

Abwägungssache: der hausärztliche Umgang mit gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Weighing up Interests: the Family Practitioner and Officially Endorsed Cancer Screening Tests

Anne Dahlhaus, Johanna Behrend, Claudia Herrler, Andrea Siebenhofer, Erika Kojima, Ferdinand M. Gerlach, Corina Güthlin

Hintergrund: Hausärzte agieren bei der Empfehlung und Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zwischen gesetzlichen Empfehlungen, einer teils unklaren Evidenz, ihren täglichen Erfahrungen und den Präferenzen ihrer Patienten. In dieser Studie werden Hausärzte nach ihrem Umgang mit den gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen befragt.

Methoden: Es wurden 20 semistrukturierte Interviews mit hessischen Hausärzten durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Hausärzte informieren ihre Patienten über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Sie sehen die Untersuchungen als Angebot an ihre Patienten, das sie ihnen mehr oder weniger nachdrücklich und regelmäßig empfehlen. Neben der Frage nach der medizinischen Sinnhaftigkeit wägen Hausärzte auch Vergütungsanreize und Patientenpräferenzen ab. Bei einem erschwerten Zugang der Patienten zu anderen Fachärzten führt der Hausarzt Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch, die er sonst nicht regelhaft anbietet.

Schlussfolgerungen: Bei der Entscheidung zur Empfehlung und Durchführung der verschiedenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wägt der Hausarzt verschiedene, teils im Widerspruch zueinander stehende Aspekte ab.

Schlüsselwörter: qualitativ; Krebsfrüherkennungsuntersuchung; hausärztliche Rolle; Empfehlung; Patienteninformation

Introduction: Family practitioners act at the interface between officially endorsed cancer screening tests, evidence that is sometimes unclear, their experience and the preferences of their patients. We asked family practitioners how they deal with officially endorsed cancer screening tests.

Methods: We conducted 20 semi-structured interviews, and recorded, transcribed and evaluated them in accordance with Mayring's qualitative content analysis.

Results: Family practitioners inform their patients about cancer screening tests. They consider them as an offer to patients and recommend them more or less strongly and frequently. Besides the question of medical appropriateness, family doctors also take financial incentives and patient preferences into account. If access to a specialist is difficult, family practitioners may conduct the test even if he does not routinely do so.

Discussion: When deciding whether to recommend and conduct cancer screening tests, family doctors consider various factors, some of which may contradict one another.

Keywords: Qualitative; Cancer Screening; Role; Patient Information; Recommendation

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Empfehlungen hinsichtlich des Vorgehens zur Früherkennung von Darm-, Haut-, Brust-, Prostata- und Gebärmutterhalskrebs formuliert [1]. Ziel ist es, die Mortalität der Bevölkerung an den genannten Krebserkrankungen durch populationsbasierte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) zu senken. Im Vordergrund der Diskussion um die KFU steht vor allem die „Risiko- und Nutzenabwägung“ der bevölkerungsweit angelegten Untersuchungsstrategien, da die frühe Erkennung einzelner Krebserkrankungen einer vergleichsweise hohen Rate an falsch-positiven Befunden und Überdiagnosen mit nachfolgender Übertherapie gegenüber steht [2, 3]. Auch die nach sozialer Schicht stark unterschiedliche Erreichbarkeit der Zielgruppe [4] und unklare Effekte auf die (Gesamt-)Mortalität sind Gegenstand kritischer Diskurse [5].

Für die Teilnahme an KFU ist die ärztliche Empfehlung eine starke Determinante. Bei einer repräsentativen, telefonischen Befragung von 45- bis 73-Jährigen wurde als Grund für die Nicht-Teilnahme an der Koloskopie vor allem das Fehlen einer ärztlichen Empfehlung genannt. Die Koloskopierten hatten innerhalb des vorangegangenen Jahres häufiger einen Hausarzt aufgesucht als die Nicht-Koloskopierten [6]. Auch den Teilnehmerinnen am Mammografiescreening wurden von Frauenärzten und Hausärzten signifikant häufiger zur Teilnahme geraten als Nichtteilnehmerinnen [7]; diese Ergebnisse decken sich mit denen aus der internationalen Literatur [8, 9]. Fisseni et al. beschrieben im Jahr

2003 für Hausärzte auf der Basis einer Fokusgruppenuntersuchung die Präferenz einer „individualisierten (Primär-)Prävention“ gegenüber einer programmassoziierten Früherkennung [10]. Um die Determinanten des hausärztlichen Verhaltens und ihre Rolle besser zu verstehen, befragten wir Hausärzte nach ihrer Handhabung der gesetzlichen Empfehlungen für die verschiedenen Entitäten.

Methoden

Einordnung der qualitativen Befragung

Die Befragung fand im Rahmen einer größeren Studie statt: Für eine bundesweite schriftliche Befragung von Hausärzten wird zum Thema Onkologie ein Fragebogen entwickelt. Im Vorfeld wurden mehrere qualitative Interviews geführt, um das Feld thematisch zu eröffnen. Eine Interviewserie beinhaltete das Thema KFU; über diese wird im Folgenden berichtet.

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Die Befragung erfolgte mittels eines semi-strukturierten Leitfadens mit Fragen zur hausärztlichen Einschätzung verschiedener Aspekte der onkologischen Versorgung hausärztlicher Krebspatienten. Unter anderem behandelten vier Fragen die hausärztliche Handhabung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Darmkrebs, Hautkrebs sowie den gynäkologischen und urologischen Tumoren (Tab. 1). Am Ende des Interviews wurden Arzt- und Praxis-Variablen erhoben.

Datenerhebung

Im April und Mai 2011 wurden für diese Teilstudie 78 hessische Hausärzte per Faxanschreiben eingeladen. Die Rekrutierung erfolgte innerhalb der Lehr- und Forschungspraxen des Instituts sowie über die Online-Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Bei der Auswahl der Gesprächspartner wurde auf eine annähernde Gleichverteilung der Merkmale Fachgebietsbezeichnung, Stadt/Land, Geschlecht, Einzel-/Gemeinschaftspraxis und Berufserfahrung in Jahren geachtet. Die Interviews wurden von JB und CH geführt und begleitend elektronisch aufgezeichnet.

Datenauswertung

Im Anschluss an die Interviews wurden die Audiodateien transkribiert, anonymisiert und anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [11] ausgewertet. Zur Entwicklung des Kategorienschemas wurden die ersten vier Interviews durch JB und CH unabhängig und unter Supervision von CG kodiert. Im interdisziplinären Diskurs entstand nach mehrmaligem Materialdurchgang ein endgültiges Kategorienschema, mit dem alle Interviews nochmals durchgegangen wurden.

Ergebnisse

Es konnten 20 hessische Hausärzte telefonisch befragt werden (Teilnahmerate 25,6 %). Die Zusammensetzung der Interviewpartner war ausgewogen (Tab. 2). Sechs Hausärzte kamen aus einer Großstadt, acht aus einer Mittelstadt, zwei aus Kleinstädten und vier aus ländlichen Gemeinden. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 33 Minuten.

KFU sind ein Angebot an den Patienten

Die interviewten Hausärzte sahen die KFU vor allem als Angebot an den Patienten, bei dem die Entscheidung zur Durchführung letztlich beim Patienten liegt:

„(...) aber denke gerade Vorsorge ist einfach ein Angebot (...) ich seh auch nicht ein, dass man die Leute dazu drängt (...) wenn se nich wollen, dann ham se gehabt (...) gerade diejenigen, die keine Beschwerden ha-

1. Wie handhaben Sie die Maßnahmen zur Darmkrebsvorsorge*?

2. Wie handhaben Sie die Maßnahmen zur Hautkrebsvorsorge?

3. Wie handhaben Sie die Maßnahmen zur Vorsorge auf Brustkrebs und Zervixkarzinom?

4. Wie handhaben Sie die Maßnahmen zur Krebsvorsorgeuntersuchung der Prostata und des äußeren männlichen Genitals?

Wie sprechen Sie Ihre Patienten auf die Vorsorgeuntersuchungen an?

** Im Sinne eines vereinfachten Sprachgebrauchs wurde in den Interviewfragen der Begriff „Vorsorge“ verwendet. Sämtliche interviewten Hausärzte antworteten auf die Frage nach Krebsvorsorgeuntersuchungen im Sinne der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.*

Tabelle 1 Leitfragen und exemplarische Konkretisierungsfrage (kursiv)

HA	Facharzt für	m/w	Praxisform	Berufsjahre
HA1	Allgemeinmedizin	m	Einzelpraxis	13
HA2	Allgemeinmedizin	m	Einzelpraxis	> 20
HA3	Allgemeinmedizin	w	Einzelpraxis	14
HA4	Allgemeinmedizin	w	Einzelpraxis	17
HA5	Allgemeinmedizin	w	Gemeinschaftspraxis	25
HA6	Allgemeinmedizin	w	Gemeinschaftspraxis	25
HA7	Allgemeinmedizin, Anästhesie	m	Gemeinschaftspraxis	5
HA8	Allgemeinmedizin	m	Gemeinschaftspraxis	30
HA9	Allgemeinmedizin	w	Gemeinschaftspraxis	8
HA10	Allgemeinmedizin	w	Einzelpraxis	8
HA11	Innere Medizin	m	Einzelpraxis	19
HA12	Innere Medizin	w	Gemeinschaftspraxis	4
HA13	Allgemeinmedizin	m	Gemeinschaftspraxis	26
HA14	Praktischer Arzt	m	Einzelpraxis	22
HA15	Allgemeinmedizin	m	Einzelpraxis	3
HA16	Allgemeinmedizin	w	Einzelpraxis	7
HA17	Allgemeinmedizin	w	Einzelpraxis	16
HA18	Allgemeinmedizin	w	Gemeinschaftspraxis	6
HA19	Innere Medizin	m	Einzelpraxis	6
HA20	Innere Medizin	m	Einzelpraxis	18

Tabelle 2 Merkmale der interviewten Hausärzte

ben (...) sie haben Anrecht darauf, das is und machen müssen sie's selber.“ (HA9)

„Die Männer werden von uns angerufen und [wir] sagen das Jahr ist rum und möchten Sie gerne kommen und dann müssen sie schon sagen Nein dann kommen Sie halt nicht ja, aber das Angebot ist da, das machen wir regelmäßig.“ (HA1)

Hausärztlicher Nachdruck und Regelmäßigkeit der KFU variieren

Der Nachdruck des Angebots der KFU variiert von Arzt zu Arzt. Während der Hausarzt im obenstehend ersten Zitat ein Drängen der Patienten explizit ablehnt, kontaktieren andere Hausärzte die Patienten mit mehr Nachdruck:

„(...) [die] Arzthelferinnen, die sind halt drauf gedrillt, dass möglichst viele Menschen zur Vorsorge kommen.“ (HA8)

„(...) die werden alle informiert! Das wird dokumentiert und das wird ganz stringent durchgeführt... ganz stringent“ (HA5)

Steht der Hausarzt hinter der Untersuchung, so schlägt sich dies auch in der

strukturellen Umsetzung der Empfehlung nieder:

„Wir sind da sehr ausgeklügelt aufgestellt, jeder Patient mit 35 wird von uns angesprochen des geht hier über 'ne Statistik im Computer“ (HA1)

„(...) wenn die sehen es kommt jemand und möchte 'n Termin zum Labor beziehungsweise wenn wir 'ne Notiz haben, wann der Patient das letzte mal da war zur Gesundheitsvorsorge, das machen wa, in der Regel kombiniert.“ (HA16)

Zweifelt der Hausarzt hingegen die Sinnhaftigkeit der KFU an und stellt diese Tatsache vor andere eventuelle Anreize zur Durchführung, so kann sein Angebot an den Patienten eher opportunistisch ausfallen:

„(...) muss feststellen, dass ich – die Krebsvorsorge ist ja jährlich und die Check-up zweijährlich, dass das also ich würd' sagen bei 80 bis 90 Prozent der Männern findet die Krebsvorsorge dann meistens doch eher im Rahmen des Gesundheit-Check-Up alle zwei Jahre statt. Wobei (...) die medizinische Sinnhaftigkeit ja auch heftig diskutiert wird (...) so dass ich mich da jetzt

medizinisch nich furchtbar schlecht fühle, wenn es so läuft.“ (HA2)

Information des Patienten zum Angebot der KFU

Dem Hausarzt liegt es am Herzen, die Patienten über Ablauf, Nutzen und Risiken der KFU aufzuklären und sie bei Ängsten und skeptischer Zurückhaltung emotional zu begleiten und zu stützen:

„(...) drück des [Merkblatt Darmkrebsfrüherkennung-Patienteninfo] dem Patienten in die Hand, aber erklär ihm des (...) versuch halt die Ängste zu nehmen und zu sagen „wir untersuchen“, die meisten haben einfach Schiss dahin zu gehen.“ (HA18)

„(...) wenn es eine richtige Aufklärung ist gibt es keine Probleme dann.“ (HA19)

Determinanten der Handhabung: Überzeugtheit, Vergütung und Patientenpräferenzen

Bezüglich ihres Empfehlungsverhaltens spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Einerseits beziehen Hausärzte die Fra-

Dr. med. Anne Dahlhaus ...



... ist Ärztin und seit 2010 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt tätig. Forschungsschwerpunkte liegen in der Onkologie, hausärztlichen Regionalanalysen und Multimorbidität. Seit 2011 berufsbegleitendes Studium der Epidemiologie.

ge nach der medizinischen Sinnhaftigkeit der jeweiligen Untersuchung in ihre Handhabung ein:

„Die Hämocults, da bin ich nicht son Fan von, 'ne weil die ja nur aussagekräftig sind wenn sie positiv sind und dann müssen sie eh zur Koloskopie schicken, ne des wissen sie ja.“ (HA18)

Darüber hinaus berichten einige Hausärzte, dass für sie die extrabudgetäre Vergütung eine ausschlaggebende Rolle bei der Entscheidung für oder gegen die Durchführung spielt:

„(...) die Krebsvorsorge, die ich ja schon alleine unabhängig von allen medizinischen Fragen, schon aus Gründen, dass es außerbudgetär vergütet wird (holt Luft) gerne mache.“ (HA2)

„Gynäkologische Vorsorge hab ich früher gerne mit Freude gemacht. Mach ich zunehmend gar nicht mehr, weil es eben auch nicht vergütet wird.“ (HA5)

Auch Patientenwünsche beeinflussen die hausärztliche Handhabung der gesetzlich empfohlenen KFU. Ein Hausarzt sagt hierzu:

„Des [Anmerkung: urologische KFU] mach ich wenn des jemand will, ja, manche Männer wollen des (...) also wenn se's nicht ausdrücklich wollen dann mach ich's nicht“ (HA17)

Die interviewten Hausärzte betonen die große Patientenakzeptanz der KFU der Haut: Die Untersuchung werde von Patienten bereits in jüngeren Jahren aktiv nachgefragt:

„(...), dass das sehr häufig von Patienten selbst angesprochen wird. Auch jungen Patienten, die im Prinzip noch gar nicht darunter fallen. Die also jünger sind als 35. Sprechen sehr viele von sich aus an dieses Hautkrebs-Screening.“ (HA4)

Hausärztliche Zuständigkeit für KFU: Regelfall und Ausnahme

Alle interviewten Hausärzte beschreiben eine Zuständigkeit für die Beratung und den Hinweis auf verschiedene KFU. Das

praktische Zuständigkeitspektrum sowie die Verbindlichkeit der hausärztlichen Empfehlung variieren interindividuell. Während viele Hausärzte den Hämocult-Test regulär allen anspruchsberechtigten Patienten anbieten, beschreibt ein Hausarzt, die Durchführung nur Männern anzubieten, während aus seiner Sicht bei Frauen der Gynäkologe für die Durchführung zuständig ist:

„Also ich handhabe die nach den Standardempfehlungen. Das heißt, dass ich ab 50 bis 55 'n Hämocult-Test anbiete bei den Männern. Bei den Frauen den sage, dass sie das im Rahmen der gynäkologischen (...) Vorsorgeuntersuchung machen und empfehle ab 55 die Vorsorge-Koloskopie.“ (HA2)

Ein Hausarzt resümiert:

„Für [mich] heißt's auch zuständig zu fühlen, dass die passende Überweisung ausgestellt wird. Also ich muss die nicht unbedingt selbst machen, aber mir is es wichtig, dass es durchgeführt wird.“ (HA15)

In diesem Zusammenhang beschreiben einige Hausärzte, dass sie Patienten nach Durchführung der KFU der Haut bei Unsicherheiten niederschwellig an Hautärzte weiter überweisen:

„(...) ich hab natürlich diesen Einführungskurs gemacht und so, aber fühl mich da auch 'n bisschen unsicher, muss ich sagen. Also ich rechne des immer ab und schick die aber viel, also da brauch nur (...) 'n paar Nävi 'ne gewisse Größe überschritten haben und dann schick ich die lieber schneller, also recht großzügig noch mal zum Hautarzt, ja.“ (HA2)

Bei Patienten mit erschwertem Zugang zu den regelhaft durchführenden Fachärzten schildern Hausärzte auch KFU zu übernehmen, die sie sonst nicht in ihrem regulären Zuständigkeitsbereich sehen. So sehen sie die Hauptzuständigkeit für die KFU von Brust und weiblichem Genitale zwar beim Gynäkologen, übernehmen aber trotzdem bei älteren weiblichen Patienten mit erschwertem Zugang die Brustpalpation:

„Wenn sie sagen: ich geh zu keinem Gynäkologen (...) hab' ich auch schon bei ganz alten Damen vier fünf ma auch n Mamma-Ca getastet und des wurde dann auch behandelt.“ (HA8)

„Gynäkologisch mach ich persönlich nich, sprech aber die Frauen drauf an beim Check-up, ob sie dieses Jahr auch bei der Frauenärztin waren und die Älteren, also das machen wir dann schon mal mit meiner hier angestellten Kollegin (...) also die Brust abtasten.“ (HA1)

Dies trifft auch für die urologische KFU zu. Diese berichten einige Hausärzte regelhaft durchzuführen, andere beschreiben diese jedoch nur dann zu übernehmen, wenn die entsprechenden Patienten sonst nicht untersucht werden:

„(...) bei manchen Älteren so, die dann nicht weg wollen oder nicht gut weg können, weil se keinen Fahrer ham und so, da mach ich des schon mal.“ (HA 17)

„Die Krebsvorsorge Männer (...) denke ich, is' definitiv bei Urologen besser untergebracht (...) ich mach das auch mal, wenn ich weiß, der geht sowieso nich zum Urologen, dann biet ich das an.“ (HA 9)

Diskussion

Die interviewten Hausärzte sehen die KFU als Angebot, das sie ihren Patienten breit und regelmäßig zugänglich machen und beeinflusst von eigener Überzeugtheit, finanziellen Anreizen, Patientenpräferenzen und dem Zugang der Patienten zu anderen Fachärzten unterschiedlich handhaben.

In unseren Interviews beschrieben die Hausärzte die Patienteninformation klar als ihre Aufgabe. International wird ein noch nicht gedeckter Beratungsbedarf der Patienten für den Bereich der KFU beschrieben: In allgemeininternistischen Arzt-Patienten-Konsultationen zum Thema KFU des Darms erhielten in den USA lediglich knapp 4 % bzw. 30 % der Patienten die vorab von ihnen als relevant eingestufte Information zu Nutzen und Risiken bzw. zu Screeningalternativen [12]. Nur 5 % der Ärzte erkundigten sich bei ihren Patienten, ob sie Fragen zu der Untersuchung hätten [12]. In einer qualitativen Studie aus Frankreich bedauerten Patienten, von ihrem Hausarzt nicht früher auf die Möglichkeit des Stuhltests zur KFU des Darms hingewiesen worden zu sein [13]. Andere Studien berichteten, dass Hausärz-

te in Patientengesprächen die Vorteile der Untersuchung häufiger darstellen als die Risiken und Nachteile [14, 15]. Es ist nach unserer Kenntnis unklar, inwieweit diese Daten auch auf deutsche Beratungssituationen zutreffen.

In der Literatur wird auch beschrieben, dass der Patient bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an einer KFU persönlichen und strukturellen Bedingungen ausgesetzt sein kann, die seine Entscheidung oder Fähigkeit zur Teilnahme beeinflussen können [16]. Dazu gehört ein aufgrund von Alter, Komorbiditäten oder schlechter Erreichbarkeit erschwelter Zugang zu Gynäkologen oder Urologen. In unseren Interviews beschrieben Hausärzte, KFUs in solchen Fällen zu übernehmen, auch wenn sie diese sonst nicht regelmäßig in ihrem Zuständigkeitsbereich sehen. Dies könnte vor dem Hintergrund der demografischen Alterung der Gesellschaft zukünftig eine weiter zunehmende Bedeutung erlangen und relevante Versorgungslücken gerade im ländlichen Raum reduzieren.

In den Interviews beschrieben die Hausärzte ihren eigenen Abwägungsprozess zwischen den Determinanten „eigene Überzeugtheit“, „finanzielle Anreize“ und „Patientenpräferenzen“. Dabei können die genannten Determinanten in ei-

nem deutlichen Widerspruch zueinander stehen. Die Evidenz im Sinne einer differenzierten Risiko-Nutzen-Darstellung ist bisher für die KFU noch unzureichend geklärt, auch wenn inzwischen einzelne Evidenzbausteine wie Hinweise auf den mortalitätssenkenden Effekt der Darmkrebsfrüherkennung vorliegen. Während die Durchführung der gesetzlich empfohlenen KFU mit finanziellen Anreizen verbunden ist, wird dem Hausarzt ein differenziertes Gespräch zur Evidenz der Untersuchungen mit dem Patienten, dessen Risiko auch immer individuell zu sehen ist, aus Sicht der Ärzte bisher nicht angemessen vergütet.

Nach unserem Wissen ist dies die erste qualitative Studie in Deutschland, die sich mit der hausärztlichen Handhabung der gesetzlich empfohlenen KFU beschäftigt. Die Ergebnisse stützen sich auf die Aussagen einer relativ kleinen, wenn auch sehr heterogenen Stichprobe aus nur einem deutschen Bundesland. Wie in anderen Studien dieser Art kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Selektion teilnehmender Ärzte stattgefunden hat oder dass die interviewten Ärzte im Sinne einer „sozialen Erwünschtheit“ antworteten. Eine deutschlandweite Generalisierung und Quantifizierung ist auf der Basis dieser Ergebnisse nicht möglich; es soll aber für einige der beschriebenen Aspekte

eine Quantifizierung mittels einer deutschlandweiten Erhebung erfolgen. Die Studie konnte nur einen Teil der relevanten Aspekte zu KFU näher beschreiben und einige der darüber hinausgehenden Determinanten identifizieren. So ist beispielsweise eine sich ergebende interessante Fragestellung, wie Hausärzte die Zuständigkeitsverteilung und Kooperation mit anderen Fachärzten bei der Beratung zu und Durchführung von KFU beurteilen.

Danksagung: Das Projekt wurde durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Wir danken Phillip Elliott für die Übersetzung der Zusammenfassung ins Englische und Martin Beyer für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Anne Dahlhaus
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 6301-6099
dahlhaus@allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), 2011
2. https://www.iqwig.de/download/S11-01_Vorbericht_Frueherkennungsuntersuchung-bei-familiaerem-Darmkrebsrisiko.pdf (letzter Zugriff am 30. April 2013)
3. Welch HG. Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why. Berkeley: University of California Press, 2004
4. Von Wagner C, Good A, Whitaker K, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiol Rev* 2011; 33: 135–147
5. Mühlhauser I, Steckelberg A. Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening. *Z Allg Med* 2005; 81: 523–527
6. Schubring-Giese B. Identifikation von Faktoren, die die niedrige Teilnahmerate am Koloskopie-Screening erklären. Med. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, 2009
7. Albert US, Kalder M, Schulte H, et al. Das populationsbezogene Mammografie-Screening-Programm in Deutschland: Inanspruchnahme und erste Erfahrungen von Frauen in 10 Bundesländern. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 61–70
8. Lasser KE, Ayanian JZ, Fletcher RH, Del Vecchio Good M-J. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 15
9. Klabunde CN, Vernon SW, Nadel MR, Breen N, Seeff LC, Brown ML. Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Med Care* 2005; 43: 939–944
10. Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung. *Z Allgemeinmed* 2003; 79: 591–595
11. Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qual Soc Res* 2000; 1: 20
12. Flocke SA, Stange KC, Cooper GS, et al. Patient-rated importance and receipt of information for colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20: 2168–2173
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, van Royen P. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract* 2011; 28: 670–676
14. Malli G. Early detection of prostate cancer by PSA testing: the results of a qualitative study on barriers caused by physicians in Austria implementing informed decision making. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 22–28
15. Canada RE, Turner B. Talking to patients about screening colonoscopy – where conversations fall short. *J Fam Pract* 2007; 56: E1–9
16. Jepson RG, Hewison J, Thompson A, Weller D. Patient perspectives on information and choice in cancer screening: a qualitative study in the UK. *Soc Sci Med* 2007; 65: 890–899