kassenspatienten aufklären.

Die Beispiele lassen jedoch deutlich werden, dass die Grenzen zwischen einer Aufklärungspflicht über GKV-Belange einerseits und zulässiger Zurückhaltung bei privater Vermögensvorsorge andererseits zunehmend verschwimmen. Bietet beispielsweise eine gesetzliche Krankenkasse IGeL-Zusatzversicherungen an, die der Arzt im Einzelfall kennt, fällt die Unterscheidung bereits schwerer. Besonders heikel stellt sich vor diesem Hintergrund auch die Praxis einiger Krankenkassen

²²⁹ Vgl. S. 104 bei Fn.174.

²³⁰ A. A. mit Verw. auf fehlendes Schutzbedürfnis des Patienten und den Vorrang dessen Verhältnisses zur Krankenkasse *Frahm/Nixdorf/Walter*, *Arzthaftungsrecht – Leitfaden für die Praxis*, 2009, Kap. 4 I, Rn. 185, S. 159.

dar, etwa Reiseschutzimpfungen leistungsrechtswidrig zu erstatten.²³¹ Muss der Arzt dem Vielflieger einen Kassenwechsel nahelegen?

Soll der Arzt angesichts von Leistungsausschlüssen, -beschränkungen oder erweiterungen nicht weiter in die Rolle eines Vermögensverwalters gedrängt werden, wird die Pflicht zu wirtschaftlicher Aufklärung künftig zu begrenzen und ausgewogen auf die Akteure im Krankenversicherungswesen aufzuteilen sein. Unabhängig vom zivilrechtlichen Umgang mit solchen Folgeproblemen sind deshalb in erster Linie die Krankenkassen als Rechtspartner des Patienten und die Gesundheitspolitik berufen, die ursächlichen leistungsrechtlichen Abgrenzungs-, Wertungs- und Transparenzfragen überzeugend und mit dem Privatbehandlungsrecht konvergierend aufzulösen und im Fall fortschreitender Leistungsvielfalt die Versicherten vergleichend darüber zu informieren. Hier kann im IGeL-Bereich ein informatorisches Leistungsverzeichnis für Patienten hilfreich und von Interesse sein (vgl. Abschnitt 5.7).

6.1.1.4 Zusammenfassung und Rechtsfolgen unzulänglicher Aufklärung

Im Vergleich zur konventionellen Heilbehandlung treffen den Arzt bei IGeL nach Maßgabe der dargelegten allgemeinen Grundsätze in verschiedener Hinsicht gesteigerte Aufklärungsanforderungen.

Mit Blick auf die medizinischen Aspekte ist der Arzt aufgrund der bei IGeL gegebenen Besonderheiten regelmäßig in besonderem Maße zur Aufklärung über Risiken der Behandlung (vgl. Abschnitt 6.1.1.2.1), auch im Vergleich zu einer Nichtbehandlung (vgl. Abschnitt 6.1.1.2.2), über Behandlungsalternativen und zu Nutzen und Reichweite des beabsichtigten Eingriffes verpflichtet (vgl. Abschnitt 6.1.1.2.3). Er muss zumeist insbesondere auch auf ungewisse Risiken und den möglicherweise umstrittenen Nutzen der beabsichtigten Behandlung hinweisen und dies bei unüblichen Methoden ausgiebig und nachdrücklich artikulieren. Da-

²³¹ Dazu kritisch *Schuldzinski*, VuR 2007, 428, 429; zum Ausschluss von Reiseimpfungen aus der GKV vgl. ausdrücklich § 20d Abs. 1 S. 2 SGB V.

bei darf er den Patient zu keiner Entscheidung drängen und muss ihm eine angemessene Zeit zu reiflicher Überlegung einräumen (vgl. Abschnitt 6.1.1.2.4). Missachtet der Arzt diese umfassenden Gebote zur Aufklärung über Risiken, Indikation, Verlauf, Alternativen oder Dringlichkeit eines Eingriffes und klärt nur unzureichend, fehlerhaft oder nicht rechtzeitig auf, ist die vom Patienten erteilte Einwilligung unwirksam. Der eigenmächtig durchgeführte Eingriff stellt grundsätzlich eine rechtswidrige Körper- oder Gesundheitsverletzung dar.²³² Für die daraus entstehenden Nachteile ist der Arzt dem Patienten zum Ersatz aller materiellen Schadensfolgen (§§ 249 ff. BGB) sowie zur Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes (§ 253 BGB) verpflichtet.²³³ Überdies führt die Aufklärungspflichtverletzung bei IGeL regelmäßig zur Freistellung des Patienten von der Kostenlast.²³⁴

Hinsichtlich der Untersuchungs- und Behandlungskosten gilt darüber hinaus außerdem: Kommt der Arzt bei Kassenpatienten seiner Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung nicht nach, stellt sich die Vornahme der Behandlung nach Einwilligung des Patienten zwar nicht als rechtswidrige Körper- oder Gesundheitsverletzung dar.²³⁵ Leistungen, die der Vertragsarzt ohne Unterrichtung über die fehlende Kostendeckung oder Übernahme durch die Kassen erbringt, kann er aber nicht gegenüber dem Kassenpatienten liquidieren.²³⁶

²³² Vgl. BGHZ 176, 342, 347 Tz. 20 = NJW 2008, 2344, 2345 = MedR 2008, 666, 668; s. bereits Fn. 148, S. 99; zu den Einschränkungen *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

²³³ S. §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2, 611 BGB und § 823 Abs. 1 BGB; st. Rpsr.: BGHZ 29, 176, 179 f. = NJW 1959, 814; BGHZ 90, 96, 99 = NJW 1984, 1395; BGHZ 106, 391, 397 f. = NJW 1989, 1533; zum Ganzen *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 112 ff.

²³⁴ Vgl. §§ 280 Abs. 1, 3, 283 S. 1, 2, 281 Abs. 5, 346 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 BGB, dazu eingehend *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

²³⁵ Vgl. im Einzelnen *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 2. Teil a.E. m.w.N., i. Ersch.

²³⁶ So BGH NJW 2000, 3429, 3431 nach §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2 BGB.

6.1.2 Möglichkeiten und Bedarf weiterer Regelungen zur ärztlichen Aufklärung

6.1.2.1 Normative Überlegungen zu einem verbindlichen IGeL-Verzeichnis

Im vornehmlich gesundheitswissenschaftlichen und –politischen Schrifttum finden sich immer wieder Forderungen nach einem verbindlichen Leistungsverzeichnis für IGeL.²³⁷ Die Erstellung eines solchen wird jedoch wegen des beständigen wissenschaftlichen Fortschrittes und der stetigen Anpassungen des EBM aus berufsfachlicher Sicht zutreffend kaum für möglich erachtet.²³⁸ Einer verbindlichen IGeL-Liste bedarf es zudem weder zu Abgrenzungsfragen noch für mehr Abrechnungstransparenz. Während Abgrenzungsfragen durch die dargelegten sozialrechtlichen Sachleistungsbestimmungen im Kern nach EBM und SGB V zu entscheiden sind und sich nicht zuletzt wegen des dort verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes dynamisch verändern (s. bereits Abschnitt 3.1),²³⁹ richtet sich die Liquidation von IGeL ausschließlich nach den umfassenden und abschließenden Regelungen der GOÄ.²⁴⁰

²³⁷ Vgl. nur *Zok/Schuldzinski*, in: *WIdO/VZ NRW, Private Zusatzleistungen*, S. 17 f.; *Schuldzinski*, in: *VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen*, S. 64, 65, 70; *Windeler*, in: *VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen*, S. 74, 78; ähnlich *Lelgemann*, *WIdO-monitor* 2/2010, S. 1: „IGeL-Clearingverfahren“.

²³⁸ Vgl. *Brück/Hess/Klakow-Franck*, *GOÄ, Anh. IGeL*, S. 1218. Die Erstellung medizinischer Leistungsverzeichnisse stößt an dieselben Grenzen wie der Versuch einer Festschreibung des medizinischen Standards auf einen *status quo*, vgl. dazu *Voigt*, *IGeL*, 2. Kap., 2. Abschn., 1. Teil, i. Ersch.; genau aus diesem Grund enthält die GOÄ mit § 6 Abs. 2 eine Öffnungsklausel.

²³⁹ Mit Blick auf die Sinnhaftigkeit medizinischer Leistungsverzeichnisse und Fragen der Transparenz im Gesundheitswesen auch aus Patientensicht hat freilich gerade der EBM mit seinen über 1.400 Gebührenpositionen und mehr als 16.000 Gebührenausschlüssen bereits ebenfalls Kritik auf sich gezogen, vgl. nur *Steinhilper*, *GesR* 2009, 337, 340 f. m.w.N. u. zahlr. Bsp.

²⁴⁰ S. § 612 Abs. 2 BGB, vgl. auch § 3 Abs. 1 S. 3 BMV-Ä u. § 2 Abs. 11 S. 3 EKV-Ä; umfassend zur Vergütung von IGeL nach GOÄ *Voigt*, *IGeL*, 2. Kap., 2. Abschn., 4. Teil, i. Ersch.

Das für die Privatbehandlung insgesamt maßgebliche Gebührenverzeichnis der GOÄ lässt sich dabei nicht nur für die Leistungsabrechnung heranziehen, sondern ist indiziell auch für die abstrakte Abgrenzung medizinisch vertretbarer und nicht vertretbarer Leistungen hilfreich und ausreichend. So kann eine medizinische Leistung allgemein als vertretbar gelten, wenn sie in der GOÄ enthalten ist oder die Bundesärztekammer (BÄK) Empfehlungen zumindest für eine Analogbewertung der Leistung nach § 6 Abs. 2 GOÄ abgegeben hat.²⁴¹

Eine nähere Untersuchung etwa der MEGO als einem der IGeL-Verzeichnisse liefert dabei überraschende Ergebnisse: 225 der 386 verzeichneten IGeL (ca. 58,5 %) sollen direkt nach GOÄ abrechenbar sein, 91 Leistungen (ca. 23,5 %) stehen unter den Zusatzvoraussetzungen der Analogabrechnung,²⁴² 54 Leistungen (14 %) beinhalten teils direkt, teils analog zur Abrechnung empfohlene Posten und einzig bei 16 Leistungen (4 %) fehlen nähere Angaben zur Abrechnung.²⁴³

Der Gesamtbefund, wonach auf den ersten Blick über 70 % der in der MEGO verzeichneten IGeL zumindest teilweise direkt nach GOÄ abrechenbar erscheinen, lässt Zweifel aufkommen an der in der Diskussion wiederkehrend aufgestell-

²⁴¹ Vgl. auch *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, 2008, § 13 IV 5, Rn. 55 a.E., S. 281. Auch das Gebührenverzeichnis der GOÄ unterliegt einer gewissen Kontrolle der wissenschaftlichen Anerkennung aufgenommener Leistungen, ebenso die Empfehlungen der BÄK zur Analogabrechnung, vgl. *Hess*, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 68: „Die Bundesärztekammer gibt hierzu [i.e.: Außenseitermethoden, Erg. d. Verf.] keine Empfehlungen ab, weil es sich aus ihrem Selbstverständnis verbietet, analoge Bewertungen für Leistungen zu empfehlen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Versorgung nicht erforderlich ist.“

²⁴² Auch in der letzten Ausgabe der MEGO fehlen jedoch Hinweise zur Vereinbarkeit konkreter IGeL mit den Empfehlungen der BÄK.

²⁴³ Freilich lässt sich aus laienhaft juristischer Sicht nicht nachprüfen, ob die GOÄ-Verweise der MEGO einer kritischen medizinisch-gebührenrechtlichen Überprüfung standhalten. Im Prozess müssen sich die Gerichte regelmäßig auch bei der Subsumtion von Lebenssachverhalten unter die Tatbestände des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen medizinischen Sachverständigen beraten lassen, vgl. etwa bereits BGH NJW 1979, 1250, dort zu Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

ten These, die Mehrzahl der als IGeL erbrachten Leistungen sei fragwürdig.²⁴⁴ Auf das Verhältnis umstrittener Methoden zur Gesamtzahl aller denkbaren IGeL lassen sich entsprechende Aussagen nach der hier vorgenommenen Analyse kaum beziehen, verallgemeinerungsfähige Schlüsse sind dazu bislang letztlich nicht möglich.²⁴⁵

Stattdessen ist davon auszugehen, dass medizinische Leistungen ohne berufsfachlichen Grundkonsens, hinreichende Erprobung und Bewährung weder direkt nach GOÄ abrechenbar sind, noch von der BÄK zur Analogabrechnung empfohlen werden.²⁴⁶ Wenn Leistungen – darunter zahlreiche IGeL – also in einem dieser Verzeichnisse enthalten sind und nicht unter der Bedingung ausdrücklichen Patientenverlangens stehen,²⁴⁷ sind sie bei rein abstrakter Betrachtung ähnlich wie die Leistungen des EBM als nach dem allgemein anerkannten medizinischen

²⁴⁴ I. d. R. etwa *Windeler*, G+G Wissenschaft 2006, 17, 20; *Windeler*, Die BKK 2008a, 98, 99: „Für die große Mehrzahl von IGeL [...] gilt [...], dass hier medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren propagiert und teilweise aggressiv beworben werden, deren medizinischer Nutzen nicht belegt ist [...].“

²⁴⁵ Möglicherweise ist mit entsprechenden Äußerungen lediglich die Quantität faktischer Angebote gemeint (also: angeboten werden besonders häufig die etwa 25 % umstrittenen Leistungen). Auch die – jenseits der Marktanalyse nicht repräsentativen – WIdO-Studien ermöglichen dazu jedoch keine tiefgehende, exakte Analyse der faktischen Angebotsstrukturen. Soweit die Fragwürdigkeit von IGeL in der gesundheitspolitischen Diskussion aber allein von deren wirtschaftlicher Einschätzung – auch im Vergleich zum GKV-Leistungsspektrum – abhängig gemacht wird, ist aus zivilrechtlicher Sicht zu erinnern: Die Vertragsparteien selbst befinden darüber, ob Leistung und Gegenleistung ausgewogen sind (Synallagma). Ein gesellschaftspolitisches Werturteil über die privatautonome Einigung steht dem Staat grundsätzlich nicht zu, umso weniger als ohnehin mit der GOÄ bereits staatlich bindendes Preisrecht zugrunde liegt.

²⁴⁶ Vgl. *Hess*, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 68, näher bereits Fn. 241, S. 123; teilweise sehen sogar ärztliche Leitlinien die Anwendung von IGeL vor.

²⁴⁷ Vgl. zum Verlangen des Patienten als Erfordernis des § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ.

Standard vertretbare Leistungen anzusehen,²⁴⁸ ohne dass es eines dritten Verzeichnisses speziell für IGeL bedürfte.

Ob die Anwendung einer medizinischen Maßnahme in einer konkreten Behandlungssituation vertretbar ist, lässt sich überdies allein aus abstrakter Perspektive weder für IGeL, noch bei Betrachtung der Leistungen des EBM beurteilen. Auch wenn der Eintrag einer Leistung in einem anerkannten Verzeichnis ein Indiz für die Vertretbarkeit ihrer Anwendung darstellen mag, geben letztlich sowohl für die Vertragsdurchführung als auch für die ärztliche Haftung allein die Umstände des konkreten Einzelfalles den Ausschlag.²⁴⁹ Je nach Art des individuellen Behandlungsanlasses und -ziels kann sogar vertretbar sein, im konkreten Fall eine noch nicht von der BÄK zur Analogabrechnung empfohlene Leistung zu erbringen.²⁵⁰ Dies gilt grundsätzlich ebenso für vom G-BA von der GKV ausgeschlossene Behandlungsmethoden, wobei für deren Anwendung teilweise eine besondere medizinische Rechtfertigung aus einer konkreten Sonderlage gefordert wird.²⁵¹ Auch darin ist aber nichts anderes zu sehen als ein weiterer Hinweis darauf, dass die Vertretbarkeit der Auswahl und Durchführung umstrittener Methoden letztlich das

²⁴⁸ So jedenfalls indiziell zum EBM OLG Hamm, MedR 2006, 111, 112, zust. Kern, MedR 2006, 111.

²⁴⁹ Zur situativen Dimension des medizinischen Standards vgl. BGHZ 144, 296, 305 f. = MedR 2001, 197, 199 = NJW 2000, 2737, 2740: Der Arzt schuldet „eine Behandlung nach dem jeweils zu fordernden medizinischen Standard“ (Hervorhebung d. Verf.); Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 2009, Kap. 10 A, B I 1, Rn. 3, 7, S. 314, 316.

²⁵⁰ So nach Maßgabe des arztrechtlichen Grundprinzips der fremdnützigen Therapiefreiheit BGH NJW 1996, 3074 = MedR 1997, 172, 174 zu Leistungen mit Versuchscharakter als u.U. medizinisch notwendigen Leistungen i.S.v. § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK 1976 i.R.d. PKV.

²⁵¹ So Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 2010, Kap. B I 3, Rn. 179, S. 62.

entscheidende Kriterium für eine sorgfaltsgemäße Leistung darstellt und jeweils kritisch von Fall zu Fall zu untersuchen ist.²⁵²

Aus diesem Grund ist mit einer verbindlichen IGeL-Liste auch im Rahmen der Aufklärung des Patienten kein Mehrgewinn verbunden. Der einzelne Patient vermag in Ermangelung medizinischer Fachkenntnisse seine konkret-individuelle Situation allein vermittelt einer solchen Liste nicht einzuschätzen und ist für die Bewertung der Sinnhaftigkeit eines Angebots letztlich immer allein auf den Rat seines Arztes angewiesen. Selbst wenn aus abstrakt-genereller Perspektive eine medizinische Methode als sinnvoll eingestuft wird, kann der einzelne Patient ohne den Rat seines behandelnden Arztes nicht evaluieren, ob die Maßnahme auch seinen konkreten Beschwerden abzuhelpen geeignet ist. Ebenso kann umgekehrt ein allgemein noch nicht anerkanntes Verfahren nach ausführlicher ärztlicher Beratung für den konkreten Patienten in seiner Situation sinnvoll sein. Dieses Phänomen ist der Unstetigkeit des menschlichen Organismus und dem individuellen Selbst- und Gesundheitsbild eines jeden Menschen geschuldet und macht die gesundheitliche Behandlung des Menschen als Vertragsleistung unvergleichbar mit rein konsumptiven Vertragsgegenständen, die sich abschließend eingrenzen, beschreiben, bewerten und objektiv nachvollziehen sowie überprüfen lassen.

Forderungen nach einer verbindlichen IGeL-Liste lassen sich jedoch auch dahingehend verstehen, dass der Arzt nur Leistungen erbringen *dürfe*, die auf einer solchen aufgeführt sind. Abgesehen von den bereits genannten Abgrenzungs- und Aktualitätsproblemen wäre ein solches IGeL-Verbot mit Erlaubnisvorbehalt jedoch kaum mit der ärztlichen Therapiefreiheit vereinbar.

Genau wie bei der konventionellen Behandlung unterliegt die Auswahl einer konkreten medizinischen Methode auch bezüglich IGeL der ärztlichen Therapiefreiheit, die das zivile Haftpflichtrecht (und auch das Strafrecht) respektieren, sofern

²⁵² Näher zur geschuldeten Sorgfalt bei IGeL Voigt, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 1. Teil, i. Ersch.

der Behandelnde seine eigenen Grenzen erkennt, dem Patienten die Relevanz der Entscheidung vermittelt und nach dem Grundsatz der Schadensminimierung verfährt. Genügt der Arzt den gesteigerten Anforderungen, die für das Abweichen vom üblichen Vorgehen zum Schutze des Patienten vor möglichen Gefahren oder medizinisch nutzlosen Maßnahmen aufgestellt sind, dann ist sein Vorgehen zivil- und strafrechtlich genauso zu beurteilen wie die fehlerfreie Anwendung eines allgemein anerkannten Verfahrens, auch wenn die GKV eine Kostentragung für die jeweilige Methode nicht vorsieht. Auch bei IGeL, bei denen sich Fragen der medizinischen Methodenankennung zwar häufiger, in der Sache aber nicht anders als generell im Gesundheitswesen stellen, gelten insoweit keine Besonderheiten. Weil der IGeL-Begriff allein an den nachgeordneten Fragen der Kostentragung einer konkreten Behandlung anknüpft (s. Abschnitt 3.1), lassen sich Einschränkungen der vorgelagerten Freiheit der Methodenwahl daran schwerlich festmachen. Auch bei originären Privatpatienten und im Rahmen der GKV sind immer wieder Haftungsfragen riskanter neuartiger Behandlungsmethoden aufgeworfen,²⁵³ medizinisch umstrittene Methoden sind keineswegs allein unter den IGeL zu finden.

Hier wie dort muss deshalb der Grundsatz der ärztlichen Therapiefreiheit gelten, der in der Rechtswissenschaft ganz überwiegend anerkannt ist und sich auf elementare Grundsatzüberlegungen stützen lässt.²⁵⁴ Nur der behandelnde Arzt besitzt den fachlichen Überblick über die konkret zu Gebote stehenden Behandlungsmöglichkeiten und setzt seine Fachkenntnis und Erfahrung fremdnützig zugunsten des entsprechend aufgeklärten Patienten ein. Angesichts der ständigen Fortentwicklung und Zunahme medizinischen Wissens muss zwangsläufig bei der Methodenwahl die Grenze zwischen „anerkannt“ und „üblich“ versus „umstritten“

²⁵³ Vgl. etwa zum umstrittenen Mammographie-Screening innerhalb der GKV Katzenmeier, Deutsches Ärzteblatt 2006b, A-1054.

²⁵⁴ St. Rspr., vgl. nur BGHZ 172, 254 = MedR 2008, 87 = NJW 2007, 2774 = JZ 2007, 1104 m.w.N.; zur Kritik im Überblick Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 2009, Kap. X, Rn. 66.

und „neu“ fließend bleiben.²⁵⁵ Für die Freiheit begründeter Methodenwahl, welche den Pluralismus unserer medizinischen Kultur zum Ausdruck bringt, sprechen somit letztlich drei gewichtige Gründe: der medizinische Fortschritt, die Besonderheiten des Einzelfalls und der Wille des Kranken.²⁵⁶

6.1.2.2 Schriftform der IGeL-Vereinbarung und Aufklärung

Immer wieder bringt die IGeL-Diskussion namentlich aus Sicht des Verbraucherschutzes Forderungen hervor, die IGeL-Vereinbarung oder -Erbringung einem Formzwang zu unterwerfen.²⁵⁷ Formerfordernisse können im Rahmen der Durchführung eines medizinischen Behandlungsvertrages in verschiedenen Zusammenhängen bedeutsam sein. Nicht nur ließe sich für die Aufklärung eine bestimmte Form verlangen, sondern auch der Vertragsschluss an sich oder konkrete Vergütungsvereinbarungen können formbedürftig sein.

²⁵⁵ *Brüggemeier*, Haftungsrecht, § 6 D II 2 b), S. 477 f.

²⁵⁶ Im Einzelnen dazu *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 10 D III, Rn. 67 ff., S. 343; zum medizinischen Fortschritt vgl. *Laufs*, in: *Laufs/Kern*, *Handbuch des Arztrechts*, § 6, Rn. 35; *Laufs*, FS *Deutsch*, 1999, S. 625, 627: „Die lex artis läßt sich [...] nicht auf einem einmal erreichten Stand festhalten, sie läßt sich auch nicht verabsolutieren, wie die Medizingeschichte lehrt. Die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften und die ärztlichen Erfahrungen befinden sich vielmehr in beständigem und sich an vielen Stellen beschleunigendem Wachstum.“; Polemik gegen medizinische Außenseitermethoden verkennt, dass die weitere Entwicklung der Medizin nicht zuletzt von Anstößen auch durch die Vertreter unkonventioneller Heilverfahren abhängig ist, näher dazu *Katzenmeier*, *JZ* 2007, 1108, 1109. Eine Bindung des Arztes an Methoden der Schulmedizin würde überdies nicht nur das Recht des Arztes auf freie Berufsausübung gemäß Art. 12 Abs. 1 GG, sondern zugleich das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG garantierte Selbstbestimmungsrecht des Patienten tangieren und einem schematischen, die Individualität des jeweiligen Behandlungsgeschehens nicht ausreichend berücksichtigenden Vorgehen Vorschub leisten.

²⁵⁷ *Brück/Hess/Klakow-Franck*, GOÄ, Anh. IGEL, A III, S. 1224 u. A IV 7, S. 1234.1; *Clausen*, in: *Terbille*, *AnwHdb. MedR*, § 7, Rn. 180; *Lang*, GOÄ, § 1, Rn. 10; *Pieritz*, *Deutsches Ärzteblatt* 2008, A-1470; *Zok/Schuldzinski*, in: *WIdO/VZ NRW*, *Private Zusatzleistungen*, S. 72; differenzierend *Krieger*, in: *ARGE MedR im DAV*, S. 31, 43.

Der Abschluss eines medizinischen Behandlungsvertrages bedarf grundsätzlich nicht der Schriftform.²⁵⁸ Für IGeL sind jedoch einige sozial- und vertragsarztrechtliche Bestimmungen einschlägig, welche eine schriftliche Vereinbarung vorsehen (etwa § 3 Abs. 1 S. 3 BMV-Ä und § 2 Abs. 11 S. 3 EKV-Ä, stationär auch § 17 Abs. 2 S. 1 KHEntgG sowie im zahnärztlichen Bereich § 28 Abs. 2 S. 4 SGB V). Deren Anwendbarkeit und Bedeutung, rechtliche und tatsächliche Implikationen sind für das konkrete Arzt-Patient-Verhältnis umstritten.²⁵⁹ Weil diese Formerfordernisse jedoch den Vertragsschluss an sich und weniger die Aufklärung betreffen sowie regelmäßig mit keinen konkreten ärztlichen Informationspflichten einhergehen, war hier nur kurz zu Abgrenzungszwecken auf sie hinzuweisen.

Hinreichende Patienteninformation ist nach ganz überwiegender Auffassung nicht durch Vertragsschlussbeschränkungen, sondern im Wege ausführlicher Aufklärung des Patienten sicherzustellen. Aus guten Gründen bedarf dabei weder die Aufklärung noch die auf ihr basierende Einwilligung der Schriftform.²⁶⁰ Die Rechtsprechung hat schon frühzeitig in rechtsgeschäftlichen Formerfordernissen eine Belastung des für eine gelungene Behandlung unverzichtbaren Vertrauens zwischen Arzt und Patient und eine Gefahr für wirksamen Übereilungsschutz erkannt, weil Formulare zu einer Vernachlässigung des essenziellen Aufklärungsgesprächs verleiten können.²⁶¹ Die Aufklärung muss dabei immer auf das Ziel bezogen bleiben, den Patienten im Rahmen des Möglichen in die Lage einer abgewogenen Entscheidung zu versetzen.²⁶²

²⁵⁸ Statt vieler *Kern*, in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 40, Rn. 12.

²⁵⁹ Dazu im Einzelnen *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 1. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

²⁶⁰ *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 B III 3, Rn. 45, S. 122; Ausnahmen gelten nur in Sonderbereichen, vgl. § 40 Abs. 2 AMG; § 6 TFG, § 8 Abs. 2 TPG.

²⁶¹ Vgl. bereits BGHZ 67, 48, 55 f. sub II 1 a) = NJW 1976, 1790.

²⁶² *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 5 B III 1, Rn. 37 a.E., S. 118.

Der BGH befürwortet deshalb nachdrücklich die mündliche Information im persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient.²⁶³ Einer formularmäßigen Aufklärung des Patienten begegnet die Rechtsprechung mit Skepsis und betont, dass Formulare das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt zwar vorbereiten, dieses aber nicht ersetzen können.²⁶⁴ Die bloße Überreichung eines Merkblatts jedenfalls genügt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung regelmäßig nicht den Anforderungen, die an eine sachgerechte Aufklärung zu stellen sind.²⁶⁵

Gleichwohl werden Aufklärungsformulare in der Praxis verbreitet genutzt.²⁶⁶ Sie dienen faktisch in erster Linie nicht dem Patienten, sondern der Beweisvorsorge des Arztes,²⁶⁷ der im Prozess die Beweislast für eine ordnungsgemäße Selbstbestimmungsaufklärung trägt.²⁶⁸ Die von einem Patienten unterzeichnete Einwilligungserklärung kann auf ein Aufklärungsgespräch schließen lassen, hat beweisrechtlich also jedenfalls beachtliche indizielle Bedeutung.²⁶⁹ Stets muss dem Arzt der Nachweis ordnungsgemäßer Aufklärung des Patienten aber auch ohne Formulare möglich sein.²⁷⁰ Denn ein Schriftstück allein garantiert nicht, dass der

²⁶³ So BGH NJW 2003, 2012 = MedR 2003, 576; BGHZ 166, 336 (Blutspende) = NJW 2006, 2108 m. Anm. *Spickhoff*, NJW 2006, 2075 = MedR 2006, 588 m. Anm. *Gödicke*, S. 568.

²⁶⁴ Vgl. bereits BGHZ 90, 103, 110 = NJW 1984, 1397; BGHZ 144, 1, 13 = NJW 2000, 1784 = MedR 2001, 42; *Gödicke*, S. 200 ff. u. passim; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 3, Rn. 46, S. 122, C I, Rn. 64 a.E., S. 131, C II 2 b), Rn. 75 a.E., S. 137.

²⁶⁵ *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 3, Rn. 46, S. 122 m.w.N.

²⁶⁶ Zahlr. Bsp. bei *Gödicke*, S. 13 ff.

²⁶⁷ *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 494 ff. m.w.N.

²⁶⁸ So bereits BGH NJW 1981, 2002, 2003; BGH NJW 2004, 3703, 3704 sub 3; ausführl. *Katzenmeier*, in: *Baumgärtel/Laumen/Prütting*, *Hdb. Beweislast*, § 823, Rn. 83 ff., S. 190 ff.

²⁶⁹ Vgl. *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 B III 3, Rn. 46, S. 122 m. Nachw. auch zur kontroversen Rspr.

²⁷⁰ BGH NJW 1992, 741 m.w.N.; *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 497 f.

Patient dessen Inhalt auch tatsächlich zur Kenntnis genommen, verstanden und auf dessen Grundlage eine informiert-selbstbestimmte Entscheidung getroffen hat.²⁷¹ Bei IGeL kommt hinzu, dass einige der angebotenen Leistungen sich hinsichtlich ihrer Erprobung und Anerkennung noch im Stadium der wissenschaftlichen Diskussion befinden.²⁷² Mit Blick auf den aufgezeigten weitreichenden Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht über diese Methoden erscheinen Formulare, die schnell an Aktualität einbüßen, kein geeigneter Träger umfassender Patienteninformation und die Bedeutung des Aufklärungsgesprächs wird ganz deutlich erkennbar.

Unabhängig davon besteht auch bei weniger neuartigen Methoden die Gefahr, dass Formulare häufig von den Eigeninteressen der Herausgeber und Verwender geprägt sind und eine sachlich-neutrale Einschätzung der Problematik erschweren können. Angesichts der bisweilen entschiedenen Kritik etwa der Krankenkassen an der fehlenden wissenschaftlichen Anerkennung der vermeintlich meisten IGeL verwundert es etwa, dass bislang umfassende Studien zur Zufriedenheit von Patienten nach der Inanspruchnahme solcher Leistungen fehlen.²⁷³ Es finden sich in diesem Zusammenhang bislang nur nicht-repräsentative Angaben zur Ablehnung von IGeL-Angeboten: 44,9 % all derjenigen Patienten, die ein konkretes IGeL-Angebot ausschlugen, gaben als Grund Zweifel am medizinischen Nutzen oder der Wirksamkeit der Methode an.²⁷⁴ Auch etwa der jüngst im Internet entstandene IGeL-Monitor konnte sich der Problematik noch nicht umfassend annehmen. Woran es ganz offenkundig auch nach 14 Jahren IGeL noch immer fehlt, ist ein sachlicher und wertungsfreier Überblick über das Leistungsspektrum, der sich

²⁷¹ BGH NJW 1985, 1399; aus jüngerer Zeit OLG Köln MedR 2010, 716, 718; aus der Lit. *Gödicke*, S. 340 ff., 352 ff.

²⁷² Zur Standardgemäßheit neuartiger Behandlungsmethoden *Voigt*, IGeL, 1. Kap. u. 2. Kap., 2. Abschn., 1. Teil, i. Ersch.

²⁷³ Vgl. *Raspe*, Ethik in der Medizin 2007, 24, 26.

²⁷⁴ Demgegenüber gaben 50,8 % die hohen Kosten an, vgl. *Zok/Schuldzinski*, in: *WIdO/VZ NRW*, Private Zusatzleistungen, S. 63.

fachlich aktuell mit Chancen und Risiken der IGeL-Methoden befasst. Hierin könnte der Verzug eines informatorischen IGeL-Verzeichnisses (s. dazu Abschnitt 5.7) bestehen. Patienten ist gleichwohl unmissverständlich zu verdeutlichen, dass ihre konkret-individuelle Situation nur der behandelnde Arzt einschätzen kann, zu dem er berechtigtes Vertrauen haben darf.

6.1.2.3 Einwilligungssperre

Aufklärung und Einwilligung des Patienten können bei einfachen und risikoarmen Eingriffen wirksam auch in einem einzigen Behandlungstermin zusammenfallen (s. 6.1.1.2.4). Dies gilt im Grundsatz auch für weniger dringliche Maßnahmen, solange der Arzt den Patienten in der konkreten Situation nicht unzulässig unter Entscheidungsdruck setzt.

Gleichwohl mag vor diesem Hintergrund der Schluss fehlerhafter Aufklärung nicht fern liegen, wenn IGeL als zumeist nicht dringende Eingriffe zu demselben Arzttermin wie die Aufklärung erbracht werden. Ausweislich einer nicht-repräsentativen Statistik zur Aufklärung bei IGeL soll 20,5 % aller Patienten keine ausreichende Bedenkzeit zwischen Angebot und Erbringung der Leistung eingeräumt worden sein.²⁷⁵ Mit Verweis auf diese wenig gesicherten Erkenntnisse fordern Verbraucherschützer mitunter, dass Aufklärung und IGeL-Erbringung nicht im zeitlichen Rahmen desselben Arztbesuches vollzogen werden dürfen.²⁷⁶ Noch weiter ging zuletzt auf dieser Linie ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, der sich für eine „24-stündige Einwilligungssperrfrist“ bei IGeL ausspricht.²⁷⁷

²⁷⁵ Zok/Schuldzinski, in: WIdO/VZ NRW, Private Zusatzleistungen, S. 54 (der repräsentative Teil der Studie bezieht sich allein auf die Analyse des IGeL-Marktes auf S. 31-44); auch in anderer Hinsicht sei die Aufklärung häufig mangelhaft, etwa weil sie nicht durch den Arzt selbst erfolgt.

²⁷⁶ So erstmals Schuldzinski, VuR 2007, 428, 431.

²⁷⁷ GKV-SV, Positionen, S. 8 mit Ausnahme von „aktiv“ vom Versicherten nachgefragten IGeL.

Solche Vorschläge, auch wenn sie dem Patienten in zeitlicher Hinsicht eine wohlüberlegte Entscheidung ermöglichen wollen, begegnen erheblichen Bedenken, zuerst in praktischer Hinsicht.

Müsste der Arzt dem Last-Minute-Reisenden eine Impfung verweigern, weil er sie erst in einem späteren Termin als die Aufklärung durchführen dürfte, stieße dies wohl gerade beim Patienten auf wenig Verständnis. Weil solche Impfungen bei einigen Krankenkassen zu den Satzungsleistungen gehören, führte eine Sperrfrist überdies zu dem schwer nachvollziehbaren Ergebnis, dass etwa der GEK-Versicherte sich noch unkompliziert am Abreisetag gegen Typhus impfen lassen könnte, während der Barmer-Versicherte für dieselbe Impfung den Arzt mehrmals aufsuchen müsste.²⁷⁸ Ähnlich kann es liegen, wenn die Gabe eines Arzneimittels dringend erforderlich ist und der Patient gegenüber der Kassenvariante ein im konkreten Fall vielleicht wirksameres oder mit weniger Nebenwirkungen verbundenes Medikament im Wege des Off-Label-Use bevorzugt.²⁷⁹ Umgekehrt muss auch bei im konkreten Fall wenig dringlichen IGeL-Angeboten nichts gegen deren Erbringung im Aufklärungstermin sprechen, wenn mit dem Angebot kein Entscheidungsdruck verbunden ist und der Patient sich freien Willens dafür entschieden hat.

Weiter noch als die praktischen Zweifel reichen normative Bedenken gegen eine Einwilligungssperrfrist. Die Einwilligungsfähigkeit eines Menschen geht weiter als dessen Geschäftsfähigkeit und ist essenzieller Ausdruck seiner freien Willensbestimmung und Einsichtsfähigkeit.²⁸⁰ Wer die Fähigkeit des Patienten zu einer

²⁷⁸ Beispiel aus dem Frühjahr 2011, als die Typhus-Schutzimpfung zum Leistungsumfang der GEK gehörte, während die Barmer EK – trotz Fusion beider Kassen – die Kosten nicht übernahm.

²⁷⁹ Zur Arzthaftung wegen Behandlungsverweigerung eines Off-Label-Use vgl. OLG Köln VersR 1991, 186 (Aciclovir).

²⁸⁰ Vgl. §§ 827 f. BGB; *Katzenmeier*, in: NK, § 823 BGB, Rn. 110 u. § 827 BGB, Rn. 2 f.; *Wagner*, in: MK, § 823 BGB, Rn. 731.

mündigen Entscheidung bezweifelt, muss im Grunde bereits die ärztliche Aufklärung für obsolet halten und konterkariert letztlich das gesteckte Ziel eines selbstbestimmten Patientenschutzes. Stattdessen läge darin eine manifeste Bevormundung des Staates, der einerseits die Kostenerstattung bestimmter medizinischer Leistungen vorenthält und dem Patienten andererseits eine autonome Entscheidung über diese Leistungen zunächst abspricht.

Auch unter Vermeidung des Begriffes der Einwilligungssperre lässt sich eine Bedenkzeitregelung schwerlich begründen. Wegen der Rechtsverbindlichkeit des erklärten Willens von Geschäftsfähigen (vgl. auch § 116 BGB) sind etwaige Bestimmungen zu einer vertraglichen Bedenkzeit nicht nur dem Arztrecht, sondern dem Bürgerlichen Recht insgesamt fremd – einschließlich des Verbraucherschutzes.²⁸¹ Auch beim Kauf gesundheitsgefährdender Genussmittel oder der Inanspruchnahme gefährlicher Waren und Dienstleistungen im Allgemeinen muss der Geschäftsfähige seinem Vertragspartner nicht nachweisen, dass er Abschluss und Durchführung des Vertrages reiflich überlegt hat. Für das Arzt-Patient-Verhältnis, das *de lege lata* zudem als besonderes Vertrauensverhältnis konzipiert ist (vgl. § 627 Abs. 1 BGB, dazu sogleich Abschnitt 6.2), kann – auch bei IGeL – nichts anderes gelten. Ein Verbot der umgehenden IGeL-Erbringung nach ordnungsgemäßer Aufklärung stellte stattdessen einen erheblichen Eingriff in die Vertragsfreiheit und Privatautonomie von Arzt und Patient dar, an dessen Geeignetheit sich ebenso wie an der Verhältnismäßigkeit zweifeln lässt, weil die geltende Rechtsprechung zur Unwirksamkeit der Aufklärung bei Entscheidungsdruck ein gleichwirksames milderer Mittel der Zweckerreichung darstellt.

Die Geeignetheit eines Verbots der sofortigen IGeL-Erbringung nach Aufklärung lässt sich insbesondere mit Blick auf die beweisrechtlichen Folgen des Rege-

²⁸¹ Lediglich den Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragsauflösung mag indirekt auch eine Art Bedenkzeitschutz innewohnen. Während der Vertragsdurchführung ist ein solcher jedoch nirgends gesetzlich vorgesehen.

lungsvorschläges in Zweifel ziehen. Brächte der Arzt ohne Rücksicht auf ein solches Verbot direkt im Anschluss an die Aufklärung eine IGeL-Methode zur Anwendung, stellte dies zwar mangels wirksamer Einwilligung regelmäßig eine rechtswidrige Körper- oder Gesundheitsverletzung des Patienten dar. Der Patient bliebe aber weiterhin beweispflichtig dafür, dass diese Verletzung einen ersatzfähigen und bezifferbaren Schaden verursacht hat.²⁸² Ein Anwendungsverbot bewahrte den Patienten insofern nicht vor dem nach der Behandlung erforderlichen Schritt der gerichtlichen Rechtsdurchsetzung. In deren Rahmen stünde der Patient beweisrechtlich möglicherweise sogar schlechter als nach geltendem Recht. Während der Patient den Verstoß gegen ein solches Anwendungsverbot als ihm günstige Tatsache selbst beweisen müsste,²⁸³ trägt nach geltendem Recht regelmäßig der Arzt die Beweislast dafür, dass die Einwilligung nicht unter beeinträchtigendem Entscheidungsdruck zustande kam.²⁸⁴

Insbesondere bei ärztlicher Beweisvorsorge durch die Verwendung entsprechender Formulare liefe nach alledem ein Erbringungsverbot faktisch ins Leere. Zur Verwendung solcher freizeichnender Formulare ist der Arzt dabei nach dem konkreten Entwurf des Erbringungsverbotbesonders verleitet: So sieht der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes vor, dass IGeL ausnahmsweise sofort nach Aufklärung erbracht werden dürfen, wenn der Versicherte sie „aktiv“ nachgefragt hat.²⁸⁵ Diesbezüglich steht zu erwarten, dass das wenig bestimmte Kriterium der

²⁸² Vgl. Katzenmeier, in: Baumgärtel/Laumen/Prütting, Hdb. Beweislast, § 823, Rn. 44, S. 100; Schiemann, in: Staudinger, Vor §§ 249 ff., Rn. 88.

²⁸³ Zu den allg. Beweisgrundsätzen BGH NJW 1999, 860 sub II 3 a); Rosenberg/Schwab/Gottwald, Zivilprozessrecht, 2010, § 115, Rn. 7 ff.; Katzenmeier, in: Baumgärtel/Laumen/Prütting, Hdb. Beweislast, § 823, Anh. II, Rn. 3, S. 144.

²⁸⁴ Während der Patient nur substantiierte Tatsachen für ein Einverständnis unter Entscheidungsdruck vortragen muss, obliegt dem Arzt die Führung des Gegenbeweises, so bereits BGH NJW 1992, 2351 = MedR 1992, 277; es gelten geringe Substantiierungsanforderungen, s. BGH NJW 1994, 3009, 3011 sub II 2 c) bb) f. = MedR 1995, 20, 22 mit Bedacht auf die von Giesen, JZ 1992, 315, 316 geäußerte Kritik.

²⁸⁵ S. GKV-SV, Positionen, S. 8.

aktiven Nachfrage²⁸⁶ Ärzte in der Praxis ebenso wie bereits bislang im Rahmen des § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ zur Formularverwendung veranlasste. Gerade der schüchterne und furchtsame Patient, der dem drängenden Arzt nicht widersprochen, von sich aus keine Bedenkzeit erbeten, aber ein solches Formular unterzeichnet hat, wäre in missbräuchlichen Fällen Beweisschwierigkeiten bei der nachgehenden Rechtsverfolgung ausgesetzt. Auch in Fällen ohne missbräuchliche Formularverwendung ist zudem ist aufgrund der schon nach geltender Rechtsprechung günstigen Beweislastverteilung bei Aufklärungsfehlern jedenfalls keine rechtliche Besserstellung des Patienten durch ein Erbringungsverbot zu erkennen.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und wirksamer Schutz vor ärztlicher Eigenmacht lassen sich nicht durch ein formalistisches Verbot der sofortigen IGeL-Erbringung nach Aufklärung verwirklichen, das nicht in jedem Einzelfall zu sachgerechten Ergebnissen führt. Mit der geltenden Rechtsprechung hingegen gelingt es, die konkret-individuelle Behandlungssituation und insbesondere die Risiken und Tragweite des konkreten Eingriffes in eine ausgewogene Abwägung der einzelnen Umstände einzubeziehen und so einzelfallgerechte Ergebnisse zu erzielen. Ob der Patient sich in freiem Willen zu einer Behandlung entschlossen hat, hängt maßgeblich davon ab, ob der Arzt ihn unter Entscheidungsdruck gesetzt hat. Ob dies jeweils der Fall ist, wenn Aufklärung und IGeL-Erbringung in demselben Arztbesuch zusammenfallen, lässt sich ohne Rücksicht auf die übrigen Umstände des konkreten Einzelfalles nicht verallgemeinernd bestimmen.

Auch soweit es überdies nicht um den Schutz des Patienten vor medizinisch umstrittenen Methoden, sondern allein um die wirtschaftlichen Fragen der Kostentragung geht, besteht zu einer Regelung kein Anlass. Für medizinisch nicht notwen-

²⁸⁶ Kaum ist auf Patientenseite so viel angewandtes medizinisches Fachwissen zu erwarten, dass dieser einen Arzt aufsuchen und gezielt auf eine bestimmte medizinische Maßnahme ansprechen wird. Schlägt hingegen der Arzt eine solche nach eingehender Untersuchung vor, ließe sich eine aktive Nachfrage bereits in Abrede stellen.

dige Maßnahmen setzt bereits § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ für eine rechtmäßige Vergütung des Arztes voraus, dass der Patient die Leistung verlangt hat.²⁸⁷

Angesichts der nach geltendem Recht bei IGeL äußerst weitreichenden Aufklärungserfordernisse und insbesondere der ausgeprägt patientenfreundlichen Beweissituation bei Aufklärungsfehlern²⁸⁸ kann der Vorschlag eines Verbots der sofortigen IGeL-Erbringung nach Aufklärung nicht zielführend erscheinen. Abstrakt-generelle rechtliche Beschränkungen der IGeL-Erbringung über die schon geltenden Maßgaben hinaus werden einer Vielzahl von konkreten Einzelfällen nicht gerecht. Allein am schillernden IGeL-Begriff, der ausschließlich durch die sozialrechtliche Leistungsabgrenzung determiniert ist, lassen sich Rechtsfolgen ohnehin schwerlich anknüpfen. Statt weiterer Regulierung ist vielmehr auf die situationsgerechten privatautonomen Einschätzungen der konkreten Vertragspartner Rücksicht zu nehmen.

6.1.2.4 Zusammenfassung und Schlussbetrachtungen

Die bestehenden zivilrechtlichen Regelungen gewährleisten Patientenschutz sowohl hinsichtlich der Anwendung wissenschaftlich umstrittener Methoden als auch in Bezug auf das spezifische Problem der privaten Kostentragung von IGeL in umfassender Weise. Weitergehender Reglementierung bedarf es im Bereich privater Zusatzleistungen nicht. Auch Verbraucherschützer haben insoweit zutref-

²⁸⁷ Vgl. zu Vergütungsfragen bei IGeL ausführlich *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 4. Teil, i. Ersch.

²⁸⁸ Der Arzt muss den möglichst frühen Aufklärungszeitpunkt sowie Angaben zum Urteils- und Einsichtsvermögen des Patienten besonders genau dokumentieren, *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 364 f., m. krit. Hinweis auf die bereits nach geltenden Recht drohende Defensivmedizin; ebenso *Ulsenheimer*, *Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin - ein Verhältnis von Ursache und Wirkung*, 1997, S. 17.

fend konstatiert, dass „die Regelungen zur Erbringung und Abrechnung von privatärztlichen Leistungen an Kassenpatienten eindeutig und effizient sind“.²⁸⁹

Gemeinsames Spezifikum privater Zusatzleistungen ist einzig das Kostenrisiko, das Kassenpatienten ansonsten wegen der Kostentragung durch die GKV bei ärztlicher Untersuchung und Behandlung nicht trifft. Das Zivilrecht stellt den Vermögensschutz des Patienten vor wirtschaftlich bedenklichen Entscheidungen bei privaten Zusatzleistungen schon heute sicher. Dabei fußt der zivilrechtliche Schutz auf dem das gesamte Bürgerliche Recht umspannenden Grundgedanken, dass der geschäftsfähige und insoweit mündige Bürger privatautonom über sein Vermögen disponieren und dabei auch aus objektivierter Sicht nicht nachvollziehbare Affektionsinteressen verfolgen kann, welche die Rechtsordnung zu respektieren hat. Um eine solche schützenswerte privatautonome Entscheidung sicherzustellen, gleicht das bürgerliche Recht ein denkbares Macht- oder Informationsgefälle der Parteien insbesondere auf zwei Ebenen aus, zum einen nämlich durch Ermöglichung einer privilegierten Vertragsauflösung (dazu Abschnitt 6.2) und zum anderen durch Aufklärungspflichten.

Anders als bei konventioneller Untersuchung oder Behandlung von Kassenpatienten im Kontext der GKV oder bei originären Privatpatienten²⁹⁰ trifft den Arzt bei privaten Zusatzleistungen bereits *de lege lata* eine Pflicht zur Aufklärung des Patienten über die wirtschaftlichen Folgen seiner Entscheidung für ein konkretes IGeL-Angebot. Weist also der Arzt im Rahmen seiner wirtschaftlichen Aufklärung ordnungsgemäß auf die Abrechnung privater Zusatzleistungen nach GOÄ hin, hat er alles getan, wozu die Rechtsordnung ihn im Sinne der Vergütungstransparenz verpflichten kann. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes dient dem Vermögensschutz des Patienten danach effektiv. Weil die Ausgrenzung

²⁸⁹ *Schuldzinski*, VuR 2007, 428, 431.

²⁹⁰ Zu Einschränkungen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht bei originären Privatpatienten eingehend *Schelling*, MedR 2004, 422 ff.

von Leistungen aus der GKV auch auf kollektiven Wirtschaftlichkeitserwägungen beruhen kann, die auf private Behandlungsverhältnisse nicht zu übertragen sind, lassen sich hinsichtlich des individuellen Vermögensschutzes an den bloßen Umstand eines Leistungsausschlusses schwerlich weitergehende Rechtsfolgen anknüpfen (dazu i.E. Abschnitt 6.1.1.3).

Auch soweit es um die medizinischen Aspekte der Untersuchung oder Behandlung geht, begegnet das geltende Zivilrecht privatärztlichen Zusatzleistungen einzelfallgerecht mit gegenüber einer konventionellen Behandlung erheblich erhöhten Sorgfalts- und Aufklärungsanforderungen (s. Abschnitt 6.1.1.2). Gerade bei umstrittenen Methoden muss der Arzt schon heute höchsten Maßstäben nicht nur im Rahmen der Aufklärung, sondern auch bei der dafür vorausgesetzten Fort- und Weiterbildung gerecht werden. Weil Verstöße mit ernst zu nehmenden Haftungsrisiken des Arztes einhergehen, haben auch Verbraucherschützer bereits Verwunderung darüber geäußert, warum Patienten bislang trotz der vermeintlichen Häufigkeit der Fälle gegen Aufklärungsdefizite speziell im IGeL-Kontext kaum gerichtlich vorgegangen sind.²⁹¹

Trotz des rechtlich umfassend gewährleisteten Patientenschutzes insbesondere bei der Aufklärung zeigen die bisherigen Erfahrungen somit, dass in der ärztlichen Praxis der Stellenwert des Aufklärungsgesprächs häufig noch immer nicht richtig eingeschätzt und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht ausreichend beachtet wird. Aktuelle Studien belegen, dass das Aufklärungsgespräch aus Patientensicht unter Zeitmangel leidet, Unverständlichkeit und zu wenig Möglichkei-

²⁹¹ Vgl. *Schuldzinski*, VuR 2007, 428, 431 „[D]er Umstand, dass eine Vielzahl der erbrachten Leistungen nicht bezahlt werden müsste, [dürfte] bei konsequenter Umsetzung durch die Patienten den größten Veränderungsdruck erzeugen.“, ähnlich erneut in *Schuldzinski*, in: VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen, S. 64, 72.

ten für den Kranken, Fragen zu stellen.²⁹² Gerade bei der Erbringung privater Zusatzleistungen konstatieren Kritiker: „IGeL lebt von der unzureichenden Aufklärung der Interessenten.“²⁹³

Kommunikationsdefizite, die gerade auch die konventionelle Heilbehandlung betreffen, haben in der Vergangenheit immer häufiger Anlass zu gerichtlichen Klagen gegeben. Die dargestellte Rechtsprechung zur Aufklärungspflichtverletzung ist deren Ergebnis und belastet in ihrer Strenge und drohenden Unüberschaubarkeit den tagtäglichen Umgang von Arzt und Patient bereits heute ernsthaft. Die hohe Zahl und inhaltliche Ausdifferenzierung der Judikate lässt zugleich in aller Unmissverständlichkeit erkennen, dass auch eine noch so strenge Regulierung, verbunden mit gravierenden, teils bis hin zu strafrechtlichen Sanktionen reichenden Haftungsrisiken in der Praxis gleichwohl Mängel und Defizite nicht zu verhindern vermag. Alltagsdefizite der Interaktion von Arzt und Patient bei der Aufklärung lassen sich durch verstärkten rechtlichen Zwang nicht beheben.²⁹⁴ Solche können das Anliegen effektiven Rechtsschutzes sogar konterkarieren. Das Recht büßt mit jeder weiteren Normierung überzogener Anforderungen an den Arzt etwas von seiner verhaltensleitenden Funktion ein, und es verliert an Glaubwürdigkeit mit einer wachsenden Diskrepanz zwischen dem juristisch-theoretisch Verlangten und dem medizinisch Machbaren oder anerkannt Sinnvollen.²⁹⁵

Einer immer weitergehenden Juridifizierung mit den dargelegten negativen Rückwirkungen und Nachteilen für alle Beteiligten kann auf lange Sicht wirksam

²⁹² Ergebnisse einer Langzeitstudie mitgeteilt von *Brüggemeier*, *Haftungsrecht*, S. 503; vgl. auch *Jung*, *Das präoperative Aufklärungsgespräch; speziell zu IGeL Zok/Schuldzinski*, in: *WIdO/VZ NRW, Private Zusatzleistungen*, S. 53 ff. (nicht-repräsentativer Teil der Studie).

²⁹³ *Windeler*, *G+G Wissenschaft* 2006, 17, 22; *Windeler*, *Die BKK* 2008a, 98, 100 m.w.N. = *Windeler*, in: *VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen*, S. 74, 79.

²⁹⁴ Vgl. zu der zunehmenden Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung *Katzenmeier*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*, S. 45 ff. m.w.N.

²⁹⁵ *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 190 ff.

nur dadurch begegnet werden, dass Ärzte und Patienten das Aufklärungsgespräch als Grundlage des zwischen ihnen bestehenden therapeutischen Arbeitsbündnisses begreifen und beiderseitig zu einer gedeihlichen Ausgestaltung beitragen. Patienten müssen die ihnen zustehenden Rechte auch von sich aus wahrnehmen und an der Gesprächsführung beteiligen.²⁹⁶ Geboten erscheint eine „Mobilisierung der Selbstbestimmung“.²⁹⁷ Trotz Überlegenheit des Arztes beim Fachwissen ist der Patient Herr des Aufklärungsgeschehens – er allein entscheidet, wie weit die medizinischen Aufschlüsse zu gehen haben und von welchen Tatsachen er sein Einverständnis abhängig machen will.

All dies lässt sich normativ nicht erzwingen. Rechtlich lassen sich lediglich Mindestanforderungen formulieren, die bereits heute in äußerst detaillierter Form vorliegen. Die Entwicklung der letzten Jahre legt indessen den Verdacht nahe, dass Überstrapazierungen der Patientenrechte als Surrogat dienen müssen für zunehmende Einschränkungen der „Mündigkeit“ des Individuums infolge ausgreifender Reglementierungen des Sozialstaates.²⁹⁸

Vor diesem Hintergrund sind auch die jüngst zunehmenden Forderungen nach Einschränkungen der IGeL-Erbringung zu sehen. Auch soweit Leistungsausschlüsse auf fachlich-medizinischen Zweifeln am Nutzen oder der Eignung konkreter Methoden beruhen, folgen sie allein einem Urteil aus abstrakt-genereller Perspektive. Daraus Rückschlüsse für die konkret-individuelle Behandlungssituation eines einzelnen Patienten zu ziehen, ist jedoch nicht ohne Rücksicht auf des-

²⁹⁶ I.d.S. BVerfG NJW 1979, 1925, 1930; s. auch *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 59 f.

²⁹⁷ So die Forderung von *Weißbauer/Opderbecke*, *MedR* 1992, 312;; zust. *Laufs*, *RPG* 1997, 3, 11; zur Eigenverantwortlichkeit des Rechtsträgers als Kehrseite seines Selbstbestimmungsrechts; *Taupitz*, *Gutachten* 63. DJT, A 13.

²⁹⁸ Zu den Gefahren ausgreifender Verrechtlichung im Gesundheitswesen und damit einhergehenden Tendenzen hin zur Defensivmedizin ausführlich *Katzenmeier*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*, S. 45 ff.; *Katzenmeier*, *Rheinisches Ärzteblatt* 4/2009, S. 3; zur Entwicklung allg. *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, 17 ff., speziell zu Bedrohungen des fremdnützigen Rechts der Therapiefreiheit auf S. 314 ff.

sen Person, Beschwerden und eigene Entscheidung möglich. Auch bei IGeL sind pauschale medizinmethodische Aussagen deshalb unmöglich und allein am IGeL-Begriff lassen sich überzeugende rechtliche Regelungen kaum festmachen. Insbesondere der Zwang von Arzt und Patient zur Verschriftlichung des Aufklärungsgeschehens ist abzulehnen (s. Abschnitt 6.1.2.2).

Formulare befördern lediglich den falschen Eindruck des Patienten, alles werde schon seine Richtigkeit haben, und gefährden so dessen Aufmerksamkeit und Interesse im Rahmen der Vertragsdurchführung. Zu dem essenziellen Aufklärungsgespräch tragen Formulare genauso wenig bei wie eine gesetzlich verordnete Mindestbedenkzeit (dazu Abschnitt 6.1.2.3), die praktisch rein formell bleiben und leicht zu umgehen sein wird. Auch Formulare und Bedenkzeit fördern die Informiertheit und Selbstbestimmung des Patienten nur dann, wenn er sich ihrer aus eigener Initiative und nicht aus gesetzlichem Zwang heraus bedient und sich tatsächlich aufmerksam mit allen aus seiner eigenen Sicht relevanten Fakten auseinandersetzt. Unter dieser Voraussetzung kann in den zahlreichen veröffentlichten Muster-Vereinbarungen²⁹⁹ zu IGeL eine sinnvolle Ergänzung der zivilrechtlich ausreichenden Regelungen zur Beweislastverteilung zu erblicken sein. Sie müssen aber nicht in den Stand eines verbindlichen Mindestmaßes der Beweissicherung oder gar der Wirksamkeit des Arztvertrages erhoben werden. Nur ein vorsichtiger und verantwortungsvoller Umgang mit ihnen erscheint empfehlenswert und kann dem Patienten auch tatsächlich nützen.

Rechtspolitisches Ziel kann nach alledem keine ausgreifende Reglementierung unter Vernachlässigung des erklärten Willens des Patienten, der Umstände des Einzelfalles und der ärztlichen Therapiefreiheit sein. Es erscheint mit Blick auf das einzelne Patientenschicksal vielmehr ehrlich und geboten, den Patienten um

²⁹⁹ Vgl. etwa Hess, in: *Hess/Klakow-Franck*, S. 167; *Hermanns/Filler/Roscher*, IGeL-Liste 2008, 2008, S. 35; vgl. darüber hinaus auch die allg. Informationen zu IGeL, etwa BÄK/KBV, IGeL; BÄK, IGeL; ÄKNo/KVNo, IGeL; MDS, IGeL-Broschüre; VZ NRW, IGeL-Faltblatt.

die Letztverantwortung für seine Willensäußerungen auch bei sensiblen Gesundheitsfragen wissen zu lassen und ihn durch Erschließung der für seinen konkret-individuellen Einzelfall ausschlaggebenden Fachinformationen zu einer souveränen und kooperativen Begegnung mit dem Arzt zu befähigen.³⁰⁰ Dies ist nur durch die bereits nach geltendem Recht gebotene umfassende Aufklärung, nicht hingegen durch formelle Beschränkungen der medizinischen Behandlung zu gewährleisten. Statt weiterer Regulierung kann für die Aufklärung ebenso wie für die Rechtsverfolgung des Patienten nach der IGeL-Behandlung eine fortlaufend geführte, informatorische IGeL-Liste mit zusätzlichen fachlichen Anmerkungen auch zur Leistungsabrechnung hilfreich sein (vgl. Abschnitt 5.7).

Mit Blick auf Vollzugsdefizite bei der ärztlichen Aufklärung allgemein und auch speziell bei IGeL versetzt im Übrigen nur stichhaltige Rechtsinformation den Patienten in die Lage zur Wahrnehmung und Verfolgung seiner Rechte. Kann der Patient seine Rechtsposition nicht richtig einschätzen – wie es bei IGeL zu besorgen steht –, vermag selbst größtmöglicher gesetzlicher Schutz den Patienten nicht zu erreichen und zur Rechtsdurchsetzung zu motivieren. Eine Stärkung der rechtstatsächlichen Position von Patienten und Verbrauchern ist vor diesem Hintergrund nicht im Wege ausgreifender Rechtssetzung zu suchen, sondern eben durch Patienteninformation. Dazu können neben den Akteuren im Gesundheitswesen auch

³⁰⁰ Dazu *Katzenmeier, Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 2009, Kap. 5 C II 3, Rn. 90 ff., S. 144 ff. m.w.N., insb. auch auf BVerfGE 52, 131, 170 = NJW 1979, 1925, 1930: „Es bedarf der Mitwirkung des Patienten – nicht nur der in passiver Haltung erteilten bloßen Einwilligung in ärztlicherseits gebotene Behandlungsvorschläge. Verlangt werden muß, soweit möglich, der auch von seiten des Patienten mitverantwortlich geführte Dialog, soll nicht im Blick auf die Folgen beruflicher Haftung die als besonders gefahrgeneigt angelegte Tätigkeit des Arztes in eine defensive Rolle gedrängt werden, die dem Sozialauftrag der Medizin nicht mehr gerecht werden kann.“

staatliche Stellen beitragen, beispielsweise durch einen an Patienten und Ärzte adressierten rechtlichen IGeL-Leitfaden.³⁰¹

6.2 Besteht ein Schutzinteresse der Verbraucherinnen und Verbraucher für ein zu schaffendes Widerrufsrecht in Verbindung mit § 355 BGB bei Verträgen über IGeL allgemein oder bei bestimmten IGeL?

6.2.1 Kündigungsrecht des Patienten de lege lata – §§ 627 Abs. 1, 628 BGB

Eine IGeL-Vereinbarung kann der Patient wie jeden Arztvertrag nach § 627 Abs. 1 BGB jederzeit fristlos und ohne wichtigen Grund kündigen, weil die ärztliche Tätigkeit Dienste höherer Art aufgrund des besonderen Vertrauens im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung umfasst.³⁰²

Hinsichtlich mancher IGeL im Bereich reiner Fitness, Kosmetik, Wellness und z.T. auch bei rein organisatorischen stationären Wahlleistungen ließe sich zwar an der Eigenschaft der Dienste als höherartig zweifeln.³⁰³ Aus Gründen der Rechtssicherheit hat der Gesetzgeber ausweislich der Materialien mit der Regelung des § 627 Abs. 1 BGB aber keine einzelfallorientierte Beurteilung der vereinbarten Dienste bezweckt. Vielmehr liegt der Bestimmung der Höherartigkeit eine statusspezifisch-situative Typologisierung zugrunde, wonach der Arzt schon wegen des

³⁰¹ Etwa nach dem Vorbild der Gemeinschaftspublikation „Patientenrechte in Deutschland“ der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz – abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf (letzter Zugriff: 15.03.12).

³⁰² Vgl. grds. Kern, in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts, § 46, Rn. 3. Zur Rechtslage nach vollständiger Vertragsdurchführung i.S.d. § 620 Abs. 1 BGB vgl. *Teumer*, *VersR* 2009, 333 ff.

³⁰³ Vgl. *Teumer/Stamm*, *VersR* 2008, 174, 177 f. zur Kosmetik.

bestehenden besonderen Vertrauens des Patienten immer Dienste höherer Art erbringt,³⁰⁴ also auch bei privaten Zusatzleistungen.

Kündigt der Patient gemäß § 627 Abs. 1 BGB, löst sich das Dienstverhältnis zum Arzt mit sofortiger Wirkung auf.³⁰⁵ Übt der Patient das Kündigungsrecht also vor Beginn der ärztlichen Untersuchung oder Behandlung aus, entfällt mit seinem eigenen Anspruch auf den Dienst auch der ärztliche Vergütungsanspruch. Erklärt der Patient die Kündigung jedoch erst nach Beginn der ärztlichen Untersuchung oder Behandlung, hat er gemäß § 628 Abs. 1 S. 1 BGB dem Arzt eine Teilvergütung zu zahlen. Diese Teilvergütungspflicht entfällt ausnahmsweise nach § 628 Abs. 1 S. 2 BGB dann, wenn der Arzt sich vertragswidrig verhalten hat³⁰⁶ und der Patient an den bisher erbrachten ärztlichen Leistungen kein Interesse hat.³⁰⁷ Als vertragswidriges Verhalten lassen sich Behandlungs- ebenso wie Aufklärungsfehler ausmachen. Da solche zugleich auch eine Pflichtverletzung im Sinne des § 280 Abs. 1 BGB darstellen, kann die ärztliche Vergütung bei schuldhaftem Verhalten des Arztes überdies auch nach Maßgabe der §§ 280 Abs. 1 u. 3, 281 Abs. 1 S. 3, Abs. 4 u. 5, 346 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 BGB insgesamt entfallen.³⁰⁸

³⁰⁴ Vgl. Prot., Bd. II, S. 302 f. und bereits RG HRR 1932, Nr. 1440; BGH NJW 2011, 1674, Tz. 8 a.E.; dies gilt auch für Dienstverträge über ärztliche Tätigkeit, die der Patient mit einer juristischen Person, etwa einer GmbH, schließt, vgl. BGH NJW 2010, 150, 152, Tz. 19; *Henssler*, in: MK, § 627 BGB, Rn. 25.

³⁰⁵ Vgl. nur *Henssler*, in: MK, § 627 BGB, Rn. 28.

³⁰⁶ BGH NJW 2011, 1674, 1675, Tz. 14 f.; sowohl Schlechtleistung als auch Aufklärungsfehler können vertragswidrig sein, vgl. OLG Hamm MedR 2007, 649.

³⁰⁷ Fehlendes Interesse erkennt die Rechtsprechung insb., wenn die Leistung für den Patienten völlig wertlos und unbrauchbar ist, vgl. BGH NJW 2011, 1674, 1675, Tz. 18.

³⁰⁸ Vgl. dazu und zum parallel laufenden Interessewegfall i.R.d. § 628 Abs. 1 S. 2 BGB i.E. *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 1. u. 2. Teil, i. Ersch.

6.2.2 Widerrufsrecht des Patienten – §§ 312 Abs. 1 S. 1, 355 BGB?

Ähnlich wie es auch in der Fragestellung der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung anklingt, ist bereits im Arbeitsrecht die Frage aufgeworfen worden, ob zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer am Arbeitsplatz geschlossene Aufhebungsverträge dem Überrumpelungsschutz des § 312 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BGB unterfallen und ein verbraucherschützendes Widerrufsrecht des Arbeitnehmers begründen.³⁰⁹ Inspiriert durch diese Diskussion ließe sich auch für den Arztvertrag grundsätzlich an eine (analoge) Herleitung eines Widerrufsrechts des Patienten aus § 312 Abs. 1 S. 1 BGB oder die Schaffung einer vergleichbaren Bestimmung *de lege ferenda* denken.

Eines solchen verbraucherschützenden Widerrufsrechts bedarf es im Bereich ärztlicher Behandlung jedoch nicht, weil seit jeher das Arztvertragsrecht dem Patienten mit §§ 627 Abs. 1, 628 BGB eine Lösung vom Arztvertrag auf höchstem Schutzniveau ermöglicht.³¹⁰

Eine Kündigung nach §§ 627 Abs. 1, 628 BGB deckt sich – auch bei IGeL-Vereinbarungen – im Ergebnis von den Rechtsfolgen her mit denen eines Widerrufs:³¹¹ Nach § 355 Abs. 1 S. 1 BGB ist der Verbraucher an seine auf einen Vertragsschluss gerichtete Willenserklärung nicht mehr gebunden, so dass der Vertrag entfällt und mit ihm etwaige Vergütungsbestimmungen. Nach Ausübung eines verbraucherschützenden Widerrufsrechts schuldet der Verbraucher gleichwohl gemäß §§ 357 Abs. 1 S. 1, 346 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB Wertersatz für die erhaltene Leistung, wenn – wie bei Dienstleistungen – die Rückgewähr oder Herausgabe

³⁰⁹ Vgl. dazu *Lorenz*, JZ 1997, 277; abgelehnt von BAGE 109, 22 = NJW 2004, 2401.

³¹⁰ Vgl. *Henssler*, in: MK § 627 Rn. 3 zur Durchbrechung sonst geltender Auflösungsbestimmungen.

³¹¹ Allg. zur Angleichung der Rechtsfolgen der Kündigung nach § 628 BGB, des Rücktritts nach § 346 BGB und des Bereicherungsausgleichs nach § 818 Abs. 2 BGB durch die Schuldrechtsreform 2002 vgl. *Preis*, in: *Staudinger*, § 628 BGB, Rn. 33.

des bereits Erlangten ausgeschlossen ist.³¹² Hat der Patient IGeL bereits in Anspruch genommen, kann er sie nicht wieder herausgeben und ist deshalb zum Wertersatz verpflichtet. Dieser berechnet sich gemäß § 346 Abs. 2 S. 2 Hs. 1 BGB auf der Grundlage der vertraglich geschuldeten Gegenleistung, so dass bei Dienstleistungen – wie IGeL – § 612 BGB in Verbindung mit der GOÄ heranzuziehen ist.³¹³ Auch nach Ausübung eines verbraucher-schützenden Widerrufsrechts schuldet der Patient dem Arzt für bereits erhaltene ärztliche Leistungen also eine (jedenfalls teilweise) Vergütung nach GOÄ, die nur bei Wertlosigkeit³¹⁴ oder etwa unter den Voraussetzungen des § 346 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 BGB³¹⁵ entfällt und mithin zu denselben Ergebnissen wie das Kündigungsrecht führte (s. insb. Abschnitt 6.2.1 a.E.).

Das Kündigungsrecht aus § 627 Abs. 1 BGB stellt somit zugunsten des Patienten ein Regulativ dar, das ihm – ebenso weitreichend wie der verbraucherrechtliche Widerruf – schon nach geltendem Recht die Möglichkeit der Auflösung eines missliebigen oder bereuten Vertrages einräumt. Insbesondere schützt ihn die freie Kündbarkeit des Arztvertrages vor unerwarteten Kostenfolgen. Der Patient hat dementsprechend nach Aufklärung und vor Beginn der eigentlichen Behandlung Gelegenheit, die Vergütungspflicht rechtzeitig durch die Vertragskündigung zu Fall zu bringen.

Nach ordnungsgemäßer wirtschaftlicher Aufklärung kann also nicht davon die Rede sein, die Kosten träfen den Kassenpatienten bei Inanspruchnahme von IGeL völlig unerwartet. Vielmehr kann der Patient folgenlos wieder Abstand von dem

³¹² Grundsätzlich zum Wertersatz bei Dienstleistungen *Kaiser*, in: *Staudinger*, § 346 BGB, Rn. 98 ff.; *Röthel*, in: *Erman*, § 346 BGB, Rn. 8 schließt ausdr. Gesundheitsleistungen ein; vgl. auch *Gaier*, in: MK § 346 BGB, Rn. 20 f.

³¹³ Vgl. *Gaier*, in: MK § 346 BGB, Rn. 21; *Kaiser*, in: *Staudinger*, § 346 BGB, Rn. 104; *Lobinger*, in: *Soergel*, § 346 BGB, Rn. 94.

³¹⁴ Zur Begrenzung des Wertersatzes bei minderwertigen Leistungen vgl. *Kaiser*, in: *Staudinger*, § 346 BGB, Rn. 105.

³¹⁵ Dazu für die Fälle der Schlechtleistung und bei Aufklärungsfehlern im Rahmen von IGeL *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 2. Abschn., 1. u. 2. Teil, i. Ersch.

IGeL-Angebot nehmen, indem er es nach erfolgter Aufklärung ablehnt und auf diese Weise den Arztvertrag zumindest im Umfang der ansonsten kostenpflichtigen IGeL-Vereinbarung kündigt.

Fehlerhafte Aufklärung hingegen bewirkt, dass der Patient sich gemäß § 628 Abs. 1 S. 2 BGB sogar nach Erhalt einer IGeL von dem Vertrag noch lösen kann, regelmäßig ohne dass ihn eine Vergütungspflicht trifft (dazu bereits Abschnitt 6.2.1 a.E.).

6.3 Besteht für PKV-Versicherte, insbesondere für Personen, die im Basistarif/Tarifen mit geringerem Leistungsumfang bzw. ohne Zusatzversicherung versichert sind, ein Schutzbedürfnis für eine Schriftformerfordernis des Behandlungsvertrages?

Die oben im Rahmen der Überlegungen zur Verschriftlichung des Aufklärungsgeschehens gefundenen Schlüsse (s. Abschnitte 6.1.2.2 und 6.1.2.4) sind auch auf Privatpatienten im Basistarif zu übertragen, insbesondere die generelle Besorgnis eines normativen Widerspruches zwischen der als Vertrauensverhältnis konzipierten Arzt-Patient-Beziehung mit privilegierter Kündbarkeit (§ 627 Abs. 1 BGB, dazu Abschnitt 6.2) gegenüber der einem Schriftformzwang innewohnenden Misstrauenskonzeption.³¹⁶

Bei Privatversicherten im Basistarif kommt hinzu, dass diese – anders als GKV-Patienten – in kein alle Akteure der Leistungserbringung und –abrechnung einschließendes normatives Gesamtkonzept integriert sind.³¹⁷ Während zwischen Vertragsarzt und Kassenpatient nicht nur ein Behandlungsvertrag besteht, sondern beide über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse auch im Rahmen des Abrechnungsverhältnisses mittelbar in einer Rechtsbeziehung

³¹⁶ Dazu und zum Streitstand im Einzelnen näher *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 1. Abschn., 2. Teil, i. Ersch.

³¹⁷ Vgl. *Katzenmeier*, *Arzthaftung*, 2002, S. 94 ff.

stehen, fehlt es an einem solchen Überbau bei der PKV.³¹⁸ Entsprechend werden Privatversicherte mit Fragen der Kostentragung anders als Kassenpatienten ohne Zwischenschaltung Dritter unmittelbar vom Arzt herangezogen³¹⁹ und wissen, dass sie die Kosten einer Behandlung immer selbst zu tragen haben, während eine nachgehende Kostenerstattung durch die PKV allein vom jeweils abgeschlossenen Versicherungsvertrag abhängt und im Einzelfall zum Nachteil des Patienten scheitern kann. Anders als der Kassenpatient, der bei der konventionellen Heilbehandlung prinzipiell nie Kosten endgültig zu tragen oder vorzuschießen hat, weiß der Privatversicherte, dass er selbst Vergütungsschuldner des Arztes ist und kennt entweder die Vertragsbedingungen seiner PKV oder hat sich dort im Einzelfall selbst nach Aspekten der Kostenübernahme zu erkundigen. Aus dem Blickwinkel allein des Vermögensschutzes ist das Schutzbedürfnis Privatversicherter deshalb sogar geringer als bei Kassenpatienten, es bedarf keiner besonderen Warnung oder Beweissicherung.

Der Arzt indessen steht – anders als im Rahmen der GKV – in keiner Rechtsbeziehung zu der PKV, so dass er deren Vertragsbedingungen auch nicht ohne Weiteres kennen kann und muss. Im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärung führt dies dazu, dass der Arzt nur bei einem konkret gegebenen Wissensvorsprung den Privatversicherten über eine fehlende Kostentragung durch dessen PKV aufzuklären hat (dazu Abschnitt 6.1.1.3). Für ein Schriftformerfordernis kann insoweit nichts anderes gelten: Gerade angesichts der geringen Zahl der im Basistarif Privatversicherten (s. Abschnitt 5.9) werden Ärzte regelmäßig nicht wissen, ob ein konkreter Patient im Basistarif oder anderweitig privatversichert ist. Bestünde nun für Privatversicherte im Basistarif ein Schriftformerfordernis, wüsste der Arzt ohne einen solchen Informationsvorsprung regelmäßig nicht, ob der Vertrag

³¹⁸ Dazu etwa *Quaas*, in: *Quaas/Zuck*, Medizinrecht, 2008, § 13, Rn. 2 ff., S. 258 f.

³¹⁹ Näher zur Abrechnung nach GOÄ *Lipp*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 2009, Kap. 3 IV 1, Rn. 40 ff., S. 78 ff.; *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 3. Abschn., i. Ersch.

schriftlich abzuschließen sei. Eine Pflicht des Arztes zu entsprechenden Nachfragen zu begründen, stünde jedoch in Widerspruch zum Bürgerlichen Recht im Übrigen: Weder ist der Anwalt verpflichtet, den Mandanten nach Bestehen einer Rechtsschutzversicherung zu befragen, noch der Architekt den Bauherrn etwa nach einem kostendeckenden Bausparvertrag. Es gilt stattdessen die Bindung des Geschäftsfähigen an seinen erklärten Willen, der im Dienstrecht grundsätzlich eine Vergütungspflicht nach sich zieht (vgl. §§ 611 Abs. 1, 612 BGB). Abweichungen von dieser Konzeption führten letztlich zu einer unentgeltlichen Leistungspflicht des Arztes oder müssten mit einem Schriftformerfordernis jedweder Privatbehandlung oder Dienstleistung einhergehen.

Schriftformerfordernisse führten in diesem Kontext zu erheblichen Friktionen innerhalb des privatrechtlichen Arzt- und Dienstrechts, ohne dass mit weiterer Reglementierung für das maßgebliche Vertrauen des Patienten in den Arzt etwas gewonnen wäre.

Zu diesen durchgreifenden Bedenken treten bei Privatversicherten dieselben konstruktiven Schwierigkeiten wie bei Kassenpatienten: Allein an den unbestimmten und angesichts der Fortschrittdynamik nicht abschließend eingrenzbaeren IGeL-Begriff lassen sich Rechtsfolgen schwerlich anknüpfen und führten überdies zu erheblichen Spannungen im Grenzbereich zwischen öffentlichem und privatem Behandlungsvertragsrecht und Abrechnungswesen.³²⁰

Eine Anknüpfung rechtlicher Regelungen an Kostenaspekte lässt sich wegen der Vielfalt von (Zusatz-) Versicherungsvereinbarungen nicht nur im PKV-Bereich und wegen der nach §§ 611 Abs. 1, 612 BGB grundsätzlich dem Patienten zugewiesenen Vergütungspflicht schwerlich umsetzen.

³²⁰ Brenner, in: Hess/Klakow-Franck, S. 15 weist zutreffend darauf hin, dass auch der Begriff des „Zweiten Gesundheitsmarktes“ wenig konturiert ist. Entsprechend entzieht er sich einer isolierten, andere Bereiche des Kassen- und Privatbehandlungsrechts nicht betreffenden Regulierbarkeit.

Eine Orientierung weiterer gesetzlicher Sonderregeln an medizinischen Aspekten der Behandlung wiederum kann kaum alle IGeL erfassen, weil einige Methoden berufsfachlich bereits verbreitet Anerkennung gefunden haben und inzwischen auch vom GKV-Spitzenverband als tendenziell positiv bewertet werden (s. dazu Abschnitt 6.1.2.1). Gegebenenfalls wären jedoch teilweise auch umstrittene GKV-Methoden von solchen Regeln miterfasst. Im Privatbehandlungsbereich gilt mit Rücksicht auf medizinische Behandlungsaspekte zudem schon jetzt § 1 Abs. 2 GOÄ, der für medizinisch nicht notwendige Behandlungen ein Verlangenserfordernis des Patienten statuiert, das faktisch wegen entsprechender ärztlicher Formularverwendung zur Beweisvorsorge bereits wie ein Schriftformerfordernis wirkt – unabhängig, ob Kassen- oder Privatversicherte betroffen sind.³²¹

³²¹ Dazu i.E. *Voigt*, IGeL, 2. Kap., 3. Abschn., i. Ersch.

7 Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse

Die Untersuchung zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen liefert einen Überblick über die bestehenden Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher zu IGeL und die Nutzung dieser Informationsmöglichkeiten. Für die Bewertung von Informationsmaterialien wurden etablierte Instrumente zur Bewertung von Patienteninformationen recherchiert und darauf aufbauend ein spezifisch auf IGeL angepasster Kriterienkatalog zusammengestellt. Dieser ermöglicht eine Überprüfung der Qualität von bereits erstellten Informationsmaterialien und kann auch für die Erstellung neuer Informationsmaterialien herangezogen werden. Mithilfe dieses Kriterienkataloges wurde das für Verbraucherinnen und Verbraucher bestehende Informationsangebot zu IGeL hinsichtlich seiner Qualität bewertet.

Darüber hinaus wurden relevante Aspekte für eine transparente Informationsdarstellung von Inhalten, Nutzen und Preisen von IGeL zusammengestellt und die mögliche Ausgestaltung von ergänzenden Informationswegen ebenso wie denkbare Alternativen bei der Umsetzung von bereits bestehenden Informationswegen betrachtet.

Zudem wurden Anforderungen an Entscheidungshilfen definiert, die Verbraucherinnen und Verbrauchern bei der Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL heranziehen können.

Die Untersuchung betrachtet auch die relevanten juristischen Aspekte bei IGeL, etwa zu den diesbezüglichen Informationspflichten des Arztes. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit der Schriftform einer IGeL-Vereinbarung auf Grundlage der rechtlichen Bestimmungen geprüft, ebenso wie der Vorschlag zur Vorgabe einer Einwilligungssperre. Anhand der geltenden Kündigungs- bzw. Widerrufsmöglichkeiten wurde zudem untersucht, ob bei IGeL ein weitergehendes Schutzinteresse der Verbraucherinnen und Verbraucher besteht.

Daneben wurden Überlegungen zur möglichen Konzeption einer IGeL-Liste und deren denkbare Ausgestaltungsvarianten vorgestellt und diskutiert, ebenso wie Möglichkeiten zum Qualitätsmonitoring und zur Qualitätssicherung für IGeL.

Da IGeL auch im Bereich der Privaten Krankenversicherung existieren, wurden eine Schätzung der Bedeutung des IGeL-Marktes für PKV-Versicherte vorgenommen und die rechtlichen Umstände einer Schriftformerfordernis für diese Versicherten betrachtet.

Auf Basis der durch die Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse soll das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) in die Lage versetzt werden, das derzeit bestehende Informationsangebot für Verbraucherinnen und Verbraucher bewerten und auf dieser Grundlage eine Entscheidung treffen zu können, ob Maßnahmen für eine Anpassung der bestehenden Voraussetzungen für Verbraucherinnen und Verbraucher bei der Inanspruchnahme von IGeL angestoßen werden sollten.

Die Ergebnisse der Untersuchung erlauben neben einer Einschätzung des Status quo auch die Ableitung weiterer Maßnahmen zum Verbraucherschutz im IGeL-Markt. Die Ergebnisse der Analysen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen im IGeL-Markt ermöglichen eine Einschätzung zur diesbezüglich bestehenden Situation und weiterem Handlungsbedarf.

Die entwickelten IGeL-spezifischen Bewertungskriterien für Informationsmaterialien können für die Prüfung künftig zur Verfügung stehender Informationsmaterialien, ebenso als Grundlage für eine möglicherweise zu definierende Mindestanforderung an Informationsmaterialien oder für die Entwicklung eines standardisierten Informationsangebotes herangezogen werden.

Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse kann das Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz insgesamt mögliche Vorschläge zur weiteren Ausgestaltung der Verbraucherschutzmaßnahmen entwickeln, die in aktuell und künftig geführte Diskussionen um die Stärkung von Patienten- bzw. Verbraucherrechten eingebracht werden können.

8 Zusammenfassung

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind ärztliche Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind und für deren Kosten Verbraucherinnen und Verbraucher somit selbst aufkommen müssen. Sie unterliegen weder einer einheitlichen Systematik noch einer einheitlichen Definition, sondern definieren sich durch eine rein normativ-formelle Abgrenzung zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).³²² Von niedergelassenen Ärzten werden diese Leistungen privat liquidiert. IGeL finden sich in unterschiedlichen medizinischen Leistungsbereichen, etwa bei den Vorsorgeuntersuchungen, bei medizinisch-kosmetischen Leistungen oder bei Laborleistungen.

Studien zeigen übereinstimmend, dass IGeL von Ärzten zunehmend angeboten werden und für niedergelassene Ärzte eine zunehmende wirtschaftliche Bedeutung erlangen. Im Jahr 2010 wurden geschätzt 15,8 Millionen IGeL mit einem Leistungsvolumen von 1,5 Mrd. Euro in Anspruch genommenen.³²³

³²² Nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind diese Leistungen
a) weil sie nach SGB V bzw. nach Bundesmantelvertrag von der GKV-Leistungspflicht ausgeschlossen sind;
b) wegen fehlender Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgrund eines negativen Beschlusses des G-BA oder aufgrund eines fehlenden Beschlusses des G-BA;
c) wegen fehlender Wirtschaftlichkeit (diese Leistungen sind zwar Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs, im konkreten Behandlungsfall sind sie aber als unwirtschaftlich anzusehen).

³²³ Der Leistungsumfang der Privaten Krankenversicherung umfasst zwar i. d. R. IGeL, seit 2009 bietet die private Krankenversicherung allerdings auch den brancheneinheitlichen Basistarif an, dessen Leistungen sich an denen der GKV orientieren und entsprechend sind IGeL für Versicherte im Basistarif i. d. R. Selbstzahlerleistungen. Aufgrund der sehr geringen Versichertenzahlen im Basistarif wird das IGeL Leistungsvolumen bei diesen Versicherten jedoch lediglich auf 510 Tsd. € jährlich geschätzt.

Für Verbraucherinnen und Verbraucher stellt sich bei IGeL die individuelle Frage der Einschätzung von Bedarf, Notwendigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit (inkl. Risiken) der Leistungen und der Angemessenheit ihrer Preise.

Verbraucherinnen und Verbraucher sind somit im Bereich der IGeL – unabhängig von bestehenden Informationsasymmetrien zwischen ihnen und den Anbietern – in stärkerem Maße als in dem regulierten Markt der GKV-Leistungen auf transparente Informationen als Entscheidungshilfe angewiesen.

Die vorliegende Studie im Auftrag der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung untersucht daher das für Verbraucherinnen und Verbraucher bestehende Informationsangebot und deren Nutzung, die rechtlichen Rahmenbedingungen und mögliche Maßnahmen zur transparenten Informationsdarstellung für IGeL.

8.1 Informationsmöglichkeiten für Verbraucherinnen und Verbraucher

Informationsmaterialien zu IGeL werden von verschiedenen Organisationen entwickelt und Verbraucherinnen und Verbrauchern bereitgestellt. Neben niedergelassenen Ärzten als Anbieter von IGeL stellen u. a. auch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Verbraucherzentralen oder Patientenberatungsstellen Informationsmaterialien bereit. Informationen werden in unterschiedlicher Form bereitgestellt, etwa als Broschüren oder Faltblätter, als Onlineinformation, durch Beiträge in Verbraucher- oder Gesundheitszeitschriften oder auch als Bücher. Insgesamt ist das Informationsangebot für Verbraucherinnen und Verbraucher zu IGeL sehr vielfältig. Die angebotenen Informationsquellen unterscheiden sich auch hinsichtlich der Nutzung durch die Verbraucherinnen und Verbraucher. Der Arztbesuch stellt die häufigste Informationsquelle dar, in den

vergangenen Jahren zeigte sich jedoch eine starke Zunahme der Nutzung des Internets für gesundheitliche Fragestellungen.³²⁴

Anhand einer systematischen Literatur- und Internetrecherche und Recherchen in Arztpraxen wurde im Rahmen der vorliegenden Studie eine Auswahl von Informationsmaterialien für Verbraucherinnen und Verbraucher zu IGeL zusammengetragen und hinsichtlich ihrer Qualität und ihrer Eignung als Entscheidungshilfe für Verbraucherinnen und Verbraucher bewertet.

Für diese Bewertung wurde aufbauend auf etablierten Instrumenten zur Bewertung von Patienteninformationen ein spezifisch auf IGeL angepasster Kriterienkatalog bestehend aus 22 Kriterien entwickelt. Mithilfe dieses Kriterienkatalogs wurde das im Rahmen der Recherchen zusammengetragene Informationsangebot sowohl hinsichtlich allgemeiner Informationen zum Thema IGeL als auch für einzelne IGeL bewertet.

Die detaillierte Untersuchung ausgewählter Informationsmaterialien zeigt ebenso wie die Prüfung der insgesamt recherchierten Informationsangebote, dass den Verbraucherinnen und Verbrauchern eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung steht, um entscheidungsunterstützende Informationen einzuholen. Bei den Informationsmöglichkeiten bestehen jedoch sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich des Umfangs, des Informationsgehaltes und der Qualität.

Von den betrachteten Informationsmaterialien stellen einige den Verbraucherinnen und Verbrauchern durchaus die notwendigen Informationen bereit, die sie bei ihrer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer IGeL unterstützen können. Sie beinhalten wichtige Hinweise zum Umgang mit IGeL und nennen beispielsweise Fragen, die die Verbraucherinnen und Verbraucher vor der Entscheidung mit ihrem Arzt besprechen sollten. Vielfach werden in den Informationsmaterialien zusätzlich auch ergänzende Informationsangebote benannt, die

³²⁴ Dies bezieht sich auf Informationsmöglichkeiten zu gesundheitlichen Fragestellungen im Allgemeinen und nicht explizit auf IGeL. Studien zur Nutzung der Informationsmöglichkeiten in Zusammenhang mit IGeL konnten nicht ermittelt werden.

weiterführende Informationen bereitstellen. Einige Informationsmaterialien zu einzelnen IGeL stellen auch umfangreiche Informationen etwa zu Nutzen, Risiken und den voraussichtlich entstehenden Kosten (i. d. R. als Kostenspanne) der Leistung dar. Von den anhand des entwickelten Kriterienkatalogs untersuchten Patienteninformationen stellt derzeit der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) mit dem Internetportal www.igel-monitor.de das beste Informationsangebot zur Verfügung. Viele der identifizierten Informationsmaterialien sind jedoch kaum geeignet, um Verbraucherinnen und Verbrauchern eine informierte Entscheidung für oder gegen eine IGeL zu ermöglichen, beispielsweise wegen einer sehr geringen Detailtiefe. Vielfach finden Verbraucherinnen und Verbraucher nur grundlegende, allgemein gehaltene Informationen, die nicht auf konkrete Fragestellungen eingehen, die sich ihnen bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer IGeL stellen könnten.

Insbesondere bei der nicht repräsentativen Auswahl von Informationsbroschüren, die Verbraucherinnen und Verbrauchern in Arztpraxen zur Verfügung gestellt werden, zeigte sich im Rahmen der Untersuchung, dass diese vielfach keine zuverlässige Verbraucherinformation darstellen, sondern eher oberflächlich Leistungen vorstellen, ohne die für die Entscheidung für oder gegen eine IGeL notwendige Grundlage an Informationen bereitzustellen.

Unabhängig von der Ausgestaltung der Informationsangebote kann Informationsmaterial stets nur als unterstützende Entscheidungshilfe angesehen werden, da bei einer Entscheidung über die Inanspruchnahme auch die individuellen Umstände der Verbraucherinnen und Verbraucher zu berücksichtigen sind und eine Beratung durch den Arzt daher unerlässlich ist.

8.2 Rechtliche Aspekte zu ärztlichen Informationspflichten, zum Widerrufsrecht und zum Schutzbedürfnis für eine Schriftformerfordernis bei PKV-Versicherten bei IGeL

Im Vergleich zur konventionellen Heilbehandlung treffen den Arzt bei IGeL in verschiedener Hinsicht gesteigerte Aufklärungsanforderungen. So ist Arzt aufgrund der bei IGeL gegebenen Besonderheiten regelmäßig in besonderem Maße

zur Aufklärung über Risiken der Behandlung, auch im Vergleich zu einer Nichtbehandlung, über Behandlungsalternativen und zu Nutzen und Reichweite der Leistung verpflichtet. Er muss zumeist insbesondere auch auf ungewisse Risiken und den möglicherweise umstrittenen Nutzen der beabsichtigten Behandlung hinweisen und dies bei unüblichen Methoden ausgiebig und nachdrücklich artikulieren. Dabei darf er den Patient zu keiner Entscheidung drängen und muss ihm eine angemessene Bedenkzeit einräumen. Der Patient kann eine IGeL-Vereinbarung wie jeden Arztvertrag nach § 627 Abs. 1 BGB jederzeit fristlos und ohne wichtigen Grund kündigen. Da sich eine solche Kündigung nach §§ 627 Abs. 1, 628 BGB auch bei IGeL-Vereinbarungen im Ergebnis von den Rechtsfolgen her mit denen eines Widerrufs deckt, würde die Schaffung eines Widerrufsrechtes in Verbindung mit § 355 BGB bei Verträgen über IGeL keinen weitergehenden Verbraucherschutz bewirken als die geltende Rechtslage.

Eine Stärkung der rechts-tatsächlichen Position von Verbraucherinnen und Verbrauchern könnte aufgrund des rechtlich bereits umfassend gewährleisteten Patientenschutzes insbesondere bei der Aufklärung möglicherweise nicht im Wege ausgreifender Rechtssetzung zu suchen sein, sondern eben durch Patienteninformation, nicht nur medizinische, sondern auch rechtliche Aspekte betreffend.

8.3 IGeL-Liste

Im Kontext der Patienteninformation wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch die mögliche Konzeption einer „IGeL-Liste“ betrachtet. Derzeit existiert keine solche abschließende und allgemein akzeptierte, einheitlich definitorische "IGeL-Liste" und da sich IGeL lediglich dadurch definieren, dass sie allgemein oder im Einzelfall von Verbraucherinnen und Verbrauchern privat zu finanzieren sind, also insbesondere nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, kann es ein solches abschließendes Verzeichnis nicht geben.

Denkbar wäre jedoch eine IGeL-Liste als ein informatorisches Leistungsverzeichnis, das neben der Abgrenzung des Begriffs (IGeL sind Leistungen, die in der IGeL-Liste aufgeführt sind, für GKV-Versicherte erbracht werden und im indivi-

duellen Behandlungsfall nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören) auch die Möglichkeit bieten könnte, für die Leistungen dieser IGeL-Liste Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher zu hinterlegen. Eine eindeutige Leistungsdefinition könnte so die Basis und die Voraussetzung für eine Verbesserung der Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher bilden, die etwa durch die evidenzbasierte Aufbereitung von patientenrelevanten Informationen zu diesen Leistungen erreicht werden könnte.³²⁵

Aus der Sicht der Autoren könnte eine solchermaßen erstellte informatorische IGeL-Liste mittelfristig zu einer „Leistungs- bzw. Produktvereinheitlichung“ im Bereich des IGeL-Marktes führen ohne hierbei das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient oder das privatärztliche Abrechnungssystem zu tangieren.

In Deutschland existieren einige Akteure im Gesundheitswesen, die mit der evidenzbasierten Aufbereitung von Patienteninformationen umfangreiche Erfahrungen gesammelt haben. Hierzu zählt insbesondere das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), zu dessen Aufgaben insbesondere auch die Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen, allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischen Bedeutung zählt.

³²⁵ Solche einheitlichen Leistungsdefinitionen haben insbesondere im stationären Sektor, durch die Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG-System), zu einer zunehmenden Transparenz des Leistungsgeschehens auch für die Verbraucherinnen und Verbraucher geführt.

8.4 Qualitätssicherung bei IGeL

Im Unterschied zum vertragsärztlichen Versorgungsbereich, in dem eine Vielzahl von z. T. sehr detaillierten Regelungen zur Qualitätssicherung bestehen,³²⁶ existieren im Bereich der IGeL derzeit keine kollektiv vereinbarten Qualitätssicherungsstandards und keine unabhängige Instanz, die die Qualität der IGeL überwacht; IGeL können somit weitgehend ohne Kontrolle sowohl angeboten als auch erbracht werden, zentrale Kontrollinstanzen bleiben der Patient und die durch ihn angerufenen Ärztekammern und Gerichte. Ein Arzt, dessen Qualifikation oder Praxisausstattung nicht den Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung genügt, kann theoretisch dieselbe Leistung als Privatleistung anbieten. Es gelten jedoch auch für IGeL die ärztlichen Fachgebietsgrenzen, deren Überschreitung mit erhöhten Haftungsrisiken des Arztes gegenüber dem Patienten verbunden ist und die Regelungen der ärztlichen Berufsausübung, die den Arzt zu einer kunst- und standardgerechten Behandlung mit Bedacht auch auf medizinische Leitlinien verpflichten.

Theoretisch könnten Qualitätssicherungsaspekte bei der derzeitigen Novellierung der GOÄ berücksichtigt werden, würden damit allerdings alle privatärztlichen erbrachten Leistungen und nicht ausschließlich IGeL betreffen. Die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen (IGeL) im privatärztlichen Bereich direkt an Mindeststandards ähnlich denen im vertragsärztlichen Bereich zu koppeln, erscheint aufgrund der unterschiedlichen Rechtsnormen und der fehlenden Kontrollmöglichkeit solchermaßen gesetzter Qualitätsstandards allerdings derzeit kaum umsetzbar.

Allerdings könnte in Verbindung mit einer informatorischen IGeL-Liste auch die Möglichkeit zur Qualitätssicherung auf einer freiwilligen Basis durch Zertifizierungen spezifisch für IGeL bestehen. Mit einem Zertifizierungsverfahren, das die

³²⁶ Z. B. die Vereinbarungen gemäß § 135 Abs.2 SGB V, die die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen regeln und Mindeststandards u. a. für die fachliche Befähigung oder zu einer Mindestzahl von durchgeführten Leistungen je Jahr beinhalten oder die Leistungsreglementierungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) selbst.

Besonderheiten von IGeL berücksichtigt, könnte die Qualität der Leistungserbringung im Bereich der IGeL sichergestellt werden. Die mögliche Spannbreite solcher Zertifizierungsinstrumente ist hierbei hinsichtlich der Ausgestaltung des Zertifizierungsverfahrens und dessen Instrumenten als auch des damit verbundenen Aufwandes sehr groß.

Die Marktdurchdringung eines solchen Zertifizierungssystems und damit die entsprechenden qualitätsfördernden Anreize aus Sicht der Verbraucherinnen und Verbraucher könnte ein solches Zertifizierungsverfahren allerdings lediglich erlangen, wenn es entweder auf einem breiten Konsens der beteiligten Akteure beruht (anbieterseitig) oder ggf. durch umfassende Patienteninformationen häufig nachgefragt wird. Beide Aspekte können bei der Wahl und der Ausgestaltung eines Zertifizierungssystems berücksichtigt werden.

8.5 Fazit und Ausblick

Transparente Informationen sollen Verbraucherinnen und Verbraucher „befähigen, eigenständig oder gemeinsam mit Anderen Entscheidungen zu Gesundheitsfragen zu treffen, die ihren persönlichen Präferenzen, Wertvorstellungen und Lebenssituationen so weit wie möglich entsprechen“. Darüber hinaus gelten Kompetenz und Entscheidungsbeteiligung, d. h. Partizipation „als Schlüsselqualitäten der Nutzer von Gesundheitsleistungen für eine optimale Beanspruchung des Gesundheitswesens und zur Steuerung der Versorgung“.³²⁷

Das bestehende Informationsangebot zu IGeL ist insgesamt sehr vielfältig, allerdings von sehr unterschiedlicher Qualität. Die fehlende exakte Leistungsabgrenzung von IGeL erschwert darüber hinaus eine Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher.

Aufgrund der deutlich unterschiedlichen Interessen der Akteure im Gesundheitswesen zu IGeL könnte die Erstellung einer informatorischen IGeL-Liste verbun-

³²⁷ Klemperer et al. Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘.

den mit einem freiwilligen Zertifizierungssystem für Arztpraxen mittelfristig zu einer „Leistungs- bzw. Produktvereinheitlichung“ und zu definierten Qualitätsanforderungen im Bereich des IGeL-Marktes führen, ohne hierbei das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient oder das privatärztliche Abrechnungssystem zu tangieren.

9 Gegenüberstellung der ursprünglich geplanten zu den tatsächlich erreichten Zielen

Das Ziel der Untersuchung bestand u.a. in der systematischen und wissenschaftlichen Analyse des aktuellen Informationsangebotes zu IGeL sowie in der Bewertung der Transparenz und der Möglichkeiten zur Bildung von Entscheidungskompetenz für Verbraucherinnen und Verbraucher. Darüber hinaus sollten im Rahmen der Untersuchung die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen ausgearbeitet und im Hinblick auf einen rechtlich wirksamen Patienten- und Verbraucherschutz evaluiert werden.

Hinsichtlich der für die Zielerreichung geplanten und vom Auftraggeber vorgegebenen Methodik haben sich während der Durchführung der Untersuchung keine Abweichungen zum geplanten Vorgehen der Identifikation und Analyse der Informationsmöglichkeiten ergeben. Die Methodik wurde lediglich für die Untersuchung einzelner Fragestellungen geringfügig angepasst, sofern durch eine solche Anpassung weiterführende Erkenntnisse zu erwarten waren. Dies betraf etwa die Analyse der Bedeutung des IGeL-Marktes für PKV-Versicherte. Aufgrund fehlender Daten zur Quantifizierung der Leistungsmenge oder des Leistungsvolumens zur Inanspruchnahme von IGeL durch diese Versicherten wurden der Umsatz und die Menge basierend auf der Leistungsanspruchnahme der GKV-Versicherten geschätzt.

Da zudem keine Studien zum aktuellen Informationsangebot zu IGeL direkt in der Arztpraxis identifiziert werden konnten, wurde hier eine nicht repräsentative Primärerhebung durchgeführt, um einen Überblick gewinnen zu können.

Insgesamt haben sich im Verlauf der Untersuchung somit keine relevanten Abweichungen zwischen den ursprünglich geplanten und den tatsächlich erreichten Zielen der Untersuchung ergeben.

10 Literaturverzeichnis

Ahrens, Hans-Jürgen/ Bar, Christian von/ Fischer, Gerfried: Festschrift für Erwin Deutsch, Köln 1999 (zit.: FS Deutsch).

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis): afgis-Checkliste - Medizinische Website (Version 1.0 März 2012)
URL:<http://www.afgis.de/qualitaetslogoverfahren/afgis-checkliste-medizinische-website> (Zugriff: 05.01.2012) (zit.: afgis-Checkliste).

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis): afgis-Transparenzkriterien und -Bausteine
URL:http://www.afgis.de/qualitaetslogoverfahren/quali_transparenz_html/
(Zugriff: 05.01.2012) (zit.: afgis-Transparenzkriterien und -Bausteine).

Ärzte Zeitung/ Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen: IGeLn – immer ein Gewinn? Auswertung der IGeL Umfrage im Jahr 2009, 2009.

Ärztammer Nordrhein/ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (Hg.): IGeL - Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen. Wegweiser für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten, Düsseldorf o.J. (zit.: ÄKNo/KVNo, IGeL).

Baumgärtel, Gottfried/ Laumen, Hans-Willi/ Prütting, Hanns (Hg.): Handbuch der Beweislast, SchuldR BT III, §§ 812-853, 3. Aufl., Carl Heymanns, Köln 2010 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Baumgärtel/Laumen/Prütting*, Hdb. Beweislast).

Beiträge zur Gesellschaftspolitik: dfg-Ranking: Liste der deutschen Krankenkassen. Ranking nach Mitgliederzahlen. Stichtag 1. Oktober, 2011.

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.: Individuelle Gesundheitsleistungen in Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin, 2007.

Bohmeier, André/ Schmitz-Luhn, Björn/ Streng, Anne F.: Ökonomisch motivierte Behandlungsverweigerung in der GKV – Divergenzen zwischen Sozial-, Zivil- und Strafrecht, in: *MedR* 2011, S. 704-712.

Brück, Dietrich/ Hess, Rainer/ Klakow-Franck, Regina (Hg.): Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Aufl., 21. Erg.-Lfg. (Stand:5/2011), Ärzteverlag, Köln 2011 (zit.: *Brück/Hess/Klakow-Franck*).

Brüggemeier, Gert: Haftungsrecht, Springer Verlag, Heidelberg 2006 (zit.: *Brüggemeier*, Haftungsrecht).

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. - 6. MAI 2005 in Berlin, 2005.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23. - 26. Mai 2006 in Magdeburg, 2006.

Bundesärztekammer: Individuelle Gesundheitsleistungen - was Sie über IGeL wissen sollten, Berlin 2008 (abrufbar unter: http://www.baek.de/downloads/IGeL_web_2008_03_19.pdf, Zugriff: 16.3.2012) (zit.: BÄK, IGeL).

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz: Patientenrechte in Deutschland - Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte, Berlin 2007, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf (letzter Zugriff: 15.03.12) (zit.: Gemeinschaftspublikation „Patientenrechte in Deutschland“ der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz).

Bürger, Claudia: Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden 2003.

Dauner-Lieb, Barbara/ Heidel, Thomas/ Ring, Gerhard (Hg.): NomosKommentar BGB, Bd. 2/2 (Schuldrecht), 2. Aufl., Nomos, Baden-Baden 2012 (zit.: Bearbeiter, in: NK).

Deutsch, Erwin: Der Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten, in: NJW 1979, S. 1905-1909.

Deutscher Ärztetag: (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), BT-Drucksache 15/1525 2003.

Deutscher Bundestag: Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung für das 1. bis 4. Quartal 2009, BT-Drucksache 17/4000 2010.

Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/4751 – Reform der ärztlichen Gebührenordnungen GOÄ und GOZ, BT-Drucksache 17/4964 2011.

Diel, Franziska/ Egidi, Günther/ Klakow-Franck, Regina/ Klemperer, David/ Ollenschläger, Günter/ Sänger, Sylvia/ Weymayr, Christian/ Windeler, Jürgen: Selbst zahlen? Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten, Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Berlin 2009 (abrufbar unter: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/igel-broschuere-kbv.pdf%20/at_download/file, Zugriff: 16.3.2012) (zit.: BÄK/KBV, IGeL).

Dierks, Marie-Luise/ Schwartz, Friedrich Wilhelm/ Walter, Ulla: Patienten als Kunden - Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der

Public-Health-Forschung, in: Gesundheitskommunikation, hrsg. v. Dietmar, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2000, S. 150-163.

DISCERN online: Das DISCERN-Instrument. URL: <http://www.discern.de/instrument.htm> (Zugriff: 05.01.2012) (zit.: DISCERN online - Das DISCERN-Instrument).

Ellert, Ute/ Wirz, Jutta/ Ziese, Thomas: Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): Deskriptiver Ergebnisbericht, Berlin, 2006.

Erman, Walter (Begr.): Handkommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, hrsg. v. Harm Peter Westermann, Bd. 1 (§§ 1-758, AGG, UKlaG), 1, 13. Aufl., Otto Schmidt, Köln 2011 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Erman*).

Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, 2006.

Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, 2011.

Frahm, Wolfgang/ Nixdorf, Wolfgang/ Walter, Alexander: Arzthaftungsrecht – Leitfaden für die Praxis, 4. Aufl., VVW, Karlsruhe 2009.

Francke, Robert/ Hart, Dieter: Charta der Patientenrechte, Nomos, Baden-Baden 1999.

Geiß, Karlmann/ Greiner, Hans-Peter: Arzthaftpflichtrecht, 6. Aufl., C. H. Beck, München 2009.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Hautkrebs-Screening. Vom 15. November 2007, Bundesministerium für Gesundheit, BAnz. Nr. 37 (S. 871) vom 06.03.2008.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anpassung der Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur Erstellung von Patienteninformationen, Siegburg, 2008.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) 2011a.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) 2011b.

Gesellschaft für Konsumforschung/ Stiftung Gesundheit: Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit - Gemeinsame Studie der GfK und der Stiftung Gesundheit, 2005.

Giesen, Dieter: Die zivilrechtliche Haftung des Arztes bei neuen Behandlungsmethoden und Experimenten, Gieseking, Bielefeld 1976.

Giesen, Dieter: Anmerkung zu BGH v. 07.04.1992 – VI ZR 192/91, in: JZ 1992, S. 315-319.

Giesen, Dieter: Zwischen ärztlichem Paternalismus und Selbstbestimmungsrecht des Patienten, in: Festschrift für *Jozef Skapski*, hrsg. v. *Mączyński*, Secesja, Krakau 1994, S. 45-72 (zit.: *Giesen*, FS *Skapski*, 1994).

GKV-Spitzenverband (Hg.): Informiert und selbstbestimmt entscheiden – Positionen für ein Patientenrechtegesetz. Beschl. des Verwaltungsrats v. 7.9.2011, abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Positionen_f%C3%BCr_ein_Patientenrechtegesetz_17595.pdf, Zugriff: 16.3.2011 (zit.: GKV-SV, Positionen).

Gödicke, Patrick: Formularerklärungen in der Medizin, Mohr Siebeck, Tübingen 2008 (zit.: *Gödicke*).

Harder, Bernd: Der große IGeL-Check: Wann medizinische Zusatzleistungen sinnvoll sind und was sie kosten, DKnauer Ratgeber Verlag, München 2008.

Hart, Dieter: Anmerkung zu BGH v. 27.03.2007 – VI ZR 55/05, in: MedR 2007, S. 631-633.

Health On the Net Foundation (HON): Operationelle Definition der HONcode Prinzipien. URL: http://www.hon.ch/HONcode/Guidelines/guidelines_de.html (Zugriff: 05.01.2012) (zit.: Health On the Net Foundation (HON) - HONcode Prinzipien).

Hermanns, Peter M./ Filler, Gert/ Roscher, Bärbel: IGeL-Liste 2008, Landsberg/Lech 2008.

Hess, R./ Klakow-Franck, R.: IGeL-Kompendium für die Arztpraxis, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 2005a.

Hess, Renate/ Klakow-Franck, Regina (Hg.): IGeL-Kompendium für die Arztpraxis, Ärzteverlag, Köln 2005b (zit.: *Bearbeiter*, in: *Hess/Klakow-Franck*).

Hoppe, Jürgen: Der Zeitpunkt der Aufklärung des Patienten, in: NJW 1998, S. 782-787.

Infratest dimap: Umfrage zu Verbrauchern in Baden-Württemberg 2009 im Auftrag des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg, 2009.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Allgemeine Methoden - Version 4.0 vom 23.09.2011, Köln, 2011.

Jaeger, Lothar: Anmerkung zu BGH 19.10.2010 – VI ZR 241/09, in: MedR 2011, S. 247-248.

Joncheere, Kees de/ Gartlehner, Gerald/ Gollogly, Laragh/ Mustajoki, Pertti/ Permand, Govin: Gesundheitsinformationen für Patienten und die Öffentlichkeit zusammengestellt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - Gutachten der Weltgesundheitsorganisation 2008/2009, Kopenhagen, 2010.

Jung, Sybille: Das präoperative Aufklärungsgespräch, Nomos, Baden-Baden 2005 (zit.: *Jung*, Das präoperative Aufklärungsgespräch).

Katzenmeier, Christian: Wie viel Recht verträgt die Medizin?, in: *Rheinisches Ärzteblatt* 4/2009, S. 3.

Katzenmeier, Christian: *Arzthaftung*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 2002.

Katzenmeier, Christian: Aufklärung über neue medizinische Behandlungsmethoden – „Robodoc“, Anm. zu BGH v. 13. 6. 2006, Az. VI ZR 323/04, in: *NJW* 2006a, S. 2738-2741.

Katzenmeier, Christian: Mammographie-Screening – Rechtsfragen weitgehend ungeklärt, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2006b; 103 (16), S. A 1054-A 1058.

Katzenmeier, Christian: Zur Arzthaftung bei Arzneimitteltherapie mit einem noch nicht zugelassenen Medikament, in: *JZ* 2007, S. 1108-1111.

Katzenmeier, Christian/ Bergdolt, Klaus (Hg.): *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, Springer, Heidelberg 2009 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Katzenmeier/Bergdolt*).

Kern, Bernd-Rüdiger: Besprechung zu OLG Hamm v. 31.8.05 – 3 U 277/04, in: *MedR* 2006, S. 111.

Kersting, Thomas/ Pillokat, Alexander Medizinische Zusatzleistungen im stationären Bereich – IGeL im Krankenhaus, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; 84 (100), S. 707-712.

Klemperer, David/ Lang, Britta/ Koch, Klaus/ Bastian, Hilda/ Brunsmann, Frank/ Burkhardt, Monica/ Dierks, Marie-Luise/ Ehrmann, Udo/ Günther, Judith/ Härter, Martin/ Mühlhauser, Ingrid/ Sängler, Sylvia/ Simon, Daniela/ Steckelberg, Anke: Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘, 104 2010 (zit.: *Klemperer et al.* Die ‚Gute Praxis Gesundheitsinformation‘).

Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission an den Rat, das europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - eEurope 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen 2002 (zit.: *Kommission der Europäischen Gemeinschaften - eEurope 2002*).

Köpke, Sascha/ Berger, Bettina/ Steckelberg, Anke/ Meyer, Gabriele: In Deutschland gebräuchliche Bewertungsinstrumente für Patienteninformationen – eine kritische Analyse, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2005; 99, S. 353–357.

Krieger, Gerd: Leistungsausgrenzung und Privatliquidation in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Fehlerquellen im Arzthaftungsprozess*, in: *Fehlerquellen im Arzthaftungsprozess*, hrsg. v. Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, Otto Schmidt, Köln 2001, S. 31-43 (zit.: *Krieger*, in: *ARGE MedR im DAV*).

Krimmel, Lothar/ Kleinken, Bernhard: MEGO. MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleitungen, ecomed MEDIZIN, Landsberg (Lech) 2011 (zit.: Krimmel/Kleinken, MEGO 2011).

Lang, Manfred H. (Hrsg.): Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart/New York 2002 (zit.: Lang, GOÄ).

Laufs, Adolf: Die ärztliche Aufklärungspflicht – Grund, Inhalt und Grenzen, in: RPG 1997, S. 3-11.

Laufs, Adolf/ Katzenmeier, Christian/ Lipp, Volker: Arztrecht, 6. Auflage, Beck, München 2009.

Laufs, Adolf/ Kern, Bernd-Rüdiger (Hg.): Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., C. H. Beck, München 2010 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts).

Laufs, Adolf/ Reiling, Emil: Anm. zu BGH LM § 823 (Aa) BGB Nr. 139.

Leigemann, Monika: Kommentar, in: WIdO-monitor 2/2010, abrufbar unter: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_au_sg2-2010_1210.pdf, Zugriff: 16.3. 2012, S. 1.

Lorenz, Stephan: Arbeitsrechtlicher Aufhebungsvertrag, Haustürwiderrufsgesetz und "undue influence", in: JZ 1997, S. 277-282.

Lorz, Sigrid: Arzthaftung bei Schönheitsoperationen, Duncker & Humblot, Berlin 2007 (zit.: *Lorz*).

Loss, J./ Nagel, E.: Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2009; 52 (5), S. 502-511.

Maus, Josef: KBV erweitert IGeL-Liste um elf neue Leistungen, in: Deutsches Ärzteblatt 1999; 96 (26), S. 754.

McClung, H. J./ Murray, R. D./ Heitlinger, L. A.: The Internet as a source for current patient information, in: Pediatrics 1998; 101 (6), S. E2.

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: IGeL-Monitor. URL:<http://www.igel-monitor.de> (Zugriff: 29.02.2012).

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hg.): „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Grundlegende Informationen, Essen 2008, abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Grundlegende_Informationen_12-2008.pdf, Zugriff: 16.3. 2012 (zit.: MDS, IGeL-Broschüre).

Medien-Doktor - The German HealthNewsReview: Die Kriterien. URL:<http://www.medien-doktor.de/> (Zugriff: 05.01.2012) (zit. Medien-Doktor - Die Kriterien).

Mühlhauser, I./ Steckelberg, A.: Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2005; 81 (12), S. 523,527.

N.N.: IGeL-Marktübersicht 2009: So rentabel sind IGeL wirklich!, *Arzt & Praxis* 2009.

Pieritz, Anja: GOÄ-Ratgeber – Individuelle Gesundheitsleistungen – Vertragsgestaltung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105 (28-29), S. A-1574.

Prognos: Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, 1. Zwischenbericht, Einschätzungen zum Modellverlauf bis November 2007, Basel u.a., 2008.

Prognos: Wissenschaftliche Begleitung des Modellverbundes nach § 65b SGB V, Unabhängige Patientenberatung in Deutschland, 2. Zwischenbericht, Basel u.a., 2010.

Quaas, Michael/ Zuck, Rüdiger: *Medizinrecht*, 2. Aufl., C. H. Beck, München 2008.

Rabbata, Samir: Selbstzahlerleistungen: „Igel“ bringt Ärzten mehr als eine Milliarde, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105 (36), S. 1824.

Raspe, Heiner: Individuelle Gesundheitsleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung, in: *Ethik in der Medizin* 2007; 19 (1), S. 24-38.

Rehder, Heinke: Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen in Deutschland : Hintergründe, Angebote, Patientenerfahrungen, Lübeck 2008.

Richter, S./ Rehder, H./ Raspe, H.: Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106 (26), S. 433-439.

Rieser, Sabine: Seriös durch Siegel, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2005; 102 (27), S. A1922.

Rixen, Stephan/ Höfling, Wolfram/ Kuhlmann, Wolfgang/ Westhofen, Martin: Zum rechtlichen Schutz der Patientenautonomie in der ressourcenintensiven Hochleistungsmedizin – Vorschläge zur Neustrukturierung des Aufklärungsgesprächs, in: *MedR* 2003, S. 191-194.

Rosenberg, Leo/ Schwab, Karl Heinz/ Gottwald, Peter: *Zivilprozessrecht*, 17. Aufl., C. H. Beck, München 2010.

Säcker, Franz Jürgen/ Rixecker, Roland (Hg.): *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch*, Bd. 1/1 (§§ 1-240 BGB), 6. Aufl., München 2012; Bd. 4 (§§ 611-704 BGB); Bd. 5 (§§ 705-853 BGB), 5. Aufl., C. H. Beck, München 2006 (zit.: *Bearbeiter*, in: MK).

Sänger, Sylvia/ Huth, Anette/ Ollenschläger, Günter/ Dierks, Marie-Luise / Lang, Britta/ Englert, Gerhard/ Quadder, Bernd/ Engelbrecht, Justina/ Rheinberger, Paul: Check-In Instrument zur Qualitätsbewertung von gedruckten und elektronischen Gesundheitsinformationen - ANWENDUNGSBESCHREIBUNG. URL: http://www.patienten-information.de/patientenbeteiligung/check_in.pdf (Zugriff: 05.01.2012) (zit.: *Sänger et al.* Check-In Instrument).

Sänger, Sylvia/ Lang, Britta/ Klemperer, David/ Thomeczek, Christian/ Dierks, Marie-Luise: *Manual Patienteninformation - Empfehlungen zur Erstellung*

evidenzbasierter Patienteninformationen, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin 2006 (zit.: *ÄZQ Manual Patienteninformation*).

Schelling, Phillip: Die Pflicht des Arztes zur wirtschaftlichen Aufklärung im Lichte zunehmender ökonomischer Zwänge im Gesundheitswesen, in: *MedR* 2004, S. 422-429.

Schelling, Phillip/ Erlinger, Rainer: Die Aufklärung über Behandlungsalternativen, in: *MedR* 2003, S. 331-334.

Schneider, Christian/ Wigger, Christoph: IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen, Rudolf Haufe Verlag, Planegg 2007.

Schnell-Inderst, Petra/ Hunger, Theresa/ Hintringer, Katharina/ Schwarzer, Ruth/ Seifert-Klauss, Vanadin Regina/ Gothe, Holger/ Wasem, Jürgen/ Siebert, Uwe: Individuelle Gesundheitsleistungen, Köln, 2011.

Schuldzinski, Wolfgang: Individuelle Gesundheitsleistungen – Markt ohne Regeln?, in: *VuR* 2007, S. 428-432.

Schuldzinski, Wolfgang: Individuelle Gesundheitsleistungen: Ist Gesundheit Luxus?, in: *Markttransparenz im Gesundheitswesen – Beiträge zu einer kontroversen Diskussion*, hrsg. v. Verbraucherzentrale NRW e. V., Düsseldorf 2008, S. 64-73 (zit.: *Schuldzinski*, in: *VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen*).

Schuldzinski, Wolfgang/ Vogel, Kai Helge: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) - Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitssystem?, in: *Gesundheitsmonitor 2007: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, hrsg. v. Böcken/ Braun/ Amhof, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2007, S. 201-216 (zit.: *Schuldzinski/Vogel* in: *Böcken/Braun/Amhof, Gesundheitsmonitor 2007*).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Tätigkeitsbericht Patientenbeauftragte für Berlin, Berlin, 2008.

Soergel, Hans Theodor (Begr.): Bürgerliches Gesetzbuch, hrsg. v. *Wolfgang Siebert*, Bd. 5/3 (§§ 328-432), 13. Aufl. 2009; Bd.12 (§§ 823-853, ProdHG, UmweltHG), 13. Aufl. 2005 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Soergel*).

Spickhoff, Andreas: Die ärztliche Aufklärung vor der altruistisch motivierten Einwilligung in medizinische Eingriffe, in: *NJW* 2006, S. 2075-2076.

Staudinger, Julius von (Begr.): Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Buch 1, §§ 134-163, Berlin 2003; Buch 2, §§ 311, 311a, 312a-f, Berlin 2005; §§ 328-359, Berlin 2004; §§ 611-615, Berlin 2005; §§ 616-630, Berlin 2002; §§ 631-651, Berlin 2008 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Staudinger*).

Steffen, Erich/ Pauge, Burkhardt: *Arzthaftungsrecht*, 11. Aufl., Köln 2010.

Steinhilper, Gernot: Der Vertragsarzt – überreguliert oder noch geschützt?, in: *GesR* 2009, S. 337-346.

Stiftung Warentest: Dilemma - Urologen im Test, in: *test* 2004; (2), S. 86-89.

Stiftung Warentest: Atmosphäre gut, Beratung lückenhaft, in: test 2008a; (4), S. 90-95.

Stiftung Warentest: Augen auf und durch, in: test 2008b; (6), S. 86-88.

Taupitz, Jochen: Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?, Gutachten A für den 63. Deutschen Juristentag, München 2000 (zit.: *Taupitz*, Gutachten 63. DJT).

Terbille, Michael (Hg.): Anwaltshandbuch Medizinrecht, C. H. Beck, München 2009 (zit.: *Bearbeiter*, in: *Terbille*, AnwHdb. MedR).

Teumer, Jörg: Der Vergütungsanspruch als Schaden bei der Schlechterfüllung von Dienstverträgen, in: *VersR* 2009, S. 333-336.

Teumer, Jörg/ Stamm, Sina: Rückzahlungsansprüche bei Ausbleiben des gewünschten Behandlungserfolgs kosmetischer Behandlungen am Beispiel der dauerhaften Haarentfernung durch Photoepilation, in: *VersR* 2008, S. 174-179.

Ulsenheimer, Klaus: Ausgreifende Arzthaftpflichtjudikatur und Defensivmedizin - ein Verhältnis von Ursache und Wirkung, Humanitas Verlag, Dortmund 1997.

Verband der Privaten Krankenversicherung: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) §§ 1-20 2009.

Verband der Privaten Krankenversicherung: Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln/Berlin 2011.

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V. (Hg.): Patiententipps zu IGeL-Leistungen - Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen., Düsseldorf 2007, abrufbar unter: <http://www.verbraucherzentrale-bremen.de/download/gesundheit/igel-faltblatt.pdf>, Zugriff: 16.3.2012 (zit.: VZ NRW, IGeL-Faltblatt).

Voigt, Tobias: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Rechtsverhältnis von Arzt und Patient – Zugleich ein Beitrag zum vertraglichen und deliktischen Arzt- und Patientenrecht im Allgemeinen, Diss. Köln 2012, im Erscheinen (zit.: *Voigt*, IGeL).

Weißbauer, Walter/ Opderbecke, Hans Wolfgang: Die präoperative Patientenaufklärung über Transfusionsrisiken - Mediko-legale Überlegungen zu einer BGH-Entscheidung, in: *MedR* 1992, S. 307-313.

Windeler, Jürgen: Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin, in: *G+G Wissenschaft* 2006; 6 (2), S. 17-27.

Windeler, Jürgen: IGeL – ärztliche Zusatzleistungen kritisch betrachtet, in: *Die BKK* 2008a; 96 (2), S. 98-102.

Windeler, Jürgen: Interessenkonflikte und Qualitätsmängel bei „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL), in: *Markttransparenz im Gesundheitswesen – Beiträge zu einer kontroversen Diskussion*, hrsg. v. Verbraucherzentrale NRW e. V., Düsseldorf 2008b, S. 74-84 (zit.: *Windeler*, in: VZ NRW, Markttransparenz im Gesundheitswesen).

Zok, Klaus: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis - Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, in: WIdOmonitor 2010; 7 (2), S. 1-8.

Zok, Klaus/ Schuldzinski, Wolfgang: Private Zusatzleistung in der Arztpraxis - Ergebnisse aus Patientenbefragungen, hrsg. v. Verbraucherzentrale NRW - Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2005, abrufbar unter: www.wido.de/priv_zusatzleist.html, Zugriff: 16.3.2012 (zit.: *Zok/Schuldzinski*, in: WIdO/VZ NRW, Private Zusatzleistungen).

Bewertete Informationsmaterialien

Ärzttekammer Nordrhein, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. IGeL - Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen. Wegweiser für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten. Düsseldorf; o.J.

Barmer GEK. Individuelle Gesundheitsleistungen.

URL:https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Wissen-Dialog/Gesundheitswissen/Glossar/Eintr_C3_A4ge/IGEL.html?w-cm=CenterColumn_tdocid&w-prv=search (Zugriff: 15.12.2011).

Bundesärztekammer. Individuelle Gesundheitsleistungen - was Sie über IGeL wissen sollten. Berlin; 2008.

Bundesministerium für Ernährung LuV. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) - Die wichtigsten Tipps.

URL:http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Verbraucherschutz/Checkkarten/CheckkarteIGELA4.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 15.12.2011).

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Individuelle Gesundheitsleistungen.

URL:http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=18 (Zugriff: 11.01.2012).

Diel F, Egidi G, Klakow-Franck R, Klemperer D, Ollenschläger G, Sänger S, Weymayr C, Windeler J. Selbst zahlen? Individuelle Gesundheits-Leistungen (IGeL) – ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten. Berlin: Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V; 2009.

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. IGeL-Monitor. URL:<http://www.igel-monitor.de> (Zugriff: 29.02.2012).

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Grundlegende Informationen. Essen; 2008.

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung. Essen; 2008.

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Untersuchung zur Früherkennung des Glaukoms. Essen; 2008.

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) - Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft: Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen auf Wunsch der Schwangeren. Essen; 2008.

Schneider C, Wigger C. IGeL - Medizinische Zusatzleistungen. Was Sie selbst zahlen müssen. Planegg: Rudolf Haufe Verlag; 2007.

Techniker Krankenkasse. Noch bessere Vorsorge.

URL:<http://www.tk.de/tk/untersuchungen-a-z/i/igel/32998?selectedPage=0>
(Zugriff: 15.12.2011).

Techniker Krankenkasse. Individuelle Gesundheitsleistungen sinnvoll nutzen.

URL:<http://www.tk.de/tk/kompetent-als-patient/individuelle-gesundheitsleistungen/kapitel-4/225632> (Zugriff: 29.02.2012).

Verbraucherzentrale Hamburg. IGeL - Selbst zahlen beim Arzt für Individuelle Gesundheits-Leistungen; 2011.

Verbraucherzentrale Hessen e.V. Selbst zahlen beim Arzt - Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL); 2011.

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V. Patiententipps zu IGeL-Leistungen - Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen. Düsseldorf; 2007.

Anhang

Tabelle 6: Treffer der systematischen Literaturrecherche

Richter S, Rehder H, Raspe H. Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (26): 433-9.
 Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, Schwarzer R, Seifert-Klauss VR, Gothe H, Wasem J, Siebert U. Individuelle Gesundheitsleistungen. Köln; 2011.

Quelle: IGES

Tabelle 7: Übersicht Organisationsgruppen

Organisationsgruppen	Anzahl Organisatio- nen
Landesportale der Bundesländer	16
Landesgesundheitsministerien und Bundesgesundheitsministerium	17
Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung	18
Krankenkassen und deren Verbände	17
Landesärztekammern und Bundesärztekammer	18
Medizinische Berufsverbände	58
Anbieter von IGeL Leistungsbestandteilen (Arzneimittel, Medizintechnik etc.)	3
Medizinische Fachgesellschaften	167
Privatärztliche Verrechnungsstellen	16
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und für Verbraucherschutz zuständige Landesministerien	17
Verbraucherzentralen der Länder und Verbraucherzentrale Bundesverband	17
Vertreter der Patienteninteressen (z. B. UPD)	6

Quelle: IGES

Tabelle 8: Übersicht Organisationen (I)

Landesportale der Bundesländer

Landesportal Baden-Württemberg
 Bayerisches Landesportal
 Hauptstadtportal Berlin
 Landesportal Brandenburg
 Stadtportal Bremen
 Stadtportal Hamburg
 Landesportal Hessen
 Landesportal Mecklenburg und Vorpommern
 Landesportal Niedersachsen
 Landesportal Nordrhein-Westfalen
 Landesportal Rheinland-Pfalz
 Landesportal Saarland
 Landesportal Sachsen
 Landesportal Sachsen-Anhalt
 Landesportal Schleswig-Holstein
 Landesportal Thüringen

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 9: Übersicht Organisationen (II)

Landesgesundheitsministerien und Bundesgesundheitsministerium

Bundesministerium für Gesundheit
 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
 Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg
 Senat für Wissenschaft, Bildung und Gesundheit Bremen
 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
 Hessisches Sozialministerium
 Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg und Vorpommern
 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz
 Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz Saarland
 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
 Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt
 Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Schleswig-Holstein
 Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Thüringen

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 10: Übersicht Organisationen (III)

Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Kassenärztliche Vereinigung Berlin
 Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
 Kassenärztliche Vereinigung Bremen
 Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
 Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
 Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
 Kassenärztliche Vereinigung Saarland
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 11: Übersicht Organisationen (IV)

Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen und deren Verbände

GKV-Spitzenverband
 AOK Bundesverband
 BKK Bundesverband
 vdek
 IKK Bundesverband
 Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
 Knappschaft Krankenkasse
 BARMER GEK
 Techniker Krankenkasse (TK)
 DAK
 AOK Bayern
 AOK Baden-Württemberg
 IKK classic
 AOK Rheinland/Hamburg
 AOK NordWest
 AOK plus
 AOK Niedersachsen

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 12: Übersicht Organisationen (V)

Landesärztekammern und Bundesärztekammer

Bundesärztekammer
 Landesärztekammer Baden-Württemberg
 Bayerische Landesärztekammer
 Ärztekammer Berlin
 Landesärztekammer Brandenburg
 Ärztekammer Bremen
 Ärztekammer Hamburg
 Landesärztekammer Hessen
 Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 Ärztekammer Niedersachsen
 Ärztekammer Nordrhein
 Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
 Ärztekammer des Saarlandes
 Sächsische Landesärztekammer
 Ärztekammer Sachsen-Anhalt
 Ärztekammer Schleswig-Holstein
 Landesärztekammer Thüringen
 Ärztekammer Westfalen-Lippe

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 13: Übersicht Organisationen (VI)

Medizinische Berufsverbände

Deutscher Ärztinnenbund (DÄB)
 Ärzteverband Deutscher Allergologen (ÄDA)
 Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)
 Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA)
 Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
 Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC)
 Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD)
 Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
 Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)
 Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE)
 Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
 Deutscher Facharztverband (DFV)
 Deutscher Fliegerarztverband (DFV)
 Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
 Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng)
 Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGd)
 Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
 Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte (HNO-Verband)
 Hartmannbund
 Deutscher Hausärzteverband
 Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ)
 Berufsverband Deutscher Hygieniker (BDH)

Medizinische Berufsverbände

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
Berufsverband Niedergelassener Fachärztlich Tätiger Internisten (BNFI)
Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK)
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Berufsverband Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)
Berufsverband der niedergelassener Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD)
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)
Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL)
Marburger Bund (MB)
Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (BÄMI)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kranio- Maxillo- Faziale Chirurgie), Gesamtverband der Deutschen Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG Chirurgie)
NAV-Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin (ZAEN)
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
Berufsverband Deutscher Neuroradiologen (BDNR)
Bundes-Arbeitsgemeinschaft Notärzte (BAND)
Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner (BDN)
Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)
Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Bundesverband Deutscher Pathologen
Bundesverband der Pneumologen (BDP)
Berufsverband niedergelassener Pränatalmediziner (BVNP)
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR)
Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh)
Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland (BSVD)
Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands (BSD)
Deutscher Sportärztebund (DGSP)
Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V. (BVDST)
Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft (DTM)
Deutscher Berufsverband der Umweltmediziner (dbu)
Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU)
Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 14: Übersicht Organisationen (VII)

Anbieter von IGeL Leistungsbestandteilen

Sanofi Pasteur MSD
 GlaxoSmithKline
 Novartis

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 15: Übersicht Organisationen (VIII)

Medizinische Fachgesellschaften

Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)
 Akademie für Sexualmedizin e.V. (ASM)
 Anatomische Gesellschaft (AG)
 Arbeitsgemeinschaft für Angewandte Humanpharmakologie (AGAH) e.V.
 Arbeitskreis "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF
 AWMF Arbeitsgem. der Wiss. Medizin. Fachgesellschaften
 Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA)
 Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)
 Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG)
 Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
 Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
 Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC)
 Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie e.V. (DGAKI)
 Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV)
 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
 Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V. (DGA)
 Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)
 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
 Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
 Deutsche Gesellschaft für Arterioskleroseforschung e. V. (DGAF)
 Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)
 Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V.
 Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE (DGBMT)
 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
 Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
 Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren (DGE-BV)
 Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
 Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)
 Deutsche Gesellschaft für Genterapie e. V. (DG-GT)
 Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
 Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.(DGGG)
 Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
 Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN) e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. (dggö)

Medizinische Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.
Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.
Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention - Deutsche Hochdruckliga e.V.
(DHL)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Immungenetik (DGI)
Deutsche Gesellschaft für Immunologie (DGfI)
Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI)
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)
Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V. (DGKN)
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)
Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
Deutsche Gesellschaft für Lasermedizin
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Physik (DGMP)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie DGMP
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP)
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)
Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR)
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)
Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN)
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V.
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Osteologie e. V. (DGO)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DGP)

Medizinische Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e. V. (DGPharMed e. V.)
Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V. (DGPro)
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-
Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V.
(DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefen-
psychologie (DGPT) e.V.
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
(DGPFG)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
(DGPM)
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektologie (DGPI)
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e.V. (DGPK)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) [German Sleep
Society]
Deutsche Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V. (DGSB)
Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMMP)
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DGT)
Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie
Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (DTG)
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. (DGV)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin
Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie
Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Medizinische Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
 Deutsche Gesellschaft für Zytologie (DGZ)
 Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT)
 Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS, assoziiert)
 Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
 Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)
 Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. (DOG)
 Deutsche Parkinson Gesellschaft
 Deutsche Physiologische Gesellschaft e. V. (DPG)
 Deutsche Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft
 Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
 Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
 Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V.
 Deutsche STI-Gesellschaft e. V. (DSTIG) - Ges. z. Förderung der Sexuellen Gesundheit
 Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)
 Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e. V. (DGKL)
 Deutsche Wirbelsäulen-Gesellschaft (DWG)
 Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
 Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
 Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)
 Deutschsprachige Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA)
 Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
 Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft (DMykG)
 Fachverband Medizingeschichte e.V.
 Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen (GDL)
 Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel Epidemiologie (GAA) e.V.
 Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie e.V.
 Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin GHUP e. V. (GHUP)
 Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)
 Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)
 Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)
 Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)
 Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)
 Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
 Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)
 Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG)
 Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM)
 Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)
 Gesellschaft für Virologie (GfV)
 Gesellschaft zur Förderung der biomedizinischen Forschung e.V. GFBF (assoziiert)
 Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (INSTAND) e.V.
 Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG)

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 16: Übersicht Organisationen (IX)

Privatärztliche Verrechnungsstellen

PVS Verband
 Ärztliche PrivatVerrechnungsStelle Mosel/Saar e.V. (Neunkirchen)
 Ärztliche PrivatVerrechnungsStelle Mosel/Saar e.V. (Trier)
 Ärztliche VerrechnungsStelle Büdingen GmbH
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Baden-Württemberg e.V.
 Privatärztliche VerrechnungsStelle für Berlin/Brandenburg GmbH und Co Ärztebetreu-
 ung KG
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Limburg / Lahn GmbH
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Rhein-Ruhr GmbH
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Sachsen e.V.
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Schleswig-Holstein/Hamburg rkv
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Südbaden e.V.
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Südwest GmbH
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Westfalen-Nord GmbH
 Privatärztliche VerrechnungsStelle Westfalen-Süd rkV
 PrivatverrechnungsStelle der Ärzte und Zahnärzte in Niedersachsen rkv
 PrivatverrechnungsStelle für Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 17: Übersicht Organisationen (X)

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und für Verbraucherschutz zuständige Landesministerien

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV)
 Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg
 Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
 Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz Berlin
 Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg
 Verbraucherschutz Land Bremen
 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Hamburg
 Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (HMUELV)
 Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz Mecklenburg-Vorpommern
 Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung
 Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen
 Ministerium der Justiz und für Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz
 Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz Saarland
 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV)
 Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume Schleswig-Holstein

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und für Verbraucherschutz zuständige Landesministerien

Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 18: Übersicht Organisationen (XI)

Verbraucherzentralen der Länder und Verbraucherzentrale Bundesverband

Verbraucherzentrale Baden-Württemberg
 Verbraucherzentrale Bayern
 Verbraucherzentrale Berlin
 Verbraucherzentrale Brandenburg
 Verbraucherzentrale Bremen
 Verbraucherzentrale Hamburg
 Verbraucherzentrale Hessen
 Verbraucherzentrale Mecklenburg und Vorpommern
 Verbraucherzentrale Niedersachsen
 Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen
 Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz
 Verbraucherzentrale Saarland
 Verbraucherzentrale Sachsen
 Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt
 Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein
 Verbraucherzentrale Thüringen
 Verbraucherzentrale Bundesverband

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 19: Übersicht Organisationen (XII)

Vertreter der Patienteninteressen

Unabhängige Patientenberatung Deutschland
 BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
 Gesundheitsinformation.de
 Stiftung Warentest

Quelle: IGES (Recherche vom 13.12.2011 bis 15.12.2011)

Tabelle 20: Aufgesuchte Arztpraxen für die Recherche von Informationsmaterial

Gebiets-/Facharzttrichtungen bzw. Schwerpunkte

Allgemeinmedizin/Innere Medizin
 Augenheilkunde
 Orthopädie und Unfallchirurgie
 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Haut- und Geschlechtskrankheiten
Gastroenterologie
Kardiologie
Kinder- und Jugendmedizin
Nervenheilkunde/Neurologie
Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Radiologie
Urologie

Quelle: IGES

Tabelle 21: Quellen der Handsuche

Organisation	Internetseite
Deutsches Ärzteblatt	www.aerzteblatt.de/
Ärztezeitung	www.aerztezeitung.de/ bzw. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/igel/
G+G Wissenschaft	www.wido.de/g_g_wissenschaft.html
WIdOmonitor	www.wido.de/widomonitor.html
Stiftung Gesundheit	www.stiftung-gesundheit.de/
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	www.akdae.de/
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)	www.wido.de/
GGMA – Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH	www.ggma.de/
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	www.aeqq.de/
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	www.mdk.de/
Google	www.google.de
Google Scholar	www.scholar.google.de/

Quelle:IGES; (Recherche am 16.12.2011)

