

Ziele-Papier 1:

„Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“

Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des

Nationalen Krebsplans

Stand: 21.07.2010

Letzte redaktionelle Prüfung: 09.03.2011

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

- Prof. Dr. Ute-Susann Albert
- Dr. Lutz Altenhofen
- Dr. Wolfgang Aubke (seit 26.04.2009)
- Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer MPH
- Prof. Dr. Eckhard W. Breitbart (Sprecher)
- Peter Follert (bis 26.04.2009)
- Dr. Uwe Gerecke (seit 27.02.2009)
- Dr. Heinen-Kammerer (seit 12.03.2010)
- Dr. Herbert Grundhewer (seit 27.02.2009)
- Prof. Dr. Wolfgang Tilgen
- Prof. Dr. Ulla Walter
- Regina Wiedemann

*„Ich will mich aus eigener Kraft bewähren,
ich will das Risiko des Lebens tragen,
will für mein Schicksal selbstverantwortlich
sein.“*

*Sorge du, Staat, dafür,
dass ich dazu in der Lage bin.“*

Ludwig Erhard

Inhalt

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe	1
Inhalt	3
Präambel des Ziele-Papier 1: „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans	4
1. Erläuterung des Ziels und ggf. der dazugehörigen Teilziele	4
2. Prüfung der Zielerreichung (Soll-Ist-Analyse).....	6
2.1 Präzisierung und Differenzierung der Ziele und ggf. Teilziele	6
a) Informierte Inanspruchnahme	6
b) im Nutzen belegte Früherkennungsprogramme.....	7
c) Verbesserung.....	7
2.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?.....	8
Ziel 1: Die informierte Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen wird gesteigert:	8
Unterziel 1: Verbesserung der Informationsangebote über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung mit dem Ziel einer informierten Entscheidung	9
Checkliste	11
Unterziel 2: Verbesserung der Teilnahmeraten an den im Nutzen belegten Screeningprogrammen	12
2.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?	15
3. Entwicklung von Maßnahmen.....	20
4. Priorisierung / Empfehlung der Maßnahmen	23
5. Verabschiedung von Umsetzungsempfehlungen.....	23
6. Forschungsbedarf	24
Literatur	27

Präambel des Ziele-Papier 1: „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans

Die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben das Potenzial, für bestimmte Krebsformen durch die Entdeckung und Behandlung prognostisch günstiger Stadien bzw. durch die Entdeckung und Behandlung von Vor- oder Frühstadien die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, die Krebsentstehung zu verhindern, eine Heilung herbeizuführen /und/oder Leben zu retten.

Eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung kann, wenn sie qualitätsgesichert und in Verbindung mit einer Beratung angeboten wird:

- Lebensqualität verbessern (Vorstadien, Frühstadien)
- Inzidenz senken (Vorstadien)
- Morbidität lindern (Frühstadien)
- Mortalität senken (Frühstadien)
- Gesundheitskompetenz steigern (Beratung)
- primär- und sekundärpräventives Verhalten stärken (Beratung)
- evtl. gesellschaftliche ökonomische Belastung reduzieren (therapeutischer Aufwand)
- Versorgungsqualität optimieren (Standardisierung)

Eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung kann aber auch:

- selbst Risiken für unerwünschte Wirkungen beinhalten (z.B. Komplikationen der Darmspiegelung, Folgen der Strahlenbelastung der Mammographie)
- zu Sorgen und Ängsten im Zusammenhang mit der Teilnahme führen
- zu seelischen Beeinträchtigungen und körperlichen Schäden aufgrund falscher Früherkennungsergebnisse führen
- Krebs(vor-)stufen entdecken, die aufgrund ihrer niedrigen Malignität/langsamen Wachstumskinetik zu Lebzeiten der Betroffenen die Lebensqualität nicht beeinträchtigt hätten (Überdiagnostik/Komorbidität)
- zu unnötigen, invasiven, u.U. komplikationsbehafteten therapeutischen Eingriffen sowie zu einer Einschränkung der Lebensqualität führen (Reduktion der Lebensqualität)
- evtl. gesellschaftliche ökonomische Belastung erhöhen, z. B. Kosten durch Aufbau von Strukturen (z.B. Screening-Mobile, Untersuchungsgeräte) verursachen

„Die potentiellen Risiken von Früherkennungsuntersuchungen haben im Vergleich zur kurativen Therapie eine besondere Bedeutung, [...] [da] nur wenige Individuen, die die Krankheit haben, davon profitieren, aber alle Teilnehmer diesen Risiken ausgesetzt werden. Aufgrund der potentiellen Vor- und Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen gibt es daher international häufig die Empfehlung, dass die Vor- und Nachteile der jeweiligen Untersuchung dem potentiellen Teilnehmer so erläutert werden, dass der Teilnehmer die Möglichkeit erhält, über die Teilnahme am Untersuchungsprogramm frei zu entscheiden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2007).“

1. Erläuterung des Ziels und ggf. der dazugehörigen Teilziele

Das Ziel 1 ist von der Arbeitsgruppe zum Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans am 24. September 2008 wie folgt formuliert worden:

Die informierte Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen wird gesteigert:

- *Verbesserung der Informationsangebote über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung mit dem Ziel einer informierten Entscheidung*
- *Verbesserung der Teilnahmeraten an den im Nutzen belegten Screeningprogrammen*

2. Prüfung der Zielerreichung (Soll-Ist-Analyse)

2.1 Präzisierung und Differenzierung der Ziele und ggf. Teilziele

a) Informierte Inanspruchnahme

Früherkennungsuntersuchungen können mit Schäden und Nebenwirkungen verbunden sein (siehe Präambel). Aus diesem Grund darf eine Inanspruchnahme nicht verpflichtend sein. Vielmehr ist es das Ziel, den Bürger zu befähigen, eine individuelle Entscheidung unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile und seiner persönlichen Präferenzen zu fällen. Diese Zielformulierung kennzeichnet einen Paradigmenwechsel. Bisher waren Patienteninformationen nicht immer ausgewogen und verfolgten hauptsächlich das Ziel die Teilnehmerate und damit die Effizienz einer Screeningmaßnahme zu steigern.

Eine informierte Entscheidung kann durch ein Individuum nur gefällt werden, welches relevante Informationen über Vor- und Nachteile aller möglichen Ergebnisse in Einklang mit seinen persönlichen Präferenzen/Überzeugungen nutzt.¹ (Bekker et al. 1999; zitiert nach Jepson et al. 2000) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) findet in dem *WHO Policy Brief 2006 Screening in Europe* deutliche Worte zu der gängigen Praxis, Bürger bezüglich der Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung zu beraten (Holland 2006)². Es ist allgemein anerkannt, dass klare Information über Vorteile und Schäden allen zu einem Screening Eingeladenen zugänglich sein sollte. In der Praxis bedeutet dies meist die Aushändigung einer Broschüre und ein kurzes Arzt-Patienten-Gespräch mit dem Ziel, eine Teilnahme zu erwirken. Aber dies ist nicht genug. Verlässliche wissenschaftlich begründete Informationen sind notwendig (Holland 2006).

Auch die Europäische Kommission formuliert deutlich die Notwendigkeit der Verfügbarkeit vollständiger Informationen über Vorteile und Risiken: „Any screening test which has been demonstrated to be effective should be offered on a population basis only in organised screening programmes, with quality assurance at all levels and full information about the benefits and risks.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2003)

Fazit: Ziel ist es, den Anteil derjenigen zu erhöhen, die in der Lage sind, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen zu treffen.

¹ „A reasoned choice is made by a reasonable individual using relevant information about the advantages and disadvantages of all the possible courses of action, in accord with the individual’s beliefs“ Bekker e.a., 1999; zitiert nach Jepson et. al. 2000

² „Few would disagree that clear information about the benefits and harms of any screening procedure should be available to all individuals invited to participate in any programme. In practice, however, this often involves nothing more than providing a leaflet and possibly offering a brief discussion with a health professional with the emphasis on achieving a positive response. This is not enough. Information provided should be based on results from respectable scientific trials in a form that is acceptable, accessible and useful to those receiving it. There must be information about the whole screening process, including follow-up tests, some of which may be invasive and unpleasant. We should also resist the current tendency towards “disease-mongering”, where ordinary and inevitable life processes, such as shyness and baldness, are transformed into medical conditions amenable to treatment by those seeking to promote their products. Information is thus another central concept in modern health care in general and screening in particular. It must be provided not, as so often in the past, with the purpose of encouraging participation in a programme, but to give a balanced and understandable picture of the options and the possible outcomes, with the end-point being truly informed consent (or refusal) to participate.“ (Holland 2006) <http://www.euro.who.int/document/e88698.pdf>

b) im Nutzen belegte Früherkennungsprogramme

Die Aufnahme einer Früherkennungsuntersuchung in den Katalog der gesetzlichen Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beruht auf einem durch die Verfahrensordnung³ vorgegebenen Entscheidungsprozess, der die aktuelle Studienlage berücksichtigt.

Es findet in dem vorliegenden Papier (Ziele-Papier 1) zunächst eine Beschränkung auf die Untersuchungen statt, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Die evidenzbasierte Information über Früherkennungsuntersuchungen, die aufgrund unzureichender Nutzenbelege nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden - so genannte (privat zu bezahlende) individuelle Gesundheitsleistungen „IGeL“ - wird befürwortet.

c) Verbesserung

Die Verbesserung der Informationsangebote beinhaltet folgende Aspekte:

- Ausgewogenheit und Vollständigkeit der Information
- Verständlichkeit
- kommunikationswissenschaftliche Analyse eines Zusammenhangs zwischen Information und Inanspruchnahme, bzw. der Wirkungsmechanismen
- Koordination der Informationsangebote (z. B. durch einen Verbund zur Krebsfrüherkennungsinformation)
- Evaluation (z. B. hinsichtlich Verständlichkeit, Wirkung)
- Berücksichtigung gesundheitspsychologischer und kommunikationswissenschaftlicher Ansätze
- Berücksichtigung der Heterogenität der Bürger hinsichtlich Alter, Geschlecht, Vorwissen, Einstellungen, Bildung, Religion/Werten, ...
- Bestandsaufnahme von Informationsangeboten und Prozessen

³ Die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-315/VerfO_2008-12-18.pdf einzusehen.

2.2 Wo stehen wir hinsichtlich der Zielerreichung?

Ziel 1: Die informierte Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen wird gesteigert:

Die informierte Inanspruchnahme ist im Kapitel 2.1. definiert worden. Um den Grad der Zielerreichung zu bestimmen, ist es notwendig, die informierte Inanspruchnahme zu messen. Im Folgenden wird dargestellt, welche Daten erhoben und interpretiert werden müssen, um Kenntnisse über eine informierte Entscheidung zu erlangen.

Objektivierbare Daten sind wichtige Bestandteile einer informierten Entscheidung. Sie kann u.a. Kenntnisse über folgende Aspekte und Bereiche umfassen:

- Erkrankungswahrscheinlichkeit
- persönliche Erkrankungswahrscheinlichkeit (z.B. unter Berücksichtigung von Risikofaktoren)
- Untersuchungsablauf
- Untersuchungsgenauigkeit
- potentieller Nutzen
- potentielle Nebenwirkungen
- Risiken
- Alternativen zu der Untersuchung

Subjektive Daten können auch ein Hinweis auf eine erfolgte informierte Entscheidung sein. Z.B.:

- die Zufriedenheit des Versicherten mit dem Prozess der Entscheidungsfindung
- die Zufriedenheit des Versicherten mit der Entscheidung
- Einklang der Entscheidung mit den persönlichen Präferenzen/Überzeugungen
- Die wahrgenommene Partizipation an dem Entscheidungsprozess oder der Entscheidung (Riemer 2004)

Die Teilnahme oder die Teilnahmeabsicht allein gibt keinen Aufschluss über eine Informierte Entscheidung.

Andere Studien erheben Veränderungen in den folgenden ‚key areas‘ (Llewelyn-Thomas 1995; Edwards 1999),

- “The outcome measures focused on identifying changes in any of the following key areas if appropriate data were available:
 - ‘cognitive’ outcomes: knowledge of risk, accurate risk perception;
 - ‘affective’ outcomes: anxiety/emotional wellbeing, satisfaction with decisions made, decisional conflict, anxiety, intention to take up screening;
 - behavioural outcomes: uptake of tests, adherence to choice regarding screening test, ‘appropriate’ uptake;
 - health status outcomes: specific status measures or quality of life measures such as SF-36;
 - economic outcomes: cost of intervention.(Edwards 2006)“

Die beiden letzten Bereiche (gesundheitliche oder ökonomische Daten) sind ungeeignet, eine informierte Entscheidung festzustellen.

Unterziel 1: Verbesserung der Informationsangebote über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung mit dem Ziel einer informierten Entscheidung

Unterschiedliche Maßnahmen von diversen Akteuren werden seit 1920 durchgeführt, um das Interesse der Bevölkerung für das Thema Krebs zu wecken und die Teilnehmeraten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu steigern. Eine historische Zusammenstellung eingesetzter Medien der Krebserklärung im 20. Jahrhundert in Deutschland liegt vor (Roeßiger 2001). Zur Information der Bevölkerung werden Kampagnen, Printbeiträge, Internet und andere Medien und Maßnahmen von Krankenkassen, Vereinen, Stiftungen und anderen Organisationen eingesetzt. Auch werden Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einigen ausgewählten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen distribuiert. Eine wissenschaftliche Aufarbeitung zur Wissenschaftspopularisierung sowie dem sich wandelnden Körper- und Menschenbild in den Massenmedien steht dabei aus.

Die Ergebnisse von Studien zur Qualität von Informationen aus den Bereichen Print und Internet führten in den letzten Jahren zur Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung im Informationsbereich, die u.a. eine für den Verbraucher erkennbare Gütebewertung zulassen (HON©, Medcertain ©, afgis e.V 05, Discern©). Leitlinien und Empfehlungen zur Erstellung von Informationsmaterialien liegen für die folgenden Bereiche vor: Fraueninformation (Albert et al. 2003, Albert et al. 2008), Patienteninformation (Sänger et al. 2006).

Für Informationen über Krebsfrüherkennungsmaßnahmen liegt eine Mustergesundheitsaufklärung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (Meyerrose et al. 2007) sowie ein Liste von Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e. V. (Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin 2008) vor.

Die Musteraufklärung von Meyerrose und Sänger (2007) ist eine umfangreiche Darstellung der Inhalte, welche in Informationsangeboten zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen enthalten sein sollten.

A. Einleitung

- Identifikation und Beschreibung des relevanten Personenkreises als symptomfreie Personen
- Benennung der Ziele der Gesundheitsinformation

B. Erklärungen zum Erkrankungsbild, für das die Früherkennungsmaßnahme eingesetzt wird:

- verständliche Darstellung allgemeiner anatomischer Grundlagen und der physiologischen Funktionsweise sowie Beschreibung der Fehlregulation und Symptomatik im Falle einer Erkrankung

C. Erklärung der in Frage kommenden Früherkennungsmaßnahmen

- Erläuterung des allgemeinen Nutzens hinsichtlich der positiven Effekte auf die individuelle Lebensqualität und Gesundheit bei regelmäßiger Durchführung und der zur Verfügung stehenden schonenden Therapieverfahren im Falle einer Früherkennung

- Darstellung aktueller wissenschaftlicher Informationsquellen für die zu beschreibenden Früherkennungsmaßnahmen
- D.** Unterstützung der Entscheidungsfindung im individuellen Fall
 - Zusammenfassung der Vor- und Nachteile der in Frage kommenden Tests zur Früherkennung und Unterstützung der Entscheidungsfindung
- E.** Beschreibung des Zugangs zur Früherkennung
- F.** Angaben zur Qualität der Früherkennungsmaßnahme(n)
- G.** Impressum/Quellenangabe

Die Beschreibung der Qualität der Untersuchung, d. h. die Häufigkeit von falschen Ergebnissen und der Konsequenzen, wird im Kriterienkatalog des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. detaillierter berücksichtigt. Dieser wurde vor dem Hintergrund der zum 1.1.2008 (mit der Änderung des § 62 SGB V) eingeführten ‚Pflichtberatung‘ erstellt.

Koch und Mühlhauser (Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin 2008) scheinen den potenziellen Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allein in einer Reduktion der Inzidenz und der Mortalität zu sehen: zumindest wird nicht explizit auf die Reduktion der Morbidität oder die Steigerung der Lebensqualität eingegangen.

Doch ist insbesondere auch die Lebensqualität bei der Bewertung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wichtig. Auch werden häufig, neben den positiven, negative Auswirkungen auf die Lebensqualität in Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennung (z. B. bei der Früherkennungsuntersuchung auf das Prostatakarzinom) der Betroffenen diskutiert.

- **Fazit:** *Eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung hat insbesondere bei -richtiger oder falscher- positiver Diagnose Auswirkungen auf die Lebensqualität. Eine Aufklärung auch über die Auswirkungen auf die Lebensqualität ist für eine informierte Entscheidung notwendig.*

Eine genaue Analyse zur Qualität und Vollständigkeit aktueller Informationsbroschüren steht aus. Insbesondere sollten die für die ‚Pflichtberatung‘ relevanten Broschüren bzw. Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses höchsten Qualitätsanforderungen entsprechen.

- **Fazit:** *Die Qualität der Informationsangebote ist nicht ermittelt. Ein vollständiger und allgemein akzeptierter Kriterienkatalog für Informationsangebote zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegt nicht vor.*

Eine Checkliste, welche die für eine informierte Entscheidung notwendigen Informationen beinhaltet, wurde in einem am 28. Januar 2010 in Hamburg durchgeführten Workshop der Unter-Arbeitsgruppen 1 und 11 mit externen Experten diskutiert und auf der Basis folgender Informationen erstellt:

- der Qualitätssicherung im Informationsbereich (Albert et al., 2003, 2008),
- der Mustergesundheitsaufklärung zu Früherkennungsmaßnahmen (Meyerrose and Sängler, 2007),
- der Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin: Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zur Früherkennungsuntersuchungen (Koch and Mühlhauser, 2008) und
- Gute Praxis Gesundheitsinformation (Klemperer et al., 2010)

Die folgende Checkliste ist von den Unter-Arbeitsgruppen der Ziele 1 und 11 entwickelt worden.

Checkliste

Checkliste „Empfohlene Inhalte einer Information über Früherkennungsmaßnahmen“:

Einleitung

Zielgruppen

Ziele der Information

Erklärung der Krankheit, für die die Maßnahme eingesetzt wird

- Beschreibung der Erkrankung und ihres Verlaufs (ohne Früherkennungsmaßnahme)
- gesundheitliche Bedeutung/Beeinträchtigungen
- Epidemiologie (Erkrankungshäufigkeit, Sterblichkeit;; es kann hilfreich sein, diese Risiken im Vergleich zu anderen Krankheiten zu präsentieren)
- Therapieoptionen
- Prävention

Beschreibung der Früherkennungsmaßnahme

- Ziel der Maßnahme (Senkung der Inzidenz/Morbidität/Mortalität)
- Erklärung der Methode/Beschreibung des Ablaufs der Untersuchung
- Beschreibung weiterer Abklärungsuntersuchungen nach Befund
- Treffsicherheit der Methode (Häufigkeit falsch-positiver und falsch-negativer Befunde; positiver Vorhersagewert eines Befundes)
- Beschreibung des Nutzens und Quantifizierung (vergleichend mit und ohne Früherkennungsmaßnahme)
- Evidenzlevel (bzw. „mit welcher Sicherheit der wissenschaftliche Nachweis erbracht ist, dass die Maßnahme [...] Ziele wirklich erreicht“)
- Beschreibung von Risiken und Nachteilen
- direkte Risiken, die mit der Untersuchung verbunden sind (z. B. Strahlung, Komplikationen)
- indirekte Risiken, die sich durch einen Befund ergeben,
 - ... durch falsch-positive Befunde
 - ... durch falsch-negative Befunde
 - ... durch Vorverlegung der Diagnose
 - ... durch Überdiagnosen/Übertherapie

Zugang zur Früherkennung

Kosten: GKV-Leistung, IGeL, Praxisgebühr

Angaben zur Qualität der Früherkennungsmaßnahme

Beschreibung der Maßnahmen der Qualitätssicherung (z. B. Zertifizierung der Leistungserbringer, Fortbildungsprogramm, Doppelbegutachtung) und Überprüfbarkeit (Qualitätsindikatoren, die der Teilnehmer überprüfen kann, wie z. B. Beratung über mögl. Befunde, Entkleidungsnotwendigkeit bei Hautkrebs-Screening)

Weiterführende Informationen

- Hinweis auf ergänzende Informationen, die aus Platzgründen fehlen
- Hinweis darauf, dass andere Personen, die diese Informationen kannten, zu unterschiedlichen Entscheidungen gekommen sind
- Hinweis darauf, dass es keinen inhaltlichen oder terminlichen Druck gibt
- Hinweis auf Patientenrichtlinien bzw. -leitlinien oder spezifische weiterführende Information
- Entscheidungshilfen (sofern validierte Hilfestellungen für die individuelle Entscheidung zur Verfügung stehen)

- Hinweis auf Datenschutz bzw. Datennutzung oder Einverständniserklärung zur Datenweitergabe
- Selbstuntersuchung
- Hinweis auf Symptombefreiheit (d.h. Symptome sollen und werden unabhängig von der Anspruchsberechtigung auf die Früherkennungsuntersuchung abgeklärt)
- Eigenverantwortung (jede Person ist selber dafür verantwortlich, auf sich zu achten und Entscheidungen für oder gegen präventive Maßnahmen zu ergreifen. Das Wissen um das eigene Risiko über Wirksamkeit, Nutzen, Risiken und Grenzen von Methoden und Folgen – auch bei Nichtinanspruchnahme – sind Grundlage, Eigenverantwortung zu übernehmen.)
- Risikogruppen
- Impressum/Quellenangabe/Stand der Information
- Finanzierung

Diese ‚Checkliste‘ kann als Grundlage für die Information von potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Früherkennungsuntersuchungen verwendet werden und wird/oder wird in einem weiteren Schritt in einen ‚Kriterienkatalog‘ überführt werden. Dieser Kriterienkatalog dient dann zur Überprüfung und Bewertung von Informationsmaterialien.

Unterziel 2: Verbesserung der Teilnehmeraten an den im Nutzen belegten Screeningprogrammen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) schätzt seit Jahren im Auftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung die Akzeptanz der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf Basis von Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Abrechnungsergebnisse beziehen sich auf die Auszählung von niedergelassenen Ärzten in einem Berichtsjahr zur Abrechnung gebrachten spezifischen Untersuchungsleistungen, die vom ZI in ein Verhältnis zur Zahl der anspruchsberechtigten Versicherten gesetzt werden.

Mit dem Mammographie-Screening werden neue Wege der Akzeptanzüberprüfung beschritten. Die Einrichtung der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening wurde mit Beschluss des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (heute Gemeinsamer Bundesausschuss) vom 15.12.2003 beauftragt ein bevölkerungsbezogenes, qualitätsgesichertes Mammographie-Screening-Programm für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in Deutschland umzusetzen (Bundesanzeiger Nr. 1 (S2) 3.1.2004 Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über eine Änderung der Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, in der Fassung vom 18.02.2010). Anspruchsberechtigt auf Leistung sind 10.4 Millionen Frauen in Deutschland im Abstand von zwei Jahren (Statistisches Bundesamt 2007). Im Rahmen des Screeningprogramms werden die Teilnehmeraten ermittelt und z. B. im Evaluationsbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie veröffentlicht (www.mammo-programm.de).

Die Akzeptanz, Sichtweisen und ersten Erfahrungen von Frauen in Deutschland mit dem populationsbezogenen qualitätsgesicherten Mammographie-Screeningprogramm werden in dem

vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt „Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings - Barrieren und erste Erfahrungen mit dem qualitätsgesicherten Screening“ der Women’s Health Coalition e.V und der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. untersucht. (I. Nass-Griegoleit, H. Schulte Sachbericht: Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings-Barrieren und erste Erfahrungen mit dem qualitätsgesicherten Screening. Bundesministerium für Gesundheit, vorgelegt 20.1.2009)

Dieses Projekt ist als repräsentative Befragungsstudie von Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahren angelegt, mit dem Ziel, in 10 Bundesländern die motivationalen Bedingungen für die (Nicht-) Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings in Deutschland zu erfahren. Erhoben wurde: die Einstellungen von Frauen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, das Vorsorgeverhalten von Frauen, der Kenntnisstand und der Informationsbedarf zur Früherkennung von Brustkrebs, die Gründe für eine Nichtinanspruchnahme, Motivationen für eine Teilnahme und die ersten Erfahrungen der Teilnehmerinnen am Mammographie-Screening.

Die für die generelle Akzeptanzüberprüfung relevanten Leistungen, die in der Regel einmal pro Jahr bzw. alle zwei Jahre beim Versicherten abgerechnet werden können (Ausnahme: Früherkennungs-Koloskopie) abgerechnet werden können, sind:

01730: Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau

01731: Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

01733: Zytologische Untersuchung gem. KFU (Zervix)

01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl

01741: Koloskopischer Komplex (Früherkennungs-Koloskopie)

01745/01746: Hautkrebs-Screening (seit 1.7.2008)

01750-01757: Mammographie-Screening

Über zusätzliche Auswertungen schätzt das ZI altersspezifische Beteiligungsdaten.

Für die Berechnung der altersspezifischen Beteiligungsdaten zu den Früherkennungsuntersuchungen werden folgende Datenquellen verwendet:

- Abrechnungsbezogene Statistiken der KVen und zusätzliche Auswertungen der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- KM 6 Mitgliederstatistik der gesetzlichen Krankenkassen, die jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird und stichtagsbezogen (1. Juli eines jeweiligen Jahres) die Zahl der gesetzlich krankenversicherten Personen nach Kassenart, Geschlecht, Alter und Versichertenstatus nach regionalen Gesichtspunkten (Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigungen) ausweist. Versicherte der sonstigen Kostenträger (z.B. Postbeamte, Bundesbahnbeamte, Angehörige der Polizei etc.) sind hier ausgeschlossen
- Auswertungen von Dokumentationen zur Früherkennungs-Koloskopie in Deutschland für die Jahre 2003 bis 2007

Die zusätzlichen Auswertungen von Daten einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen werden ausschließlich zur Generierung von Gewichtsfaktoren zur Schätzung der bundesweiten Beteiligungen der Versicherten nach Alter und Geschlecht verwendet.

Hierbei werden die Abrechnungssummen für die entsprechenden Gebührensätze innerhalb von 5-Jahresaltersgruppen addiert und getrennt nach Geschlecht auf die Zahl aller abgerechneter Leistungen bezogen.

Die auf diese Weise geschätzten Teilnahmeraten sind im Sinne eines querschnittlichen Verfahrens beschränkt auf die Teilnahme innerhalb eines Bezugsjahres. Aussagen zur wiederholten Teilnahme innerhalb eines mehrjährigen Zeitintervalls sind ebenso wenig zu generieren wie Aussagen zum Erreichungsgrad einer Versichertenpopulation innerhalb eines beliebigen Zeitraums.

Eine gesonderte Berechnung erfolgt für die Früherkennungs-Koloskopie. Hierbei werden aus den bundesweit übermittelten Befunddokumentationen zu den Untersuchungen die entsprechenden alters- und geschlechtsspezifischen Gewichtungsfaktoren ermittelt. Zudem werden die Abrechnungsfrequenzen mehrerer Jahre addiert und unter Berücksichtigung der erwarteten Sterbefälle die Zahl der Versicherten, die im jeweiligen Bezugsjahr noch als koloskopierte und überlebend gelten, geschätzt.

Im Ergebnis wird derart eine kumulierte Teilnahmerate unter Berücksichtigung der im mehrjährigen Beobachtungszeitraum erwarteten Sterbefälle ermittelt.

Insgesamt handelt es sich bei den Akzeptanzberechnungen des ZI lediglich um Schätzungen, die sich - mit Ausnahme der Kalkulation von Teilnahmeraten zur Koloskopie - nur auf die durchschnittliche Beteiligung eines Berichtsjahres beziehen. Da diese Maßnahme maximal im 10-Jahresintervall einmal wiederholt werden kann, lassen sich derzeit allein zur Früherkennungs-Koloskopie kumulative Schätzungen zur Inanspruchnahme berechnen.

Die Validität der durchschnittlichen Schätzung für die übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist über zusätzliche Analysen von pseudonymisierten Abrechnungsdaten zur Früherkennung des Zervixkarzinoms jüngst validiert worden und hat sich als hinreichend robust erwiesen. Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass die (mindestens einmalige) Beteiligung der Bevölkerung über einen dreijährigen Zeitraum an dieser Früherkennungsmaßnahme mit einer allein durchschnittlichen Betrachtung deutlich unterschätzt wird.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

- Es ist somit nicht möglich, mit den üblicherweise vorliegenden Daten auszuweisen, wie viele Patienten sich mindestens einmal innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls, das länger als ein Jahr ist, an einer Früherkennungsuntersuchung beteiligt haben.
- Zudem schließen die häufig in der öffentlichen Diskussion stehenden, da eher niedrig anmutenden Gesamt-Teilnahmeraten die gesamte versicherungsrechtlich berechnete Bevölkerung mit ein. So sind mehr als 6,5 Mio. Menschen gesetzlich Versicherter älter als 74 Jahre. Nur ein kleiner Teil von ihnen dürfte von den in Deutschland zugelassenen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen im Sinne einer verlängerten Lebenserwartung profitieren. Dies dürfte auch das ärztliche Angebot einer Früherkennungsuntersuchung für diese Versichertengruppe beeinflussen.
- Überdies stehen die Ein-Jahres-Beteiligungsraten vor dem Problem, dass sie sich stets auf alle Versicherte beziehen, unabhängig davon, ob ein Patient aufgrund einer bestimmten Erkrankung als Kandidat für ein Screening ausscheidet. Die Zahl der Versicherten, die beispielsweise aufgrund anderer Erkrankungen nicht für ein Screening als Zielpopulation

(Nenner der entsprechenden Teilnahmerate) in Frage kommen, ist gerade bei Personen im höheren Alter erheblich.

- Aus den Abrechnungsstatistiken allein sind schließlich keine Zusatzinformationen zur sozialen Zusammensetzung der Versicherten zu entnehmen, die für weitere Differenzierungen der Population von Bedeutung sind. Insbesondere ist nicht zu erkennen, in welchem Umfang bestimmte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Migranten, Personen mit kurzer Schulbildung) von den Früherkennungsuntersuchungen erreicht werden.

Bedenkt man, dass vermutlich allein im Jahre 2007 über 18,3 Mio. Versicherte von der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung erreicht worden sind, die sozialen und motivationalen Bedingungen der (Nicht-)Akzeptanz der Versicherten gegenüber diesem Präventionsangebot aber völlig im Dunkeln bleiben, ist zusätzlicher Forschungsbedarf anzumelden.

Fazit: *Es ist unbekannt, inwieweit die Teilnahme oder die Nichtteilnahme auf einer informierten Entscheidung beruht.*

2.3 Was sind die Gründe / Barrieren für eine unzureichende Zielerreichung?

Barrieren für die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, definiert als Faktoren, die mit der Nichtteilnahme bzw. mit unregelmäßiger Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) assoziiert sind, können spezifisch für das jeweilige Verfahren sein, das für die Früherkennung genutzt wird. Sie können sich ferner auf den Anspruchsberechtigten oder den Anbieter (in Deutschland: Ärzte) beziehen.

In der internationalen Literatur ist eine Vielzahl von Faktoren zur Assoziation mit der Inanspruchnahme untersucht worden. Ein umfangreicher HTA-Bericht aus Großbritannien (Jepson et al. 2000), der überwiegend auf Studien amerikanischer Herkunft basiert, analysiert systematisch und verfahrensbezogen Determinanten der Inanspruchnahme. Die Mehrzahl der Studien befasst sich mit Einflussfaktoren für die Teilnahme am Mammographie-Screening.

Für das **Mammographie-Screening** gilt, dass eine vorherige Teilnahme am Screening, die Absicht, daran teilzunehmen sowie eine Empfehlung von einem Arzt mit einer höheren Inanspruchnahme verbunden sind (Blackwell et al. 2008, Jepson et al. 2000, Schueler et al. 2008). Dagegen haben Alter, Bildung, Einkommen, Wissen, Rauchverhalten, das wahrgenommene eigene Erkrankungsrisiko, die eingeschätzte Wirksamkeit des Screenings, Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose, soziale Unterstützung und ernsthafte Vorerkrankungen keinen Einfluss auf die Teilnahme. Die Rolle der Ethnizität und die Zahl der Arztbesuche wird unterschiedlich eingeschätzt (Jepson et al. 2000, Schueler et al. 2008).

Determinanten zur Teilnahme am **Zervixkarzinom-Screening** werden deutlich seltener untersucht als Faktoren zur Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings. Die Mehrheit der Studien findet keine Assoziation zwischen früherer Teilnahme, Bildung, Familienstand und der Inanspruchnahme. Beim Alter liegen diskrepante Ergebnisse vor, sowohl ältere als auch jüngere Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Inanspruchnahme. In einer aktuellen Übersichtsarbeit (Cohen et al. 2008) wurde Adipositas als Prädiktor für die Nichtinanspruchnahme identifiziert.

Für die Teilnahme am **Screening auf Darmkrebs** mittels FOBT waren Alter (Ältere wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme auf), die frühere Inanspruchnahme und die vorhandene

Alltagsaktivität ausschlaggebend. Geschlecht, Bildung und das wahrgenommene eigene Erkrankungsrisiko zeigten jedoch keinen Zusammenhang mit der Teilnahme (Jepson et al. 2000). Ein aktueller Review bestätigt die Assoziation von höherem Lebensalter mit der Inanspruchnahme von FOBT bzw. Endoskopie (Beydoun et al. 2008). Außerdem werden im Gegensatz zu Jepson et al. (2000) weitere Prädiktoren für die Teilnahme/Nichtteilnahme am FOBT bzw. an der Endoskopie berichtet: männliches Geschlecht, Verheiratetsein, höhere Bildung, höheres Einkommen, Ethnizität, Raucheranamnese, chronische Erkrankungen, positive Familienanamnese für Darmkrebs, Arztempfehlung, Nutzung weiterer präventiver Gesundheitsmaßnahmen und psychosoziale Faktoren basierend auf dem Health Belief Model. Eine deutsche Untersuchung nennt als Einflussfaktoren für die Teilnahme die ärztliche Empfehlung und die Teilnahme am Gesundheits-Check-up (Sieverding et al. 2008). Eine italienische Studie weist auf Zeitmangel und lange Anfahrtswege zum Arzt als wesentliche Gründe für die Nichtteilnahme am Darmkrebscreening (FOBT) hin (Giorgi et al. 2005).

Als Einflussfaktoren für die Teilnahme am **Prostatakrebs-Screening** identifizieren internationale Studien Ethnizität und Bildung, während Alter und Einkommen nicht mit der Inanspruchnahme assoziiert sind (Jepson et al. 2000).

Zusammenfassend können aus der internationalen Literatur als Barrieren auf Seiten der anspruchsberechtigten Bevölkerung neben Wissensdefiziten, soziodemographischen, ethnischen, ökonomischen und psychosozialen Faktoren auch zeitliche, geographische und medizinische Hindernisse für die Inanspruchnahme identifiziert werden.

Nach einer Übersicht zu soziodemographischen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme für Deutschland (Scheffer et al. 2006) ist das Geschlecht der stärkste Prädiktor für eine Teilnahme: Frauen nehmen mehr als doppelt so häufig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil als Männer. Beim Alter wird deutlich, dass die Inanspruchnahme bei Männern mit zunehmendem Alter steigt, während sich bei Frauen eher der gegenläufige Effekt abzeichnet. Der Faktor Bildung beeinflusst das Teilnahmeverhalten ebenfalls. Während bei Frauen mit höherer Bildung eine häufigere Inanspruchnahme vorliegt, ist diese bei Männern tendenziell mit einer niedrigeren Beteiligung assoziiert. Insgesamt findet sich bei Frauen ein starker, bei Männern ein deutlich schwächerer Zusammenhang der Inanspruchnahme mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Der geringe Einfluss sozioökonomischer Variablen bestätigt sich in einer Befragung zur Inanspruchnahme der Prostatakarzinom-Früherkennungsuntersuchung (Sieverding et al. 2008). Diese Studie weist wiederum als wichtigsten Prädiktor der Teilnahme am Prostatakrebs-Screening die Arztempfehlung und die Teilnahme an einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nach.

Eine telefonische Befragung 2002 in NRW (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) zur Früherkennung hat gezeigt, dass wesentliche Hindernisse für die regelmäßige Teilnahme in persönlicher Nachlässigkeit („Ich konnte mich nicht aufraffen“) und Wissensdefiziten („Ich wusste nichts von diesen Untersuchungen“) liegen. Auch eine bayerische Befragung zum Kenntnisstand präventiver Untersuchungen bei Darmkrebs ergab Wissenslücken (Loss et al. 2005).

Eine aktuellere Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK deckt ebenfalls Wissensdefizite hinsichtlich der kostenfreien Inanspruchnahme auf. Etwa ein Drittel der Versicherten befürwortet Aussagen zu fehlendem Nutzen („Auch durch die Teilnahme an Früherkennungen wird der Krebs meist nicht früh genug erkannt.“ „Bei vielen Früherkennungsuntersuchungen ist der Nutzen nicht klar und eindeutig.“), so dass hier ein Aufklärungsbedarf deutlich wird. Die Nichtteilnahme wird in erster Linie damit begründet, sich gesund zu fühlen, was auf ein mangelndes

Verständnis in Bezug auf das Ziel und das Prinzip von Früherkennungsuntersuchungen hinweist.

Aktuelle Ergebnisse zur Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings liegen aus dem BMG geförderten Projekt der Women's Health Coalition e.V und der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. vor. Die Analyse der ersten Erfahrungen von Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen am qualifizierten Mammographie-Screening-Programm erlauben eine differenzierte Betrachtung der Barrieren für eine Inanspruchnahme der Leistungen. Die Mehrzahl der anspruchsberechtigten Frauen hatten bereits Mammographie-Vorerfahrungen. Das populationsbezogene Einladungssystem erreichte insbesondere gesetzlich Krankenversicherte. Nichtteilnehmerinnen wiesen einen höheren Bildungsgrad, ein höheres Haushalts-Nettoeinkommen auf, lebten häufiger im städtischen Raum und waren doppelt so häufig privat versichert. Hinsichtlich Alter und Berufsstand zeigte sich zwischen Nichtteilnehmerinnen und Teilnehmerinnen kein Unterschied. Informationsdefizite bestehen einerseits auf Seite des speziellen Wissens zur Erkrankung (u.a. ist der Zusammenhang zwischen Alter und Brustkrebs nicht bekannt), andererseits konnten Aspekte identifiziert werden, die die Frauen selbst adressierten mit dem Wunsch nach mehr Information und Transparenz (u.a. Umgang mit erhobenen persönlichen Daten).

Für weitere Faktoren der Inanspruchnahme in Deutschland liegen derzeit nur unzureichende Daten vor (z.B. Rückinger S, von Kries R, Pauli S, Munte A, Mielck A (2008), demzufolge die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen in Regionen mit niedrigerem Haushaltseinkommen seltener in Anspruch genommen wird). Insbesondere aufgrund der begrenzten Übertragbarkeit von Studienergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum auf das deutsche Gesundheitswesen (Praxisgebühr, GKV-Leistungen, Bonusprogramme) und die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung in Deutschland sind deutsche Untersuchungen zur Identifikation von Barrieren der Inanspruchnahme erforderlich, deren Kenntnis wiederum die Grundlage für spezifische Interventionen zur Steigerung der informierten Teilnahme darstellt.

Die Gründe für eine ggf. unzureichende Zielerreichung sind, wie auch der Grad der Zielerreichung (s. 2.2.) unbekannt. Hier besteht Forschungsbedarf, um Barrieren wissenschaftlich zu identifizieren.

Intuitiv werden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe folgende Barrieren genannt:

Barrieren auf Seiten der Bevölkerung:

- fehlende Orientierung im Dschungel der Gesundheitsangebote und Nutzenbewertung
- fehlende Hilfen zur Einordnung und Meinungsbildung (u.a. Risikobewertung)
- fehlende Ansprache der Zielgruppe unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen und sozialen Kontextes
- keine Berücksichtigung von gender mainstreaming
- Abwehrhaltung gegenüber Neuem (Implementierung)
- Ängste, Stigmatisierung, sozialer Druck, psychische Belastung von Früherkennungsuntersuchungen
- falsch-positive Befunde
- falsch-negative Befunde
- unerfüllte Erwartungen („Vorsorge = verhindern zu erkranken“)
- Chancenungleichheit (Equity, soziale Stellung, Migrant*innen etc.)
- Fehleinschätzung des eigenen Risikos
- Zeitprobleme

Barrieren auf Seiten der Ärzteschaft:

- Einstellungen/Bewertungen von Ärzten zur ärztlichen Präventionsverantwortung bei primär kurativer Ausrichtung von Studium, Fort- und Weiterbildung
- unklare Kommunikation im Rahmen neuer interdisziplinärer und sektorübergreifender Arbeitsformen (Koordination, Aufgaben der Betreuung und Begleitung)
- Überforderung der Ärzte wegen der Vielzahl der Angebote
- Unkenntnis des Nutzen/des Risikos
- Abwehrhaltung gegenüber Veränderungen/Neuem

Barrieren auf Seiten der Einwohnermeldeämter/zentralen Stellen/ Screening-Einheiten/Referenzzentren im Mammographie-Screening

- ungleiche und nicht zeitgerechte Verbreitung von Einladungen zur Teilnahme (Mammographie-Screening)
- Einladung = Vorladung/Bevormundung, fehlende Transparenz in der Außendarstellung (Medienwirksamkeit, mangelndes Feedback)
- fehlendes anerkanntes QM-System
- Kommunikationsbarrieren mit der Bevölkerung
- Terminvergaben, Ansprechpartner, Hotline, organisatorische Barrieren
- Kommunikationsbarrieren mit Hausärzten und Gynäkologen
- Kommunikationsbarrieren mit nichtärztlichen beteiligten Personen

Barrieren auf Seiten anderer beteiligter Akteure:

- fehlendes Gefühl der Mitverantwortung

Defizite der Krebsfrüherkennungsinformation:

- fehlende Kontinuität
- fehlende Gesundheitsaufklärung in den Schulen
- fehlende Berücksichtigung der Heterogenität der Bevölkerung (Alter, Geschlecht, Bildung, Vorwissen, Risikowahrnehmung und -bewertung, soziokultureller Hintergrund)
- fehlenden Vernetzung unterschiedlicher Maßnahmen (PR, Präventionspass, Arzt-Patienten-Kommunikation, Internet, betriebliche Gesundheitsförderung)
- fehlende Qualitätssicherung der Inhalte
- fehlende Koordination der Maßnahmen
- fehlende Evaluation der Maßnahmen
- fehlende öffentliche Berichterstattung der KFU-Ergebnisse

Fazit:

- Es fehlt eine kontinuierliche Dokumentation der Teilnahme für die Bürger (z. B. Präventionspass, Monitoring im Rahmen eines organisierten Screeningprogramms)
- Es fehlt eine kontinuierliche Erinnerung der Bürger (z. B. jährliches Anschreiben der Krankenkassen, Informationsangebote/Einladungsverfahren o.ä.)
- Die Informationsangebote/Einladungsverfahren sind uneinheitlich:
 - unterschiedliche Anbieter
 - unterschiedliche Glaubwürdigkeit der Anbieter
 - unterschiedlicher Kenntnisstand der Leistungserbringer
 - unterschiedlich stark zur Teilnahme motivierende Intention
 - hinsichtlich Arzt und Qualität
- Die persönliche Beratung durch den Arzt hat Schwachstellen:
 - unterschiedlicher Kenntnisstand der Leistungserbringer
 - keine standardisierten, qualitätsgesicherten Beratungsinhalte
 - die Leistungserbringer sind als Anbieter von IgeL befangen
 - unangemessene Vergütung des Beratungsgesprächs im Vergleich zu eher technischen Verfahren
- Die Information zu den Früherkennungsuntersuchungen sind zu stark segmentiert und stimmen in wichtigen Punkten nicht überein. So gibt es beispielsweise unterschiedliche Angaben zu der häufigsten bösartigen Tumorerkrankung

3. Entwicklung von Maßnahmen

Es sind auch Faktoren identifiziert, welche die Zielerreichung begünstigen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Sofern eine vergleichende Analyse der empirischen Literatur zu Verfahren zur Steigerung der Inanspruchnahme möglich ist, lassen sich die Ergebnisse mit den Worten des HTA-Berichtes („Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen“) von Walter (2006) beschreiben:

„Wirksam sind Verfahren, die

- sich an Patienten oder die Allgemeinbevölkerung als Einzelperson oder Nutzer sowie an Ärzte und andere Leistungserbringer richten,
- den Zugang zu einer Zielpopulation bahnen (z. B. Einladungsschreiben),
- die Implementierung der Krankheitsfrüherkennung in der Versorgungspraxis (z. B. durch Praxismanagement) oder
- Datenbestände (z. B. eines Einwohnermelderegisters, Arztpraxis) nutzen.

Bezogen auf einzelne Verfahren sind Einladungen (Vorzugsweise mit Terminvorgabe) und Erinnerungssysteme jeglicher Art für Nutzer und Leistungserbringer sowie Empfehlungen von Professionellen wirksam. Während ökonomische Anreize bei Nutzern widersprüchliche Ergebnisse zeigen, steigert der Abbau finanzieller Hürden bei Nutzern effektiv die Teilnahme. Edukative Verfahren sind begrenzt wirksam.“ (Walter 2006) Es muss noch geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen mit diesen Verfahren eine informierte Entscheidungsfindung ermöglicht wird.

Ein weiterer Grund ist in der noch nicht ausreichenden Berücksichtigung der Leistungserbringer zu sehen.

„Offenbar wird das Potential der Angehörigen der Gesundheitsberufe, gesundheitsfördernde Maßnahmen anlässlich der Untersuchung oder Beratung der Patienten zu ergreifen, nicht voll genutzt. Die systematische Integration der Gesundheitsförderung in die tägliche Arbeit der Angehörigen der Gesundheitsberufe soll sich auf bereits durchgeführte Arbeiten stützen und die Verbände und Organisationen, welche die Gesundheitsberufe auf europäischer Ebene vertreten, eng verbinden. Besonderes Augenmerk ist darauf zu richten, dass die Gesundheitsförderung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Angehörigen der Gesundheitsberufe einbezogen wird.“(Europäische Kommission 2001)

Auch das Eurobarometer 58.0 „European Union citizens and sources of information about health“ (The European Opinion Research Group [EORG] 2003) zeigt, dass die Hauptinformationsquelle für gesundheitsrelevante Themen bei der Bevölkerung der EU die Gesundheits-Experten wie Ärzte, Apotheker etc. sind (45,3 %). Das Fernsehen steht mit 20 % an zweiter Stelle. Nach anderen Informationsquellen zum Thema Gesundheit gefragt, nannten 28,9 % das Gespräch mit Familie, Freunden und Kollegen.

Ein weiterer Weg zum Ziel kann über das berufliche Umfeld führen. Die Integration der Krebsfrüherkennung in die betriebliche Gesundheitsförderung verspricht großes Potential auch im Hinblick auf die Evaluation. Hierzu ist eine Einbindung der Krebsfrüherkennung in den Bereich der Arbeitsmedizin notwendig.

Umfangreicher Forschungs- und Handlungsbedarf ist identifiziert. Die Arbeitsgruppe hält eine wissenschaftliche Herangehensweise für notwendig. So wird eine Doppelstrategie empfohlen, die einerseits die notwendige wissenschaftliche Grundlagenforschung zu Inanspruchnahme und Information als auch andererseits die koordinierte Durchführung und Evaluation von praktischen Maßnahmen zur Förderung empirischer Ergebnisse unterstützt.

Planung der weiteren kommunikativen Maßnahmen (Informationsangebote), welche koordiniert, evaluiert und in geplanten Qualitätssicherungszyklen weiterentwickelt werden. Folgende Maßnahmen werden vorgeschlagen:

1. Gründung eines Verbundes zur Verbesserung der Informationsangebote zu Krebsfrüherkennungsinformationen
 - Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung eines Kriterienkatalogs für die Information zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (auf der Basis einer Checkliste)
 - Inhaltliche Gestaltung der spezifischen Informationsangebote
 - Darstellung eines glaubwürdigen, wissenschaftlichen, unabhängigen von Bevölkerung und Ärzteschaft akzeptierten Informationsanbieters
 - Koordination der Informationsangebote
 - Evaluation der Maßnahmen
 - Koordination der Forschung (z.B. Formulierung einer Roadmap)
 - Identifikation von weiterem Forschungsbedarf
 - Überarbeitung/Entwicklung vorhandener Qualitätskriterien (siehe Anlage)
 - Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Ziel 11 im Handlungsfeld 4 des Nationalen Krebsplans
2. Die aktuellen Maßnahmen der Krankenkassen sollen wissenschaftlich begleitet werden :
 - jährliche Ansprache durch die Krankenkassen für die maßgeblichen Untersuchungen
 - Präventionspass

Die jährliche Ansprache kann z. B. mittels Mitglieder magazin oder durch ein Einladungsschreibens erfolgen, welches den Empfänger spezifisch auf die Untersuchungen anspricht, auf welche dieser im Kalenderjahr Anspruch hat.
3. Es besteht Erkenntnisbedarf zu den Rahmenbedingungen für die Durchführung einer persönlichen Beratung in der ärztlichen Praxis durch den Arzt oder die Arzthelferin/spezialisierte Pflegenden, nichtärztliches Personal (z.B. RTAs). Diese Beratung soll Qualitätskriterien entsprechen. Dies soll durch folgende Maßnahmen erfolgen:
 - Fortbildung der Ärzte und Arzthelferinnen/Erstellung von Curricula/Erstellung von Materialien

- Klärung des Umfangs der zu behandelnden Fragestellungen/ z.B. Entwicklung eines standardisierten Beratungsflussdiagramms wie es ansatzweise von der KV Bayern für die Koloskopie verwendet wird
 - Integration von Ärzten, welche den Beratenen keine IGeL anbieten können. So kann zum Beispiel die Beratung zu den gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von Beschäftigten durch Betriebs- und Werksärzte und von Eltern durch Kinderärzte frei von Interessenskonflikten durchgeführt werden.
4. Förderung und wissenschaftliche Begleitung von Aktivitäten zur Steigerung der informierten Inanspruchnahme, die z. B. durch folgende Organisationen durchgeführt werden:
 - Nicht-Regierungsorganisationen
 - Betriebe
 - Volkshochschulen, Gewerkschaften, Sportvereine, Schulen, Krebselbsthilfeorganisationen...
 5. Kommunikative Maßnahmen via Medien (zur Komplettierung des ‚Marketing-Mixes‘)
 - mediale Aufklärung der Öffentlichkeit (z. B. Plakatkampagne, TV-/Kino-Spots)
 - Presse-/Öffentlichkeitsarbeit
 - eigene Medien (z.B. BMG Website etc.)
 6. Förderung der Peer-Kommunikation (Mund-zu-Mund-Information)

Wissenschaftliche Fragestellungen

- Was ist eine informierte Entscheidung? Wie lässt sich eine informierte Entscheidung messen?
-> Analyse/Festlegung der konstitutiven Merkmale einer informierten Entscheidung
- Wie wird eine informierte Entscheidung bewirkt?
-> Analyse der Ursachen und Maßnahmen, die zu einer informierten Entscheidung führen (Information, Beratungsgespräch oder Einladung? Welche Kombination von Maßnahmen führt zu einer informierten Entscheidung?)
- Welche Auswirkung hinsichtlich einer informierten Entscheidung haben Information, Kontext, Medium etc.?
-> Grundsätzliche Fragen der Beratungs- und Informationswirkung werden in Sonderstudien behandelt
- Welche Ergebnisse sind bereits bekannt?
-> Durchführung einer Metaanalyse zur Steigerung der informierten Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen
- Welche Präferenzen haben die Anspruchsberechtigten in Bezug auf Inhalt und Umfang der Beratung?

4. Priorisierung / Empfehlung der Maßnahmen

Aufgrund der Komplexität des Ziels und der notwendigen Verzahnung der Maßnahmen sind sowohl die in diesem Papier entwickelten Maßnahmen (Kapitel 3) als auch der identifizierte Forschungsbedarf (Kapitel 6) von höchster Priorität. Die von der AG empfohlenen Maßnahmen sind dem folgenden Kapitel 5 zu entnehmen.

5. Verabschiedung von Umsetzungsempfehlungen

1. Politische Willenserklärung, die informierte **selbstverantwortliche** Entscheidungsfindung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu fördern **und im GKV Früherkennungsprogramm zu verankern**.
2. Förderung der wissenschaftlichen Forschung auf den in diesem Ziele-Papier skizzierten Gebieten (Informationswirkung, Prozesse der informierten Entscheidung)
3. Unter Berücksichtigung bereits bestehender Strukturen Entwicklung eines Konzeptes für einen Verbund zur Verbesserung evidenzbasierter Informationen. Im Sinne von Einheitlichkeit und Wirtschaftlichkeit sowie zur Vermeidung von Doppelstrukturen werden vorhandene Institutionen, wie z.B. die BZgA, das ÄZQ, das IQWiG, der KID mit berücksichtigt. Dieser Verbund hätte folgende Aufgaben:
 - Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung eines Kriterienkatalogs (auf der Basis der bereits entwickelten "Checkliste" – vergl. S. 11 f) für die (schriftliche, mündliche und ggf. multimediale) Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf der Grundlage der von der AG entwickelten Checkliste (siehe Seite 11)
 - Inhaltliche Gestaltung von spezifischen Informationsangeboten
 - Informationsangeboten (ebenfalls auf der Basis der o.g. "Checkliste")
 - Koordination der Informationsangebote
 - Evaluation der Maßnahmen (s. Kapitel 3)
 - Koordination der Forschung (z. B. Formulierung einer Roadmap)
 - Identifikation von weiterem Forschungsbedarf
 - Überarbeitung/Entwicklung vorhandener Qualitätskriterien (s. Anlage)
 - Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Ziel 11 im Handlungsfeld 4 des Nationalen Krebsplans
4. Es soll geprüft werden, welche Maßnahmen der Kostenträger (z. B. jährliche Ansprache gemäß § 62 SGB V, Präventionspass) am effektivsten sind hinsichtlich einer informierten Entscheidungsfindung und Teilnahmesteigerung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es auch Ziel des Nationalen Krebsplans ist, die Früherkennung auf Zervixkarzinom und Darmkrebs in organisierte Früherkennungsprogramme umzuwandeln. Ein zentraler Bestandteil organisierter Früherkennungsprogramme ist ein Aufforderungs-/Einladungsverfahren. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sollte geprüft werden, ob unter diesen geänderten Voraussetzungen die Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen noch erforderlich sind.
5. In Ergänzung zu schriftlichen evidenzbasierten Informationen kann eine persönliche Beratung erforderlich sein:

- Die Voraussetzungen für die Durchführung einer persönlichen Beratung in der ärztlichen Praxis durch den Arzt oder die Arzthelferin/spezialisierte Pflegende, nichtärztliches Personal (z. B. RTAs) sollen geprüft werden.
 - Für die Beratung sollen Qualitätskriterien erstellt werden.
 - Es soll eine Fortbildung für Ärzte und Arzthelferinnen entwickelt werden (Erstellung Curricula/Erstellung von Materialien).
6. Förderung und wissenschaftliche Begleitung von Aktivitäten zur Steigerung der informierten Inanspruchnahme, die z. B. durch folgende Organisationen durchgeführt werden:
- Nicht-Regierungsorganisationen
 - Betriebe
 - Volkshochschulen, Gewerkschaften, Sportvereine, Schulen, Krebselbsthilfeorganisationen
7. Entwicklung von Konzepten für kommunikative Maßnahmen via Medien, die eine informierte Entscheidungsfindung unterstützen:
- Mediale Aufklärung der Öffentlichkeit (z. B. Plakatkampagne, TV-/Kino-Spots)
 - Presse-Öffentlichkeitsarbeit
 - Eigene Medien (z.B. BMG Website etc.)
8. Erstellung von Konzepten zur Förderung der Peer-Kommunikation (Mund-zu-Mund-Information)

6. Forschungsbedarf

Die im Folgenden dargestellten 6 Phasen des Forschungsprogramms werden teilweise parallel zur Beantwortung der folgenden Fragestellungen bearbeitet:

- Was ist eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?
- Wie lässt sich eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen messen?
- Wie wird eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bewirkt?

1. Analyse/Festlegung der konstitutiven Merkmale einer informierten Entscheidung

Fragestellung: Was ist eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?/Wie lässt sich eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen messen?

Methoden: Begriffsanalyse, Funktionsanalyse, Explikation, juristische Definition sowie sozialwissenschaftliche und psychologische Studien etc., z. B. in Form eines interdisziplinären Forschungsverbundes

Sowie Planung der anderen Phasen

2. Literaturrecherche; bei internationaler Literatur gilt möglicherweise eine eingeschränkte Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse

3. Entwicklung und kontinuierliche Aktualisierung eines "**Body-of-Knowledge for Cancer Screening (BoKS)**"

Ein ‚Body-of-Knowledge for Cancer Screening‘ stellt relevante Informationen über die Früherkennungsuntersuchungen sowie Informations- und Entscheidungsprozesse der Bürger auf der Basis höchster verfügbarer Evidenz zusammen, wird kontinuierlich aktualisiert, identifiziert weiteren zukünftigen Forschungsbedarf und kann allen Interventionen als wissenschaftliche Grundlage dienen. Hier ist die Gründung eines Netzwerks zur Krebsfrüherkennungsinformation zielführend. Mögliche Grundlage des BoKS sind die Ergebnisse des vom BMG geförderten Projekts "Erarbeitung einer Konzeption zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V" (BzGA, MHH).

Eine weitere Bearbeitung ist jedoch notwendig (Information zu Entscheidungsprozessen, Information zu unterschiedlichen Ergebnissen der Früherkennungsuntersuchung etc.).

4. Planung von Interventionen und deren Evaluation

Skizze der Maßnahmen:

- Curricula für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten
- Curricula o.ä. zur Bildung/Motivation von Multiplikatoren (medizinische Fachangestellte, nicht-medizinische Multiplikatoren [z.B. Lehrer, Trainer und ggf. auch Berufe aus Bereichen wie Kosmetik oder Wellness], Mitbürger [z.B. Erwachsenenbildung/VHS-Kurse], andere Institutionen)
- Präventionspass
- jährlich Ansprache der Krankenkassen zu Beginn eines Kalenderjahres auf die in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen
- Entscheidungshilfen (decision-aids)
- Kampagne (z.B. Plakate, Anzeigen)
- Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Pressekonferenzen, Veranstaltungen)
- eigene Medien (z.B. Broschüren, Newsletter, Webseiten)
- Katalyse der Peer-Kommunikation (dem Gespräch mit Familie und Freunden)

5. Durchführung von Interventionen (einzeln und in unterschiedlichen Kombinationen)

6. Evaluation

Die Evaluation der Interventionen hat mit unterschiedlichen Methoden zu erfolgen. Bevölkerungsbefragungen zur Feststellung des Wissenstandes der Bevölkerung sind vor und nach Durchführung der Interventionen notwendig. Um notwendige Kenntnisse über die "Wirkungsweite" oder "Durchdringungstiefe" in Sinne der unten angeführten Bereiche zu erlangen, sind weitere

25

Methoden notwendig. Diese umfassen weitere Befragungen sowie Fokusgruppen, qualitative und quantitative Forschung.

Die Bereiche, zu denen Daten erhoben werden, um die Fragestellung zu beantworten, sind:

- Beschreibung der Interventionen
- Distributions- und Disseminierungsgrad (Auflage, abgenommene Broschüren, Clicks)
- kognitive Ergebnisse (Information, Kenntnis von Risiken, adäquate Risikowahrnehmung, ...)
- affektive Ergebnisse (Einstellungen, Erwartungen, Zufriedenheit mit der Entscheidung, Erfahrungen, ...)
- Verhaltensänderung (behavioural outcomes: Inanspruchnahme, Verhaltensintention, Befolgen der Entscheidung, ...)
- Prozessevaluation (z.B. Kenntnisse und Verhalten von Ärztinnen/Ärzten und anderen Multiplikatoren, ...)
- gesundheitliche Ergebnisse, wie Letalität, Morbidität oder ein Veränderung der Verteilung der Stadien; Schnittstelle zum Ziele-Papier 3, ökologische Studien, Stadien spezifische Vergleiche von Inzidenzen, ...)

ökonomische Ergebnisse

Literatur

Albert U, (Hrsg). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland
1. Aktualisierung 2008, ed 1. Muenchen, Zuckschwerdt Verlag, 2008.

Albert U, Nass-Griegoleit I, Davis E, Doherty J. Der Hausarzt in der Pflicht - Früherkennung von Brustkrebs. Modellprojekt Brustgesundheit Hessen. Der Hausarzt 2002;12:38-42.

Albert U, Naß-Griegoleit I, Schulte H, Beck V, Sängler S, Alt D. Qualitätssicherung im Informationsbereich; in Albert U (ed): Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland 1. Aktualisierung 2008. München, Zuckschwerdt Verlag, 2008, pp 209-214.

Albert U, Schulz K, Alt D, Beck V, Doherty J, Holsteg K, Kalbheim E, Müller J, Nass-Griegoleit I, Nill J, Nioduschewski G, Schulte H, vonWietersheim A, Kopp I. Eine Leitlinie für Leitlinien: die methodische Entwicklung und Anwendung der Leitlinie Fraueninformation. Zentralbl Gynakol 2003;125:484-493, (AWMF Reg. Nr.: 077-002; www.awmf-leitlinien.de).

Becker N, Junkermann H. Nutzen und Risiko des Mammographie-Screenings. Dtsch Ärztebl 2008;105:131-136.

Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. Cancer Causes Control 2008;19(4):339-359.

Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Marti J, Emparanza J. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Review). The Cochrane Library 2005;1-24.

Brett J, Bankhead C, Henderson B, Watson E, Austoker J. The psychological impact of

mammographic screening. A systematic review. Psycho-Oncology 2005;14:917-938.

Brewer NT, Salz T, Lillie SE: Systematic review. the long-term effects of false-positive mammograms. Ann Intern Med 3-4-2007;146:502-510.

Brodersen J, Ghorson H, Cockburn J. The adequacy of measurement of short and long-term consequences of false-positive screening mammography. J Med Screen 2004;11:44.

Cohen SS, Palmieri RT, Nyante SJ et al. Obesity and screening for breast, cervical, and colorectal cancer in women: a review. Cancer 2008;112(9):1892-1904.

Giorgi RP, Federici A, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guasticchi G. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomised trial [ISRCTN83029072]. BMC Public Health 2005;5:139.

Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 18-10-2006;Art.No:CD001877.DOI: 101002/14651858.CD001877.pub2.

Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. Health Technol Assess 2000; 4:1-133..

Kreienberg R, Kopp I, Albert U, Bartsch H, Beckmann M, Berg D, Bick U, du Bois A, Budach W, Dunst J, Engel J, Ernst B, Geraedts M, Henschler U, Hölzel D, Jackisch C, König K, Kreipe H, Kühn T, Lebeau A, Leinung S, Link H, Lick H, Madjar H, Maiwald A, Maiwald G, Marschner N, Naß-Grigoleit I, Possinger K, Reiter A, Sauerbrei W, Schlake W, Schmutzler

R, Schreier I, Schulte H, Schulz K, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Wagner U, Weis J, Zemmler T. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. München, Zuckschwerdt Verlag, 2008.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe. Lögd, Bielefeld 2005.
http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf (2009-03-20)

Loss J, Eichhorn C, Nagel E. [Knowledge of colorectal cancer prevention in the Bavarian population above 50 years--survey in two districts]. Gesundheitswesen 2005;67(7):455-460.

Meyerrose B, Sänger S.
Mustergesundheitsaufklärung zu Früherkennungsmaßnahmen.
Qualitätsanforderungen für Informationen über Früherkennungsuntersuchungen, ed <http://www.azq.de>. Berlin, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2007.

Naß-Griegoleit I, König K, Doherty J, Albert U. Brustkrebs-Früherkennung - Ältere Frauen verstärkt zur Teilnahme an der Untersuchung motivieren. Frauenarzt 2002;43:257-260.

Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. The Breast Journal 2006;12:103-110.

Roeßiger S. Rechtzeitig erkannt - heilbar: Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert. Dresden, Sammlungsschwerpunkte des Deutschen Hygiene-Museums, Sandstein, 2001.

Rückinger S, von Kries R, Pauli S, Munte A, Mielck A - Analyse von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gesundheitswesen, 2008; 70(7): 393-397).

Sänger S, Lang B, Klemperer D, Thomeczek C, Diercks M. Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienten-informationen. Norderstedt, BOD, Book on Demand, 2006.

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M. [Sociodemographic differences in the participation in "early detection of cancer examinations" in Germany--a review]. Gesundheitswesen 2006;68(3):139-146.

Schueler KM, Chu PW, Smith-Bindman R. Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature. J Womens Health (Larchmt) 2008;17(9):1477-1498.

Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L, Luboldt HJ. [Early detection of prostate cancer in Germany. A study of a representative random sample of the population]. Urologe A 2008;47(9):1233-1238.

Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. Gender differences in FOBT use: evidence from a large German survey. Z Gastroenterol 2008;46 Suppl 1:S47-S51.

Stellungnahme des Fachbereichs Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin: Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zur Früherkennungsuntersuchungen. <http://www.ebm-netzwerk.de> 30-6-2008.

Walter U, Krauth C, Wienold M, Dreier M, Bantel S, Droste S. Interventions for Increasing Uptake in screening programs. Köln: German Institute of Medical Documentation and

Information, German Agency for Health
Technology Assessment, 2006.

Zeeb H, Razum O. Brustkrebs bei türkischen
Frauen in Deutschland - epidemiologische
Erkenntnisse und Forschungsagenda. Zentralbl
Gynakol 2004;126:77-80.

Zok K. Wahrnehmung und Akzeptanz von
Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse
einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-
Versicherten. WiDO-monitor 2007;4(3):1-7.