



Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2014

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen
Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK

*Jan Böcken, Bernard Braun,
Rüdiger Meierjürgen (Hrsg.)*

Gesundheitsmonitor 2014

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung
und der BARMER GEK

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Wir verwenden in dieser Publikation keine durchgängig geschlechtergerechte Sprache. Mit »Autoren«, »Ärzte«, »Patienten« etc. sind immer Männer und Frauen gemeint.

© E-Book-Ausgabe 2014

© 2014 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: Dr. Jan Böcken, Andrea Fürchtenicht, Bertelsmann Stiftung;

Dr. Rüdiger Meierjürgen, Nicole Osterkamp, BARMER GEK

Redaktion: 37 Grad Analyse und Beratung GmbH, Köln

Lektorat: Heike Herrberg

Herstellung: Christiane Raffel

Umschlaggestaltung: Elisabeth Menke

Umschlagabbildung: Tyler Olsen/Shutterstock Images

Satz und Druck: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld

ISBN 978-3-86793-593-7 (Print)

ISBN 978-3-86793-618-7 (E-Book PDF)

ISBN 978-3-86793-619-4 (E-Book EPUB)

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Einleitung	7
<i>Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen</i>	
Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz: ein Schritt zur informierten Entscheidung?	12
<i>Ulla Walter, Maren Dreier</i>	
Was hindert und was fördert die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?	28
<i>Sylvia Sänger</i>	
Mammografie-Screening und informierte Entscheidung: mehr Fragen als Antworten	55
<i>Marie-Luise Dierks, Norbert Schmacke</i>	
»Früherkennung ist ein Angebot und keine Einberufung«	92
<i>Ein Streitgespräch zwischen Ingrid Mühlhauser und Johannes Bruns</i>	
<i>Moderation: Christian Weymayr</i>	
Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit	107
<i>Bernard Braun, Gerd Marstedt</i>	
Wie gut ist die hausärztliche Versorgung? Patientenurteile und Einflussfaktoren	132
<i>Jan Böcken, Gerd Marstedt</i>	

Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das deutsche Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen	158
<i>Viviane Scherenberg</i>	
Führt die betriebliche Fehlzeitenregelung zu unnötigen Arztbesuchen?	176
<i>Christoph Kowalski, Anika Nitzsche, Detlef Hollmann, Holger Pfaff</i>	
Homöopathie in der gesetzlichen Krankenversicherung: Modelle, Erfahrungen und Bewertungen	191
<i>Christina Sartori, Nicole Osterkamp, Cordula Uebing, Klaus Linde</i>	
Halsschmerzen und chronische Mandelentzündungen bei Kindern und Jugendlichen: Operation oder konservative Behandlung?	210
<i>Hans-Dieter Nolting, Julian Rellecke, Guido Schiffhorst, Karsten Zich</i>	
Die Befragungen des Gesundheitsmonitors	235
Messung der Sozialschichtzugehörigkeit	239
Die Autorinnen und Autoren	241
Abstracts	245

Einleitung

Jan Böcken, Bernard Braun, Rüdiger Meierjürgen

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex, umfasst zahlreiche Leistungen und Dienste verschiedener Ausgabenträger und Leistungserbringer. Der Anteil aller Gesundheitsausgaben (300,4 Milliarden Euro) am Bruttoinlandsprodukt betrug im Jahr 2012 in Deutschland 11,3 Prozent und liegt somit im internationalen Vergleich im oberen Drittel. Aber wie gut werden diese Mittel eingesetzt? Tun wir das Richtige bei der Früherkennung der großen Volkskrankheiten? Wie gut ist die durch die eingesetzten Mittel erreichte Versorgungsqualität? Und entsprechen die Versorgungsstrukturen dem, was die Bürger von einem System erwarten, das zu großen Teilen aus Pflichtbeiträgen und Steuern – also aus Zwangsabgaben – gespeist wird?

In Deutschland erkranken jedes Jahr rund 500.000 Menschen neu an Krebs, 221.000 Menschen sterben jährlich daran. Experten vermuten zwischen 2010 und 2030 einen Anstieg um bis zu 20 Prozent. Dass ein erheblicher Teil dieser Steigerung aufgrund des demographischen Wandels zustande kommt, wurde in der breiten Berichterstattung um den Weltkrebsbericht der WHO-Studie im Jahr 2014 oft nicht erwähnt. Was die transportierte Botschaft in der Bevölkerung auslöst, bleibt abzuwarten. Doch die Unsicherheit beschränkt sich nicht auf die Öffentlichkeit: Trotz eines umfangreichen Wissens über Inzidenz- und Mortalitätsraten, trotz vielfältiger Therapiemöglichkeiten und Angebote an Früherkennungsmaßnahmen bleiben viele zentrale Fragen etwa im Bereich Krebsfrüherkennung unter Experten entweder unbeantwortet oder umstritten. Grund genug, das Thema »Krebsfrüherkennung« in diesem Jahr in der Jahrespublikation des Gesundheitsmonitors näher zu beleuchten.

In einem einführenden Artikel beschreiben *Ulla Walter* und *Maren Dreier* die neuen Rahmenbedingungen der Krebsfrüherkennung. Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) erfolgt

in Deutschland eine politische Neuorientierung entsprechend den Empfehlungen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation. Das Gesetz sieht unter anderem vor, innerhalb von drei Jahren die derzeit als geeignet angesehenen Früherkennungsuntersuchungen für Zervixkarzinom und Darmkrebs zu bevölkerungsbezogenen und organisierten Früherkennungsprogrammen auszubauen. Die Autorinnen heben den Paradigmenwechsel von dem ehemals erwünschten Ziel einer möglichst hohen Beteiligung hin zur informierten Entscheidung hervor und beschreiben die zahlreichen Umsetzungsprobleme.

Der Beitrag von *Sylvia Sanger* befasst sich mit der Wahrnehmung der gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch die Adressaten: Dies betrifft die Bekanntheit, die Vorstellungen von Nutzen und Risiken der Untersuchungen und die Erwartungen an entscheidungsrelevante Informationen. Aufbauend auf den erzielten Ergebnissen formuliert die Autorin Handlungsempfehlungen, wie die Divergenz zwischen vorhandenem Wissen und fehlender beziehungsweise unzureichender Inanspruchnahme reduziert werden kann.

Marie-Luise Dierks und *Norbert Schmacke* widmen sich einer bestimmten Krebsfrüherkennungsmaßnahme: dem Mammografie-Screening. Im Jahr 2002 haben der Bundestag und der Bundesrat die Einführung eines systematischen Mammografie-Screenings in Deutschland trotz eines fehlenden vorausgehenden Bewertungsprozesses parteiübergreifend beschlossen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es bis heute strittig, ob die Hauptziele des Mammografie-Screenings – die Sterblichkeit an Brustkrebs zu verringern und die Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern – erfüllt werden können. Wie werden betroffene Frauen in Deutschland über das Verfahren und dessen Nutzen und Risiken informiert? Welchen Kenntnisstand haben Frauen über das Verfahren und können sie heute die Chancen und Risiken des Angebots aufgrund intensiverer öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussion zum Screening besser bewerten? Zu diesen Fragen liefert der Artikel von Dierks und Schmacke Antworten.

Die unterschiedlichen Positionen verschiedener Experten zum Thema »Krebsfrüherkennung« thematisiert *Christian Weymayr*, der für den Gesundheitsmonitor 2014 ein Streitgespräch zwischen der Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhauser und Johannes

Bruns, dem Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, aufbereitet hat – und damit für den Gesundheitsmonitor auch Neuland bei der Darstellung kontroverser Kenntnisstände betritt. Beide nehmen hier Stellung zur Bewertung von Nutzen und Schaden der Früherkennung und zur Kommunikation möglicher Risiken. Welche Krebsfrüherkennungsmaßnahmen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben tatsächlich ihre Berechtigung? Wie hoch ist der Nutzen und wie hoch ist das Risiko einzelner Früherkennungsmaßnahmen? Und: Wie sollten Patienteninformationen aussehen und welche Akteure sollten sie entwickeln und vermitteln?

Die Stärkung der Patientensouveränität und die Erhöhung der Gesundheitskompetenz sind nicht nur für den Umgang mit Krebsfrüherkennungsmaßnahmen erforderlich, sondern spielen auch im Arzt-Patienten-Kontakt generell eine wesentliche Rolle. Beide Facetten wurden bereits in früheren Artikeln des Gesundheitsmonitors unter der Überschrift des »Shared Decision Making« aufgegriffen. Der Beitrag von *Bernard Braun* und *Gerd Marstedt* im Gesundheitsmonitor 2014 liefert einen aktuellen Überblick über Anspruch und Wirklichkeit hinsichtlich der partizipativen Entscheidungsfindung beim Arzt und schließt eine bis zum aktuellen Zeitpunkt wesentliche Lücke des Forschungsstandes: Inwieweit werden Patientenwünsche in der Realität der Arztpraxis tatsächlich erfüllt? Dabei nutzen die Autoren eine der exklusiven Stärken des Gesundheitsmonitors und berücksichtigen Daten aus den letzten elf Befragungsjahren sowie die Ergebnisse vorangegangener Beiträge im Gesundheitsmonitor, beispielsweise Isfort, Floer und Butzlaff 2004 sowie Isfort, Redaelli und Butzlaff 2007. Zugleich wird der internationale Forschungsstand miteinbezogen.

Neben der Ausprägung der etablierten Kultur einer Entscheidungsfindung gibt es noch weitere Faktoren, die für die Qualität der Versorgung in den Arztpraxen wichtig sind. *Jan Böcken* und *Gerd Marstedt* beschäftigen sich in ihrem Artikel speziell mit der Qualität der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Sowohl die Patientenerfahrungen zur Strukturqualität als auch die Befunde zur Ergebnisqualität und die Erfahrungen zur Prozessqualität werden im Artikel aufgegriffen. Hinsichtlich der Prozessqualität stehen die Arzt-Patienten-Kommunikation, die partizipative Entscheidungsfindung und die Kooperation mit Fachärzten im Vordergrund. Die Auto-

ren untermauern die zentrale Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für die Ergebnisqualität einer Behandlung und ordnen die Ergebnisse in den Kontext der gesundheitspolitischen Debatte ein.

Welche spezifischen Erfahrungen machen Patienten mit Blick auf die Versorgungsqualität? Die Antwort auf diese Frage bildet die Grundlage für die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen seitens der Patienten. Eben diesen Erfahrungen, Erwartungen und dem Grad der Zufriedenheit widmet sich *Viviane Scherenberg* und liefert Erklärungen für eine aufgrund hoher Reformdynamik entstandene Verunsicherung in der Bevölkerung. Der Artikel fragt nach der generellen Zufriedenheit der Bürger mit dem Gesundheitswesen, stellt einen Zusammenhang zwischen Erfahrungen und Erwartungen beziehungsweise Ängsten her und erläutert, inwieweit sich gesundheitspolitische Entscheidungen aus einer Zufriedenheitsabfrage ableiten lassen.

Die Zahl von Arztbesuchen ist im internationalen Vergleich in Deutschland hoch. Eine schnellere Genesung zählt dabei wohl zu den Hauptzielen eines Arztbesuches. Neben solch gesundheitlich motivierten und notwendigen Besuchen kommt es jedoch auch häufig zum Arzt-Patienten-Kontakt aufgrund der Verpflichtung, sich die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen zu lassen. Das Autorenteam *Christoph Kowalski, Anika Nitzsche, Detlef Hollmann* und *Holger Pfaff* untersucht in seinem Artikel die Häufigkeit solcher Arztbesuche in Deutschland und fragt, ob ein Zusammenhang zwischen der Strenge der betrieblichen Fehlzeitenregelung und der Inanspruchnahme des Arztes existiert. Weiter wirft der Beitrag die Frage auf, ob ein hohes Sozialkapital in den Unternehmen diese Form der Inanspruchnahme erhöht oder reduziert. Zugleich liefert er einen Einblick in die gesetzlichen Fehlzeiten- und Lohnfortzahlungsregelungen anderer Länder.

Die Jahrespublikation 2014 endet mit zwei Beiträgen, die auf Sonderbefragungen spezieller Gruppen von BARMER-GEK-Versicherten aufbauen. Das Autorenteam *Christina Sartori, Nicole Osterkamp, Cordula Uebing* und *Klaus Linde* befasst sich dabei mit einer Heilmethode, die seit mehr als 200 Jahren praktiziert wird: der Homöopathie. Der Artikel berichtet über die Erfahrungen, Bewertungen und die Nutzung von Homöopathie durch gesetzlich Versicherte und formuliert daraus Schlussfolgerungen für eine mögliche verstärkte Fokussierung auf eine homöopathische Therapie. Dabei vergleichen die

Autoren drei Strategien des Umgangs mit der Homöopathie in der GKV: 1. die Möglichkeit für Versicherte, Homöopathie als Grundversorgungsstrategie zu wählen, 2. qualifizierten Ärzten die Möglichkeit zu geben, bestimmte homöopathische Leistungen im Rahmen der GKV zu erbringen, und 3. keine Inanspruchnahme von homöopathischen Leistungen im Rahmen der GKV.

Der letzte Beitrag dieses Buches stellt anhand des Themas »Tonsillektomie« eine einfache Frage: Operieren – ja oder nein? Handelt es sich bei dem zu behandelnden Patienten um ein Kind, liegt die Entscheidung über die Therapie für eine bestimmte Krankheit bei den Eltern. Das Autorenteam *Hans-Dieter Nolting, Julian Rellecke, Guido Schiffhorst* und *Karsten Zich* liefert im Gesundheitsmonitor 2014 Ergebnisse einer Befragung von Eltern, deren Kindern die Gaumenmandeln operativ entfernt wurden. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Häufigkeit und den Schweregrad der Krankheitsepisoden, die jeweilige ärztliche Behandlung der Halsschmerzen und die individuelle Entscheidungsfindung, Beratung und Aufklärung zur Tonsillektomie.

Das Spektrum der diesjährigen Jahrespublikation umfasst also einen thematischen Schwerpunkt rund um die Krebsfrüherkennung, um bei diesem brisanten und immer wichtiger werdenden Thema den Blick der Bevölkerung in die Debatte einzubeziehen, sowie einen repräsentativen Blick auf die Versorgungsqualität in Arztpraxen, der die Bedeutung einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation unterstreicht. Dies wird durch spannende Einzelthemen abgerundet, die nicht nur die medizinische Versorgung im engeren Sinne betreffen, sondern die Bedeutung einer stärkeren Vernetzung mit anderen Gesellschafts- und Versorgungsbereichen unterstreichen. Vielleicht ist auch das ein Zusatznutzen der interdisziplinären Betrachtungsweise des Gesundheitsmonitors: Bedarfsgerechtigkeit nicht nur in einem engen medizinischen Versorgungskontext zu denken, sondern den Versuch zu wagen, das berufliche und soziale Umfeld der Bürger, ihre Präferenzen und Sorgen sowie ihre Zukunftserwartungen in die Überlegungen einzubeziehen. Wir freuen uns, wenn wir in der Zusammenschau der Artikel aller Autorinnen und Autoren einen Beitrag dazu leisten können.

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz: ein Schritt zur informierten Entscheidung?

Ulla Walter, Maren Dreier

Das Gesetz: Was ist neu – was bleibt?

Am 9. April 2013 trat das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG) in Kraft. Damit verbunden sind eine politische Neuorientierung und – mit der Einführung der informierten Entscheidung als Grundlage für die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung – Veränderungen im Konzept, die als Paradigmenwechsel bezeichnet werden können (Helou 2014). Neu eingeführt werden im SGB V »§ 25a Organisierte Früherkennungsprogramme«. Änderungen zum gegenwärtigen Stand von Krebsregistern sind nicht Gegenstand dieses Beitrags (siehe dazu das Schwerpunktheft des Bundesgesundheitsblattes Januar 2014; zur Krebsfrüherkennung das Schwerpunktheft März 2014).

Für die Krebsfrüherkennungsangebote sollen mit dem KFRG die Voraussetzungen geschaffen werden, dass diese »mit einer höheren Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit durchgeführt und von mehr Menschen – unter Beachtung ihrer Autonomie und ihrer Entscheidungsfreiheit – in Anspruch genommen werden« (BMG 2012: 3). Dabei versucht das KFRG, die wissenschaftliche Evidenz stärker einzubeziehen. So entfallen die gesetzlich verankerten Vorgaben der geschlechtsbezogenen Altersuntergrenze für die Krebsfrüherkennung und die Häufigkeit der Untersuchungen (§ 25 SGB V). Mit dem neu eingefügten § 25a SGB V soll sich das Angebot an organisierten Früherkennungsprogrammen nach den von der Europäischen Kommission veröffentlichten Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen ausrichten. Damit wird das organisierte Screening, das bislang bevölkerungsweit nur für das Mammografie-Screening für Brustkrebs angeboten wird, ausgeweitet.

Derzeit betrifft dies die Früherkennung von Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs, für die in den kommenden drei Jahren zahlreiche Festlegungen (Zielgruppen, Einladungswesen, Untersuchungsmethoden, Untersuchungsintervall, Vorgehen zur Aufklärung auffälliger Befunde, systematische Erfassung, Qualitätssicherung durch G-BA, Erfolgskontrolle etc.) getroffen, die konzeptionelle Ausgestaltung erarbeitet und die flächendeckende Umsetzung vorbereitet werden müssen. Bei Bedarf können einzelne organisatorische Komponenten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erprobt werden.

Explizit wird eine ausgewogene Information der Versicherten über Vor- und Nachteile der im organisierten Screening bevölkerungsweit angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verankert. Zur Förderung der informierten Entscheidung sollen die Versicherten im Rahmen der »regelmäßigen Einladung [...] in Textform« eine »umfassende und verständliche Information [...] über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung« erhalten (KFRG Artikel 1, § 25a SGB V Absatz 1). Eine Verpflichtung wurde für die opportunistisch angebotenen Untersuchungen (Screeningprogramme, bei denen die Initiative zur Untersuchung von dem betreuenden Arzt oder der um den Test ersuchenden Person ausgeht) und gesetzlich verankerten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allerdings nicht eingefordert. Eine ausgewogene Informationspflicht besteht auch nicht für Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung im Rahmen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), auch wenn diese dringend geboten wäre (Koch, Thomas und Windeler 2014).

Mit dem KFRG wurde die Gewährung einer reduzierten Belastungsgrenze für chronisch Kranke bei regelmäßiger Inanspruchnahme einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung (§ 62 SGB V alt) aufgehoben. Diese Regelung war seit ihrer Einführung zum 1. Januar 2008 aufgrund der unsicheren Evidenz gesetzlich verankerter Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sehr umstritten. Seitens des Gesetzgebers soll mit der Entkopplung die »Freiwilligkeit der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsmaßnahme gestärkt« werden (BMG 2012: 4). Die informierte individuelle Entscheidung wird damit dem bevölkerungsmedizinischen Ziel, die Inanspruchnahmerate zu steigern, übergeordnet (Helou 2014).

Die Streichung der Bonusregelung ist umso bedeutender, da die bestehenden opportunistisch (siehe oben) angebotenen Krebsfrüher-

kennungsuntersuchungen von dem KFRG unberührt bleiben. Nicht modifiziert wurde auch der § 65a SGB V, der den gesetzlichen Krankenkassen die Vergabe von Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten ermöglicht: Sie können »in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach dem § 25 [Check-up 35, Krebsfrüherkennung, Anm. der Autorinnen] und § 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf einen Bonus haben. Dieser Bonus ist zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren.« Hier bleibt zu hoffen, dass die Krankenkassen selbst die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von der Bonusvergabe ausschließen.

Mehrjährige Vorbereitung: Konsensbildung im Nationalen Krebsplan

Das KFRG beruht auf Empfehlungen des Nationalen Krebsplans. Dieser wurde zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Früherkennung und der Versorgung krebskranker Menschen im Juni des Jahres 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit zentralen Akteuren in Prävention und Therapie von Krebserkrankungen, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Tumorzentren gegründet (BMG 2014). Erst die Zusammenführung von Experten aus unterschiedlichen Feldern (Wissenschaft, Selbstverwaltung, Patientenorganisationen) sowie einschlägigen Institutionen und ihre Einbindung in einen kontinuierlichen mehrjährigen Diskussions- und Konsensbildungsprozess in Handlungsfeldern und Arbeitsgruppen schaffte die breite fachliche und politische Akzeptanz für das KFRG.

Dieses war, wie die Moderatoren selbst einräumen, ein mühsamer Weg, mussten doch unterschiedliche Interessen, Befürworter wie Kritiker der Krebsfrüherkennung mit ihrer heterogenen Einschätzung und Interpretation der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse konstruktiv zusammengebracht und die Standpunkte überprüft werden (Helou 2014). Vor dem Hintergrund einer politisch gewollten Stärkung der Krebsfrüherkennung kann der Weg zum Gesetz als ein Lehrstück in einer pluralistischen Gesellschaft angesehen

hen werden. Die Umsetzung soll nun der vom BMG berufene Gesundheitspolitische Umsetzungskreis (GEPUK) sichern.

Die Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans sind in vier Handlungsfeldern mit 13 Zielen und Teilzielen formuliert. Diese umfassen die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung (Handlungsfeld 2), die Sicherstellung der Behandlung (Handlungsfeld 3) sowie die Weiterentwicklung von Handlungsfeld 1 »Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung« und Handlungsfeld 4 »Stärkung der Patientenorientierung« – die beiden Letzten greifen explizit die Forderung nach einer informierten Entscheidungsfindung auf. Die informierte Entscheidung soll über partizipative Prozesse (Shared Decision Making) erreicht und mit evidenzbasierten Informationsangeboten unterstützt werden (siehe hierzu den Beitrag von Braun und Marstedt in diesem Band).

Auf dem Weg zur informierten Entscheidung

Seit dem Jahr 1971 ist Krebsfrüherkennung gesetzlich verankert, wobei die Untersuchungen in den folgenden Jahrzehnten erweitert wurden. Die in § 25 SGB V aufgeführten Verfahren beinhalten das Screening auf Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut- und Prostatakrebs.

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen und ärztlichen Bemühungen stand lange Zeit die Erreichung möglichst hoher Beteiligungsraten. Dabei wurden mögliche Schäden beziehungsweise Risiken vermeintlich harmloser Untersuchungen (Stuhltest, Pap-Abstrich) vernachlässigt. Risiken können sich aus falsch-positiven oder falsch-negativen Testergebnissen und deren Folgen oder dem erst in den letzten Jahren zunehmend diskutierten Phänomen der Überdiagnosen (Welch und Black 2010) ergeben. Das Streitgespräch zwischen Ingrid Mühlhauser und Johannes Bruns, moderiert von Christian Weymayr, das im vorliegenden Band dokumentiert ist, illustriert die Folgen der Testergebnisse anschaulich im Hinblick auf eine Bewertung der Verfahren.

Eine erste Herausforderung an die Kommunikation von Nutzen und Risiken stellte sich ab 2004 mit der Einführung des organisierten Mammografie-Screenings (Jørgensen et al. 2009), da die Mammografie selbst mit schädlichen Röntgenstrahlen und bis zu 20 Prozent Überdiagnosen mit nachfolgender Übertherapie einhergeht

(Elmore und Fletcher 2012). Und spätestens mit der im Jahr 2002 eingeführten Screening-Koloskopie wird gesetzlich Versicherten eine invasive, potenziell lebensbedrohliche Untersuchung (Pox et al. 2012) angeboten, deren diagnostischer oder kurativer Einsatz in der klinischen Medizin einer ärztlichen Aufklärung über die möglichen Risiken und Alternativen mit schriftlicher Einwilligung (informed consent) bedarf.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, den Anspruchsberechtigten eine informierte Entscheidungsfindung ohne Bevorzugung oder Sanktionierung eines Entscheidungsarmes zu ermöglichen. Hinzu kommt, dass auch die Evidenz für den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zum Teil eingeschränkt ist aufgrund fehlender randomisierter Studien (etwa Zervixkarzinom – Pap-Abstrich), kontrovers interpretierter Ergebnisse (Mammografie-Screening, The Lancet 2012; Quanstrum und Hayward 2010), mangelnder Studienqualität und erforderlicher, aber methodisch nicht durchführbarer Studien (etwa Prostatakrebs – PSA, Dubben 2014).

Mit dem KFRG wurde jetzt der Paradigmenwechsel von dem vormals erwünschten Ziel einer möglichst hohen Beteiligung hin zur informierten Entscheidung zumindest für das organisierte Screening eingeleitet. Dabei ist allerdings der Konflikt zwischen der (bei gegebenem Nutzen) bevölkerungsmedizinisch sinnvollen und politisch erwünschten Steigerung der Inanspruchnahme und der Autonomie der Versicherten nicht vollständig gelöst. Das KFRG weist darauf hin: Die organisierten Krebsfrüherkennungsangebote sollen »von mehr Menschen – unter Beachtung ihrer Autonomie und ihrer Entscheidungsfreiheit – in Anspruch genommen werden« (BMG 2012: 3). In diesem Sinne spricht der Nationale Krebsplan von »informierter Inanspruchnahme«.

Eine Voraussetzung einer informierten Entscheidung ist die Akzeptanz der Nichtteilnahme als gleichwertige Alternative, wobei ergebnisoffene Informationen sowie Beratungen als Entscheidungsgrundlage verfügbar sein sollen. Der ethische Grundkonflikt (Marckmann und in der Schmitt 2014) in der Früherkennung leitet sich daraus ab, dass viele untersucht werden, jedoch nur wenige profitieren. Dieser Konflikt bleibt auch bei nachgewiesenem Nutzen der Maßnahme bestehen, insbesondere wenn es sich um eine mit potenziellen Risiken behaftete Untersuchung handelt. Aber auch vermeintlich harmlose Tests bergen durch die Möglichkeit falsch-positiver Er-

gebnisse ein Schadenspotenzial, das die individuelle Entscheidung gegen Früherkennung rechtfertigt.

Informiert entscheiden – Nutzen und Risiken ausgewogen darstellen

Eine informierte Entscheidung (informed choice) setzt die Kenntnis von erwartbarem Nutzen und potenziellem Schaden voraus, wägt diese vor dem Hintergrund der individuellen Wertvorstellungen ab und führt als Ergebnis der Gesamtbewertung zu einer Absicht mit nachfolgender Handlung – der Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme einer Untersuchung zur Krankheitsfrüherkennung. Dabei sollen den Betroffenen die jeweiligen Konsequenzen bewusst sein. Dieser so rational beschriebene Vorgang ist nicht einfach, geht es dabei doch um die eigene Gesundheit, auch um Werte auf unterschiedlichen Ebenen, die zudem mit Emotionen verbunden sind. Mehr oder weniger akzeptable Risiken müssen verstanden, betrachtet und gewertet sowie die letztlich verbleibende Unsicherheit akzeptiert werden.

Eine Voraussetzung für eine informierte Entscheidung sind umfassende Informationen über den potenziellen Nutzen und die Risiken der angebotenen Untersuchungsverfahren und diagnostischen Tests vor dem Hintergrund des eigenen Erkrankungsrisikos, der Prognose sowie der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung. Dies schließt nicht nur die im Leistungskatalog der GKV enthaltenen Verfahren, sondern weitere (alternative) Untersuchungsmethoden und -möglichkeiten ein. Für die Früherkennung von Darmkrebs bedeutet dies beispielsweise, dass nicht nur über die Koloskopie und den fäkalen okkulten Bluttest FOBT informiert werden muss, sondern auch über die sogenannte kleine Darmspiegelung (Sigmoidoskopie), deren Nutzen für die Darmkrebsmortalität im Gegensatz zur großen Darmspiegelung (Koloskopie) bereits durch randomisierte kontrollierte Studien belegt ist (Elmunzer et al. 2012). Die Kommunikation einer Krebsfrüherkennung muss insgesamt so gestaltet sein, dass sie eine informierte Entscheidung tatsächlich ermöglicht.

Zentral ist, dass die Zielgruppe erreicht wird. Informationen dürfen sich deshalb nicht auf scheinbar einfach zu erstellende Flyer beschränken. Die Erreichbarkeit umfasst sowohl die Verbreitung der Information an möglichst alle Anspruchsberechtigten als auch die

Förderung ihres Verständnisses, die niederschwellige Zugänglichkeit ergänzender Beratung und sonstiger Angebote wie visuelle Kommunikation und computerbasierte Entscheidungshilfen sowie die Untersuchung selbst.

Um eine möglichst gute Zielgruppenorientierung zu erreichen, sind die potenziellen Teilnehmenden in die Konzeption und Ausgestaltung des gesamten Prozesses miteinzubinden – von der Identifikation fördernder und hemmender Faktoren, die eine informative Entscheidung beeinflussen, bis zur Entwicklung nutzerorientierter Informationen (Austoker et al. 2012). Gegebenenfalls müssen für Subgruppen mit Verständigungs- beziehungsweise Verständnisschwierigkeiten und/oder schwierigerer Erreichbarkeit, sei es aufgrund von Migrationshintergrund, geringerer Gesundheitskompetenz oder erhöhter Morbidität, spezifische Informationen entwickelt und alternative Formen der Kommunikation erprobt werden. Derzeit werden Zielgruppen allerdings eher selten eingebunden: Nur zwei von 41 analysierten Materialien zur Darmkrebsfrüherkennung in Deutschland wurden unter systematischer Einbeziehung von Nutzern erstellt (eigene Daten, unveröffentlicht).

Entscheidungshilfen für oder gegen eine Früherkennungsuntersuchung können Informationsmaterialien geben, die die notwendigen Sachverhalte möglichst leicht verständlich, neutral und sachlich vermitteln. Die Informationen sollten auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und eine quantitative Einschätzung der möglichen Nutzen und Risiken erlauben. Informationsangebote, die diese Vorgaben erfüllen, werden als »evidenzbasierte Gesundheits- oder Patienteninformationen« bezeichnet (Bunge, Mühlhauser und Steckelberg 2010; DNEbM 2008; IQWiG 2013) (Tabelle 1).

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin hat neben den allgemeinen Empfehlungen »Gute Praxis Gesundheitsinformation« auch spezifische Kriterien für Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung verfasst (DNEbM 2008). Vorab gab das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in seiner »Mustergesundheitsaufklärung für Früherkennungsmaßnahmen« ein inhaltliches und strukturelles Grundgerüst zur Erstellung von Gesundheitsinformationen heraus (Meyerrose und Sänger 2007). Der Beitrag von Sänger im vorliegenden Gesundheitsmonitor beschäftigt sich speziell mit dem Aspekt »Was hindert und was fördert die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?«.

Tabelle 1: Vorgaben für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen

Was	Wie
<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Erkrankung (Risikofaktoren, Symptome) • Angaben zum Erkrankungs- und Sterberisiko • Vergleich von Untersuchungs-/Behandlungsverfahren und -alternativen im Hinblick auf günstige Effekte (Nutzen) und ungünstige Effekte (Risiken) • numerische Darstellung von Effekten • Darstellung von Unsicherheiten, fehlender Evidenz 	<ul style="list-style-type: none"> • sachlich • neutral • ausgewogen (Verfahren, Nutzen und Risiken) • leicht verständlich • aktuell • evidenzbasiert

Quelle: nach Bunge, Mühlhauser und Steckelberg 2010, DNEbM 2008, IQWiG 2013

Anforderungen versus Realität

In den vergangenen Jahren wiesen Studien mehrfach auf Mängel an den Inhalten und in der Gestaltung von Informationsmaterialien hin. So wurden in dem initialen Infoflyer zum Brustkrebs-Screening »Weil sie ein Teil von mir sind« die positiven Aspekte auf Kosten von »Risiken und Nebenwirkungen« hervorgehoben (Gummersbach und Abholz 2006). Damit wird vorrangig das Public-Health-Ziel einer möglichst hohen Beteiligung verfolgt, das aber einer eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung entgegensteht. Bereits 2001 kamen Steckelberg, Balgenorth und Mühlhauser bei der Analyse von 17 Verbraucherbrochüren zur Darmkrebsfrüherkennung zu dem Schluss, dass sich diese nicht für eine »evidenzbasierte, informierte Entscheidung« eignen, da wesentliche Kriterien nicht erfüllt wurden. Insbesondere die Angabe des Erkrankungs- und Sterberisikos, der Komplikationen der Koloskopie und die Wirksamkeit des Screenings blieben weitgehend unerwähnt.

Aktuelle eigene Untersuchungen zur Qualität von Informationsmaterialien am Beispiel der Darmkrebsfrüherkennung zeigen weiterhin deutliche Defizite hinsichtlich der Anforderungen an evidenzbasierte Informationen (Dreier et al. 2014). Die systematische Bewertung von 13 Broschüren, 28 Flyern und 36 Websites anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs (Dreier et al. 2013) ergab mehrheitlich eine unausgewogene Nutzen-Risiken-Darstellung zugunsten des Nutzens. Etwa ein Drittel der Materialien erwähnte keine potenziellen Risiken der Darmspiegelung. Die übrigen wiesen teilweise

nur allgemein oder verharmlosend darauf hin (»risikoarme Untersuchung«) oder negierten diese fälschlicherweise (»sicher«, »schmerzfrei«). Numerische Angaben zur Häufigkeit von Nutzen und Risiken fehlten weitgehend.

Das mit dem KFRG auch rechtlich angestoßene Konzept der informierten Entscheidung gilt es sowohl in der Bevölkerung als auch bei den beteiligten Akteuren zu implementieren. Zumindest aufseiten der Ersteller von Informationsmaterialien zur Darmkrebsfrüherkennung wird dieser Wandel und seine Tragweite erst von wenigen erkannt und umgesetzt. Noch wird mehrheitlich ausdrücklich appelliert, an der Krebsfrüherkennung teilzunehmen (»Machen Sie mit!«). Dies geschieht zum Teil gänzlich, ohne auf mögliche Nachteile hinzuweisen, und wird verstärkt durch begleitende, Angst einflößende beziehungsweise bagatellisierende Formulierungen (»tückische Krankheit«) (Dreier et al. 2014).

Auch die Anspruchsberechtigten sind nach Jahrzehnten der teilnahmeorientierten Bewerbung regelmäßiger Früherkennungsuntersuchungen und Gesundheitschecks wenig vorbereitet, das Für und Wider einer Teilnahme kritisch abzuwägen. Seitens der Nutzer wird meist vorausgesetzt, dass das Ziel von Informationsmaterialien die Motivation zur Teilnahme sei, auch wenn dieses gar nicht benannt wird (Seidel et al. 2014).

Im Sprachgebrauch von Medizinern, in Medien und in der Bevölkerung ist immer noch die Bezeichnung »Vorsorge« für Krebsfrüherkennung weit verbreitet, die fälschlicherweise eine primäre Prävention dieser Krankheiten impliziert. Korrekterweise ist diese aber nur bei der Darmkrebsfrüherkennung und beim Screening auf Zervixkarzinom mit der Entfernung von Polypen beziehungsweise zervikalen intraepithelialen Neubildungen (Veränderung von Gewebezellen am Gebärmutterhals) gegeben. So verwundert es nicht, dass nach einer repräsentativen Befragung deutscher Mammografieteilnehmerinnen im Jahr 2008 noch 60 Prozent von ihnen glaubten, dass das Screening das Risiko der Entwicklung eines Brustkrebses reduziere (Albert et al. 2012).

Diese Einschätzung eines primärpräventiven Nutzens ist nach wie vor weit verbreitet: So verbinden auch nach einer aktuellen Befragung von 40- bis 64-jährigen Versicherten 33 Prozent der Anspruchsberechtigten und 27 Prozent der zukünftig Anspruchsberechtigten Mammografie mit der Verhinderung einer Brustkrebserkrankung.

Der Beitrag von Dierks und Schmacke im vorliegenden Band berichtet hierzu aktuelle empirische Ergebnisse.

Die Umsetzung von Shared Decision Making (SDM) ist ambitioniert und an mehrere Voraussetzungen geknüpft. Nach internationalen Studien werden bestehende Entscheidungshilfen für eine informierte Entscheidung von Professionellen kaum genutzt (Austoker et al. 2012). Dass leicht einsetzbare Tools fehlen und die Zeitfenster für die Patienten knapp bemessen sind, sind wesentliche Hürden. Verfügbare Entscheidungshilfen und ein systematisches Training von Professionellen können die Übernahme von Shared Decision Making in der Praxis unterstützen, wobei die bisherige Evidenz hierzu gering ist (Légaré et al. 2010). Auch im Nationalen Krebsplan kommt diesen Aspekten eine hohe Relevanz zu.

Numerische Angaben: hilfreich, verzerrend, unverständlich

Die Darstellung und Weitergabe numerischer Angaben erfordert besondere Beachtung. Informationen, die nicht transparent sind – sei es, weil sie nicht verständlich formuliert sind oder aber auch das Ziel haben, bewusst zu manipulieren –, führen bei Laien und Professionellen zur Verwirrung und Fehlinterpretation der Daten zur Krebsfrüherkennung (Wegwarth et al. 2012; Seidel et al. 2014). Die Verwendung von relativen Risiken anstelle von – leichter vorstellbaren – absoluten Risiken, bedingten Wahrscheinlichkeiten anstelle von verstehbaren natürlichen Häufigkeiten und Fünfjahresüberlebensraten anstelle von korrekten Mortalitätsraten zur Darstellung eines Screeningwertes suggeriert vielfach einen höheren Nutzen beziehungsweise ein geringeres Risiko und trägt zur Über- beziehungsweise Unterschätzung bei (Gigerenzer et al. 2008; Gigerenzer 2011; Akl et al. 2011).

In knapp der Hälfte der bundesweit gedruckten Informationsmaterialien finden sich Zahlen als natürliche Häufigkeiten anstelle von Angaben in Prozent, wobei von diesen wiederum nur ein Viertel einen gleichen Nenner als Bezugsgröße nutzt und so die Verständlichkeit erleichtert. Auch Darstellungen, die zu einer verzerrten Einschätzung führen können, sind weit verbreitet. So wurde der Nutzen meist ausschließlich anhand relativer Risikoreduktionen (»Mit einer frühzeitigen Darmspiegelung könnten mehr als drei Viertel gerettet

werden«) quantifiziert, was ohne gleichzeitige Angabe absoluter Zahlen (»Durch die Früherkennung sterben eine bis drei pro 1.000 Personen weniger als ohne Früherkennung«) zu einer systematischen Überschätzung des Nutzens führen kann (Dreier et al. 2014).

Überraschend ist, dass auch in der Wissenschaft ähnliche Mängel im Umgang mit Zahlen und der ausgewogenen Darstellung vorliegen. Ein systematischer Review zur Wirksamkeit vom Screening zur Krebsfrüherkennung deckte auf, dass Überdiagnosen und falsch-positive Ergebnisse – die häufigsten Schäden – nur selten quantifiziert werden und die Darstellung des Nutzens weit überwiegt (Heleno et al. 2013). Die Bedeutung der Darstellung von Zahlenangaben und Anteilen ist im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2014 empirisch untersucht worden (für die Teilnahme an Maßnahmen der Krebsfrüherkennung siehe den Beitrag von Säger in diesem Band). Über eine transparente und verständliche Darstellung sowie die Schulung von Ärzten als wesentliche Berater und Journalisten als zentrale Multiplikatoren ließen sich die bestehenden Barrieren vermindern. Inwieweit und über welche Formen numerische Informationen korrekt und für verschiedene Zielgruppen leicht verständlich transportiert werden können, bleibt eine Herausforderung und bedarf weiterer Forschungen.

Mehr wissen – informiert entscheiden

Generell ist das Wissen von Screeningteilnehmern über Nutzen und Risiken (Koloskopie: Schwartz et al. 2013, Mammografie: Dierks und Schmacke 2014) als eher gering zu bezeichnen, wobei Unterschiede nach Bildung, Alter und zum Teil Einkommen bestehen. Allerdings können Informationsmaterialien wie auch Beratungen »face to face« den Kenntnisstand erhöhen (Austoker et al. 2012; Fox 2006).

Nur wenige Untersuchungen analysieren, ob evidenzbasierte Informationen eine informierte Entscheidung fördern. Beobachtet wurden unterschiedliche Effekte. Zwei randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass eine evidenzbasierte Information zur Darmkrebsfrüherkennung bei deutschen Versicherten (Steckelberg et al. 2011) beziehungsweise zum Screening auf Diabetes in einer Risikopopulation in Großbritannien (Marteau et al. 2010) die informierte Entscheidung förderte, ohne sich auf die Beteiligung auszuwirken.

Eine deutsche Untersuchung zu evidenzbasierten Patienteninformationen zur Prävention von Diabetes mellitus Typ-2 führte zu vermehrten Entscheidungskonflikten, einer kritischeren Einstellung gegenüber Prävention und einer verminderten Teilnahmeabsicht für einen Stoffwechselfest (Genz et al. 2013).

In Australien wirkte sich in einer randomisierten kontrollierten Studie die informierte Entscheidung in einer bildungsschwachen Population nachteilig auf die Beteiligung am Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung aus (Smith et al. 2010). Eine Vorher-nachher-Studie in den Niederlanden zu einem Flyer mit Vor- und Nachteilen des PSA-Tests ergab bei den Männern einen Zuwachs an Wissen, informierter Entscheidung sowie der Intention, den Test auch wahrzunehmen (van Vugt et al. 2010).

Es bleiben noch viele Fragen. So ist zu klären, ob ein fundierter Entscheidungsprozess tatsächlich mit mehr oder weniger Entscheidungskonflikten verbunden ist, welche Präferenzen spezifische Nutzergruppen haben und wie diese die Entscheidungen zum Screening beeinflussen. Sicherlich ist die vereinfachte Formel »Wissen – informierte Entscheidung – Teilnahme beziehungsweise Nichtteilnahme« zu grob und wird sich zukünftig über die Ermittlung von Determinanten erheblich ausdifferenzieren. Damit einher geht die Weiterentwicklung geeigneter Instrumente zur Erfassung der informierten Entscheidung.

Mit dem KFRG wurde ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur informierten Entscheidung gemacht. Es wird dauern, bis sich der Wandel bei allen Beteiligten – Versicherten, Ärzten, weiteren Professionellen, Entscheidungsträgern sowie Wissenschaftlern – vollzogen hat. Inwieweit das Konzept tatsächlich realisiert werden kann und ob Differenzierungen vorzunehmen sind, werden die zukünftigen Erfahrungen und Analysen zeigen.

Literatur

Akl, E. A., A. D. Oxman, J. Herrin, G. E. Vist, I. Terrenato, F. Sperati, C. Costiniu, D. Blank und H. Schünemann. »Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions«. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3) 2011. doi: 10.1002/14651858.CD006776.pub2.

- Albert, U. S., M. Kalder, H. Schulte, M. Klusendick, J. Diener, B. Schulz-Zehden, I. Kopp und I. Nass-Griegoleit. »The population-based mammography screening programme in Germany: uptake and first experiences of women in 10 federal states«. *Das Gesundheitswesen* (74) 2 2012. 61–70.
- Austoker, J., L. Giordano, P. Hewitson und P. Villain. »European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition – Communication«. *Endoscopy* (44) Suppl 3 2012. SE164–SE185.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. »Informationen zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KFRG). Regelungsteil ›Krebsfrüherkennung««. 2012. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120822_PM_61_Anlage_1_BMG_Infopapier_KFRG_Krebsfrueherkennung.pdf (Download 7.4.2014).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. *Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen*. 2014. www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html (Download 18.4.2014).
- Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG). 2013. Teil I Nr. 16. Bonn 8.4.2013. 617–623.
- Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. »Ausbruchsmanagement«. (57) 1 2014.
- Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. »Krebsfrüherkennung«. (57) 3 2014.
- Bunge, M., I. Mühlhauser und A. Steckelberg. »What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria«. *Patient Education and Counseling* (78) 3 2010. 316–328.
- Dierks, M. L., und N. Schmacke. »Mammografie-Screening und informierte Entscheidung – mehr Fragen als Antworten«. *Gesundheitsmonitor-Newsletter* 1 2014.
- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. *Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen*. 2008. www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/dnebm-080630.pdf (Download 22.1.2013).

- Dreier, M., B. Borutta, G. Seidel, I. Kreusel, J. Töppich, E. M. Bitzer, M. L. Dierks und U. Walter. »Development of a comprehensive list of criteria for evaluating consumer education materials on colorectal cancer screening«. *BMC Public Health* 13 2013. 843.
- Dreier, M., B. Borutta, G. Seidel, I. Münch, J. Töppich, E. M. Bitzer, M. L. Dierks und U. Walter. »Printmedien- und Internetangebote mit Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung und ihre kriteriengestützte Bewertung aus Expertensicht«. *Bundesgesundheitsblatt* (57) 3 2014. 356–365.
- Dubben, H. H. »Früherkennung des Prostatakarzinoms. Schaden belegt, Nutzen nicht belegbar«. *Bundesgesundheitsblatt* (57) 3 2014. 318–326.
- Elmore, J. G., und S. W. Fletcher. »Overdiagnosis in breast cancer screening: time to tackle an underappreciated harm«. *Annals of Internal Medicine* (156) 7 2012. 536–537.
- Elmunzer, B. J., R. A. Hayward, P. S. Schoenfeld, S. D. Saini, A. Deshpande und A. K. Waljee. »Effect of flexible sigmoidoscopy-based screening on incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials«. 2012. *PLoS Med* 9: e1001352.
- Fox, R. »Informed choice in screening programmes: do leaflets help? A critical literature review«. *Journal of Public Health (Oxford Journals)* (28) 4 2006. 309–317.
- Genz, J., B. Haastert, H. Muller, F. Verheyen, D. Cole, W. Rathmann, B. Nowotny, M. Roden, G. Giani, A. Mielck, C. Ohmann und A. Icks. »Prevention of Type 2 Diabetes: Evidence-Based Patient Information – A Randomised Controlled Trial«. *Gesundheitswesen* 2013. doi: 10.1055/s-0032-1329998.
- Gigerenzer, G. »What are natural frequencies?« *British Medical Journal* 343 2011. d6386.
- Gigerenzer, G., W. Gassmaier, E. Kurz-Milcke, L. Schwartz und S. Woloshin. »Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics«. *Psychological Science in the Public Interest* 8 2008. 53–96.
- Gummersbach, E., und H.-H. Abholz. »Info-Flyer »Mammographie-Screening« in Deutschland: Welche Informationen enthält er und welche sollte er enthalten?« *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82 2006. 491–494.

- Heleno, B., M. F. Thomsen, D. S. Rodrigues, K. J. Jørgensen und J. Brodersen. »Quantification of harms in cancer screening trials: literature review«. *British Medical Journal* 347 2013. f5334.
- Helou, A. »Krebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan. Gesundheitspolitischer Rahmen und gesetzliche Neuregelungen«. *Bundesgesundheitsblatt* (57) 3 2014. 288–293.
- IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. »Allgemeine Methoden. Version vom 28.11.2013«. Köln 2013.
- Jørgensen, K. J., J. Brodersen, O. J. Hartling, M. Nielsen und P.C. Gøtzsche. »Informed choice requires information about both benefits and harms«. *Journal of Medical Ethics* (35) 4 2009. 268–269.
- Koch, K., S. Thomas und J. Windeler. »IGeL oder Nicht-IGeL. Krebsfrüherkennung braucht immer eine umfassende Aufklärung«. *Bundesgesundheitsblatt* (57) 3 2014. 334–342.
- Légaré, F., S. Ratté, D. Stacey, J. Kryworuchko, K. Gravel, I. D. Graham und S. Turcotte »Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals«. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5 2010. CD006732.
- Marckmann, G., und J. in der Schmitten. »Krebsfrüherkennung aus Sicht der Public-Health-Ethik«. *Bundesgesundheitsblatt* (57) 3 2014. 327–333.
- Marteau, T. M., E. Mann, A. T. Prevost, J. C. Vasconcelos, I. Kellar, S. Sanderson, M. Parker, S. Griffin, S. Sutton und A. L. Kinmonth. »Impact of an informed choice invitation on uptake of screening for diabetes in primary care (DICISION): randomised trial«. *British Medical Journal* 340 2010. c2138.
- Meyerrose, B., und S. Sängler. *Muster-Gesundheitsaufklärung für Früherkennungsmaßnahmen*. Berlin 2007. www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/stellungnahmen/sn-muster-frueherkennung-2007.pdf (Download 14.4.2014).
- Pox, C. P., L. Altenhofen, H. Brenner, A. Theilmeier, S. D. Von und W. Schmiegel. »Efficacy of a nationwide screening colonoscopy program for colorectal cancer«. *Gastroenterology* (142) 7 2012. 1460–1467.
- Quanstrum, K. H., und R. A. Hayward. »Lessons from the mammography wars«. *The New England Journal of Medicine* (363) 11 2010. 1076–1079.
- Schwartz, P. H., E. Edenberg, P. R. Barrett, S. M. Perkins, E. M. Meslin und T. F. Imperiale. »Patient understanding of benefits, risks,