

Persönliche IGeL-Erfahrungen von Medizinstudierenden

Eine Querschnittstudie an vier Universitäten

Personal Experiences of Medical Students with Self-Pay Services

A Cross-Sectional Study at Four Universities

Birgitta Weltermann¹, Christine Kersting¹, Nicole Kuth², Ralf Jendyk³, Rieke Schnakenberg⁴,
Gabriele Fobbe¹, Stefan Gesenhues¹

Hintergrund: Präventionsmaßnahmen, auch als selbst zu zahlende sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), gewinnen im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung. In einer Querschnittstudie wurden die persönlichen Erfahrungen von Medizinstudierenden mit IGeL erfasst.

Methodik: Im Wintersemester 2013/14 wurden Medizinstudierende im klinischen Studienabschnitt von vier Universitäten befragt. Mit einem Fragebogen wurden ihre persönlichen Erfahrungen mit IGeL, ihre Einschätzung der Evidenz ausgewählter Angebote und ihre Meinung zum potenziellen Einfluss von IGeL auf die Arzt-Patienten-Beziehung erhoben.

Ergebnisse: Die Teilnehmerrate betrug 79 % (350 von 442 Medizinstudierenden). Ein IGeL-Angebot hatten 60 % der weiblichen und 34 % der männlichen Studierenden erhalten. Die Studierenden überschätzten die wissenschaftliche Evidenz der meisten ausgewählten IGeL-Angebote (Thrombose-Check, sportmedizinischer Check, Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung, Messung des Homozystein-Spiegels als Arteriosklerose-Parameter, Darmkrebsfrüherkennung mit M2PK-Stuhltest), während sie die Evidenz von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung deutlich unterschätzten. Wissenschaftlich nicht begründete IGeL-Angebote hielt die Mehrzahl der Studierenden für ethisch bedenklich (52 %) und lehnte die Vorstellung ab, dass Ärzte solche IGeL-Wünsche erfüllen (53 %).

Schlussfolgerung: Die Mehrzahl der Studierenden hat persönliche Erfahrungen mit IGeL, deren Evidenz sie eher überschätzen. Lehrveranstaltungen sollten wissenschaftliche Daten zu IGeL-Angeboten thematisieren, damit Studierende ihre persönlichen Erfahrungen fundiert reflektieren können. Erfreulicherweise haben Studierende ein gu-

Background: Preventive measures, even as self-pay services (IGeL), are an increasing market in Germany. This cross-sectional study analyzes the personal experiences of medical students with such offers.

Methods: In Winter 2013/14 medical students from four German universities were surveyed: their individual experiences with self-pay preventive services, their understanding of the scientific evidence and their opinions about the effects on the patient-physician-relationship were requested.

Results: A total of 350 of 442 students participated (79 %): 60 % of the female and 34 % of the male students had received at least one offer. In general, students overestimated the scientific evidence of most offers (thrombosis check, pre-participation check, glaucoma screening, homocysteine testing, colon cancer screening with M2PK stool probe), while the evidence of smoking cessation strategies was underestimated. The majority of students considers offers lacking scientific foundation as not ethical (52 %) and rejects the idea that physicians should fulfil such patient wishes (53 %).

Conclusions: The majority of German medical students have personal experiences with self-pay prevention. Medical school curricula need to integrate these issues because students tend to overestimate the scientific evidence. It must be acknowledged that students have a good understanding of ethical aspects of their future professional role.

Keywords: Prevention; Individual Health Services; Self-Payer Service; Evidence; Medical Student

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universität Duisburg-Essen

² Lehrgebiet Allgemeinmedizin, Universität Aachen

³ Arbeitsbereich Allgemeinmedizin, Universität Münster

⁴ Institut für Hausarztmedizin, Universität Bonn

Peer reviewed article eingereicht: 24.05.2014, akzeptiert: 12.06.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0310-0316

tes Verständnis der ethischen Aspekte ihrer zukünftigen Rolle als Arzt.

Schlüsselwörter: Prävention; Individuelle Gesundheitsleistungen; Selbstzahlerleistungen; Evidenz; Medizinstudierende

Hintergrund

Präventionsstrategien sind ein wichtiger Lehrinhalt im Medizinstudium und werden klassischerweise anhand von Themen wie gesundem Lebensstil und Darmkarzinom-Screening thematisiert. Gespräche mit Medizinstudierenden haben gezeigt, dass diese Lehrinhalte ihre Erfahrungen im Bereich Prävention nur unzureichend abbilden: Als Patienten haben sie eigene Erfahrungen mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gesammelt, die im Studium bisher meist nicht reflektiert werden. Angesichts eines Wachstumsmarkts mit Selbstzahlerleistungen, dessen Umfang für 2012 auf 1,3 Milliarden Euro geschätzt wird [1], ist es sinnvoll, IGeL-Erfahrungen von Studierenden zu untersuchen.

In der kritischen Diskussion um IGeL werden acht medizinische, ethische, soziale, ökonomische und rechtliche Aspekte thematisiert, die für die ärztliche Professionalität als allgemein akzeptiertes Rollenkonstrukt und das ärztliche Alltagshandeln relevant sind: IGeL als eigenständige Patientenentscheidung versus Nachfragesteuerung durch den Arzt*, Kommerzialisierung der Medizin, Aufklärungs- und Informationspflicht des Arztes, medizinische Evidenz und Qualitätskontrolle, Arzt-Patient-Beziehung und Rollenverständnis, Verhältnis zum GKV-System, soziale Ungleichheit und korrekte Leistungserbringung [2]. Bislang ist nicht bekannt, wie Medizinstudierende als angehende Ärzte IGeL-Angebote diesbezüglich bewerten.

Im Wintersemester 2013/14 wurden Medizinstudierende an vier Universitäten in Nordrhein-Westfalen befragt. Ziel war es, ihre persönlichen Erfahrungen mit IGeL, ihre Evidenzkenntnisse und ihre Bewertung von

IGeL im Hinblick auf die ärztliche Professionalität und die Arzt-Patienten-Beziehung zu erfassen.

Methodik

Studiendesign

In einer Querschnittsstudie wurden Medizinstudierende im klinischen Studienabschnitt der Universitäten Aachen (AC), Bonn (BN), Duisburg-Essen (DUE) und Münster (MS) befragt. Die Befragung erfolgte im Wintersemester 2013/14 mit einem zweiseitigen Fragebogen, der im Seminar Allgemeinmedizin (AC, BN, DUE) bzw. in einer Vorlesung (MS) verteilt wurde. Die Teilnahme war freiwillig und anonym. Zustimmungsethikvoten lagen vor.

Der Fragebogen erfasste die folgenden drei Aspekte:

- Persönliche Erfahrungen mit IGeL: Die Fragen wurden in Anlehnung an den WiDO-Monitor zu Zusatzleistungen in der Arztpraxis [3] und eine Versichertenbefragung der Universität Lübeck [4] entwickelt.
- Evidenzkenntnis: Einschätzung der wissenschaftlichen Evidenz von zehn IGeL; die Auswahl erfolgte nach folgenden Kriterien: Häufigkeit der Nutzung im deutschen Gesundheitswesen [1, 4], mögliche Relevanz für die Altersgruppe der Studierenden und Abbildung verschiedener Evidenzgrade. Die Evidenzgrade orientierten sich an den Empfehlungen der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) für sechs der angebotenen Maßnahmen (Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung [5], Ultraschall der Ovarien zur Krebs-Früherkennung [6], Raucherentwöhnung [7], PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs [8], Ultraschall zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmata für Raucher [9], Bestimmung des Homozystein-

Spiegels als Arteriosklerose-Parameter [10]) und einer systematischen Literaturrecherche (Blutgerinnungstest vor Kontrazeptiva [11, 12], Darmkrebsfrüherkennung mit MK2-Stuhltest [13, 14], reisemedizinische Beratung, sportmedizinischer Check).

- Meinungen der Studierenden zu den Folgen von IGeL für die Arzt-Patienten-Beziehung und die ärztliche Professionalität: Die Frage war in Anlehnung an Ergebnisse qualitativer Patienteninterviews zum Umgang von Kassenärzten mit IGeL [15] und den WiDO-Monitor [3] entwickelt worden; die Antworten wurden anhand der eingangs genannten acht Aspekte, die im Zusammenhang mit IGeL kritisch diskutiert werden, klassifiziert [2].

Zusätzlich wurden soziobiografische Charakteristika erhoben: Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus, Anzahl der Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten.

Evidenzbewertungen

Die studentischen Evidenzeinschätzungen wurden mit aktuellen Bewertungen der USPSTF verglichen, die fünf Evidenzgrade unterscheidet:

- A = Leistung empfohlen, da mit hoher Sicherheit ein wesentlicher Nettonutzen besteht;
- B = Leistung empfohlen, da mit hoher Sicherheit ein moderater Nettonutzen besteht oder mit eingeschränkter Sicherheit ein moderater bis wesentlicher Nettonutzen besteht;
- C = Empfehlung, diese Leistung wahlweise anzubieten oder die Leistung basierend auf ärztlichen Beurteilungen und Patientenwünschen im individuellen Fall umzusetzen, Leistung hat mit eingeschränkter Sicherheit einen geringen Nettonutzen;
- D = Leistung nicht empfohlen, da sie mit eingeschränkter oder hoher Si-

* Im gesamten Artikel ist mit „Arzt“ auch „Ärztin“ gemeint.

		n	%
1	Haben Sie jemals in einer Arztpraxis Zusatzleistungen angeboten bekommen, die Sie dort selbst bezahlen sollten?	177	51,2
2	Haben Sie jemals in einer Arztpraxis Zusatzleistungen selbst nachgefragt, die Sie dort selbst bezahlen sollten?	116	34,4
3	Welche privat zu bezahlenden Zusatzleistungen wurden Ihnen jemals in Arztpraxen angeboten?	n	%
	Ultraschall der Eierstöcke zur Früherkennung Ovarialkrebs	89	25,4
	Messung Augeninnendruck zur Glaukom-Früherkennung	40	11,4
	Reisemedizinische Beratung/Reiseimpfungen	27	7,7
	Sportmedizinischer Check mit Herzauskultation und Ergometrie	13	3,7
	Blutgerinnungstest vor Kontrazeptiva („Thrombosecheck vor Pille“)	7	2,0
	Darmkrebsfrüherkennung mit MK2-Stuhltest	4	1,1
	PSA-Test zur Früherkennung Prostatakrebs	2	0,6
	Homozystein-Spiegel als Arteriosklerose-Parameter	2	0,6
	Raucherentwöhnung	1	0,3
	Ultraschall zur Bauchaortenaneurysma-Früherkennung für Raucher	1	0,3
4	Nach welchen privat zu zahlenden Zusatzleistungen haben Sie in Arztpraxen von sich aus gefragt?	n	%
	Reisemedizinische Beratung/Reiseimpfungen	67	19,1
	Sportmedizinischer Check mit Herzauskultation und Belastungs-EKG	31	8,9
	Ultraschall der Eierstöcke zur Früherkennung Ovarialkrebs	13	3,7
	Blutgerinnungstest vor Kontrazeptiva („Thrombose-Check vor Pille“)	7	2,0
	Messung Augeninnendruck zur Glaukom-Früherkennung	7	2,0
	Darmkrebsfrüherkennung mit MK2-Stuhltest	6	1,7
	Raucherentwöhnung	4	1,1
	PSA-Test zur Früherkennung Prostatakrebs	3	0,9
	Ultraschall zur Bauchaortenaneurysma-Früherkennung für Raucher	2	0,6
	Homozystein-Spiegel als Arteriosklerose-Parameter	2	0,6

Tabelle 1 Erfahrungen von Medizinstudierenden (n = 350) mit Individuellen Gesundheitsleistungen (Hinweis: Zahnärzte, Heilpraktiker und reine Privatärzte sollten bei den Antworten nicht berücksichtigt werden.)

cherheit keinen Nettonutzen hat oder die Risiken den Nutzen überwiegen;

- I (für *insufficient*) = USPSTF hält die aktuell verfügbare Evidenz für unzureichend, um Risiken und Nutzen abzuwägen; die Evidenz fehlt, hat geringe Qualität oder ist widersprüchlich, sodass das Verhältnis von Risiken und Nutzen nicht bestimmt werden kann.

In unserer Auswertung wurden diesen Kategorien Werte zugeordnet, um den Evidenzgrad auf einer Skala darzustellen: A (hohe Evidenz) = 5 bis I (*insufficient*) = 1 (unzureichende Angaben). Für sechs von zehn Leistungen lagen Evidenzbewertungen der USPSTF vor [5–10]. Für die Evidenzeinschätzung von Darmkrebsfrüherkennung mit MK2-Stuhltest und

Thrombose-Check wurde auf systematische Reviews [12, 13], die aktuelle S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom [14] und einen HTA-Bericht [11] zurückgegriffen**. Eine Pubmed-Recherche zur Evidenz sportmedizinischer Checks und reisemedizinischer Beratung ergab bei folgenden Suchwörtern keinen systematischen Review: evidence, travel medicine, vaccination, (international) travel, heart auscultation, preparticipation examination, physical examination screening. Da für beide Maßnahmen ausschließlich Experteneinschätzungen vorliegen [16–18], wurden sie mit dem Evidenzgrad I berücksichtigt.

Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics 22. In einer einfaktoriellen Varianzanalyse wurde geprüft, ob sich die vier Populationen unterscheiden. In univariaten Analysen wurden die Häufigkeiten der verschiedenen Parameter erfasst. Mittels Chi-Quadrat-Testungen wurden Korrelationen zwischen den verschiedenen Parametern und den Personencharakteristika erfasst. Ein p-Wert < 0,05 galt als statistisch signifikant.

Ergebnisse

Teilnehmercharakteristika

An der Befragung nahmen 350 von 442 Studierenden (79 %) teil. Das Durchschnittsalter betrug 24,2 Jahre (SD 3,0, Spanne 20–40), 65 % waren weiblich (224 von 347) und 73 % gesetzlich versichert (249 von 340); 87 % (301 von 346) suchten innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal einen Arzt auf. Studentinnen waren signifikant häufiger beim Arzt gewesen (90 %) als männliche Studierende (81 %) (p = 0,019). Ein Vergleich dieser Charakteristika nach Universitätszugehörigkeit zeigte keine signifikanten Unterschiede, außer dass Studierende in Bonn durchschnittlich ein Jahr jünger waren (AC, DUE, MS: 24; BN: 23; p = 0,001).

** Für die Bewertung des MK2-Stuhltests wurde die aktuell gültige S3-Leitlinie [14] berücksichtigt. Uns ist bekannt, dass neuere Studien auf einen potenziell höheren Nutzen immunologischer Tests hinweisen [19], diese wurden für die Bewertung nicht berücksichtigt.

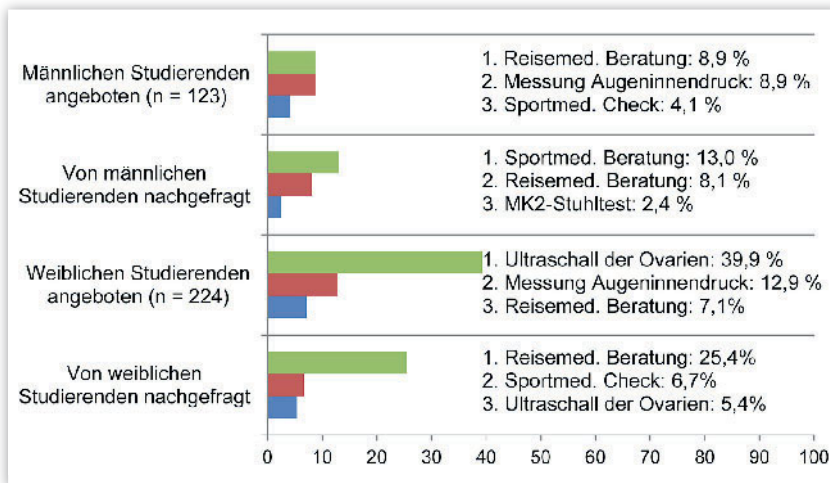


Abbildung 1 Häufigste nachgefragte und angebotene IGeL differenziert nach Geschlecht

Persönliche Erfahrungen von Studierenden mit IGeL

63 % der Teilnehmer hatten ein IGeL-Angebot in einer Praxis erhalten und/oder nachgefragt (n = 220): 51 % hatten ein IGeL-Angebot erhalten (n = 177), während 33 % IGeL selbst nachgefragt hatten (n = 116). Eine Schnittmenge

von 21 % der Studierenden hatte ein Angebot erhalten und dieses auch nachgefragt (n = 73). Studentinnen erhielten häufiger IGeL-Angebote (59 %; 132 von 224) als männliche Studierende (36 %; 44 von 123). Am häufigsten wurde ihnen ein Ultraschall der Ovarien angeboten (39 %). Männlichen Studierenden wurden am häufigsten reisemedizi-

nische Beratung/Reiseimpfungen (9 %) und Glaukom-Screening (9 %) angeboten. Von den Studentinnen hatten 38 % Zusatzleistungen selbst nachgefragt (85 von 224), bei den männlichen Studierenden waren dies 25 % (31 von 123). Insgesamt hatten 72 % der weiblichen (n = 161) und 47 % der männlichen Studierenden (n = 58) Erfahrungen mit IGeL. Für Details siehe Tabelle 1 und Abbildung 1.

Studentische Kenntnisse der Evidenz ausgewählter IGeL-Angebote

Die wissenschaftliche Evidenz von acht der zehn Angebote wurde von den Studierenden zu hoch eingeschätzt. Lediglich der Nutzen der Raucherentwöhnung und des Ultraschalls zur Bauchaortenaneurysma-Früherkennung bei Rauchern wurde unterschätzt. Im Mittel schätzten sie nur 1,3 von 10 Evidenzen korrekt ein (SD 1,1; Spanne 0–6), wobei kein Studierender alle Leistungen, 71 % ein oder mehr IGeL-Angebote und 1 % wenigstens die Hälfte der Leistungen korrekt klassifizierte. Studierende der Reformstudiengänge in Aachen und Münster hatten ein gering besseres Evidenzwissen (MW 1,5; SD 1,2; Spanne 0–5) als Studierende der traditionell aufgebauten Studiengänge in Duisburg-Essen und Bonn (MW 1,1; SD 1,1; Spanne 0–6) (p = 0,001). Die Verteilung der studentischen Einschätzungen der Evidenzgrade und die wissenschaftlich begründeten Evidenzen sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Aussagen zur ärztlichen Professionalität im Umgang mit IGeL

Ihre eigene zukünftige professionelle Rolle als Arzt im Umgang mit IGeL charakterisierten über 50 % der Studierenden mit folgenden Antworten: IGeL-Angebote in Praxen können zu Ängsten bei Patienten führen (52 %) und wissenschaftlich unbegründete IGeL-Angebote sind ethisch bedenklich (52 %). Dementsprechend lehnte auch die Mehrheit der Studierenden die Vorstellung ab, dass Ärzte wissenschaftlich nicht begründete IGeL-Wünsche erfüllen sollen (53 %). Interessanterweise zeigte sich neben dieser Gruppe von Personen mit einer eindeutigen Meinung bei verschiedenen Items ein Anteil von 23 % bis

Wie bewerten Sie den Nutzen (die medizinisch-wissenschaftliche Evidenz) der folgenden Untersuchungen als IGeL-Angebote für beschwerdefreie Personen? (Skala von 5 = hohe Evidenz bis 1 = unzureichende Datenlage)		Evidenzeinschätzung (% der Teilnehmer)				
		hoch			niedrig	
		5	4	3	2	1
1	Blutgerinnungstest vor Kontrazeptiva („Thrombosecheck vor Pille“)	8	29	32	22	9
2	Reisemedizinische Beratung/Reiseimpfungen	43	42	11	4	1
3	Sportmedizinischer Check mit Herzauskultation und Belastungs-EKG	8	31	32	24	6
4	Messung Augeninnendruck (Glaukom-Früherkennung)	7	24	39	24	6
5	Ultraschall der Eierstöcke zur Früherkennung Ovarialkrebs	16	33	29	15	7
6	Raucherentwöhnung	21	25	22	21	11
7	PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs	18	32	23	19	8
8	Ultraschall Früherkennung Bauchaortenaneurysma für Raucher	5	17	37	30	11
9	Homozystein-Spiegel als Arteriosklerose-Parameter	4	13	35	34	14
10	Darmkrebsfrüherkennung mit MK2-Stuhltest	16	28	27	20	9

Tabelle 2 Einschätzung der Evidenz verschiedener IGeL-Angebote durch Medizinstudierende in Prozent der Teilnehmer (n = 350): Das dunkel hinterlegte Feld zeigt jeweils die korrekte Antwort gemäß der wissenschaftlichen Literatur.

Wenn Sie an Ihre Zukunft als Arzt denken: Wo ordnen Sie sich ein?	Stimme nicht zu %	Unentschieden %	Stimme zu %
IGeL sind wirtschaftlich notwendig für Praxen.	17,7	29,4	52,8
Viele IGeL sind medizinisch-wissenschaftlich nicht begründet.	32,0	37,1	30,9
Ärzte sollen wissenschaftlich nicht begründete IGeL-Wünsche erfüllen.	53,0	27,4	19,7
IGeL-Angebote in Praxen können zu Ängsten bei Patienten führen.	27,7	26,5	52,0
Wissenschaftlich unbegründete IGeL-Angebote sind ethisch bedenklich.	25,3	23,2	51,6
Mich als Patient interessieren IGeL für meine persönliche Gesundheit.	27,7	32,4	39,9
Ich möchte im Studium mehr über IGeL zur Prävention erfahren.	30,6	31,5	37,9

Tabelle 3a Einschätzungen von Medizinstudierenden zu ihrer zukünftigen professionellen Rolle und dem Umgang mit IGeL-Angeboten (n = 350)

	Ja %		Weiß nicht %	Nein %
Beeinflussen IGeL-Angebote das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis?	38,0		32,0	30,0
Art der Beeinflussung (n = 111)	n	%	Beispiel	
Arzt-Patienten-Beziehung und Rollenverständnis	38	34,2	„Arzt-Patienten-Verhältnis bekommt Geschäftsbeziehungscharakter.“	
Kommerzialisierung der Medizin	31	27,9	„Käufliche Gesundheit“	
Verhältnis zum GKV-System	11	9,9	„Angst vor unzureichender Untersuchung ohne die IGeL-Leistung in Anspruch zu nehmen“ „Gesundheit sollte kostenlos sein!“	
Medizinische Evidenz und Qualitätskontrolle	10	9,0	„Eventuelle persönliche Bereicherung des Arztes ohne großen Nutzen für Patienten“	
Aufklärungs- und Informationspflicht des Arztes	9	8,0	„Positiv, da der Arzt sich Gedanken um den Patienten macht“ „Bei unzureichender Aufklärung wird Kosten-Nutzen-Relation nicht deutlich.“	
IGeL als eigenständige Patientenentscheidung versus Nachfragesteuerung durch den Arzt	8	7,2	„Patient bekommt evtl. das Gefühl, unnötige Untersuchung ‚aufgedrückt‘ zu bekommen.“	
Soziale Ungleichheit	4	3,6	„Nicht jeder Patient kann IGeL-Angebote zahlen.“	
Korrekte Leistungserbringung	-	-	-	

Tabelle 3b Einschätzungen von Medizinstudierenden zu dem Einfluss von IGeL-Angeboten auf das Arzt-Patient-Verhältnis (n = 345)

37 % der Studierenden, die unentschieden waren, wobei die persönliche IGeL-Erfahrung dies nicht beeinflusste. Bei der Globalfrage nach der wissenschaftlichen Evidenz von IGeL-Angeboten („Die meisten IGeL sind wissenschaftlich nicht begründet“) zeigte sich eine homogene Verteilung über alle Antwortoptionen, was ebenfalls dafür spricht, dass Studierende unsicher waren. Von den Studierenden werteten 22 % IGeL gleichzeitig als wirtschaftlich notwendig für Praxen und als ethisch bedenklich (n = 77). 40 % der Studierenden wünschte sich IGeL für die eigene Gesundheit und 38 % die Thematisierung von IGeL im Studium. Für Details siehe Tabelle 3a.

Meinungen zu den Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis und die ärztliche Professionalität

Von den befragten Studierenden glaubten 38 % (131 von 345), dass IGeL-Angebote durch Ärzte das Patienten-Arzt-Vertrauensverhältnis beeinflussen, 32 % (111 von 345) waren diesbezüglich unsicher. Die Art des Einflusses wurde durch 111 studentische Aussagen begründet: Am häufigsten benannten Studierende das Problem, dass sich das ärztliche Rollenbild durch IGeL-Angebote zu einem „Verkäufer“ oder „Unternehmer“ ändere und Patienten zu „zahlenden Kunden“ würden (34 %). Dies führe zu einer Kommerzialisierung der Medizin (28 %). 10 % der studentischen Aussagen sahen die Implikation für das Verhältnis zum GKV-System: Selbstzahlerleistungen könnten Patienten verunsichern, ob Krankenkassenleistungen ausreichend sind; auch müssten notwendige Leistungen durch Krankenkassen finanziert werden. Insgesamt wurden IGeL in 94 % der studentischen Aussagen als kritisch oder negativ im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf das Patienten-Arzt-Vertrauensverhältnis beschrieben. Die Kategorisierung und beispielhafte studentische Aussagen sind in Tabelle 3b dargestellt.

Prädiktoren für IGeL-Erfahrung, Evidenzkenntnis und ärztliche Professionalität

Unter den Studierenden mit persönlicher IGeL-Erfahrung waren signifikant mehr weibliche Studierende (74 %) als

PD Dr. med. Birgitta Weltermann MPH (USA) ...



... ist niedergelassene Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin und stellvertretende Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Managing for Health Outcomes in der Hausarztpraxis.

unter denjenigen ohne IGeL-Erfahrung (49 %) ($p < 0,001$). Studierende mit IGeL-Erfahrung gaben signifikant häufiger an, ein persönliches Interesse an IGeL zu haben (48 %) als solche ohne IGeL-Erfahrung (26%) ($p < 0,001$).

Studierende, die wenigstens die Evidenz einer Leistung richtig bewertet hatten, waren im Durchschnitt ein Jahr älter (24,5 Jahre) als solche ohne diese Evidenzkenntnis (23,5 Jahre) ($p = 0,019$). Im Hinblick auf das ärztliche Rollenverständnis gaben Studierende mit Evidenzwissen signifikant häufiger an, IGeL seien wissenschaftlich nicht begründet (36 % gegenüber 18 %, $p = 0,003$) und könnten Ängste bei Patienten auslösen (51 % gegenüber 33 %, $p = 0,009$). Demgegenüber wünschten Studierende, die weniger Evidenzkenntnis hatten, häufiger die Thematisierung von IGeL in Lehrveranstaltungen als solche, die mindestens eine Evidenz korrekt eingeschätzt hatten (34 % gegenüber 21 %, $p = 0,014$). Der Versicherungsstatus hatte keinen Einfluss auf die persönlichen IGeL-Erfahrungen, das Evidenzwissen und die Einschätzungen zur ärztlichen Professionalität.

Diskussion

Persönliche Erfahrungen von Studierenden mit IGeL

63 % der Medizinstudierenden von vier Universitäten in NRW hatten persönliche Erfahrungen mit IGeL-Angeboten: Die Hälfte der Studierenden hatte ein Angebot durch einen Arzt erhalten, während 33 % selbst nach Zusatzangeboten gefragt hatten. Überwiegend wurde die Evidenz von solchen Präventionsangeboten überschätzt, die jedoch zugleich von der Mehrheit der Studierenden kritisch bewertet wird.

Interessanterweise ist die Häufigkeit von IGeL-Angeboten an Medizinstudie-

rende mit 63 % höher als die Prävalenz von 19 % bis 53 % aus Erhebungen von GKV-Versicherten [2]. Auch haben Studierende häufiger Zusatzangebote nachgefragt (33 %), während dies nur 16–19 % der Versicherten in anderen Studien berichteten [2]. Dies mag zum einen an dem höheren Anteil Privatversicherter unter den Studierenden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegen, kann aber auch das Interesse an Gesundheitsfragen, auch in Bezug auf den eigenen Körper, widerspiegeln. Die unter GKV-Versicherten am häufigsten angebotenen beiden IGeL (Glaukom-Screening: 8–40 %, Ultraschalluntersuchungen: 15–25 %) [2] waren auch unter den Studierenden am häufigsten: 25 % Ultraschall der Ovarien, 11 % Glaukom-Screening. Das Angebot reise-medicinischer Leistungen spielte unter Medizinstudierenden mit 8 % eine vergleichbare Rolle wie unter GKV-Versicherten (3–19 %) [2]. Weibliche Studierende erhielten häufiger IGeL-Angebote von Ärzten und erfragten solche auch häufiger als ihre männlichen Kommilitonen. Dabei handelt es sich in 40 % der Fälle um gynäkologische IGeL-Angebote (Ultraschall der Ovarien), die sicherlich damit begründet sind, dass Arztbesuche für antikonzeptive Maßnahmen in dieser Altersgruppe häufig sind. Die Ergebnisse unserer Umfrage bewerten wir als erschreckend, wenn man bedenkt, dass sogar Medizinstudierenden häufig IGeL angeboten werden, für die es keine wissenschaftliche Evidenz oder zumindest keine Evidenz für die Altersgruppe der 20- bis 40-jährigen gibt (z.B. Glaukom-Screening, Thrombose-Check).

Kenntnis der Evidenz ausgewählter IGeL-Angebote und Implikationen für Curricula

Der Kenntnisstand über die wissenschaftliche Evidenz der ausgewählten

individuellen Gesundheitsleistungen war bei allen Studierenden verbesserungsbedürftig: 90 % der IGeL-Angebote wurde eine zu hohe Evidenz zugeschrieben, während lediglich der Nutzen der Nikotinentwöhnung gravierend unterschätzt wurde. Es fanden sich dabei geringe Unterschiede in der Kompetenz von Studierenden von Universitäten mit Reformstudiengängen (AC, MS) und solchen mit traditionellem Studienaufbau (BN, DUE). Ob es sich dabei um ein Zufallsphänomen, einen Selektionsbias oder einen tatsächlichen Effekt dieses Studiengangskonzeptes handelt, bleibt unklar. In einem sich verändernden Gesundheitswesen ist es sinnvoll, den Lerninhalt Evidenz von Präventionsleistungen, auch solchen, die im IGeL-Gesundheitsmarkt angeboten werden, gezielt zu vermitteln, um die Beratungskompetenz angehender Ärzte zu stärken.

Die oft stillschweigende Änderung der Begründung von Präventionsleistungen nicht als Screening für Populationen mit bestimmten Risiken und entsprechendem Nutzenbeleg, sondern als individuelles Screening für Personen ohne Risikocharakteristika und ohne Nutzenbeleg wirft zentrale Fragen an das Konzept von Prävention und die ärztliche Professionalität auf [1, 3]. Es ist daher geboten, im Curriculum des Medizinstudiums einen evidenzbasierten Zugang zu Präventionsleistungen und IGeL-Angeboten zu vermitteln.

Ärztliche Professionalität im Umgang mit IGeL-Angeboten erlernen

Traditionell gehört es zentral zur ärztlichen Professionalität, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass die medizinische Beratung unbelastet vom Eigennutz des Arztes ist [20]. In manchen westlichen Gesellschaften ist mit einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems ein Markt scheinbarer Beliebigkeiten und eine stillschweigende Veränderung manchen ärztlichen Selbstverständnisses zu verzeichnen [2]. In diesem Kontext ist es als sehr positiv zu vermerken, dass 52 % der Studierenden IGeL-Angebote kritisch bewerten und sich der negativen Implikationen unsinniger IGeL-Angebote für das Arzt-Patienten-Verhältnis bewusst sind.

Schlussfolgerungen

Unsere Erhebung unter Medizinstudierenden zeigt, dass die Mehrzahl der Studierenden persönliche Erfahrung mit IGel-Angeboten hat und sich zugleich der damit verbundenen ethischen Probleme bewusst ist. Im Gegensatz dazu ist das Wissen über die Evidenz von konkreten Angeboten verbesserungsbedürftig. Angesichts eines sich verändernden Gesundheitsmarkts ist es sinnvoll, IGel-Angebote in Lehrveranstaltungen zu thematisieren, um die evidenzbasierte Beratungskompetenz zu fördern.

Interessenkonflikte: SG gibt an, Honorar für die wissenschaftliche Leitung des Fortbildungsseminars „praxis-update“ erhalten zu haben; die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

Danksagung: Wir danken Prof. Dr. med. Martin Hermann (am 15.5.2014 verstorben) und Dipl.-Ges.-Ök. Sabrina Reinders für die Unterstützung der Fragebogenentwicklung. Den beteiligten Medizinstudierenden gilt unser Dank für die Teilnahme an der Befragung.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Birgitta Weltermann MPH (USA)
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Essen, Universität
 Duisburg-Essen
 Hufelandstr. 55
 45147 Essen
 Tel.: 0201 877869-0
 birgitta.weltermann@uk-essen.de

Literatur

- Zok K. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WIdO-Monitor* 2013; 10: 1–8
- Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, et al.: Individuelle Gesundheitsleistungen. *Schriftenreihe Health Technology Assessment* 2011, Bd. 113
- Zok K, Schuldzinski W. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis: Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, 2005
- Richter S, Rehder H, Raspe H. Individuelle Gesundheitsleistungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicherter in Arztpraxen. *Dtsch Arztebl* 2009; 106: 433–9
- USPSTF: Screening for glaucoma: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; 159: 484–9
- USPSTF: Screening for ovarian cancer: U.S. preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 157: 900–4
- USPSTF: Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150: 551–5
- USPSTF: Screening for prostate cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 157: 120–34
- USPSTF: Screening for abdominal aortic aneurysm – recommendation statement. *Ann Intern Med* 2005; 142: 198–202
- USPSTF: Using nontraditional risk factors in coronary heart disease risk assessment: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151: 474–82
- Wu O, Robertson L, Twaddle S, et al. Screening for thrombophilia in high-risk situations: systematic review and cost-effectiveness analysis. *The Thrombosis Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) study. Health Technol Assess* 2006; 10: 1–110
- Blickstein D, Blickstein I. Oral contraception and thrombophilia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19: 370–6
- Li R, Liu J, Xue H, Huang G. Diagnostic value of fecal tumor M2-pyruvate kinase for CRC screening: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 2012; 131: 1837–45
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Langversion 1.0. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (letzter Zugriff: 25.04.2014)
- Richter S, Raspe H. Wie sollen Kassenärzte mit individuellen Gesundheitsleistungen umgehen? Defizite und Vorschläge aus Patientensicht. *Dtsch Med Wochenschr* 2012; 137: 1291–6
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. S1-Leitlinie Vorsorgeuntersuchung im Sport. www.dgsp.de/_downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf (letzter Zugriff: 25.04.2014)
- Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit. Hinweise und Empfehlungen zu Reiseimpfungen. http://www.dtg.org/uploads/media/Impfen_2013_01.pdf (letzter Zugriff: 25.04.2014)
- Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STI-KO) am Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin* 34/2013
- Brenner H, Tao S. Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *Eur J Cancer* 2013; 49: 3049–54
- Bundesärztekammer. Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte: MBO-Ä 1997