

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten

Caroline Schmuker und Klaus Zok

C. Günster | J. Klauber | B.-P. Robra | N. Schmacke | C. Schmuker (Hrsg.) Versorgungs-Report Früherkennung
DOI 10.32745/9783954664023-2, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2019

Abstract

Der Nationale Krebsplan hat es sich zum zentralen Ziel gesetzt, die Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der Früherkennung zu verbessern. Er hat damit dem Ziel der Aufklärung Vorrang vor dem Ziel einer Erhöhung der Teilnehmeraten gegeben. Um ein aktuelles Bild von der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhalten, hat das WIdO eine repräsentative Telefonbefragung unter volljährigen gesetzlichen Versicherten durchgeführt (N = 2012). Zentrale Leitfragen der Befragung waren: (1) Wie bewerten Versicherte Früherkennungsmaßnahmen? (2) Wie häufig nehmen Versicherte an den von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angebotenen Früherkennungsuntersuchungen teil? (3) Welche Hinderungsgründe nennen Nicht-Teilnehmer? (4) Über welche Informationsquellen informieren sich Versicherte? und (5) Wie werden schriftliche Entscheidungshilfen und ärztliche Informationsgespräche zur Früherkennungsuntersuchung von Versicherten wahrgenommen? Ergebnisse: Die Selbstauskünfte der Befragten zeigen, dass die gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Anzeichen für eine informierte, evidenzbasierte Entscheidung sind bei den Versicherten bislang nur

bei wenigen Untersuchungen erkennbar. Die Befragungsergebnisse machen deutlich, dass vorliegende schriftliche Informationsmaterialien häufig nicht wahrgenommen werden und ärztliche Aufklärungsgespräche nur selten stattfinden. Da diese Schlussfolgerungen auf Selbstangaben der befragten Versicherten basieren, sind sie mit entsprechender Einschränkung zu betrachten.

The German National Cancer Programme (Nationaler Krebsplan) declared it as primary goal to improve information about the benefits and harms of cancer screening programmes. It gives priority to providing information, rather than maximising participation rates. In order to get an updated picture of the participation on screening programmes, the Scientific Institute of the General Health Insurance Funds (WIdO) conducted a survey among adults of the compulsory health insurance fund (sample size N = 2012). The study aimed to answer the following questions: (1) How does the general population assess screening programmes? (2) How often do insureds take part in screening programmes? (3) What are the reasons for declining to participate? (4) Which sources of information about screening are being used? And (5), how do they perceive written information and discussions with the

health care provider about the benefits and risks? Results: Self-reported screening participation differs among screening programmes. Indicators for informed and evidence-based decisions are barely recognizable yet. Written information sheets and provider discussions are not used efficiently enough, or even remain unperceived by those who take part in cancer screenings. As the study is based on self-reported results by participants, these conclusions have potentially important limitations.

2.1 Einleitung: Paradigmenwechsel bei der Früherkennung von Krankheiten

Früherkennungsuntersuchungen zählen zu den Maßnahmen der Sekundärprävention. Im Gegensatz zur Primärprävention, die auf die Krankheitsvorbeugung ausgerichtet ist, suchen Früherkennungsuntersuchungen gezielt nach Krankheiten, Vorstufen einer Erkrankung oder Risikofaktoren für eine Erkrankung, um sie frühzeitig behandeln zu können. Der Leistungsanspruch auf Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen ist in § 25 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V – Recht der gesetzlichen Krankenversicherung) geregelt. Er umfasst sowohl ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Erkrankungen (z.B. der Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen) als auch die Früherkennung von Krebserkrankungen. Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland finden – mit Ausnahme der Mammografie – als sogenannte „opportunistische“ Screenings statt. Damit ist gemeint, dass in den Arztpraxen bestimmte Untersuchungen unter der Idee der Früherkennung angeboten und durchgeführt werden, ohne dass diese in ein systematisches Programm eingebettet sind. Insbesondere findet keine Einladung oder systematische Programmevaluation statt. Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme – wie das deutsche Mammografie-Programm – beinhalten hingegen ein Einladungswesen und systematische Erfolgskontrollen. Sie sieht der Gesetzgeber nur

für Früherkennungsuntersuchungen vor, für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung vorliegen (§25a SGB V).

Früherkennungsuntersuchungen sind nach internationalem Konsens nur dann anzubieten, wenn ihr Nutzen belegt ist und der Schaden verhältnismäßig gering ist (s. Kap. 1). Denn den Chancen der Früherkennung stehen auch Risiken gegenüber. Diese können direkt im Zusammenhang mit der Untersuchung stehen (z.B. Komplikationen) oder sich indirekt durch den Befund ergeben. Zum Beispiel, wenn ein positiver Befund festgestellt wird, der sich nach weiteren Abklärungsuntersuchungen als falsch herausstellt (falsch positiver Befund). Dazu besteht das Risiko, dass im Rahmen der Früherkennung festgestellte krankhafte Veränderungen bzw. Vorstufen einer Erkrankung therapiert werden, die sich – unbehandelt – zu Lebzeiten des Versicherten nie zu einem Gesundheitsproblem entwickelt hätten (sog. Überdiagnosen) (Schmacke 2016).

In der Vergangenheit haben die Akteure im Gesundheitswesen vielfach die Bedeutung der Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen hervorgehoben und Versicherte ermutigt, die bestehenden Angebote wahrzunehmen (so z.B. im Rahmen des deutschen Mammografie-Programms). Das ist, aus der individuellen Perspektive des Versicherten betrachtet, nicht unproblematisch. Der Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wird in der Ärzteschaft wie bei Patientinnen und Patienten in der Regel deutlich über-, die Risiken deutlich unterschätzt. Aus diesem Grund hat der Nationale Krebsplan bereits im Jahr 2010 das Ziel formuliert, den Versicherten „zu einer individuellen Entscheidung unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile und seiner persönlichen Präferenzen zu befähigen“. Diese politische Zielformulierung galt als Paradigmenwechsel bei der Früherkennung von Krankheiten. Bislang stand das bevölkerungsmedizinische Ziel von möglichst hohen Teilnehmeraten im Vordergrund – oftmals zulasten einer angemessenen Aufklärung. Durch die Initiati-

ven des Nationalen Krebsplans hat die individuelle und informierte Teilnahme des Einzelnen einen vorrangigen Stellenwert erhalten (ausführlicher dazu Kap. 1 und 6) (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Ziel der Befragung

Um ein aktuelles Bild über die (informierte) Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu erhalten, hat das WiDO eine repräsentative Telefonbefragung unter volljährigen gesetzlichen Versicherten zu verschiedenen Aspekten der Früherkennung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden. Im Vergleich zu anderen Befragungen, die Teilnahmen an spezifischen Früherkennungsuntersuchungen analysierten (Dierks u. Schmacke 2014; Horenkamp-Sonntag et al. 2016), steht bei dieser Studie die vergleichende Analyse der verschiedenen Maßnahmen im Mittelpunkt. Zentrale Fragestellungen der Untersuchung waren:

- Wie bewerten Versicherte Früherkennungsmaßnahmen?
- Wie häufig nehmen Versicherte an von der GKV angebotenen Früherkennungsuntersuchungen teil?
- Welche Hinderungsgründe nennen Versicherte, die noch nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben?
- Welche Informationsquellen nutzen Versicherte, um sich über Früherkennungsuntersuchungen zu informieren?
- Wie werden schriftliche Entscheidungshilfen und ärztliche Informationsgespräche zur Früherkennungsuntersuchung von Versicherten wahrgenommen?

2.2 Daten und Methoden

Studiendesign: Die empirische Basis dieser Untersuchung bildet eine repräsentative Befragung unter 2.012 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ab 18 Jahren. Die Befragung er-

folgte über computergestützte telefonische Interviews (CATI). Für die Stichprobenziehung wurde ein sogenannter Dual-Frame-Ansatz gewählt, der sowohl Bürger mit Festnetzanschluss als auch Handy-Nutzer („mobile user only“) erreicht (70% Festnetz, 30% Handy). Die Stichprobe wurde unter systematischen und kontrollierten Bedingungen in einem mehrstufigen, geschichteten Zufallsauswahlverfahren aus dem aktuellen Telefon-Stichprobensystem des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM-CATI-Stichprobensystem) gezogen. Die Ausschöpfungsquote der Telefonbefragung lag bei 16,9%. Im Vergleich zur gesamten Versichertenpopulation (GKV-Statistik KM6 2017) ist in der vorliegenden Stichprobe ein leichter Überhang weiblicher sowie ein etwas höherer Anteil älterer Befragter zu erkennen. Die Befragung erfolgte in der Zeit vom 01.06.2018 bis zum 03.08.2018 (Feldzeit).

Fragebogenaufbau: Die Fragebogenkonstruktion entlang der formulierten Leitfragen führte zu folgendem formalen Aufbau des Fragebogens: Im Anschluss an die Screening-Fragen zu Krankenversicherung, Alter und Geschlecht, folgt zunächst ein Einführungsteil mit allgemeinen Fragen zur hausärztlichen Versorgung und dem Gesundheits- und Informationsverhalten des Befragten. Im Hauptteil folgten sodann Fragen zur Bekanntheit und Teilnahme an den neun von der gesetzlichen Krankenkasse angebotenen Leistungen. Darauf aufbauend schloss sich ein Fragenkomplex an, der nur von Teilnehmern der Früherkennungsuntersuchung zu beantworten war (Module). In den Modulen wurden die Teilnehmer u. a. danach gefragt, ob sie jemals schriftliche Informationen über die Vor- und Nachteile einer Untersuchung erhalten haben und welche Aufklärungsinhalte sie im Arzt-Patienten-Gespräch wahrgenommen haben. Zum Abschluss des Fragebogens folgten einige Standardfragen zur Demografie, darunter Fragen zum Gesundheitszustand, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Schulabschluss, Erwerbstätigkeit, Haushaltsgröße und Einkommen.

Datenanalyse: Die Teilnahmeraten wurden mit einem Gewichtungsfaktor berechnet, der unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeiten, die sich aus dem Dual-Frame-Ansatz ergeben, korrigiert (Transformationsgewicht) und die Stichprobe rechnerisch an die amtliche Statistik (KM6 2017) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Krankenversicherung und Region angleicht (Redressement). Damit soll eine bessere Vergleichbarkeit der Teilnahmeraten mit anderen repräsentativen Befragungen erreicht werden. Abgesehen von den gewichteten Teilnahmeraten bleiben alle weiteren dargestellten Ergebnisse ungewichtet. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Teilnahmeverhalten und den Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung werden mithilfe deskriptiver Auswertungen und Chi2-Tests univariat untersucht.

2.3 Ergebnisse der Befragung

2.3.1 Gesundheitsverhalten und Einstellungen in der Bevölkerung

Im Rahmen der angestrebten informierten individuellen Entscheidung des Versicherten über eine Früherkennungsmaßnahme, wird dieser – nach möglichst umfassender Aufklärung – den persönlichen Nutzen und die Risiken einer Maßnahme abwägen. Das Ergebnis eines solchen Abwägungsprozesses ist auch von den persönlichen Präferenzen des Einzelnen abhängig. Dabei wird heute zunehmend erkannt, dass viele präventive und krankheitsbezogene Aktivitäten in hohem Maße sozial (sowohl über den Kontakt mit Fachpersonen als auch über Laien) kommuniziert und abgestimmt werden (Faltermaier 2015). In einer gesundheitspsychologischen Studie beispielsweise zeigten Sieverding et al., dass Männer sich bei ihrer Entscheidung zur Krebsfrüherkennung auch maßgeblich daran orientierten, wie andere Männer ihres Alters sich entschieden hatten (2010). Es ist daher wichtig, sich regelmäßig ein Bild davon zu machen, wie die Versicherten Untersu-

chungen zur Früherkennung bewerten und welche präventiven Verhaltensweisen soziale Unterstützung in der Bevölkerung finden. Mithilfe drei geschlossener Aussagen wurden Einstellungen zur Gesundheit und Früherkennung mit dem Fokus auf das eigene Verhalten erfasst (s. Tab. 1).

Ein aktiver, gesunder Lebensstil findet große Zustimmung. Die große Mehrheit der Befragten (71,2%) gibt an, „durch das eigene Verhalten und die Lebensweise Krankheiten bewusst vorzubeugen“. Frauen teilen diese Auffassung deutlich häufiger als Männer. Die Zustimmung nimmt mit höherem Alter zu. Nicht alle verbinden ein präventives Verhalten mit regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen. Zwei Drittel (63,7%) der Befragten bejahen die Aussage „Ich lasse mich regelmäßig untersuchen, damit eine mögliche Erkrankung frühzeitig behandelt werden kann.“ Auch hier nimmt das Zustimmungsverhalten im Altersgang deutlich zu. Personen, die angegeben haben, chronisch krank zu sein (Zustimmung: 70,8%) unterscheiden sich statistisch signifikant von Gesunden (59,5%). Die Aussage „Ich vermeide Früherkennungsuntersuchungen, denn ich möchte mich nicht mit unnötigen Untersuchungen belasten“ intendiert eine ablehnende Haltung gegenüber Früherkennungsuntersuchungen. Sie wird insgesamt von rund einem Viertel der Befragten (27,4%) eingenommen. Weitere 16,5% nehmen hierzu mit „teils, teils“ eine indifferente Haltung ein. Bei Männern ist diese kritische Einstellung weiterverbreitet als bei Frauen. Personen mit einfacher Schulbildung und geringem Einkommen stimmen signifikant häufiger einer Vermeidungsabsicht zu als Personen mit höherer Schulbildung und größerem Einkommen. Auch wenn offen bleibt, was die Befragten mit den Aussagen genau verbinden und ob sie tatsächlich entsprechend der Aussagen handeln, machen die Ergebnisse aber deutlich, dass Versicherte mit unterschiedlichen Einstellungen und Überzeugungen an Früherkennungsuntersuchungen herangehen.

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten

Tab. 1 Gesundheitsverhalten und Einstellung gegenüber Früherkennungsuntersuchungen bei GKV-Versicherten (Zustimmung in %)*

		Geschlecht			Altersgruppen				
		gesamt	m	w	18-<30	30-<40	40-<50	50-<60	60 plus
Anzahl Befragte		2.012	926	1.086	203	249	259	481	820
Ich achte bewusst darauf, durch mein Verhalten und meine Lebensweise Krankheiten vorzubeugen.	trifft zu	71,2	64,3	77,1	57,6	67,9	63,3	73,0	77,0
	teils, teils	21,2	25,0	18,0	27,6	21,7	27,0	20,8	17,8
	trifft nicht zu	7,5	10,5	4,9	14,8	9,6	9,6	6,2	5,0
Ich lasse mich regelmäßig untersuchen, damit eine mögliche Erkrankung frühzeitig behandelt werden kann.	trifft zu	63,7	58,2	68,3	41,4	45,4	62,2	66,7	73,4
	teils, teils	17,2	17,6	16,8	24,6	25,7	20,5	15,4	12,7
	trifft nicht zu	18,9	24,1	14,5	34,0	28,5	17,4	17,9	13,3
Ich vermeide Früherkennungsuntersuchungen, denn ich möchte mich nicht mit unnötigen Untersuchungen belasten.	trifft zu	27,4	30,5	24,9	25,6	21,3	21,2	22,3	34,8
	teils, teils	16,5	18,9	14,5	20,2	18,9	16,6	15,6	15,4
	trifft nicht zu	55,0	49,5	59,7	52,2	59,0	61,4	61,8	48,4

* Die Antwortmöglichkeiten bestanden jeweils aus fünf Kategorien: trifft voll und ganz zu/trifft zu (zusammengefasst zu: trifft zu) und trifft nicht zu/trifft überhaupt nicht zu (trifft nicht zu) sowie teils, teils. Die Differenz zu 100% entfällt auf weiß nicht oder keine Angabe.

2.3.2 Teilnehmeraten an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

Abgrenzung zwischen Früherkennungs- und diagnostischen Untersuchungen

Bei der Konzeption des Fragebogens war zu berücksichtigen, dass bestimmte Untersuchungen zur Früherkennung auch im Rahmen der ärztlichen Behandlung als diagnostische Untersuchungen aufgrund von Beschwerden oder bei Krankheitsverdacht erforderlich werden. Hier sind beispielsweise diagnostische Koloskopien zu nennen oder Untersuchungen, die auch Bestandteil des gesetzlichen Gesundheits-Check-ups sind. In der Erhebung der Teilnehmeraten bleibt jedoch offen, ob die durchgeführte Untersuchung als Früherkennungs- oder als diagnostische Maßnahme zu qualifizieren ist. Um die Teilmenge der diagnostischen Unter-

suchungen zu quantifizieren, wurden Teilnehmer der Darmkrebsfrüherkennung (Koloskopie) des Mammografie-Screenings und des Gesundheits-Check-ups gefragt, ob die letzte Untersuchung eine reine Früherkennungsuntersuchung war oder einen konkreten Anlass hatte, z.B. in Form von Beschwerden oder Symptomen. Bei der Interpretation der weiteren Ergebnisse ist die Teilmenge der anlassbezogenen Untersuchungen im Blick zu behalten.

Frühere Studien

Repräsentative Teilnehmeraten auf Basis von Bevölkerungsbefragungen wurden zuletzt im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) in der Befragungswelle 2014-2015 ermittelt (Starker et al. 2018). Im Rahmen dieser Befragung wurden sogenannte „turnusgemäße“

Teilnahmeraten ermittelt, die ausschließlich Teilnahmen erfassten, die im letzten jeweilig empfohlenen Untersuchungsintervall lagen. Demgegenüber stehen frühere Befragungen, in denen Teilnahmeraten ermittelt werden, die sich auf die Lebenszeit einer Person beziehen und mitunter auch Jahre zurückliegende Teilnahmen an Früherkennungsuntersuchungen mit einbeziehen (Robert Koch-Institut 2012; Zok 2007).

Ergebnisse der aktuellen Befragung

Bei der Darstellung der aktuell gewonnenen Zahlen wird unterschieden zwischen Personen, die bislang nicht an einer bestimmten Früherkennungsmaßnahme teilgenommen haben (Nicht-Teilnehmer), Personen, die an einer Untersuchung teilgenommen haben, aber nicht im letzten empfohlenen Untersuchungsintervall (unregelmäßige Teilnehmer) und Teilnehmer, die im letzten Untersuchungsintervall teilgenommen haben (turnusgemäße Teilnehmer). Somit entsteht ein Gesamtbild, welches die Inanspruchnahme genauer abbildet, als lebenszeitbezogene Teilnahmeraten (s. Tab. 2).

Allgemeine Krebsfrüherkennung bei Frauen und Brustkrebsfrüherkennung

Die allgemeine Krebsfrüherkennung bei Frauen besteht aus dem jährlichen Angebot einer Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs für Frauen ab 20 Jahren sowie der Tastuntersuchung der Brust ab 30 Jahren. Von allen angebotenen Früherkennungsuntersuchungen hat das jährliche Screening zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bezogen auf die Lebenszeit die höchsten Teilnahmeraten (83,9%) zu verzeichnen. Im Rahmen des empfohlenen Untersuchungsintervalls haben mehr als zwei Drittel der Befragten teilgenommen. Rund ein Sechstel der befragten Frauen (16,1%) hat noch nie an der jährlichen Krebsfrüherkennung teilgenom-

men. Bei Betrachtung nach Altersgruppen fiel auf, dass vor allem bei den jungen Frauen zwischen 20 bis 29 Jahren die auf die Lebenszeit bezogene Inanspruchnahmerate unter dem Durchschnitt liegt (53,5%). Möglicherweise ein Hinweis darauf, dass der Abstrich am Gebärmutterhals besonders bei Jüngeren nicht als Früherkennungsmaßnahme bekannt ist. Das Abtasten der Brust, das bei Frauen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen der jährlichen Krebsfrüherkennung zusätzlich durchgeführt wird, wurde nicht näher erfragt.

Die Brustkrebsfrüherkennung im Rahmen des nationalen Mammografie-Programms, zu der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren im 2-Jahresabstand eingeladen werden, erreicht mittlerweile vergleichbar hohe Teilnahmeraten wie die jährliche allgemeine Krebsfrüherkennung der Frau (83,4%). Hier zeigt sich zudem eine hohe Compliance. Mehr als 70% der Frauen haben im letzten empfohlenen Turnus teilgenommen. Auf die konkrete Nachfrage hin, ob die letzte Mammografie eine reine Früherkennungsuntersuchung war oder einen konkreten Anlass hatte, z.B., weil die Befragte Beschwerden oder Symptome hatte, bestätigte die Mehrheit der Teilnehmerinnen (89,4%) die Früherkennungsuntersuchung.

Allgemeine Krebsfrüherkennung bei Männern und Screening auf Bauchaortenaneurysma

Die allgemeine Krebsfrüherkennung bei Männern richtet sich an Männer ab 45 Jahren und besteht aus einer Tastuntersuchung der Prostata und der äußeren Genitale. Gut ein Drittel der Männer hat im letzten empfohlenen Untersuchungsintervall an den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Prostatakrebs teilgenommen (32,6%). Bei einem weiteren Teil (22,3%) lag die Untersuchung schon außerhalb des Intervalls. Knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten hat noch nie teilgenommen (45,2%).

Das Ultraschall-Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta ist eine neue, im Jahr 2017

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten

Tab. 2 Lebenszeitbezogene und turnusgemäße Teilnahmeraten an den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen sowie ggf. an diagnostischen Untersuchungen (Selbstangaben der Versicherten)

Früherkennungsmaßnahme (Zielgruppe, Alter)	befragt N (ungewichtet)	Teilnahme (gewichteter Anteil in % der Anspruchsberechtigten)			
		noch nie	jemals im Leben	jemals im Leben	
				im letzten Intervall ¹	außerhalb des letzten Intervalls
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs (Frauen ab 20 Jahren)	1.076	16,1	83,9	67,9*	16,1
Brustkrebsfrüherkennung durch das Mammografie-Screening (Frauen zw. 50 und 69 Jahren)	360	16,7	83,4	72,6**	10,8
Früherkennung Prostatakrebs (Männer ab 45 Jahren)	610	45,2	54,8	32,6*	22,3
Screening auf Bauchaortenaneurysma (Männern ab 65 Jahren)	262	80,6	19,4	–	–
Gesundheits-Check-up (ab 35 Jahren)					
gesamt	1.648	26,4	73,6	60,5**	13,1
Frauen	725	24,8	75,2	60,9**	14,3
Männer	959	28,6	71,4	59,9**	11,5
Hautkrebs-Screening (ab 35 Jahren)					
gesamt	1.648	49,1	50,9	38,2**	12,7
Frauen	725	42,4	57,6	43,5**	14,1
Männer	959	58,0	42,1	31,1**	10,9
Darmkrebsfrüherkennung (Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl)					
gesamt (zwischen 50 und 54 Jahren)	224	52,8	47,2	27,3*	20,0
Frauen	113	47,0	53,0	39,0*	13,9
Männer	111	58,2	41,8	16,3*	25,6
gesamt (ab 55 Jahren)	1.077	33,4	66,6	41,8**	24,8
Frauen	437	31,4	68,6	45,2**	23,4
Männer	640	36,1	63,9	37,1**	26,8
Früherkennungs-Darmspiegelungen (Koloskopien) (max. 2 im Abstand von 10 Jahren ab 55 Jahren)					
gesamt	1.077	40,0	60,0	57,0***	3,0
Frauen	640	42,0	58,1	53,9***	4,2
Männer	437	37,3	62,7	61,4***	1,3

¹ Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, in welchem Jahr die letzte Untersuchung lag. Die Intervalle orientieren sich an den vom G-BA empfohlenen Untersuchungsintervallen: * 1-Jahresintervall (Teilnahmen im Jahr 2017 und später) ** 2-Jahresintervall (Teilnahme in 2016 und später), *** 10-Jahresintervall (Teilnahme im Jahr 2007 und später). Die Befragung wurde zwischen April und August 2018 durchgeführt, somit sind die Intervalle in der Befragung um bis zu 8 Monate weiter gefasst.

eingeführte Leistung, die sich nur an Männer (ab 65 Jahren) richtet und im Gegensatz zu allen anderen Früherkennungsuntersuchungen nur einmalig erstattet wird. Gut ein Fünftel der Befragten ab 65 Jahren (19,4%) hat dieses Angebot seit der Einführung wahrgenommen.

Gesundheits-Check-Up

Die Mehrheit der Studienteilnehmer ab 35 Jahren hat laut Selbstangabe innerhalb des empfohlenen Untersuchungsintervalls am Gesundheits-Check-up teilgenommen (60,5%). Ein weiterer Teil hat zwar teilgenommen, aber die Untersuchung lag außerhalb des Untersuchungsintervalls (13,1%). Bei der Interpretation der Daten ist sicherlich zu berücksichtigen, dass umfassende Gesundheitsuntersuchungen auch im Rahmen der regulären Patientenversorgung (z.B. zur Abklärung von Krankheits-symptomen) durchgeführt werden. Andererseits dürfte der Arzt bei Behandlungen möglicherweise auch den gesetzlichen Check-up begleitend durchführen, ohne dass der Patient die Untersuchung als Früherkennungsmaßnahme erlebt und erinnert. Gut ein Zehntel der Befragten (12,0%) gibt an, dass der Gesundheits-Check-up anlassbezogen war, d.h. aufgrund von Beschwerden oder Symptomen durchgeführt wurde.

Darmkrebsfrüherkennung

Die Darmkrebsfrüherkennung richtet sich an Personen ab 50 Jahren und umfasst im Alter von 50 bis 54 Jahren zunächst eine jährliche Stuhluntersuchung. In dieser Altersspanne haben weniger als die Hälfte der Befragten mindestens einen Stuhltest durchführen lassen (47,2%). Frauen (53,0%) allerdings deutlich öfter als Männer (41,8%). Bei vielen Männern lag die letzte Untersuchung zudem schon länger als das empfohlene Intervall zurück.

Ab 55 Jahren besteht Anspruch auf zwei Koloskopien (Darmspiegelungen) im Abstand von 10 Jahren. Alternativ kann die Stuhlunter-

suchung alle zwei Jahre wiederholt werden. Die Mehrheit der Befragten ab 55 Jahren hat eine Koloskopie durchführen lassen (60,0%). Im Gegensatz zur Stuhluntersuchung ist die Teilnehmerate an der Koloskopie bei den Männern höher als bei den Frauen. Auf die Nachfrage hin, ob die letzte Koloskopie eine reine Früherkennungsuntersuchung war oder ob sie einen konkreten Anlass hatte, z.B., weil Beschwerden oder Symptome vorlagen, gibt gut ein Drittel (30,2%) der Personen, die eine Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung mit Koloskopie berichtet haben, an, dass die Untersuchung anlassbezogen war. In der Gruppe der 55- bis 65-Jährigen waren es noch deutlich mehr (37,2%).

Hautkrebs-Screening

Eine weitere Früherkennungsuntersuchung, die sich an Männer und Frauen ab 35 Jahren richtet, ist das Hautkrebs-Screening. Die Hälfte der Befragten gibt an, noch nie an dieser Früherkennung teilgenommen zu haben (49,1%). Mehr als ein Zehntel nimmt unregelmäßig teil (12,7%) und der verbleibende Anteil (38,2%) hat diese Untersuchung im letzten Intervall wahrgenommen. Frauen nehmen das Hautkrebs-Screening deutlich häufiger in Anspruch als Männer.

2.3.3 Angabe der Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Information über Chancen und Risiken der Früherkennung setzt voraus, die Gründe (evtl. auch Ängste oder [Fehl-]Vorstellungen) der Personen zu kennen, die nicht an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen. Nicht-Teilnehmer einer Früherkennungsuntersuchung wurden daher offen danach gefragt, aus welchen Gründen sie nicht an einer spezifischen Untersuchung teilgenommen haben (s. Abb. 1).

Die Antworten der Studienteilnehmer wurden von den Interviewern einer Reihe vorgegebener Kategorien zugeordnet. Nicht zuordenbare Aussagen wurden unter „Andere Gründe“ aufgenommen.

Am häufigsten – über alle Maßnahmen hinweg – wurde ausgedrückt, dass eine Früherkennung persönlich nicht als notwendig erachtet wurde, weil keine Beschwerden vorlagen. Das signalisiert, dass zumindest einem Teil der Bevölkerung das definierte Ziel der Früherkennung, nämlich symptomfreie Personen zu untersuchen, nicht bekannt ist. Differenzierter zeigt sich das Antwortverhalten bei Frauen, die zur Teilnahme am Mammografie-Programm berechtigt sind. Hier erhalten Frauen mit der Einladung umfassende Informationen über Nutzen und Risiken der Früherkennung. Beschwerdefreiheit ist seltener der Grund für die Nicht-Teilnahme, dafür wird aber deutlich häufiger als bei anderen Untersuchungen eine grundsätzliche Ablehnung geäußert. Es ist erkennbar, dass zumindest bei Teilen der teilnahmeberechtigten Frauen eine Auseinandersetzung mit der Früherkennungsmammografie stattgefunden hat (Stichwort Gesundheitskompetenz).

Daneben waren auch fehlende Informationen (oftmals ausgedrückt als „ich wusste nichts davon“, „ich wurde nicht aufgefordert“) eine Barriere, wenn auch deutlich seltener genannt. Auch hier zeigt sich der Effekt der zentral organisierten Einladung. Nicht-Kenntnis des Angebots spielt bei der Mammografie eine geringere Rolle als bei anderen Früherkennungsuntersuchungen, zu denen nicht eingeladen wird, wie zum Beispiel der Hautkrebsfrüherkennung oder dem Gesundheits-Check-up. Beim Ultraschall-Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta, das erst im Jahr 2017 eingeführt wurde, stellt Unkenntnis erwartungsgemäß noch die größte Barriere dar. Bei den Früherkennungsmaßnahmen, die sich sowohl an Männer als auch an Frauen richten, nennen Männer häufiger als Frauen, dass ihnen das Angebot nicht bekannt war.

Zeitprobleme als Hindernisgrund lassen beim Befragten eine gewisse Intention erkennen, an einer Untersuchung teilzunehmen. Sie scheinen bei allen Untersuchungen eine vergleichsweise niedrige Barriere zu sein. Sie werden beim Mammografie-Screening und beim Gebärmutterhalskrebs-Screening häufiger genannt als bei anderen Untersuchungen.

Ängste und unangenehme Erwartungen im Zusammenhang mit der Untersuchung oder dem Befund werden vergleichsweise selten von den Befragten als Begründung angeführt. Sie sind aber sowohl bei der Darmkrebsfrüherkennung als auch bei der Mammografie (Röntgen der Brüste) bedeutsam.

2.3.4 Informierte Entscheidung des Versicherten über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Der Nationale Krebsplan hat bereits im Jahr 2010 als zentrales Ziel formuliert, die Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der Früherkennung zu verbessern. Er hat damit dem Ziel der Aufklärung Vorrang vor dem Ziel einer Erhöhung der Teilnehmeraten gegeben. Im Rahmen der Früherkennung sind daher evidenzbasierte Informationen notwendig, die den Versicherten ausgewogen über Nutzen und Risiken aufklären und eine individuelle Entscheidung befördern. Mit der wissenschaftlichen Entwicklung und inhaltlichen Ausgestaltung eines evidenzbasierten Informationsangebots befassten sich Dierks und Scheibler (s. Kap. 5). Die Befragung konzentriert sich auf die Fragen (1) welche Informationsquellen Versicherte bei Früherkennungsuntersuchungen nutzen, (2) ob bestehende schriftliche Informationsmaterialien die Versicherten erreichen und (3) wie ärztliche Informationsgespräche im Vorfeld der Untersuchung vom Versicherten wahrgenommen werden.

I Schwerpunkt: Früherkennung

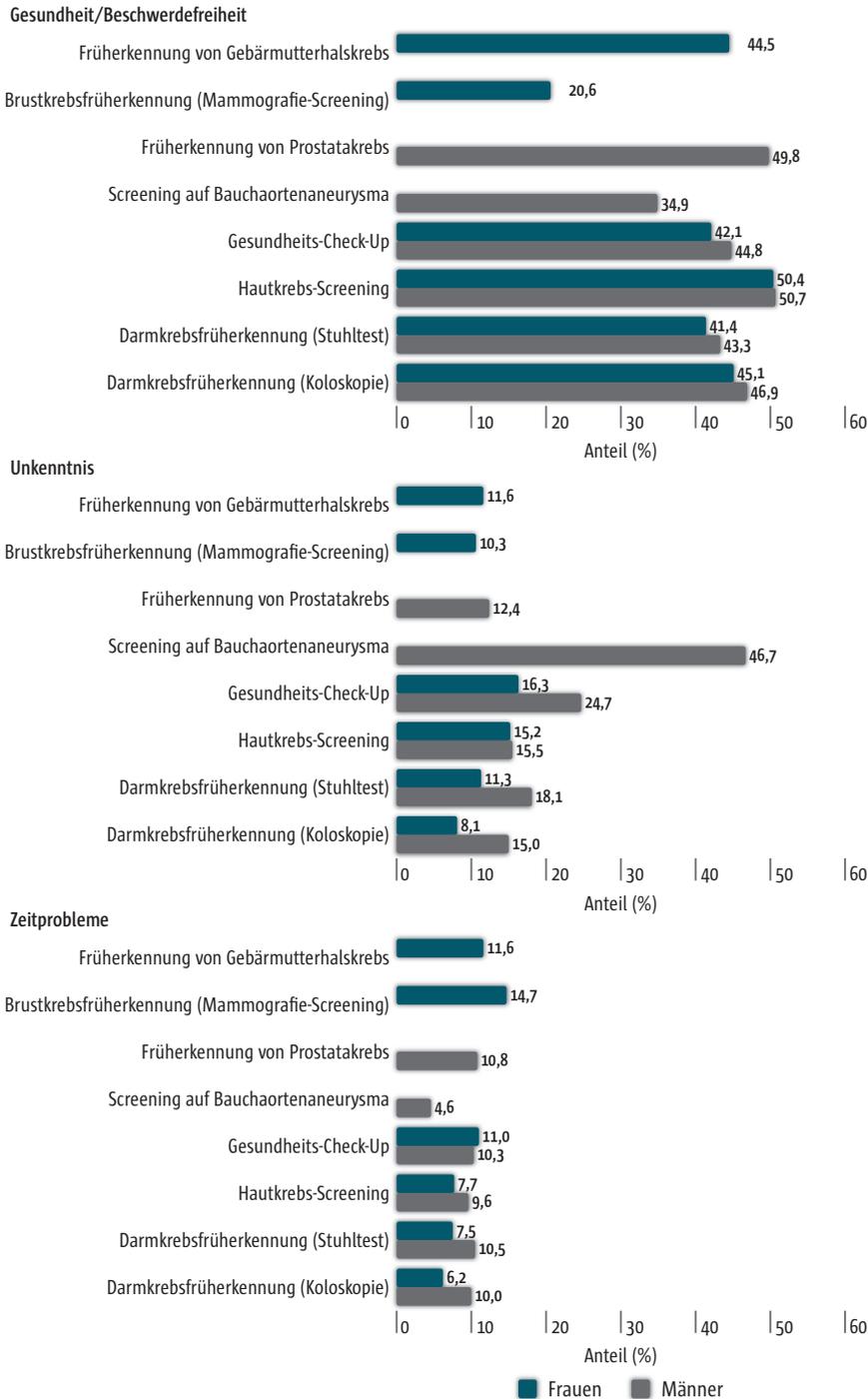
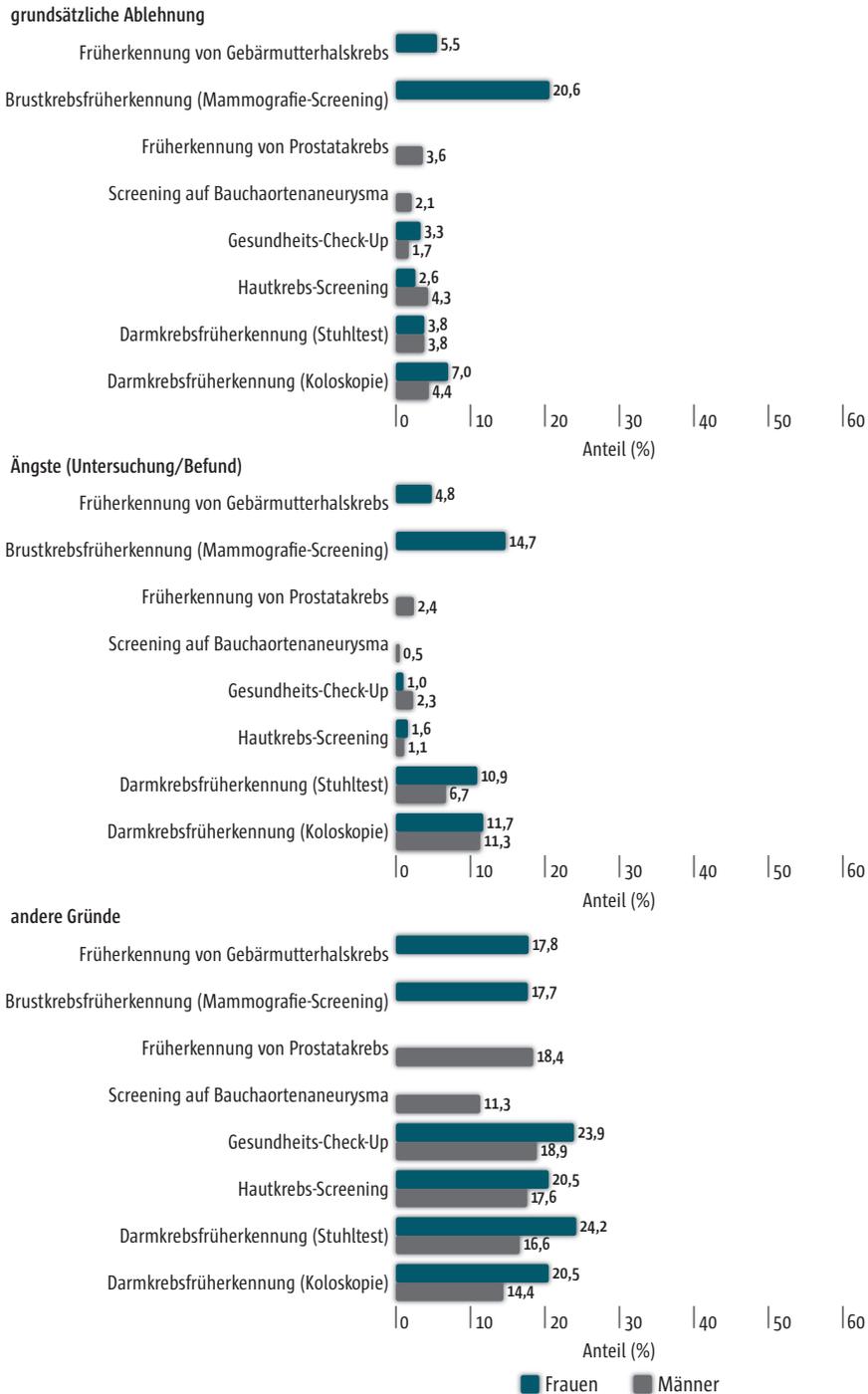


Abb. 1 Die häufigsten genannten Gründe gegen eine Teilnahme an der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung (Anteil in % aller gültigen Antworten, Mehrfachnennungen waren möglich)

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten



Fortsetzung Abb. 1

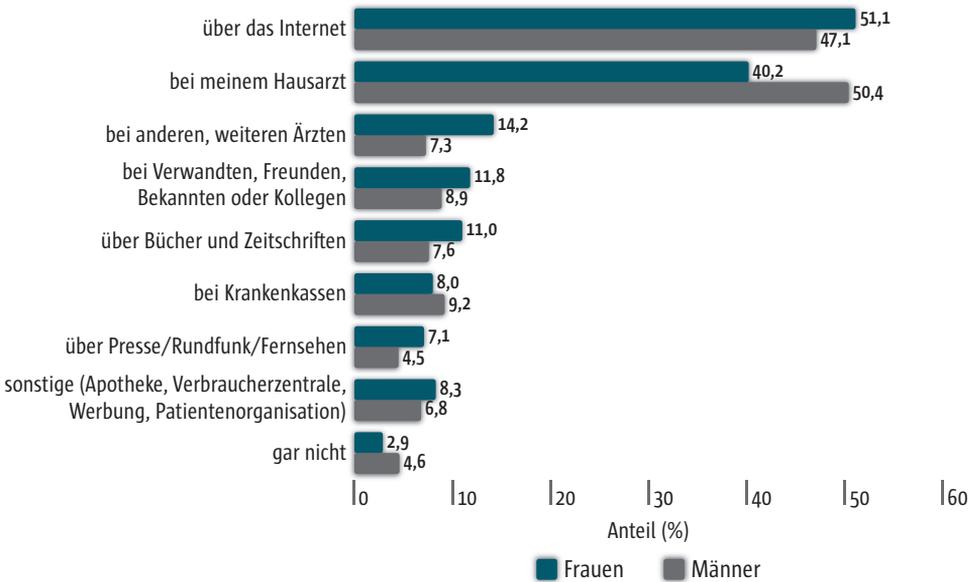


Abb. 2 Informationsquellen bei Früherkennungsuntersuchungen (Angaben in %, Mehrfachantworten waren möglich)

Informationsquellen für Früherkennungsuntersuchungen

Die Studienteilnehmer wurden (unabhängig von ihrer Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen) offen danach gefragt, wo sie sich über Früherkennungsuntersuchungen informieren. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die genannten Informationsquellen. Die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie sich beim Thema Früherkennung über das Internet informiert. Dabei war ein klarer Alterseffekt erkennbar. Studienteilnehmer unter 70 Jahren nutzen diesen Informationsweg deutlicher häufiger als Studienteilnehmer höheren Alters. Einen ähnlich hohen Stellenwert wie das Internet nehmen Hausärzte sein, wobei diese für Männer als Informationsquelle wichtiger sind als für Frauen. Andere Informationsquellen wie beispielsweise Gespräche mit Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis oder Bücher und Zeitschriften werden eher von Frauen genutzt, haben insgesamt aber als Informationskanal für das Thema Früherkennung eine geringfügige Bedeutung.

Wahrnehmung und Sichtbarkeit der schriftlichen Informationen

Eine effektive Möglichkeit die informierte und autonome Entscheidungsfindung bei Versicherten zu fördern, sind schriftliche (evidenzbasierte) Informationen zu den Vor- und Nachteilen der spezifischen Untersuchung (Wegwarth et al. 2017). Der G-BA stellt verschiedene Aufklärungsmaterialien zur Verfügung, darunter eine Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta sowie Merkblätter zum Zervixkarzinom-Screening, zum Darmkrebs-Screening und eine Entscheidungshilfe zum Mammografie-Screening (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009, 2017a, 2017b). Allerdings ist wenig darüber bekannt, in welchem Ausmaß schriftliche Informationen in den Arztpraxen zur Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidung genutzt werden. Personen, die an einer Früherkennung teilgenommen hatten, wurden daher gefragt, ob sie jemals schriftliche Informationen über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Früh-

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten

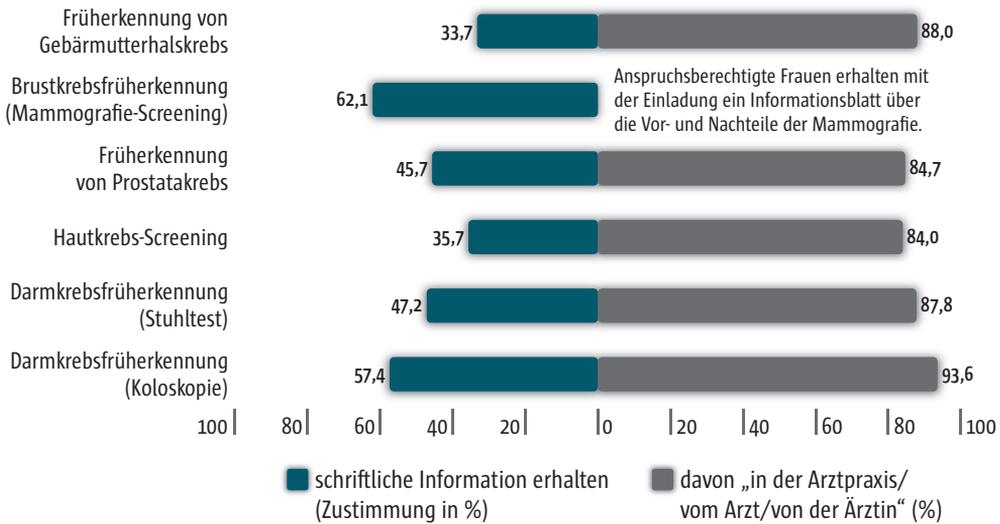


Abb. 3 Schriftliche Entscheidungshilfen: Anteil der Versicherten, die Informationen über die Vor- und Nachteile der Früherkennung erhalten haben (in %)

erkenntnismaßnahme erhalten haben, etwa in Form einer Patientenbroschüre oder eines Informationsblattes (und wenn ja, von wem) (s. Abb. 3).

Teilnehmerinnen am Mammografie-Screening bestätigen mehrheitlich, dass sie vorab schriftliche Informationen erhalten haben. Warum der Anteil nicht höher ausfällt, bleibt unklar, denn befragt wurden nur anspruchsberechtigte Frauen (im Alter von 50 bis 69 Jahren), die mit der Einladung auch das Informationsblatt erhalten haben müssten. Das Ergebnis macht zumindest deutlich, dass selbst Informationen, die aktiv über das Einladungswesen versendet werden, nicht von allen Frauen wahrgenommen werden. Schriftliche Informationen zur Unterstützung der Entscheidung beim Darmkrebs-Screening haben gut die Hälfte der Teilnehmer erreicht. Deutlich seltener nehmen Versicherte jedoch schriftliche Informationsmaterialien im Vorfeld der Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs und beim Hautkrebs-Screening wahr. Versichertenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht und Schulbil-

dung hatten keinen statistisch bedeutsamen Einfluss auf den wahrgenommenen Erhalt von Informationen. Den Daten zur Folge erhalten die Versicherten die Informationsmaterialien fast ausschließlich über die Arztpraxis. Das zeigt die Schlüsselrolle der Ärzte, in deren Händen es liegt, welche evidenzbasierten Informationen zur Krebsfrüherkennung sie verteilen.

Ärztliche Informationsgespräche

Patienten haben das Recht, vor Durchführung einer ärztlichen Maßnahme umfassend über den damit verbundenen Nutzen, die potenziellen Risiken sowie Alternativen aufgeklärt zu werden (PatRG 2013). Darüber hinaus geben die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in den Leitlinien zur Prävention von Haut-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs jeweils konkrete Empfehlungen zur Patientenaufklärung im Rahmen der Früherkennung (AWMF Leitlinienprogramm Onkologie 2014, 2016, 2017). Es mangelt in Deutschland aber bei

Tab. 3 Ärztliche Beratung/Information und Aufklärung in der Wahrnehmung der Versicherten
(Anteil der „Ja“-Nennungen in %)

	Hat ein Arzt/eine Ärztin mit Ihnen über den Nutzen der [Untersuchung] gesprochen?	Hat ein Arzt/eine Ärztin mit Ihnen über die Zuverlässigkeit des Testergebnisses gesprochen?	Wurde vor der Untersuchung besprochen, was bei einem auffälligen Befund als nächstes passiert?	Haben Sie von möglichen Nachteilen erfahren?
Darmkrebsfrüherkennung (Stuhltest)	67,3	57,1	43,4	28,3
Darmkrebsfrüherkennung (Koloskopie)	75,1	59,6	52,2	35,6
Hautkrebs-Screening	66,3	53,0	49,1	17,4
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs	54,7	46,7	40,4	25,1
Brustkrebsfrüherkennung (Mammografie-Screening)	52,1	45,1	44,9	47,0
Früherkennung Prostatakrebs	75,3	67,1	51,8	41,5

einigen Früherkennungsmaßnahmen noch an Untersuchungen darüber, wie diese Empfehlungen von Ärzten umgesetzt werden (z. B. zum Hautkrebs-Screening oder zum Gebärmutterhals-Screening). Aus anderen Ländern ist bekannt, dass Arzt-Patienten-Gespräche im Vorfeld einer Screening-Maßnahme häufig die Kriterien einer umfassenden Aufklärung nicht erfüllen (Hoffman et al. 2010). Mithilfe von vier geschlossenen Fragen wurden die Teilnehmer einer Früherkennung gebeten, sich an zentrale Inhalte ihres Arzt-Patienten-Gesprächs im Vorfeld ihrer letzten Untersuchung zu erinnern (in Anlehnung an die Informationsbroschüren des G-BA) (s. Tab. 3):

- Hat ein Arzt/eine Ärztin mit Ihnen über den Nutzen der [Untersuchung] gesprochen?
- Hat ein Arzt/eine Ärztin mit Ihnen über die Zuverlässigkeit des Testergebnisses gesprochen?
- Wurde vor der Untersuchung besprochen, was bei einem auffälligen Befund als nächstes passiert?

- Haben Sie von möglichen Nachteilen erfahren?

Die Mehrheit der Studienteilnehmer berichtet, dass mit ihnen über den Nutzen der Untersuchung gesprochen wurde, wenn das auch weniger auf den Abstrich am Gebärmutterhals und die Röntgenuntersuchung der Brust zutrifft. Die Zuverlässigkeit des Testergebnisses wurde in den Gesprächen vor der Untersuchung durchaus angesprochen, aber längst nicht bei der Mehrheit der Befragten. Eine Ausnahme ist das Abtasten der Prostata im Rahmen der Prostatakrebs-Früherkennung. Hier geben viele Befragte an, dass über die Zuverlässigkeit des Testergebnisses gesprochen wurde. Eventuell wird das von ärztlicher Seite aus auch genutzt, um auf die Möglichkeit eines ergänzenden PSA-Tests hinzuweisen, der keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Aufklärung darüber, was im Fall eines positiven Befundes als nächstes passiert, findet bei den meisten Untersuchungen laut Angaben der Ver-

sicherten mehrheitlich nicht statt. Der Anteil der Befragten, der angibt, dass er vor der Untersuchung über mögliche Nachteile erfahren hat, ist konsistent über alle Untersuchungen hinweg niedrig, wenn auch mit Unterschieden. Besonders selten wird bei der Ganzkörperuntersuchung der Haut und beim Abstrich am Gebärmutterhals auf Nachteile der Früherkennung hingewiesen.

Die Ergebnisse sind sicherlich mit Einschränkungen zu betrachten. Zum einem erlauben die Daten keine Differenzierung zwischen Erst- und Folgeuntersuchungen. Eine weitere Schwäche besteht darin, dass Studienteilnehmer sich eventuell nicht mehr korrekt an die Untersuchungssituation erinnern (recall bias). Die Ergebnisse spiegeln aber dennoch die Schwierigkeit wider, im Versorgungsalltag ein ausreichendes Maß an ärztlicher Aufklärung zu erreichen, das von den Versicherten auch wahrgenommen wird. Eine persönliche ärztliche Beratung im Vorfeld einer Untersuchung ist bislang gesetzlich nur für die Darmkrebsfrüherkennung geregelt. Hier zeigen sich entsprechend deutlich bessere Werte in Bezug auf alle abgefragten Aspekte. Bei der Mammografie haben Frauen den Anspruch auf ein persönliches Aufklärungsgespräch durch den Arzt/die Ärztin des Mammografie-Programms. Dieses Aufklärungsgespräch wird allerdings erfahrungsgemäß nur von einer kleinen Minderheit an Frauen genutzt (s. Kap. 4).

2.4 Diskussion

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Früherkennungsuntersuchungen nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen befürwortet werden. Während ein Teil der Befragten (2/3) sich regelmäßig untersuchen lässt, damit Krankheiten frühzeitig entdeckt werden können, signalisieren andere eine ablehnende Haltung gegenüber Früherkennungsuntersuchungen, um sich nicht mit unnötigen Untersuchungen zu belasten. Bei der Gesamtbetrach-

tung der aktuell erhobenen Teilnahmeraten war zu sehen, dass die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Früherkennungsprogramme ungleich wahrgenommen werden. Das Zervixkarzinom-Screening und die Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs erreichen auf die Lebenszeit bezogen Teilnahmeraten von über 80%. Gut 60% der Befragten hatten laut Selbstangabe bereits eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs. Das Hautkrebs-Screening und die gesetzliche Prostatakrebsfrüherkennung hingegen sind Leistungen, die seltener in Anspruch genommen werden. Personen, die noch nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, gaben dafür verschiedene Gründe an. Die Selbstauskünfte der Befragten zeigen, dass bisher kaum zwischen sinnhaften und fragwürdigen Screening-Untersuchungen unterschieden wird und insofern der begonnene Weg der Entwicklung evidenzbasierter Entscheidungshilfen konsequent weiterverfolgt und bezüglich seiner Auswirkungen evaluiert werden muss (s. Kap. 1). Mit Blick auf die Verbreitung der entwickelten Informationsmaterialien, zeigt die Befragung, dass diese die Versicherten bislang nicht genügend erreichen oder von den Versicherten nicht als solche wahrgenommen werden. Bei vielen der Früherkennungsuntersuchungen hat nur eine Minderheit der Befragten laut Selbstangabe jemals vor einer Untersuchung schriftliche Informationen als Entscheidungshilfe erhalten. Rund die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie sich zum Thema Früherkennung über das Internet informieren. Das zeigt die hohe Bedeutung dieses Mediums bei der Verbreitung von evidenzbasierten Informationen zur Krebsfrüherkennung (s. Kap. 5). Laut Befragung sind aber auch Gespräche mit Ärzten (vor allem mit Hausärzten) nach wie vor eine wichtige Informationsquelle. Das persönliche Arztgespräch ist daher grundlegend für die Information von potenziellen Teilnehmern an Früherkennungsuntersuchungen. Nur eine Minderheit der Versicherten wird allerdings gleichermaßen Zugang zu den

gesetzlichen Angeboten haben, wenn Ärzte unterschiedliche Einstellungen und Kenntnisse über die Maßnahmen mitbringen. Die Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans hat bereits im Jahr 2010 verschiedene Schwachstellen bei der persönlichen Beratung durch den Arzt identifiziert: Neben einem unterschiedlichen Kenntnisstand der Leistungserbringer wurde u. a. auch auf das Fehlen von standardisierten, qualitätsgesicherten Beratungsinhalten und die Befangenheit der Leistungserbringer als Anbieter von Individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL) hingewiesen (Bundesministerium für Gesundheit 2010). Die Befragung machte zudem erkennbar, dass Ärzte – trotz der bestehenden Leitlinien – bei der Durchführung der Untersuchung immer noch zu selten bzw. nicht umfassend genug über die Risiken der Früherkennung aufklären. Während Versicherte, die an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hatten, durchaus erinnern, dass mit ihnen über den Nutzen der Maßnahme gesprochen wurde, werden Informationen über mögliche Nachteile einer Untersuchung in den Arztgesprächen deutlich seltener wahrgenommen. Die Ergebnisse dieser Studie sind mit einigen Einschränkungen zu betrachten. Mögliche Fehlerquellen bei Befragungen ergeben sich u. a. aus dem Antwortverhalten der Befragten, z. B. in dem Maße wie Befragungsteilnehmer ein sozial erwünschtes Verhalten übertrieben berichten (social desirability bias) oder eine Begebenheit nicht korrekt erinnern (recall bias). Im Rahmen dieser Befragung mussten sich Studienteilnehmer an eine Untersuchungssituation erinnern, die unter Umständen schon länger zurücklag.

2.5 Ausblick

Aktuell werden das Darmkrebs-Screening und das Gebärmutterhals-Screening zu organisierten, qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen weiterentwickelt (Gemeinsamer

Bundesausschuss 2018). Die neuen gesetzlichen Regelungen sehen unter anderem ein Einladungs- und Informationssystem vor, d. h. die Versicherten erhalten nicht nur eine regelmäßige Erinnerung, sondern auch umfassende Informationen über Nutzen und Risiken der Früherkennung. Der Nationale Krebsplan konkretisiert in seiner „Roadmap – informierte und partizipative Entscheidungsfindung bis 2020“ weitere Schritte, wie eine informierte Entscheidung bei Früherkennungsuntersuchungen schrittweise erreicht werden kann. Ärzte und Krankenkassen könnten einen selbstverantwortlichen Entscheidungsprozess bei ihren Versicherten und Patienten unterstützen, indem sie noch vermehrt – über den reinen Leistungsanspruch hinaus – auf Basis wissenschaftlich fundierter und qualitätsgesicherter Materialien auch über Vor- und Nachteile der Untersuchungen informieren (SVR Gesundheit 2018).

Literatur

- AWMF Leitlinienprogramm Onkologie (2014) S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs (Version 1.1 – April 2014). https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Hautkrebspraeventationsleitlinie_1.1/LL_PraeventionHK_OL_Langversion_1.1.pdf. Zugegriffen: 5.10.2018
- AWMF Leitlinienprogramm Onkologie (2016) S3-Leitlinie Prostatakarzinom (Version 5.0 – April 2018). http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Prostata_Langversion_4.0.pdf. Zugegriffen: 13.08.2017
- AWMF Leitlinienprogramm Onkologie (2017) S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms (Version 1.0 – Dezember 2017). https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Zervixkarzinom_Praevention/LL_Pr%C3%A4vention_des_Zervixkarzinoms_Langversion_1.0.pdf. Zugegriffen: 5.10.2018
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“ Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_1_Inanspruchnahme_der_Krebsfrueherkennung.pdf. Zugegriffen: 5.10.2018
- Dierks M-L, Schmacke N (2014) Mammografie-Screening und informierte Entscheidung: mehr Fragen als Antworten. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014. Verlag Bertelsman Stiftung, Gütersloh

2 Informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Befragung unter GKV-Versicherten

- Faltermaier T (2015) Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/>. Zugegriffen: 12.11.2018
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Patienteninformation. Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs. Was Sie darüber wissen sollten. <https://www.g-ba.de/institution/service/publikationen/merkblaetter/merkblaetter/>. Zugegriffen: 5.10.2018
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017a) Informationen zum Ultraschall-Screening auf Aneurysmen der Bauchaorta. Warum wird Männern eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten? <https://www.g-ba.de/institution/service/publikationen/merkblaetter/merkblaetter/>. Zugegriffen: 5.10.2018
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017b) Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. <https://www.g-ba.de/institution/service/publikationen/merkblaetter/merkblaetter/>. Zugegriffen: 5.10.2018
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-Richtlinie/oKFE-RL). <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1685/oKFE-RL-2018-08-02-iK-2018-10-19.pdf>. Zugegriffen: 21. 10.2018
- Hoffman RM, Lewis CL, Pignone MP, Couper MP, Barry MJ, Elmore JG et al. (2010) Decision-making processes for breast, colorectal, and prostate cancer screening: the DECISIONS survey. *Med Decis Making* 30(5 Suppl):53S-64S
- Horenkamp-Sonntag D, Bestmann B, Engel S, Linder R, Schneider U, Verheyen F (2016) Darmkrebsfrüherkennung: Höhere Patientenbeteiligung durch informierte Entscheidung? *Das Gesundheitswesen* 2016
- Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. www.rki.de/gbe
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugegriffen: 12.11.2018
- Schmacke N (2016) Früherkennung. Fischen mit dem feinem Netz. Warum Krebs-Screenings zu Überdiagnostik führen können. *Gesellschaft und Gesundheit (G+G)* 19
- Sieverding M, Mattered U, Ciccarello L (2010) What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 29:72-81. doi:10.1037/a0016941
- Starker A, Buttman-Schweiger N, Krause L, Barnes B, Kraywinkel K, Holmberg C (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2018:1491-1499. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2842-8>
- Starker A, Saß A-C (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 5/6. doi:10.1007/s00103-012-1655-4
- Wegwarth O, Wagner GG, Gigerenzer G (2017) Can facts trump unconditional trust? Evidence-based information halves the influence of physicians' non-evidence-based cancer screening recommendations. *PLOS ONE* 12:e0183024. doi:10.1371/journal.pone.0183024
- Zok K (2007) Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. *WidOmonitor* 2007



Caroline Schmuker

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Heidelberg. Weiterqualifikation im Fachbereich Epidemiologie an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Berufliche Stationen: 2009 bis 2011 Trainee am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) im Bereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen, zwischen 2012 und 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGES Institut Berlin. Seit November 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Qualitäts- und Versorgungsforschung am WiDO.



Klaus Zok

Klaus Zok studierte Geschichte und Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum mit Abschluss als Diplom-Sozialwissenschaftler. Seit 1992 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO). Neben der Durchführung von Versicherten- und Patientenbefragungen zu verschiedenen Themen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion (z.B. Reformoptionen und Gestaltungsvorschläge) besteht sein Arbeitsschwerpunkt in der Erstellung von Transparenzstudien zu einzelnen Teilmärkten des Gesundheitssystems (z.B. „IGeL“). Ferner beschäftigt er sich mit strategischen und unternehmensbezogenen Erhebungen und Analysen im GKV-System.