

Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung



RAPID REPORT

Projekt: P21-04A

Version: 1.0

Stand: 16.08.2023

IQWiG-Berichte – Nr. 1619

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

16.09.2021

Interne Projektnummer

P21-04A

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Dieser Rapid Report wurde unter Beteiligung externer Sachverständiger erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ bzw. „Formblatt zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen zur Offenlegung von Beziehungen sind in Anhang C dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externe Sachverständige

- Ricarda Delasauce, com.X Institut, Bochum
- Susan Hinterding, freiberuflich für com.X Institut tätig
- Jan Reimers, com.X Institut, Bochum
- Luisa Schall, freiberuflich für com.X Institut tätig
- Janna Solbrig, com.X Institut, Bochum
- Nicole Warthun, com.X Institut, Bochum

Das IQWiG dankt den externen Beteiligten für ihre Mitarbeit am Projekt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Martina Ehrlich
- Roland Büchter
- Maria Fischer
- Marco Knelangen
- Klaus Koch
- Jona Lilienthal

Schlagwörter

Reihenuntersuchung, Kolorektale Tumoren, Gesundheitsinformation für Verbraucher, Entscheidungsunterstützende Techniken

Keywords

Mass Screening, Colorectal Neoplasms, Consumer Health Information, Decision Support Techniques

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	vii
Abbildungsverzeichnis	viii
Abkürzungsverzeichnis.....	ix
Kurzfassung	x
1 Hintergrund.....	1
1.1 Angebote der organisierten Darmkrebs-Früherkennung.....	1
1.2 Rechtliche Grundlage.....	2
2 Fragestellung.....	3
3 Projektverlauf.....	4
4 Methoden	5
4.1 Überblick über die Methoden zur Überprüfung der Informationsmaterialien	5
4.2 Quantitative Befragung	6
4.2.1 Anspruchsberechtigte	6
4.2.2 Vertragsärztinnen und -ärzte	6
4.3 Qualitative Interviews	6
4.3.1 Anspruchsberechtigte	6
4.3.2 Vertragsärztinnen und -ärzte	7
4.4 Berücksichtigung des Beratungsverfahrens des G-BA	7
4.4.1 Einschätzungen.....	7
4.4.2 Operationalisierung subjektive Gesundheitskompetenz.....	8
4.5 Befragung von Krankenkassen zur technischen Umsetzung der Informationsbereitstellung	8
5 Ergebnisse	10
5.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Anspruchsberechtigten.....	10
5.1.1 Wahrnehmung der Materialien	12
5.1.2 Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung und Inanspruchnahmeverhalten	13
5.1.3 Inhaltliche Akzeptanz, Umfang und Verständlichkeit	16
5.1.4 Alternative Formate und Kanäle	16
5.1.5 Unterschiedliche Personengruppen: Ergebnisse nach Bildungsgrad, sozialer Benachteiligung und Gesundheitskompetenz	17
5.1.6 Erkenntnisse für die qualitative Vertiefung	18
5.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten	19

5.2.1	Wahrnehmung, Akzeptanz und ärztliche Nutzung im Beratungsgespräch	19
5.2.2	Inhalt, Umfang und Verständlichkeit	20
5.2.3	Alternative Formate	21
5.2.4	Erkenntnisse für die qualitative Vertiefung	21
5.3	Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Anspruchsberechtigten	21
5.3.1	Wahrnehmung der Materialien und Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung	23
5.3.2	Emotionen und Eindrücke	23
5.3.3	Generelle Akzeptanz.....	24
5.3.4	Selektive Bewertung der Materialien.....	24
5.3.5	Umgang mit der Quantifizierung von Vor- und Nachteilen	25
5.3.6	Wirkung auf die Teilnahmebereitschaft.....	25
5.3.7	Alternative Formate	25
5.4	Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Vertragsärztinnen und -ärzten	26
5.4.1	Wahrnehmung der Materialien und Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung	26
5.4.2	Akzeptanz	27
5.4.3	Inhaltliche Bewertung, Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte	27
5.4.4	Alternative Formate	28
5.5	Empfehlungen der externen Sachverständigen für die Weiterentwicklung der Informationsmaterialien.....	29
5.5.1	Empfehlungen der externen Sachverständigen für die Weiterentwicklung der Print-Broschüre	29
5.5.2	Empfehlungen der externen Sachverständigen für ein ergänzendes Online-Angebot	29
5.5.3	Empfehlungen der externen Sachverständigen zur Zustellung der Informationsmaterialien	30
5.6	Rückmeldungen der Krankenkassen zur technischen Umsetzung der Informationsbereitstellung	30
6	Diskussion	32
6.1	Methodische Limitation.....	32
6.2	Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennung in Deutschland	32
6.2.1	Inanspruchnahme gemäß Abrechnungsdaten	32
6.2.2	Darmkrebs-Früherkennung im internationalen Vergleich: die Niederlande	34
6.2.3	Inanspruchnahme gemäß quantitativer Befragung	35
6.3	Bedeutung der subjektiven Gesundheitskompetenz.....	36

6.3.1	Subjektive Gesundheitskompetenz im 2. Health Literacy Survey Germany.....	36
6.3.2	Subjektive Gesundheitskompetenz in der quantitativen Befragung	36
6.4	Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Informationsmaterialien in der Gesamtschau.....	37
7	Fazit	41
8	Literatur	42
Anhang A	Evaluationsbericht.....	45
Anhang B	Fragen für den Austausch mit den Krankenkassen zur technischen Weiterentwicklung der Informationsmaterialien.....	220
Anhang C	Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen	225

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Zentrale Charakteristika der befragten Stichprobe, Anspruchsberechtigte (n = 1009)	12
Tabelle 2: Befragte, die Anschreiben und Broschüre teilweise oder vollständig gelesen haben (n = 1009).....	13
Tabelle 3: Verteilung von formaler Bildung und subjektiver Gesundheitskompetenz.....	18
Tabelle 4: Zentrale Charakteristika der befragten Stichprobe, Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 150).....	19
Tabelle 5: Zentrale Charakteristika der Interviewpartnerinnen und -partner, Anspruchsberechtigte (n = 15)	22
Tabelle 6: Eigenschaften der interviewten Ärztinnen und Ärzte (n = 10).....	26
Tabelle 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Früherkennung bei AOK-Versicherten im Alter zwischen 65 und 66 Jahren im Zeitraum 2012 bis 2021.....	33

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Rekrutierungsprozess für die quantitative Befragung.....	11
Abbildung 2: Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung in Abhängigkeit von der Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre (Basis: n = 1009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt erinnern; n = 907 Leser:innen)	14
Abbildung 3: Inanspruchnahme von Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung nach Erhalt der Informationsmaterialien (Basis: n = 1009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt erinnern).....	15
Abbildung 4: Wirkung auf die Inanspruchnahme in der Gesamtpopulation der Anspruchsberechtigten (Basis: n = 2429; Bruttostichprobe des Online-Panels)	15
Abbildung 5: Einsatz der Broschüre im Beratungsgespräch in der Gesamtpopulation der Vertragsärzteschaft (Basis: n = 194; Bruttostichprobe der Vertragsärztinnen und - ärzte).....	20

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
oKFE-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Kurzfassung

Seit 2019 werden Versicherte durch per Post versendete Informationsmaterialien ihrer Krankenkasse auf das Angebot der Darmkrebs-Früherkennung aufmerksam gemacht. Die Briefe enthalten ein Anschreiben und eine Broschüre, die eine informierte Entscheidung zur Teilnahme an der Früherkennung und zur Wahl zwischen Darmspiegelung und Stuhltest unterstützen sollen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16.09.2021 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Überprüfung der Informationsmaterialien beauftragt.

Fragestellung

Das Ziel des vorliegenden Projekts ist

- die Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung.

Dabei sollen insbesondere die Akzeptanz, die Verständlichkeit für unterschiedliche Personengruppen, Inhalt und Umfang, der Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten, die ärztliche Nutzung im Beratungsgespräch, alternative Formate und alternative Verteilungskanäle evaluiert werden.

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse sollen die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung überarbeitet werden. Dies erfolgt im Rahmen des Projekts P21-04B.

Methoden

Die Evaluation der Informationsmaterialien erfolgte mittels quantitativer Befragung und qualitativer Interviews von Versicherten sowie Vertragsärztinnen und -ärzten durch externe Sachverständige.

Ziel der quantitativen Befragung war:

- Erhebung der aktuellen Nutzungssituation der Informationsmaterialien und
- Erhebung der übergreifenden Bewertung der Informationsmaterialien.

Ziel der qualitativen Interviews war:

- Vertiefung der aus der quantitativen Befragung gewonnenen Erkenntnisse unter Berücksichtigung unterschiedlicher Personengruppen, um

- konkrete Hinweise für die Verbesserung der Informationsmaterialien zu erhalten sowie
- Hinweise auf alternative Formate und Zugänge.

Als Ergebnis der quantitativen Befragung und qualitativen Interviews erstellten die externen Sachverständigen einen eigenständigen Evaluationsbericht mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Informationsmaterialien. Der Evaluationsbericht ist in Anhang A des Rapid Reports dokumentiert.

Die externen Sachverständigen rekrutierten Versicherte, die für das organisierte Darmkrebs-Früherkennungsprogramm anspruchsberechtigt waren, die Informationsmaterialien bereits von ihrer Krankenkasse erhalten haben und sich an diese erinnern konnten. Bei der Rekrutierung wurde außerdem nach Alter, Geschlecht, Bildung und Wohnort quotiert. Es wurden zudem sozial benachteiligte Menschen berücksichtigt.

Ergebnisse

Ergebnisse der quantitativen Befragung von Anspruchsberechtigten

Die Rekrutierung der Teilnehmenden war aufwendig. Es wurden nur anspruchsberechtigte Personen kontaktiert, die aufgrund des Alters in den letzten 12 Monaten eine Einladung ihrer Krankenkasse erhalten haben sollten. Trotzdem erinnerten sich nur etwa 40 % der Anspruchsberechtigten an den Brief. Fast jede oder jeder Zweite gab an, bereits vor Erhalt des Briefes eine Darmspiegelung erhalten zu haben.

Die folgenden Ergebnisse basieren auf der Befragung von Anspruchsberechtigten, die sich an den Brief erinnern und die Materialien zumindest teilweise gelesen haben:

- Anspruchsberechtigte bewerten die Materialien insgesamt positiv: Die Broschüre wird als verständlich wahrgenommen, sie unterstützt die freie Entscheidungsfindung, und informiert gut über den Ablauf der Darmkrebs-Früherkennung.
- Die meisten Befragten haben grundsätzlich eine positive Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung. Diese Einstellung bleibt nach Lesen der Materialien stabil oder wird verstärkt. Etwa 1 % sind nach dem Lesen skeptischer eingestellt.
- 41 % der Befragten haben nach Erhalt des Briefes mindestens eine Leistung der Darmkrebs-Früherkennung (Beratungsgespräch, Stuhltest, Darmspiegelung) in Anspruch genommen und 36 % geben an, zukünftig daran teilnehmen zu wollen.
- Etwa 2 Drittel der Befragten hatten Probleme mit dem arithmetischen Verständnis einer exemplarisch ausgewählten Tabelle, etwa 1 Drittel ordnete alle 4 zahlengestützten Aussagen richtig ein.
- Etwa 1 Viertel der Anspruchsberechtigten findet die Materialien zu lang.

- 3 Viertel der Anspruchsberechtigten bevorzugen den Postversand und 1 Viertel ein digitales Format.
- Formal gering gebildete Personen haben sich etwas häufiger vor Erhalt des Briefes noch keine Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung gebildet als formal hoch gebildete Personen, erfahren etwas häufiger erstmals durch den Brief, dass sie das Anspruchsalter erreicht haben, und lesen das Anschreiben seltener vollständig. Darüber hinaus haben sie mehr Probleme mit dem arithmetischen Verständnis einer exemplarisch ausgewählten Tabelle.
- Anspruchsberechtigte, die gemäß dem Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz haben, lesen die Materialien seltener vollständig und bewerten sie beispielsweise im Hinblick auf Nützlichkeit und Verständlichkeit etwas schlechter. Die formale Bildung scheint jedoch ein insgesamt zuverlässigeres Kriterium zu sein als die subjektive Gesundheitskompetenz.
- Die Ergebnisse zu sozial benachteiligten Personen (definiert über Bildung und Einkommen) stimmen weitgehend mit den Ergebnissen zu Personen mit geringer formaler Bildung überein.

Ergebnisse der quantitativen Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten

- Etwa 3 Viertel der Vertragsärztinnen und -ärzte kennen die Broschüre.

Die folgenden Ergebnisse basieren auf den Angaben von Vertragsärztinnen und -ärzten, denen die Broschüre bekannt ist:

- Über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte setzt die Broschüre im ärztlichen Beratungsgespräch ein.
- Die Ärztinnen und Ärzte bewerten die Broschüre mehrheitlich positiv im Hinblick auf die Verständlichkeit für medizinische Laien und die Vorbereitung von Patientinnen und Patienten auf das Beratungsgespräch.
- Im Hinblick auf den Umfang, das Komplexitätsniveau der Inhalte und die Erklärungskraft der Tabellen bewerten die Ärztinnen und Ärzte die Broschüre jedoch etwas kritischer.
- Nur etwa jede oder jeder Zehnte zieht ein digitales Format einer Printversion der Broschüre vor.

Ergebnisse der qualitativen Interviews von Anspruchsberechtigten

Die Interviews mit Anspruchsberechtigten fokussierten auf Personen mit formal geringer Bildung und geringer subjektiver Gesundheitskompetenz (gemäß Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE). Es wurden zudem sozial benachteiligte Personen berücksichtigt. Zusammenfassend ergaben die Interviews Folgendes:

- Im spontanen Gesamteindruck schneidet die Broschüre bei den meisten Befragten insgesamt gut ab, da sie alle relevanten Fragen beantwortet. Die Broschüre ist aus Sicht der Befragten leicht verständlich und neutral.
- Der postalisch versendete Brief der Krankenkassen kann im Alltag leicht untergehen.
- Die Materialien werden meist aus der Perspektive bewertet, dass Früherkennungsuntersuchungen (insbesondere die Darmspiegelung) zu befürworten sind. Außerdem beeinflussen bisherige Erfahrungen mit einer Darmspiegelung, der Gesundheitszustand und das Alter, wie die Broschüre wirkt oder wie deren Inhalte wahrgenommen werden. Die meisten Befragten finden in der Broschüre ihre eigene Haltung zur Früherkennung bestätigt.
- Die Materialien können bei Personen, die bisher nicht an der Früherkennung teilgenommen haben, ein schlechtes Gewissen verstärken. Sie scheinen sich in einem Konflikt zwischen wahrgenommenen gesellschaftlichen Erwartungen und den eigenen Präferenzen zu sehen.
- Das Thema Krebs kann beängstigend wirken und davon abhalten, sich mit dem Thema Darmkrebs-Früherkennung zu beschäftigen.

Die Interviews decken eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten auf:

- Interviewte Personen finden die Broschüre lang. Der Umfang erhöht eventuell die Neigung, die Broschüre (erst einmal) beiseitezulegen.
- Umfang und Aufbau können überfordern: Interviewte Personen lesen die Broschüre eher oberflächlich, werden unaufmerksam und übersehen dadurch teilweise auch Informationen, die sie eigentlich wünschen.
- Zahlenbasierte tabellarische Darstellungen zu den Vor- und Nachteilen von Stuhltest und Darmspiegelung werden häufig nur oberflächlich betrachtet oder ignoriert, weil sie als zu abstrakt oder komplex wahrgenommen werden. Wer an den Zahlen interessiert ist, liest und versteht die Tabellen jedoch.
- Je positiver die Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen ist, desto weniger gewünscht ist eine zahlenbasierte Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung.
- Die meisten Befragten bevorzugen Printmaterialien.
- Die Empfehlung von Ärztinnen und Ärzten zur Darmkrebs-Früherkennung scheint einen stärkeren Einfluss auf die Entscheidung für eine Teilnahme zu haben als die Materialien.

Ergebnisse der qualitativen Interviews von Vertragsärztinnen und -ärzten

- Aus Sicht der interviewten Ärztinnen und Ärzte sind die Textpassagen der Broschüre gut verständlich.
- Sie schätzen die neutrale Gestaltung der Titelseite sowie die praktischen Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung und zum Ablauf der Darmspiegelung.
- Viele der interviewten Vertragsärztinnen und -ärzte bevorzugen die Darmspiegelung und empfehlen diese im ärztlichen Beratungsgespräch.
- Folgende Aspekte können der ärztlichen Nutzung der Broschüre im Beratungsgespräch entgegenstehen:
 - Die Broschüre propagiert nicht die ärztliche Position für eine der beiden Untersuchungsmaßnahmen, oder sie stellt den von den Ärztinnen und Ärzten gesehenen Nutzen dieser Untersuchung infrage beziehungsweise relativiert diesen.
 - Die Broschüre wird als zu lang wahrgenommen.
 - Die Tabellen und Zahlen werden als zu komplex und schwer verständlich bewertet.
- Die interviewten Ärztinnen und Ärzte schlagen vor, Dopplungen zu vermeiden und Kernbotschaften an einer Stelle zusammenfassend darzustellen. Die Gegenüberstellung von Stuhltest und Darmspiegelung wünschen sie sich am Anfang der Broschüre.
- Die interviewten Ärztinnen und Ärzte befürworten eine Ergänzung der Materialien um ein ausführliches und zielgruppengerecht aufbereitetes Online-Angebot.

Empfehlung der externen Sachverständigen für die Materialien

Die externen Sachverständigen leiten aus der quantitativen Befragung und den vertiefenden Interviews Empfehlungen für die Überarbeitung der Broschüre sowie für ein ergänzendes Online-Angebot und die zukünftige Zustellung der Informationen ab.

Für die Broschüre empfehlen sie, den Umfang zu kürzen und zusammenfassende Informationen an den Anfang zu stellen.

In Ergänzung sollte ein erweitertes Online-Angebot aufgebaut werden. Das Online-Angebot sollte für sich allein funktionieren und umfassender über das organisierte Darmkrebs-Früherkennungsprogramm und die Untersuchungsmaßnahmen informieren als die Broschüre. Die Online-Informationen sollten für unterschiedliche Personengruppen aufbereitet sein und verschiedene Informationstiefen und Formate (wie Videos, Animationen, interaktive Elemente) bereitstellen.

Die Erstzustellung der Materialien sollte weiterhin postalisch erfolgen, sofern keine andere Vereinbarung zwischen den Versicherten und der zuständigen Krankenkasse getroffen wurde.

Die externen Sachverständigen empfehlen jedoch einen deutlichen Aufdruck auf dem Briefumschlag, um sicherzustellen, dass der Brief nicht mit Werbung oder Dialogpost verwechselt wird.

Die externen Sachverständigen empfehlen außerdem eine Informationskampagne, um die Broschüre und das (noch zu erstellende) Online-Angebot bei den Vertragsärztinnen und -ärzten bekannter zu machen.

Fazit

Die Informationsmaterialien schneiden bei der Überprüfung insgesamt gut bis sehr gut ab.

Die Broschüre ist aus Sicht der Anspruchsberechtigten verständlich, sie unterstützt eine freie Entscheidungsfindung und informiert gut über den Ablauf der Darmkrebs-Früherkennung. Aus Sicht der Vertragsärztinnen und -ärzte bereitet sie Patientinnen und Patienten insgesamt gut auf das Beratungsgespräch vor.

Verbesserungsbedarf ergibt sich insbesondere für Personen mit geringer formaler Bildung.

Verbesserungspotenzial bietet hauptsächlich die Broschüre. Bei ihrer Überarbeitung sollte insbesondere überprüft werden, wie sie ohne Einbußen von Kerninformationen gekürzt und neu gegliedert werden kann. Diese Maßnahmen dienen dazu, die Akzeptanz und Verständlichkeit der Broschüre zu steigern und damit die Voraussetzung zu schaffen, dass sich Anspruchsberechtigte näher mit dem Thema Darmkrebs-Früherkennung beschäftigen. Die Standards einer evidenzbasierten Gesundheits- und Risikokommunikation sind bei der Überarbeitung der Broschüre als Voraussetzung für eine informierte und freie Entscheidung weiterhin zu berücksichtigen.

Die Zustellung der Materialien sollte auf Wunsch von Anspruchsberechtigten auch digital erfolgen können. Hierfür sollten digitale Formate bereitgestellt werden.

Das aktuell printbasierte Informationsangebot zum organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramm sollte zukünftig um ein vertiefendes Online-Angebot ergänzt werden, das flexiblere Möglichkeiten für eine zielgruppengerechte und evidenzbasierte Aufbereitung bietet, die verschiedene Anwendungssituationen unterstützen.

1 Hintergrund

Seit Sommer 2019 werden gesetzlich krankenversicherte Personen regelmäßig von ihrer Krankenkasse auf das Angebot zur Darmkrebs-Früherkennung aufmerksam gemacht. Dazu versenden die Krankenkassen per Post zu bestimmten Stichtagen Einladungsschreiben an ihre Versicherten, denen eine geschlechtsspezifische Informationsbroschüre (Versicherteninformation) beiliegt. Die Materialien sollen ergebnisoffen eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung unterstützen.

Diese Informationsmaterialien sind Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL).

Entwürfe der Informationsmaterialien hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen des Projekts P15-01 erstellt.

Die seit 2019 eingesetzten Richtlinien-Fassungen der Informationsmaterialien wurden in diesem Projekt überprüft, um Empfehlungen für Verbesserungen abzuleiten.

In einem Folgeprojekt, das aber nicht Gegenstand dieses Rapid Reports ist, sollen die Informationsmaterialien auf Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluation überarbeitet werden (P21-04B).

1.1 Angebote der organisierten Darmkrebs-Früherkennung

Zum organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen gehören eine ärztliche Beratung zur Früherkennung sowie ein Stuhltest (Okkultbluttest) oder eine Darmspiegelung (Koloskopie).

Frauen und Männer ab 50 Jahren haben Anspruch auf ein ärztliches Beratungsgespräch zur Darmkrebs-Früherkennung. Frauen ab 50 Jahren haben zudem Anspruch auf einen jährlichen Stuhltest, Frauen ab 55 Jahren auf einen Stuhltest alle 2 Jahre. Alternativ können Frauen ab 55 Jahren eine Darmspiegelung in Anspruch nehmen. Eine 2. Darmspiegelung ist mit einem Abstand von 10 Jahren möglich.

Männer können bereits ab 50 Jahren zwischen einem regelmäßigen Stuhltest und insgesamt 2 Darmspiegelungen (mit einem Abstand von 10 Jahren) wählen.

Im Rahmen der organisierten Darmkrebs-Früherkennung werden gesetzlich Versicherte im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren von ihrer Krankenkasse angeschrieben und auf das Angebot der Darmkrebs-Früherkennung aufmerksam gemacht. Der Stichtag für den Versand des Briefs, mit dem das Anschreiben und die Versicherteninformation verschickt werden, ist der erste Tag nach Ablauf des Quartals, in dem die Anspruchsberechtigten 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt

geworden sind. Die Briefe sollen bis spätestens Ende des darauffolgenden Monats verschickt werden.

1.2 Rechtliche Grundlage

Die Gestaltung des organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramms richtet sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) [1].

Rechtsgrundlage der oKFE-RL bildet § 25a des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs (SGB V). Der Paragraph wurde mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz [KFRG]) am 09.04.2013 neu in das SGB V eingeführt.

Das KFRG sieht eine Stärkung der Patientenorientierung vor. Außerdem sollen Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit von Angeboten der Krebsfrüherkennung verbessert werden und die Teilnahme unter der Bedingung gesteigert werden, dass Autonomie und Entscheidungsfreiheit von Patientinnen und Patienten beachtet werden. Eine Teilnahme anspruchsberechtigter Personen soll auf Basis von neutralen, verständlichen und ausreichenden Informationen und Beratung erfolgen und die individuellen Präferenzen, Wünsche und Werte der Versicherten berücksichtigen. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 31.10.2012 (Drucksache 17/11267) heißt es: „Das Ziel einer informierten individuellen Entscheidung ist dem Ziel einer möglichst hohen Teilnehmerate übergeordnet.“ [2]. Begründet wird diese Ausrichtung der Ziele der Information damit, dass auch bevölkerungsmedizinisch sinnvolle und empfehlenswerte Krebsfrüherkennungsmaßnahmen für gesunde und beschwerdefreie Personen mit Risiken behaftet sind.

2 Fragestellung

Das Ziel des vorliegenden Projekts ist

- die Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung.

Dabei sollen insbesondere die Akzeptanz, die Verständlichkeit für unterschiedliche Personengruppen, Inhalt und Umfang, der Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten, die ärztliche Nutzung im Beratungsgespräch, alternative Formate und alternative Verteilungskanäle evaluiert werden.

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse sollen die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung überarbeitet werden. Dies erfolgt im Rahmen des Projekts P21-04B.

3 Projektverlauf

Der G-BA hatte am 16.09.2021 das IQWiG mit der Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung beauftragt.

Mit der Veröffentlichung der Bekanntmachung vom 04.11.2021 eröffnete der G-BA ein Beratungsverfahren zur „Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung“. Aus den bis zum 04.12.2021 eingegangenen Einschätzungen wurde keine Änderung der Beauftragung des IQWiG abgeleitet.

In die Bearbeitung des Projekts (Auftrag P21-04A) wurden externe Sachverständige eingebunden.

Auf Basis einer internen Projektskizze wurde ein Rapid Report erstellt. Dieser Bericht wurde an den G-BA übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

4 Methoden

Für die Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung hat das IQWiG externe Sachverständige beauftragt. Den externen Sachverständigen wurden methodische und inhaltliche Vorarbeiten des IQWiG zum Projekt einschließlich Entwürfe für Fragebogen und Interviewleitfäden zur Verfügung gestellt. Alle Befragungen fanden jedoch ohne Beteiligung und ohne Einflussnahme durch das IQWiG statt.

Die externen Sachverständigen beschreiben Methoden, Ergebnisse und daraus abgeleitete Empfehlungen für die Überarbeitung der Informationsmaterialien in einem eigenen Evaluationsbericht (Anhang A).

Die Methoden sind im Folgenden kurz zusammengefasst. Details der Methodik finden sich in Kapitel 3 des Evaluationsberichts der externen Sachverständigen.

4.1 Überblick über die Methoden zur Überprüfung der Informationsmaterialien

Die Informationsmaterialien wurden mittels quantitativer Befragung (im Folgenden: Befragung) und qualitativer Interviews (kurz: Interviews) evaluiert. Befragt beziehungsweise interviewt wurden sowohl Versicherte als auch Vertragsärztinnen und -ärzte. Bei der Evaluation orientierten sich die externen Sachverständigen an dem für die Materialien vorgesehenen Ziel, eine informierte Entscheidung zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung zu ermöglichen.

Die quantitative Befragung bildete den Ausgangspunkt für die Überprüfung der Informationsmaterialien und zielte auf die aktuelle Nutzungssituation und eine übergreifende Bewertung der Materialien. Die Nutzung und Bewertung der Materialien sollten aus der Erinnerung heraus abgefragt werden. Um zu prüfen, ob die Teilnehmenden sich an die Materialien erinnern, wurden einzelne Seiten der Materialien gezeigt. Dies sollte eine Verwechslung mit anderen Informationsmaterialien ausschließen. Am Ende der Befragung wurde den Teilnehmenden zusätzlich eine in der Broschüre dargestellte Tabelle zu den Vor- und Nachteilen der Darmspiegelung vorgelegt, um das Tabellenverständnis abzufragen.

In den sich im 2. Teil anschließenden qualitativen Interviews wurden die Erkenntnisse der quantitativen Befragung unter Berücksichtigung besonderer Personengruppen vertieft. Ziel der qualitativen Interviews war, konkrete Hinweise für die Verbesserung der Informationsmaterialien zu erhalten sowie Erkenntnisse zu alternativen Formaten und Zugängen. Vor den Interviews wurden den Teilnehmenden die Materialien per Post zugeschickt, damit sie sich vorab mit den Materialien befassen konnten.

4.2 Quantitative Befragung

4.2.1 Anspruchsberechtigte

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die quantitative Befragung wurden über ein Online-Panel und durch persönliche Kontaktaufnahme über Rekrutierungsbüros gewonnen. Insgesamt sollten 1000 Anspruchsberechtigte befragt werden. Für die Erhebung wurde ein standardisierter Fragebogen mit überwiegend geschlossenen Fragen entwickelt (siehe Abschnitt 8.2, Anhang A).

Sozial benachteiligte Personen und Menschen, die das Internet nicht nutzen, sollten bei der Befragung berücksichtigt werden. Soziale Benachteiligung wurde über die Kriterien formale Bildung und Einkommen / staatliche Unterstützung definiert. Zudem sollte die subjektive Gesundheitskompetenz der Versicherten erhoben werden. Details zur Operationalisierung der subjektiven Gesundheitskompetenz finden sich in Abschnitt 4.4.2.

Es wurden nur Personen befragt, die innerhalb der letzten 12 Monate von ihrer Krankenkasse die Materialien zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten haben und sich daran erinnern konnten. Personen, bei denen vor Erhalt des Briefes Darmkrebs oder ein erbliches Darmkrebssyndrom bekannt war, wurden von der Befragung ausgeschlossen.

4.2.2 Vertragsärztinnen und -ärzte

Neben den Anspruchsberechtigten sollten 150 Vertragsärztinnen und -ärzte befragt werden, die zur Darmkrebs-Früherkennung beraten oder die Leistungen erbringen. Dabei sollten verschiedene ärztliche Fachrichtungen einbezogen werden mit einem Schwerpunkt auf primärversorgenden Ärztinnen und Ärzten (Ziel: 60 % der Befragten).

Für die quantitative Befragung der Vertragsärztinnen und -ärzte wurde ein standardisierter Online-Fragebogen mit überwiegend geschlossenen Fragen eingesetzt, der sich auf Fragen zur Broschüre beschränkte (siehe Abschnitt 8.3, Anhang A).

4.3 Qualitative Interviews

4.3.1 Anspruchsberechtigte

Es sollten 15 anspruchsberechtigte Bürgerinnen und Bürger interviewt werden. Die qualitativen Interviews sollten insbesondere Personengruppen berücksichtigen, die in der quantitativen Befragung häufiger Probleme mit den Informationsmaterialien äußerten. Für die Interviews wurden daher insbesondere Personen mit geringer formaler Bildung rekrutiert sowie Personen, die eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz zeigten. Außerdem wurden sozial benachteiligte Personen berücksichtigt. Es wurde ein ausgewogenes Verhältnis von Personen mit und ohne Koloskopie-Erfahrung angestrebt.

Die Interviews fanden online per Video statt und boten Raum, Erkenntnisse und Hinweise aus der quantitativen Befragung zu vertiefen und komplexe Zusammenhänge zu konkretisieren. Sie dauerten etwa 60 Minuten. Der Interviewleitfaden enthielt ausschließlich offene Fragen, etwa zu Stärken und Schwächen der Materialien, zu Emotionen und Eindrücken, zur Verständlichkeit sowie zu Wünschen für die Zukunft (siehe Abschnitt 8.4, Anhang A).

4.3.2 Vertragsärztinnen und -ärzte

Zusätzlich zu den Anspruchsberechtigten sollten 10 Vertragsärztinnen und -ärzte interviewt werden. Sechs Ärztinnen und Ärzte sollten in der Primärversorgung tätig sein. Um an den Interviews teilnehmen zu können, mussten die Vertragsärztinnen und -ärzte die Broschüre kennen. Die Hälfte der rekrutierten Vertragsärztinnen und -ärzte sollte sie mindestens gelegentlich von sich aus im Beratungsgespräch einsetzen, die andere Hälfte nicht. Diese Aufteilung ermöglicht es, näher zu erkunden, warum die Broschüre nicht eingesetzt wird.

Die qualitativen Interviews fanden online per Video statt und boten Raum, Erkenntnisse und Hinweise aus der quantitativen Befragung zu vertiefen. Der Interviewleitfaden enthielt ausschließlich offene Fragen, etwa zur Erfahrung mit der Broschüre im Praxisalltag, zu Stärken und Schwächen der Broschüre sowie zu Wünschen für die Zukunft (siehe Abschnitt 8.5, Anhang A).

4.4 Berücksichtigung des Beratungsverfahrens des G-BA

Mit der Veröffentlichung der Bekanntmachung vom 04.11.2021 eröffnete der G-BA ein Beratungsverfahren. Das Beratungsverfahren gab stellungnahmeberechtigten Organisationen und Personen Gelegenheit, eine Ersteinschätzung zu den Informationsmaterialien gemäß § 25a SGB V abzugeben [3]. Darunter waren Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Spitzenverbände der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Verbände von Leistungserbringern und Medizinprodukteherstellern und die jeweils betroffenen Hersteller von Medizinprodukten. Die beim G-BA eingegangenen Einschätzungen führten nicht zu einer Änderung der Beauftragung des IQWiG. Gleichwohl wurden sie im Rahmen der hier vorliegenden Evaluation der Informationsmaterialien berücksichtigt.

4.4.1 Einschätzungen

Die Stellungnehmenden gaben in ihren Einschätzungen eine Reihe von Hinweisen zu Verbesserungsmöglichkeiten der Materialien. Die Hinweise bezogen sich vornehmlich auf die Broschüre. Die Broschüre wurde insbesondere als zu lang, zu komplex und für medizinische Laien schwer verständlich eingeschätzt. Zudem wurde sie im Hinblick auf eine Motivation zur Teilnahme an der Früherkennung eher als abschreckend empfunden. Außerdem wurde angezweifelt, dass sie in ihrer jetzigen Form hilfreich für das ärztliche Beratungsgespräch sei.

Mehrere Stellungsnehmende verwiesen auf den 2. Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) [4], demzufolge knapp 60 % der Bevölkerung in Deutschland eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz aufweisen. Für sie wurde die Akzeptanz und Verständlichkeit der Broschüre besonders kritisch gesehen.

Die Einschätzungen aus dem Beratungsverfahren wurden in der Evaluation berücksichtigt und flossen in die Entwicklung der Fragen für die quantitative Befragung und die qualitativen Interviews ein. Insbesondere wurde die subjektive Gesundheitskompetenz aller Befragten erhoben und bei der Datenauswertung berücksichtigt. Auch bei der Rekrutierung der Gesprächspartnerinnen und -partner für die qualitativen Interviews wurden Personen mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz berücksichtigt.

4.4.2 Operationalisierung subjektive Gesundheitskompetenz

Im HLS-GER 2 wurde die Gesundheitskompetenz mit dem Fragebogen HLS-EU-Q47 erhoben. Dieser erfasst mit 47 Fragen die selbst eingeschätzten Schwierigkeiten bei der Bewältigung von gesundheitsrelevanten Informationsaufgaben und -anforderungen. Die Messung der subjektiven Gesundheitskompetenz gemäß HLS-EU-Q47 spiegelt eine Kombination aus individuellen Fähigkeiten, persönlichem Kontext und organisatorischen Rahmenbedingungen wider, ohne zu spezifizieren, wie sich das Messergebnis aus diesen Komponenten zusammensetzt (siehe Abschnitt 6.3). Basierend auf den Antworten wird die subjektive Gesundheitskompetenz im HLS-GER 2 als exzellent, ausreichend, problematisch oder inadäquat eingestuft [4].

Für die Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wurde auf eine Kurzform des HLS-EU-Q47 mit 12 Fragen zurückgegriffen, den Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE. Der Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE wurde innerhalb des Projekts „HLS₁₉ – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021“ vom M-POHL Netzwerk (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy) entwickelt [5,6]. Die Verwendung des Instruments HLS₁₉-Q12-DE erfolgte mit Genehmigung des Internationalen Koordinierungszentrums von M-POHL.

4.5 Befragung von Krankenkassen zur technischen Umsetzung der Informationsbereitstellung

Den gesetzlichen Krankenkassen obliegt gemäß oKFE-RL der Versand der Informationsmaterialien [1]. Für die Weiterentwicklung der Materialien und gegebenenfalls der Informationswege ist deshalb relevant, welche technischen und logistischen Anforderungen bestehen, die bei der Überarbeitung der Materialien berücksichtigt werden sollten. Aus diesem Grund wurden die Krankenkassen schriftlich zu praktischen Aspekten und technischen Voraussetzungen befragt. Diese Befragung fand unter Vermittlung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) statt.

An alle gesetzlichen Krankenkassen wurde ein strukturierter Fragebogen versendet. Die darin enthaltenen offenen Fragen bezogen sich auf die aktuelle Praxis des Materialversands für verschiedene Versichertengruppen, die mögliche Kombination von analogen und digitalen Formaten und Kanälen, die rechtlichen Rahmenbedingungen und auf weitere Angebote zur Darmkrebs-Früherkennung wie IV-Verträge oder Satzungsleistungen. Der Fragebogen enthielt ausschließlich offene Fragen, die Raum für krankenkassenspezifische Antworten boten (siehe Anhang B).

Das IQWiG entwickelte den Fragebogen für die Befragung der Krankenkassen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen und zur Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Krankenkassen erfolgte der Versand des Fragebogens und die Entgegennahme der Antworten über den GKV-Spitzenverband. Dem IQWiG wurden nur die anonymisierten Antworten weitergeleitet, eine Zuordnung zu einzelnen Krankenkassen war nicht möglich. Der GKV-Spitzenverband wurde jedoch um eine Auswertung gebeten, inwieweit die teilnehmenden Krankenkassen die Versichertenstruktur abbilden.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluation sind hier kurz zusammengefasst. Details finden sich in Kapitel 4 des Evaluationsberichts der externen Sachverständigen (Anhang A).

Bei den Anspruchsberechtigten wurden insbesondere die Wahrnehmung und Akzeptanz der Materialien, die Inanspruchnahme, die Einstellung und Absicht zur Teilnahme an der Früherkennung, der Umfang und die Verständlichkeit der Materialien abgefragt. Außerdem wurden alternative Formate und Kanäle beleuchtet.

Bei den Vertragsärztinnen und -ärzten wurden insbesondere die Wahrnehmung, Akzeptanz und Nutzung im Beratungsgespräch sowie der Inhalt, Umfang und die Verständlichkeit der Broschüre abgefragt. Auch die Ärztinnen und Ärzte wurden zu alternativen Formaten und Kanälen befragt.

5.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Anspruchsberechtigten

Es wurden 1009 Bürgerinnen und Bürger befragt. Von diesen wurden 945 über ein Online-Panel rekrutiert. Um die geplante Quotierung zu erfüllen und Personen mit spezifischen Merkmalkonstellationen ausreichend zu berücksichtigen, wurden zusätzlich 64 Anspruchsberechtigte über Rekrutierungsbüros gewonnen und befragt. Dies umfasste unter anderem 49 Personen, die nach eigenen Angaben das Internet nicht nutzen. Der Rekrutierungsprozess der quantitativen Befragung ist im folgenden Flussdiagramm dargestellt (Abbildung 1).

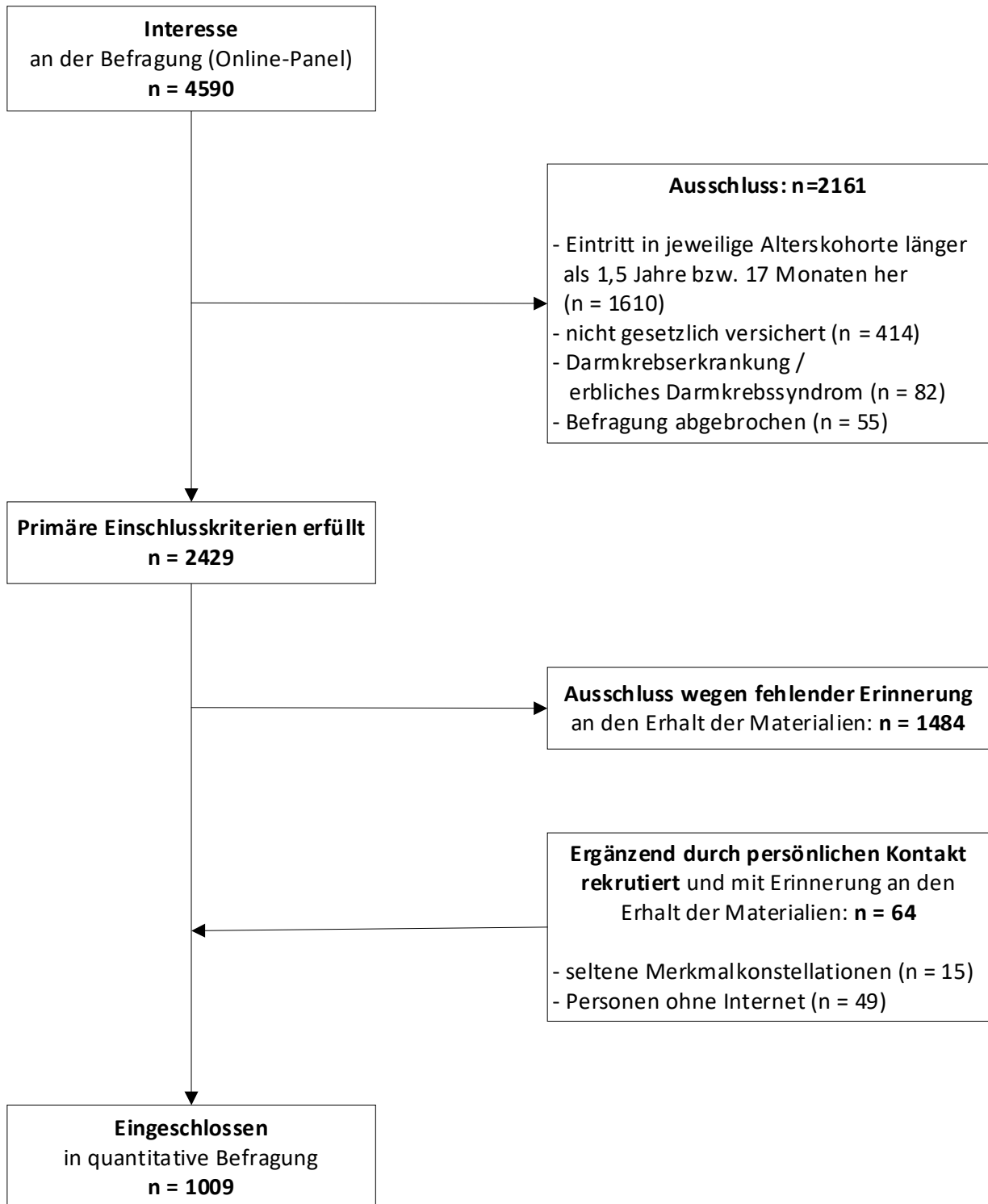


Abbildung 1: Rekrutierungsprozess für die quantitative Befragung

Die eingeschlossenen Testpersonen bildeten die Gruppe der Anspruchsberechtigten im Hinblick auf Alter, Geschlecht und formale Bildung gut ab (siehe Tabelle 5 in Abschnitt 4.1.2, Anhang A). Zentrale Charakteristika der befragten Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Zentrale Charakteristika der befragten Stichprobe, Anspruchsberechtigte (n = 1009)

Altersgruppe, n (%)	
50/51 Jahre	250 (25 %)
55/56 Jahre	251 (25 %)
60/61 Jahre	256 (25 %)
65/66 Jahre	252 (25 %)
Geschlecht, n (%)	
weiblich	501 (50 %)
männlich	508 (50 %)
Formale Bildung^a, n (%)	
gering	308 (31 %)
mittel	386 (38 %)
hoch	315 (31 %)
Subjektive Gesundheitskompetenz^b, n (%)	
nicht ausreichend Fragen beantwortet	37 (4 %)
inadäquat	179 (18 %)
problematisch	364 (36 %)
ausreichend	288 (29 %)
exzellent	141 (14 %)
Soziale Benachteiligung^c, n (%)	
sozial benachteiligt	103 (10 %)
nicht sozial benachteiligt	906 (90 %)
Migrationshintergrund^d, n (%)	
ja	151 (15 %)
nein	856 (85 %)
Koloskopieerfahrung, n (%)	
ja	440 (44 %)
nein	563 (56 %)
a. geringe Bildung: maximal Hauptschulabschluss; mittlere Bildung: mittlere Reife oder vergleichbarer Abschluss; hohe Bildung: (Fach-)Abitur, (Fach-)Hochschulabschluss	
b. gemäß HLS ₁₉ -Q12-DE. Die dargestellte Einteilung der subjektiven Gesundheitskompetenz entspricht der im 2. Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) verwendeten Kategorien.	
c. definiert über die Kriterien formale Bildung und Einkommen / staatliche Unterstützung	
d. Befragte Person oder mindestens 1 Elternteil ist im Ausland geboren.	

5.1.1 Wahrnehmung der Materialien

Von den 2429 über das Online-Panel identifizierten Personen, die die primären Einschlusskriterien erfüllten, konnten sich 945 an den Brief ihrer Krankenkasse erinnern. Dies entspricht einer Erinnerungsquote von 39 %. Von denjenigen, die sich an den Brief der Krankenkasse erinnerten, haben 86 % das Anschreiben und 73 % die Broschüre ganz oder teilweise gelesen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Befragte, die Anschreiben und Broschüre teilweise oder vollständig gelesen haben (n = 1009)

	Anschreiben		Broschüre	
	Gelesen ^a	Nicht gelesen	Gelesen ^a	Nicht gelesen
Altersgruppe, n (%)				
50/51 Jahre	220 (88 %)	30 (12 %)	177 (71 %)	73 (29 %)
55/56 Jahre	216 (86 %)	35 (14 %)	183 (73 %)	68 (27 %)
60/61 Jahre	218 (85 %)	38 (15 %)	182 (71 %)	74 (29 %)
65/66 Jahre	214 (85 %)	38 (15 %)	197 (78 %)	55 (22 %)
Geschlecht, n (%)				
weiblich	436 (87 %)	65 (13 %)	356 (71 %)	145 (29 %)
männlich	432 (85 %)	76 (15 %)	386 (76 %)	122 (24 %)
Formale Bildung^b, n (%)				
gering	252 (82 %)	56 (18 %)	225 (73 %)	83 (27 %)
mittel	332 (86 %)	54 (14 %)	282 (73 %)	104 (27 %)
hoch	283 (90 %)	32 (10 %)	233 (74 %)	82 (26 %)
Gesamt, n (%)	868 (86 %)	141 (14 %)	737 (73 %)	272 (27 %)
a. teilweise oder vollständig gelesen				
b. geringe formale Bildung: maximal Hauptschulabschluss; mittlere Bildung: mittlere Reife oder vergleichbarer Abschluss; hohe Bildung: (Fach-)Abitur, (Fach-)Hochschulabschluss				

Etwa 1 Viertel der Personen, die die Materialien zum Zeitpunkt der Befragung nicht vollständig gelesen hatten, gab an, dies zu einem späteren Zeitpunkt nachholen zu wollen. Etwa 1 Fünftel der Personen, die die Broschüre zum Zeitpunkt der Befragung nicht vollständig gelesen hatten, gab an, dass ihnen das Anschreiben als Information ausreicht.

Details zur Wahrnehmung der Materialien finden sich in Abschnitt 4.1.3, Kapitel A1, Anhang A.

5.1.2 Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung und Inanspruchnahmeverhalten

Für die Anspruchsberechtigten, die sich an die Materialien erinnerten und sie zumindest teilweise gelesen haben, zeigte sich:

- Über die Hälfte (58 %) haben ihre Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung nach Lesen der Materialien nicht geändert.
- 1 Drittel (32 %) war nach dem Lesen stärker für die Darmkrebs-Früherkennung.
- 1 % war stärker gegen die Darmkrebs-Früherkennung.
- Die Broschüre hat ihnen gezeigt, dass sie sich frei für oder gegen die Darmkrebs-Früherkennung entscheiden können (94 %).
- Gleichwohl empfanden 77 % das Anschreiben und 74 % die Broschüre als zuratend.

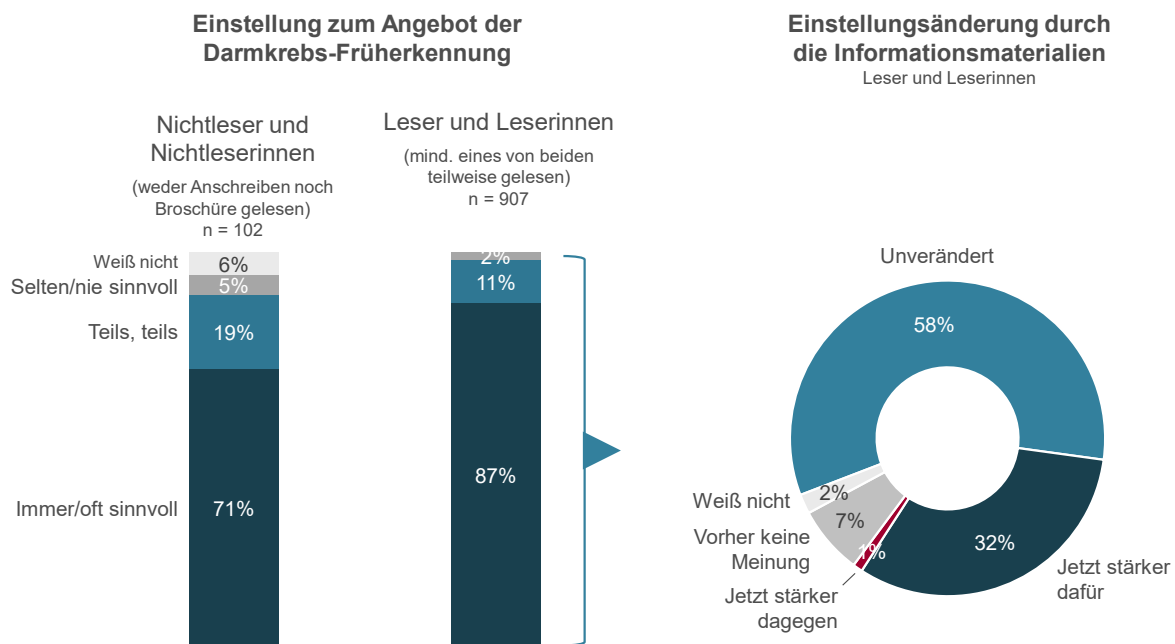


Abbildung 2: Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung in Abhängigkeit von der Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre (Basis: n = 1009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt erinnern; n = 907 Leser:innen)

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen zeigte sich für alle Befragten:

- 41 % haben nach eigener Auskunft nach Erhalt des Briefes mindestens eine Leistung der Darmkrebs-Früherkennung (Beratungsgespräch, Stuhltest, Darmspiegelung) in Anspruch genommen.
- 36 % gaben an, zukünftig daran teilnehmen zu wollen.
- Weitere 14 % waren zum Zeitpunkt der Befragung (noch) unentschieden.

Die Inanspruchnahme ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass 44 % der Befragten bereits eine präventive oder diagnostische Darmspiegelung hatten.

Die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung ist in Abbildung 3 aufgeführt.

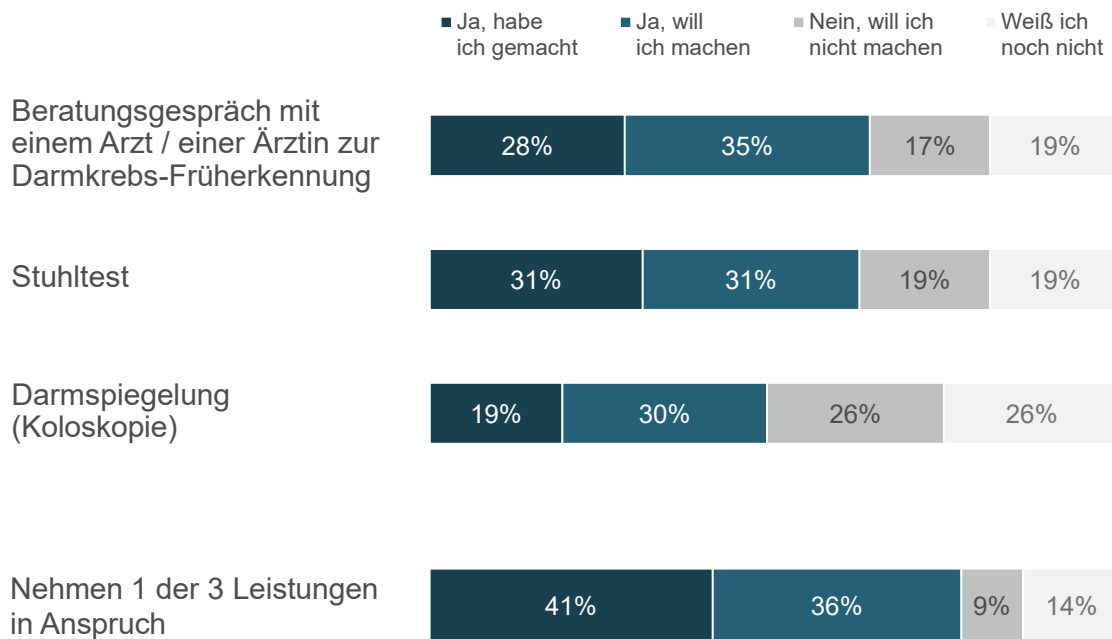


Abbildung 3: Inanspruchnahme von Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung nach Erhalt der Informationsmaterialien (Basis: n = 1009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt erinnern)

Abbildung 4 zeigt die Wirkung der Informationsmaterialien (Erinnerung, Lesen und Inanspruchnahme) bezogen auf die Gesamtpopulation der Anspruchsberechtigten.



ComX Evaluation, Forschung, Beratung, S. 1

Abbildung 4: Wirkung auf die Inanspruchnahme in der Gesamtpopulation der Anspruchsberechtigten (Basis: n = 2429; Bruttostichprobe des Online-Panels)

Details zu Einstellung und Inanspruchnahmeverhalten finden sich in Abschnitt 4.1.3, Anhang A.

5.1.3 Inhaltliche Akzeptanz, Umfang und Verständlichkeit

Akzeptanz, Umfang und Verständlichkeit wurden bei Befragten erhoben, die sich an die Materialien erinnerten und sie zumindest teilweise gelesen haben.

Die inhaltliche Akzeptanz und subjektive Verständlichkeit der Informationsmaterialien sind hoch: Den Informationsgehalt und die Nützlichkeit des Anschreibens bewerten 82 % der Befragten mit „sehr gut“ oder „gut“. Die Broschüre finden 76 % nützlich und hilfreich für die Entscheidung (ebenfalls gemessen an den Schulnoten „sehr gut“ / „gut“).

Die Materialien führen die Anspruchsberechtigten mehrheitlich gut durch den Ablauf der Darmkrebs-Früherkennung und die Entscheidungsfindung. Beispielsweise gaben 92 % der Befragten an, nach dem Lesen der Broschüre zu wissen, was sie tun müssen, um an der Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen.

Für den Umfang des Anschreibens und der Broschüre vergeben etwa 3 Viertel der Befragten (64 % und 69 %) die Schulnoten „sehr gut“ oder „gut“, 28 % und 24 % ein „befriedigend“.

Anschreiben und Broschüre werden von 82 % beziehungsweise 83 % der Befragten als gut bis sehr gut verständlich bewertet. Bei den Fragen zur Überprüfung des Tabellenverständnisses ordnete jede oder jeder Dritte der Befragten (35 %) alle arithmetischen Kernaussagen der Tabelle richtig ein, etwa 2 Drittel der Befragten ordneten mindestens 1 der 4 arithmetischen Kernaussagen falsch ein. Richtige Kernaussagen wurden besser verstanden als falsche Kernaussagen.

Details zu inhaltlicher Akzeptanz, Umfang und Verständlichkeit der Materialien finden sich in Abschnitt 4.1.3, Kapitel A2 und A4, Anhang A.

5.1.4 Alternative Formate und Kanäle

Sollen sich die Befragten zwischen verschiedenen Zustellwegen und -formaten entscheiden, bevorzugen etwa 3 Viertel der Befragten den Postversand, 1 Viertel bevorzugt ein digitales Format.

Fast alle, die die postalische Zustellung favorisieren, wünschen sich weiterhin eine Print-Broschüre (92 %). Eine Kombination aus Anschreiben und weiterführenden digitalen Informationen (zum Beispiel via QR-Code im Anschreiben) ist nur für 7 % der Befragten akzeptabel. In der Gesamtschau wünschen sich also die meisten Befragten eine Bündelung aller wichtigen Informationen in Druckform. Das passt auch zu dem Befund, dass etwa 30 % die Broschüre zum späteren Lesen aufbewahrt haben.

Diejenigen, die sich ein Anschreiben per E-Mail wünschen, möchte die weiterführenden Informationen mehrheitlich als angehängtes PDF und damit als speicherbares Medium erhalten (59 %). Etwa 40 % bevorzugten einen Link zu einer Internetseite mit weiterführenden Informationen.

Details zu alternativen Formaten und Kanälen finden sich in Abschnitt 4.1.3, Kapitel A6, Anhang A.

5.1.5 Unterschiedliche Personengruppen: Ergebnisse nach Bildungsgrad, sozialer Benachteiligung und Gesundheitskompetenz

Die formale Bildung beeinflusste die Bewertung der Informationsmaterialien: Befragte mit geringer formaler Bildung hatten vor Erhalt des Briefes häufiger noch keine Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung als Befragte mit hoher formaler Bildung (11 % versus 5 %). Außerdem wussten sie vor Erhalt des Briefes seltener, dass sie das Anspruchsalter erreicht hatten (76 % bei geringer versus 86 % bei hoher formaler Bildung). Das Anschreiben lasen sie seltener vollständig (45 % bei geringer versus 61 % bei hoher formaler Bildung). Befragte mit geringer formaler Bildung hatten zudem mehr Probleme, die zahlengestützten Aussagen einer exemplarischen Tabelle korrekt zu identifizieren: Dies gelang 25 % der Befragten mit geringer im Vergleich zu 46 % der Befragten mit hoher formaler Bildung. Personen mit niedriger formaler Bildung sprechen sich seltener für digitale Formate aus (im Vergleich zu Print) als Personen mit hoher formaler Bildung (18 % versus 28 %).

Die Ergebnisse sozial benachteiligter Personen stimmen weitgehend mit den Ergebnissen von Personen mit geringer formaler Bildung überein. Beispielsweise waren auch sozial benachteiligte Personen vor Erhalt des Briefes weniger gut über die Darmkrebs-Früherkennung informiert, und sie verstanden zahlengestützte Tabellen seltener. Die Zahl der sozial Benachteiligten in der Stichprobe war aber deutlich kleiner, da hierfür neben einer geringen formalen Bildung ein geringes Einkommen oder staatliche Unterstützung vorliegen mussten.

Die Ergebnisse differenziert nach subjektiver Gesundheitskompetenz der Befragten gemäß HLS₁₉-Q12-DE sind schwer interpretierbar. Es zeigte sich zwar, dass Anspruchsberechtigte mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz die Materialien seltener vollständig lesen und beispielsweise etwas weniger nützlich finden. Die subjektive Gesundheitskompetenz war jedoch kein gut geeignetes Kriterium für die tatsächliche Kompetenz hinsichtlich der Verständlichkeit der Materialien. Zwar fanden Personen mit einer gemäß HLS₁₉-Q12-DE als inadäquat eingestuften subjektiven Gesundheitskompetenz die Materialien subjektiv seltener gut verständlich als Befragte mit exzellenter subjektiver Gesundheitskompetenz (71 % versus 91 %). Wurde ein objektiveres Kriterium in Form des arithmetischen Tabellenverständnisses herangezogen, zeigte sich jedoch ein inverser Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitskompetenz und dem Verständnis: Personen mit geringerer subjektiver

Gesundheitskompetenz identifizierten Falschaussagen in den gezeigten Tabellen häufiger korrekt als Personen mit höherer subjektiver Gesundheitskompetenz. Außerdem wiesen Anspruchsberechtigte mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz eine tendenziell höhere formale Bildung auf als Anspruchsberechtigte mit hoher subjektiver Gesundheitskompetenz (Tabelle 3). Die formale Bildung scheint daher insgesamt ein besser geeignetes Kriterium für die Abgrenzung von Untergruppen nach Kompetenzen zu sein.

Tabelle 3: Verteilung von formaler Bildung und subjektiver Gesundheitskompetenz

	Subjektive Gesundheitskompetenz ^{a, b}			
	Inadäquat	Problematisch	Ausreichend	Exzellente
Formale Bildung^c, n (%)				
gering	45 (15 %)	109 (35 %)	86 (28 %)	52 (17 %)
mittel	65 (17 %)	138 (36 %)	112 (29 %)	54 (14 %)
hoch	69 (22 %)	117 (37 %)	90 (29 %)	35 (11 %)
a. gemäß HLS ₁₉ -Q12-DE. Die dargestellte Einteilung der subjektiven Gesundheitskompetenz entspricht den im 2. Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) verwendeten Kategorien. b. geringe Bildung: maximal Hauptschulabschluss; mittlere Bildung: mittlere Reife oder vergleichbarer Abschluss; hohe Bildung: (Fach-)Abitur, (Fach-)Hochschulabschluss c. 37 von 1009 (4 %) Befragten haben nicht ausreichend Antworten geliefert, um den Grad der subjektiven Gesundheitskompetenz zu bestimmen.				

Die Ergebnisse zur subjektiven Gesundheitskompetenz werden in Abschnitt 6.3 diskutiert und eingeordnet.

5.1.6 Erkenntnisse für die qualitative Vertiefung

Aus den Ergebnissen der quantitativen Befragung wurden Hinweise für die vertiefenden Interviews abgeleitet.

Aus der quantitativen Befragung geht hervor, dass je nach Bewertungskriterium etwa 20 % bis 30 % der Befragten die Materialien weniger gut bewerten (zum Beispiel hinsichtlich Akzeptanz oder Nützlichkeit). Dazu zählen Personen mit formal geringer Bildung, sozial benachteiligte Personen sowie Personen mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12-DE. Es bot sich an, für die vertiefenden Interviews Personen aus diesen Gruppen zu rekrutieren, da gerade hier Hinweise zur Verbesserung der Materialien zu erwarten waren.

Formal gering gebildeten Personen kommt auch deshalb im Rahmen der Überarbeitung der Informationsmaterialien eine besondere Bedeutung zu, weil sie gemäß der quantitativen Befragung schlechter über ihren Anspruch auf Darmkrebs-Früherkennung informiert sind und sich seltener bereits eine Meinung gebildet haben.

5.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten

Es wurden 150 Vertragsärztinnen und -ärzte befragt. Die eingeschlossenen Testpersonen bildeten die in der Versorgung tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte gut ab (Tabelle 4).

Tabelle 4: Zentrale Charakteristika der befragten Stichprobe, Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 150)

Altersgruppe, n (%)	
40 bis 49 Jahre	36 (24 %)
50 bis 59 Jahre	69 (46 %)
60 bis 67 Jahre	45 (30 %)
Geschlecht, n (%)	
weiblich	47 (31 %)
männlich	103 (69 %)
Fachrichtung, n (%)	
Allgemeinmedizin / Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit	90 (60 %)
Gastroenterologie	20 (13 %)
Gynäkologie	21 (14 %)
Urologie	19 (13 %)
Tätigkeit im Rahmen der organisierten Darmkrebs-Früherkennung, n (%)	
Ärztliches Beratungsgespräch gemäß EBM-Ziffer 01740	149 (99 %)
Stuhltest	143 (95 %)
Koloskopie	24 (16 %)
Ortsgröße, n (%)	
Metropole ^a	42 (28 %)
Großstadt ^b	36 (24 %)
Stadt ^c	38 (25 %)
Ländlicher Bereich ^d	34 (23 %)
a. ab 500 000 Einwohnerinnen und Einwohner b. 100 000 bis 500 000 Einwohnerinnen und Einwohner c. 20 000 bis 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner d. unter 20 000 Einwohnerinnen und Einwohner	

5.2.1 Wahrnehmung, Akzeptanz und ärztliche Nutzung im Beratungsgespräch

Aus der quantitativen Befragung geht hervor, dass 77 % der Vertragsärztinnen und -ärzte die Broschüre kennen.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte, die die Broschüre kennen, zeigte sich:

- Etwa 3 Viertel (76 %) ist bekannt, dass sie die Broschüre laut oKFE-RL § 5 (1) und § 5 (2) bei einer Beratung nach EBFM-Ziffer 01740 verwenden sollen.

- Knapp die Hälfte (46 %) setzt die Broschüre von sich aus im ärztlichen Beratungsgespräch ein und weitere 29 %, wenn Patientinnen oder Patienten Fragen zur Broschüre haben.

Als Hauptgrund, die Broschüre nicht einzusetzen, nennen die befragten Vertragsärztinnen und -ärzte die Nutzung anderer Informationsmaterialien. 1 Viertel der befragten Vertragsärztinnen und -ärzte findet die Broschüre zu umfangreich.

Abbildung 5 zeigt den Einsatz der Broschüre bezogen auf die Gesamtpopulation der Vertragsärztinnen und -ärzte.

Von **100** Vertragsärzten/-innen, die Beratungsgespräche zur Darmkrebs-Früherkennung (gemäß EBM-Ziffer 01740) durchführen

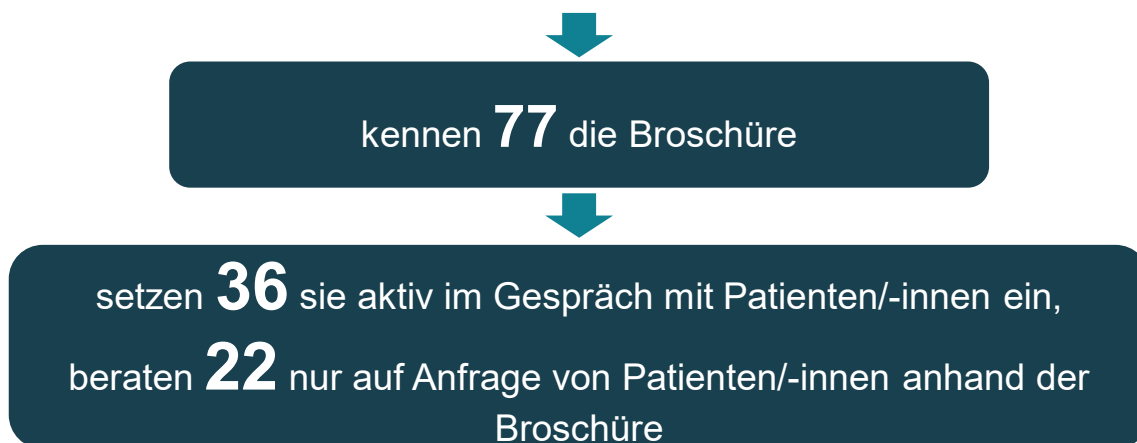


Abbildung 5: Einsatz der Broschüre im Beratungsgespräch in der Gesamtpopulation der Vertragsärzteschaft (Basis: n = 194; Bruttostichprobe der Vertragsärztinnen und -ärzte)

5.2.2 Inhalt, Umfang und Verständlichkeit

Einschätzungen zu Inhalt, Umfang und Verständlichkeit wurden bei denjenigen Vertragsärztinnen und -ärzten erhoben, die die Materialien kennen.

Die ärztliche Bewertung der Broschüre fällt bei ihnen überwiegend positiv aus. 2 Drittel der befragten Vertragsärztinnen und -ärzte (67 %) erachten die Broschüre als gute oder sehr gute Patientenvorbereitung auf das Beratungsgespräch, weitere 19 % bewerten sie als befriedigend. Über die Hälfte der Befragten (55 %) findet die Broschüre gut oder sehr gut geeignet für ihre ärztliche Beratungstätigkeit, 23 % bewerten sie für diesen Zweck als befriedigend.

Den Umfang der Broschüre stufen 57 % der befragten Vertragsärztinnen und -ärzte als gut oder sehr gut ein und weitere 30 % als befriedigend. Ähnlich verhält es sich mit der erklärenden Eigenschaft der Tabellen (60 % und 28 %).

Etwa 3 Viertel der befragten Vertragsärztinnen und -ärzte (77 %) vergeben für die Verständlichkeit der Broschüre für medizinische Laien die Schulnoten „gut“ oder „sehr gut“, weitere 13 % die Note „befriedigend“. Das Komplexitätsniveau der Inhalte für medizinische Laien wird etwas schlechter bewertet: 64 % stufen es als gut oder sehr gut und 23 % als befriedigend ein. Aus Sicht der meisten befragten Vertragsärztinnen und -ärzte treten Verständnisprobleme bei den Anspruchsberechtigten gelegentlich bis selten auf, und wenn, dann am häufigsten bei Formulierungen und Tabellen.

5.2.3 Alternative Formate

Sollen sich die befragten Vertragsärztinnen und -ärzte zwischen einem Printprodukt oder einem digitalen Format wie beispielsweise einem PDF-Dokument entscheiden, bevorzugt nur etwas mehr als jede oder jeder Zehnte (12 %) explizit das digitale Format.

Knapp die Hälfte (45 %) derer, die auch zukünftig ein Printprodukt wünschen, bevorzugt ein kürzeres Printformat und kaum jemand ein ausführlicheres Printformat (5 %). Die am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge sind ein geringerer Umfang, mehr Bilder und fremdsprachige Versionen.

5.2.4 Erkenntnisse für die qualitative Vertiefung

Aus den Ergebnissen der quantitativen Befragung wurden Hinweise für die vertiefenden Interviews von Ärztinnen und Ärzten abgeleitet.

Durch die qualitativen Interviews sollte ein besseres Verständnis für die Rolle und den Einsatz der Broschüre im ärztlichen Beratungsgespräch gewonnen werden.

Außerdem wurde in den qualitativen Interviews der Frage nachgegangen, wie sich der Wunsch nach kürzeren Formaten aus Sicht der Ärzteschaft umsetzen lässt – auch mit Blick auf eine digitale Einbindung in Praxisabläufe.

5.3 Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Anspruchsberechtigten

Es wurden 15 anspruchsberechtigte Bürgerinnen und Bürger interviewt. Zentrale Charakteristika der Interviewpartnerinnen und -partner sind in Tabelle 5 dargestellt. Den Schwerpunkt bildeten Personen mit formal geringer Bildung (n = 10), von denen sieben auch die Definition einer sozialen Benachteiligung erfüllten. Darüber hinaus wiesen zehn der interviewten Bürgerinnen und Bürger eine inadäquate oder problematische subjektive Gesundheitskompetenz auf (gemäß Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE und unter Verwendung der

vorgegebenen Kategoriebildung). Acht der interviewten Personen hatten bereits eine Koloskopie.

Tabelle 5: Zentrale Charakteristika der Interviewpartnerinnen und -partner, Anspruchsberechtigte (n = 15)

Altersgruppe, n	
50/51 Jahre	5
55/56 Jahre	1
60/61 Jahre	5
65/66 Jahre	4
Geschlecht, n	
weiblich	9
männlich	6
Formale Bildung^a, n	
gering	10
mittel	3
hoch	2
Subjektive Gesundheitskompetenz^b, n	
inadäquat / problematisch	10
ausreichend / exzellent	5
Soziale Benachteiligung^c, n	
sozial benachteiligt	7
nicht sozial benachteiligt	8
Koloskopieerfahrung, n	
ja	8
nein	7
<p>a. geringe Bildung: maximal Hauptschulabschluss; mittlere Bildung: mittlere Reife oder vergleichbarer Abschluss; hohe Bildung: (Fach-)Abitur, (Fach-)Hochschulabschluss</p> <p>b. gemäß HLS₁₉-Q12-DE. Die dargestellte Einteilung der subjektiven Gesundheitskompetenz entspricht den im 2. Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) verwendeten Kategorien.</p> <p>c. definiert über die Kriterien formale Bildung und Einkommen / staatliche Unterstützung</p> <p>d. Befragte Person oder mindestens 1 Elternteil ist im Ausland geboren.</p>	

Bei allen Aspekten der qualitativen Interviews zeigte sich ein breites Spektrum von Einschätzungen. Bei der folgenden Auswahl der Aussagen steht im Vordergrund, dass sie Hinweise auf Verbesserungen geben, bei denen auch die Selektion der Stichprobe berücksichtigt werden muss. Die Ergebnisse stellen deshalb die Ergebnisse der quantitativen Befragung nicht infrage.

Auffällig war, dass die interviewten Personen Früherkennungsuntersuchungen weitgehend befürworteten (insbesondere die Darmspiegelung). Die Interviews spiegeln eine

gesellschaftlich tief verankerte, positive Grundeinstellung zu Früherkennungsuntersuchungen wider. Aus dieser Grundhaltung heraus bewerteten die interviewten Personen dann meist die Materialien und suchten Bestätigung für ihre Haltung.

5.3.1 Wahrnehmung der Materialien und Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung

Aus den Interviews geht hervor, dass die postalisch versendeten Materialien im Alltag leicht untergehen können, sei es aufgrund einer allgemeinen Informationsüberfrachtung oder weil andere Gesundheitsprobleme oder Themen des Alltags dringender sind. Dies ist eine mögliche Erklärung für den Befund der quantitativen Befragung, dass 61 % der Anspruchsberechtigten sich nicht an den Brief der Krankenkassen erinnern.

Die interviewten Personen hatten die Broschüre nach Erhalt eher oberflächlich gelesen oder zunächst häufig beiseitegelegt, weil sie akut keinen Bedarf an den Informationen hatten.

Die interviewten Personen bewerten die Broschüre überwiegend als neutral informierend. Die neutrale Darstellung verwunderte jedoch einige, weil sie die aktive Zusendung der Materialien selbst als Aufforderung zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung interpretierten. Die neutrale Darstellung steht außerdem der (eigenen und gesellschaftlich wahrgenommenen) Erwartungshaltung entgegen, dass Früherkennungsuntersuchungen grundsätzlich als ratsam gelten.

5.3.2 Emotionen und Eindrücke

Die meisten interviewten Personen lesen die Broschüre selektiv und suchen die Informationen heraus, die bestehende Vorannahmen bestätigen. Die Broschüre enthält Aussagen zu Grenzen, Vorteilen und Nachteilen der Darmkrebs-Früherkennung. Personen, die eine positive Haltung zur Darmkrebs-Früherkennung haben und bereits eine Darmspiegelung hatten, fokussieren eher auf die Darstellung positiver Aspekte und fühlen sich in ihrer Entscheidung eher bestärkt; Personen, die noch keine Darmkrebs-Früherkennung wahrgenommen haben, empfinden es eher als entlastend zu wissen, dass vergleichsweise wenige Menschen an Darmkrebs erkranken – auch ohne Früherkennung.

Ob die Broschüre eher beunruhigend oder beruhigend wirkt und wie ihre Inhalte interpretiert werden, hängt maßgeblich von der Erfahrung mit einer Darmspiegelung ab, aber auch vom Gesundheitszustand und Alter. Aus den Interviews geht zudem hervor, dass das Thema Krebs an sich beunruhigend bis beängstigend wirken kann. Diese Reaktionen können dann dazu führen, dass sich die Betroffenen mit bestimmten Inhalten nicht (näher) beschäftigen möchten.

Bei Personen, die bisher nicht an der Früherkennung und insbesondere an der Darmspiegelung teilgenommen haben, können die Materialien ein schlechtes Gewissen auslösen. Sie scheinen sich in einem Konflikt zwischen wahrgenommenen gesellschaftlichen

Erwartungen und den eigenen Präferenzen zu sehen. Einige interviewte Personen haben bislang keine Darmspiegelung gemacht, weil sie „Respekt“ oder sogar Angst davor haben.

5.3.3 Generelle Akzeptanz

Auf die Frage nach dem spontanen Gesamteindruck zu Beginn der Interviews schneidet die Broschüre grundsätzlich gut ab: Sie beantwortet aus Sicht der Befragten alle inhaltlich relevanten Fragen und ist in Sprache und Textpassagen leicht verständlich.

Die interviewten Personen finden auch die Titelseite und den Einstieg in die Broschüre gelungen: Es wird ihnen schnell klar, worum es geht. Der Tenor wirkt medizinisch-nüchtern und angenehm unaufgeregt. Es werden schnell wichtige Aspekte thematisiert wie Kostenfreiheit, Entscheidungsfreiheit und Freiwilligkeit.

Die Abbildung zur Darmspiegelung wird in den Interviews häufig gelobt. Die Darstellung des Koloskops erscheint einigen interviewten Personen zu groß.

Den Umfang der Broschüre finden einige interviewte Personen allerdings zu lang. Diese Gruppe hat insbesondere aufgrund der zusammenfassenden Tabellen am Ende der Broschüre außerdem den Eindruck, dass sich Inhalte doppeln. Sie schlagen vor, die Zusammenfassungen nach vorne zu ziehen, um sich bereits anfangs einen Überblick über die beiden Untersuchungen der Darmkrebs-Früherkennung verschaffen zu können. Der Umfang der Broschüre kann dazu führen, dass diese erst einmal beiseitegelegt wird.

Während der Interviews wurde die Broschüre vertieft besprochen und ausdrücklich nach dem Eindruck zu einzelnen Tabellen gefragt. Dabei zeigte sich, dass häufig erst diese Nachfrage zu einer Auseinandersetzung mit den Tabellen führte, die vorher eher übergangen oder nicht besonders beachtet worden waren. In den Interviews ließ die Konzentration der Interviewten mit der Zeit nach, in der Regel mit Beginn des Abschnitts zum Stuhltest.

5.3.4 Selektive Bewertung der Materialien

Die Interviews zeigen, dass die inhaltliche Bewertung der Materialien von der Haltung zur Darmkrebs-Früherkennung und der Erfahrung mit der Darmspiegelung abhängt.

Je positiver die Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen ist, desto weniger gefragt ist eine zahlengestützte und tabellarische Darstellung der Vor- und Nachteile. Praktische Tipps und Informationen zu den Untersuchungsangeboten waren dann relevanter.

Interviewte, die die Darmspiegelung befürworteten oder diese bereits gemacht haben, zeigen weniger Interesse am Stuhltest. Einige von ihnen bezweifeln, dass die Zahlen zur Darmspiegelung korrekt sind, weil sie den Nutzen größer eingeschätzt haben. Die

Darmspiegelung sehen sie als das Mittel der Wahl zur Vorbeugung von Darmkrebs – und nehmen verstärkt dazu passende Aussagen der Broschüre wahr.

Interviewte, die eine Darmspiegelung zwar sinnvoll finden, aber noch nicht selbst in Anspruch genommen haben, können aus der zahlengestützten Darstellung von Vor- und Nachteilen eine Entlastung ihres „schlechten Gewissens“ ziehen.

Wer (noch) nicht an der Früherkennung und insbesondere an der Darmspiegelung teilgenommen hat, wünscht sich in gebündelter und übersichtlicher Form praktische und praxisrelevante Informationen zum Ablauf der Untersuchung, zu Ansprechpartnerinnen und -partnern, Terminvereinbarung, Krankschreibung und Arbeitsausfall sowie zu den Kosten, wie sie auf den Seiten 5 bis 7 sowie auf Seite 18 der Broschüre zu finden sind.

5.3.5 Umgang mit der Quantifizierung von Vor- und Nachteilen

Die Tabellen zur zahlengestützten Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen der Darmspiegelung und des Stuhltests lösten bei den Interviewten unterschiedliche Reaktionen aus. Die Tabellen entsprechen in Inhalten und Umsetzung den Standards der Risikokommunikation und stellen Vor- und Nachteile in absoluten Häufigkeiten dar.

Für viele Interviewte war diese zahlenbasierte Darstellung ungewohnt und löste eher Fragen bis hin zu ablehnenden Reaktionen aus. Andere schätzten und verstanden diese Darstellung jedoch.

Der individuelle Umgang mit Zahlen war auch verbunden mit der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Tabellen zu Vor- und Nachteilen. Für diejenigen, die mit dem Format nicht vertraut sind, erfordern sie eine kognitive Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, die aber nicht immer aufgebracht werden kann oder will. Wer Probleme hat, die Tabellen zu lesen, ignoriert sie häufig.

Die Informationen zu Polypen (Bedeutung und Konsequenzen eines Polypen-Befunds einschließlich Prognose) waren für einige interviewte Personen missverständlich oder zu detailliert.

5.3.6 Wirkung auf die Teilnahmebereitschaft

Für viele Interviewte haben die Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten einen größeren Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft als die Materialien. Der Rat der Ärztinnen und Ärzte wird geschätzt und im Alltag als Unterstützung empfunden.

5.3.7 Alternative Formate

Viele interviewte Personen bevorzugen das bisherige Printformat. Einige interviewte Personen betonten, dass wichtige Unterlagen grundsätzlich besser per Post versendet werden

sollten und dass digitale Unterlagen schneller verloren gehen. Auch wenn sie die Materialien erst einmal weglegen, seien diese (physisch) präsenter und können leichter wieder hervorgeholt werden.

Digitale Angebote der Krankenkassen werden von den Interviewten bisher nur vereinzelt genutzt und als Formate und Kanäle für jüngere Generationen erachtet. Dennoch sind viele Interviewte aufgeschlossen für zusätzliche digitale Formate und Kanäle – auch angesichts der Kosten und des Ressourcenbedarfs von Papierversionen.

5.4 Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Vertragsärztinnen und -ärzten

Es wurden 10 Vertragsärztinnen und -ärzte interviewt. Eigenschaften der interviewten Vertragsärztinnen und -ärzte sind in Tabelle 6 dargestellt. Sechs Interviewpartnerinnen und -partner setzen die Broschüre nicht im Beratungsgespräch ein.

Tabelle 6: Eigenschaften der interviewten Ärztinnen und Ärzte (n = 10)

Altersgruppe, n	
40 bis 49 Jahre	1
50 bis 59 Jahre	7
60 bis 67 Jahre	2
Geschlecht, n	
weiblich	5
männlich	5
Fachrichtung, n	
Allgemeinmedizin / Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit	6
Gastroenterologie	2
Gynäkologie	1
Urologie	1
Einsatz der Broschüre in Beratungsgesprächen, n	
ja	4
nein	6

5.4.1 Wahrnehmung der Materialien und Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung

Aus den Interviews geht hervor, dass die Ärztinnen und Ärzte die Darmkrebs-Früherkennung durchweg befürworten. Vor diesem Hintergrund betrachten sie es als ihre Aufgabe, ihre Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung zu motivieren. Sie nehmen oft eine klare Position für eine der beiden Untersuchungen ein, meist für die Darmspiegelung. Diese Position bringen sie in das Beratungsgespräch ein, eine ausdrückliche Abwägung der Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung spielt in der Regel eine untergeordnete Rolle.

Der Stuhltest spielt in ihren Beratungsgesprächen eine geringere Rolle. Er wird etwa bei Patientinnen und Patienten thematisiert, die die Darmspiegelung beispielsweise aus Angst ablehnen.

Nicht alle der interviewten Ärztinnen und Ärzte setzen die Broschüre im Praxisalltag ein – dies war eine Vorgabe bei der Rekrutierung, um ergründen zu können, was aus Sicht von Ärztinnen und Ärzte gegen die Verwendung der Broschüre spricht. Entsprechend fällt der Gesamteindruck der Broschüre in den Interviews gemischt aus. Bei einigen Ärztinnen und Ärzten kommt die Broschüre insgesamt gut an, zumindest in der ersten Bewertung. Andere Ärztinnen und Ärzte sehen mehr Änderungsbedarf. Aus ihrer Sicht ist die Broschüre insbesondere zu lang und inhaltlich komplex und die tabellarische Darstellung schwer verständlich. Sie haben Vorbehalte, dass der Vergleich von Vor- und Nachteilen die Motivation zur Teilnahme insbesondere an der Darmspiegelung verringern könnte.

Die neutrale optische Aufmachung der Titelseite gefällt den interviewten Ärztinnen und Ärzten.

5.4.2 Akzeptanz

Die meisten interviewten Ärztinnen und Ärzte, die selbst keine Darmspiegelung anbieten, setzen im Beratungsgespräch keine Informationsmaterialien ein. Dass die Broschüre laut Richtlinie des G-BA in den Aufklärungsgesprächen eingesetzt werden soll, ist vielen nicht präsent.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die selbst keine Darmspiegelung anbieten, bewerten die Broschüre als zu lang und inhaltlich komplex für ein Beratungsgespräch. Die Länge wird auch als Grund angeführt, sie nicht einzusetzen. Die Broschüre eignet sich aus ihrer Sicht eher als Lektüre für zu Hause.

Die beiden interviewten Gastroenterologen stellen die Broschüre hingegen gerne in der Praxis bereit oder geben sie im Beratungsgespräch heraus. Sie äußern jedoch, dass für eine ausführliche Thematisierung der Inhalte im Beratungsgespräch meist die Zeit fehlt. Dabei scheinen sie die Broschüre auch als Unterstützung zu nutzen, ihre Patientinnen und Patienten vollständig aufzuklären und sich damit formal abzusichern.

5.4.3 Inhaltliche Bewertung, Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte

Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass die Bewertung der Broschüre von der ärztlichen Haltung zu Stuhltest und Darmspiegelung beeinflusst wird.

Als wichtig und inhaltlich relevant bewerten die interviewten Ärztinnen und Ärzte die Darstellung der Themen auf den ersten Seiten der Broschüre (einschließlich des Ablaufs der

Darmspiegelung) sowie die praktischen Unterschiede von Stuhltest und Darmspiegelung (Broschüre Seite 16 und 17). Diese Informationen schätzen sie auch als für ihre Patientinnen und Patienten verständlich ein. Außerdem schlagen die Ärztinnen und Ärzte vor, Antworten auf häufige Fragen ihrer Patientinnen und Patienten zu ergänzen, beispielsweise zur Überweisung in eine gastroenterologische Praxis oder zur Narkose.

Mit Ausnahme der tabellarischen und zahlenbasierten Darstellungen finden die interviewten Ärztinnen und Ärzte die Broschüre gut verständlich. Sie kritisieren jedoch, dass die tabellarischen und zahlenbasierten Darstellungen (außer der Tabelle zur Häufigkeit von Darmkrebs) zu komplex und verwirrend für ihre Patientinnen und Patienten seien. Verbesserungspotenzial sehen sie beispielsweise bei der Auswahl der Tabelleninhalte, der Präsentation von Zahlen und der Tabellengestaltung einschließlich der Überschriften. Die interviewten Ärztinnen und Ärzte regen einfache stichpunktartige Zusammenfassungen der Kernbotschaften an.

Bei der Betrachtung der Tabelle zu den Vor- und Nachteilen der Darmspiegelung (Broschüre Seite 8) befürchten die Ärztinnen und Ärzte, dass ihre Patientinnen und Patienten aus der zahlenbasierten Darstellung „falsche“ Schlüsse ziehen, beispielsweise dass sie sich gegen eine Darmspiegelung entscheiden, weil sie die Abwägung von Vor- und Nachteilen nicht überzeugend fänden.

Den Umfang der Broschüre finden viele der interviewten Ärztinnen und Ärzte zu lang. Andere betonen hingegen, dass die Broschüre umfangreich sein darf, um den breiten Informationsbedarf unterschiedlicher Patientinnen und Patienten decken zu können. Außerdem kritisieren die Ärztinnen und Ärzte im Interview, dass sich in der Zusammenfassung Informationen wiederholen, und schlagen vor, diese Dopplungen zu reduzieren.

Kürzungspotenzial sehen die interviewten Ärztinnen und Ärzte bei den Informationen zum Stuhltest. Die genaue Bewertung von Text, Darstellungen und Tabellen zum Stuhltest hängt dabei von ihrer persönlichen Bewertung von Stuhltest und Darmspiegelung ab.

Aussagen in der Broschüre, die der eigenen Überzeugung entgegenstehen, lösen grundsätzlich Unmut aus. Einige Ärztinnen und Ärzte bemängeln, dass Stuhltest und Darmspiegelung nicht als Alternativen gegenübergestellt werden sollten. Stattdessen sollte der Stuhltest eher als Vorstufe oder Ergänzung zur Darmspiegelung dargestellt werden.

5.4.4 Alternative Formate

Die meisten der interviewten Ärztinnen und Ärzte bejahen die Frage, ob sie sich zukünftig neben einem Printprodukt auch digitale Formate wünschen. Sie begründen dies mit der zunehmenden Verwendung digitaler Formate und Kanäle in ihrem beruflichen und privaten Umfeld, auch bei ihren Patientinnen und Patienten.

Digitale Formate können jedoch gemäß den Ärztinnen und Ärzten nur zusätzliche Angebote sein und ein Printprodukt nicht ersetzen.

Einige Ärztinnen und Ärzte äußern verschiedene Ideen, wie digitale Formate aussehen und sie in den Praxisalltag integriert werden könnten. Darunter sind interaktive Formate, Videos oder Animationen und auf verschiedene Zielgruppen zugeschnittene Module in unterschiedlicher Detailtiefe.

5.5 Empfehlungen der externen Sachverständigen für die Weiterentwicklung der Informationsmaterialien

Die externen Sachverständigen leiten aus der quantitativen Befragung und den qualitativen Interviews von Versicherten und Vertragsärztinnen und -ärzten Empfehlungen für die Überarbeitung der Print-Broschüre sowie für ein ergänzendes Online-Angebot und die zukünftige Zustellung der Informationen ab.

5.5.1 Empfehlungen der externen Sachverständigen für die Weiterentwicklung der Print-Broschüre

- Es ist weiterhin eine Broschüre in Printform notwendig, die alle Kerninformationen enthält und für sich steht.
- Der Umfang der Broschüre sollte gekürzt werden: Die Inhalte der zusammenfassenden Tabellen am Ende der Broschüre können in die ersten Seiten der Broschüre integriert werden.
- Der inhaltliche Aufbau der Broschüre sollte umgestellt werden, sodass wichtige Kerninformationen am Anfang der Broschüre und ergänzende und vertiefende Informationen am Ende stehen.
- Die Broschüre sollte einen deutlichen Hinweis auf ein (noch zu erstellendes) ergänzendes Online-Angebot beinhalten.

Die externen Sachverständigen schlagen in ihrem Evaluationsbericht (siehe Kapitel 6, Anhang A) eine Grundstruktur für die Weiterentwicklung der Print-Broschüre vor.

5.5.2 Empfehlungen der externen Sachverständigen für ein ergänzendes Online-Angebot

- Das (vorgeschlagene) Online-Angebot sollte ein vollständiges Informationsangebot sein.
- Es sollte umfassender und detaillierter als die Broschüre sein und alle nur knapp oder gar nicht dargestellten Inhalte aufgreifen. Das Online-Angebot bietet auch die Möglichkeit, die tabellarischen Gegenüberstellungen zu Vor- und Nachteilen sowie Risiken stärker zu erläutern.

- Es sollte bedarfsgerecht aufbereitete Informationen für verschiedene Personengruppen bereitstellen, die eine Auswahl der gewünschten Informationstiefe erlauben und zielgruppengerechte Formate enthalten wie Videos, Animationen oder interaktive Elemente für eine individuelle Informationsgenerierung.

5.5.3 Empfehlungen der externen Sachverständigen zur Zustellung der Informationsmaterialien

- Die Erstzustellung sollte weiterhin postalisch erfolgen, sofern keine Vereinbarung zwischen einer anspruchsberechtigten Person und der zuständigen Krankenkasse über die Nutzung digitaler Kommunikationskanäle getroffen wurde.
- Es sollte eine Wahlmöglichkeit für die zukünftige Zustellung weiterer Informationen (postalisch oder digital) geben.
- Der Briefumschlag der postalischen Zustellung sollte einen Aufdruck bekommen, um sicherzustellen, dass der Brief von Werbung oder Dialogpost unterschieden werden kann.
- Die Broschüre und das vorgeschlagene Online-Angebot sollten bei den Vertragsärztinnen und -ärzten über eine Informationskampagne bekannter gemacht werden.

Die externen Sachverständigen haben keine konkreten Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Anschreibens abgeleitet.

5.6 Rückmeldungen der Krankenkassen zur technischen Umsetzung der Informationsbereitstellung

Etwa 1 Drittel der gesetzlichen Krankenkassen nahm an der anonymisierten Befragung im Juni und Juli 2022 teil. Es beteiligten sich nahezu alle Kassenarten sowie Krankenkassen mit geringer, mittlerer und hoher Mitgliederzahl. Insgesamt decken sie etwa die Hälfte aller gesetzlich krankenkassenversicherten Personen ab und können die technischen Anforderungen an die Informationsmaterialien aus Sicht der GKV gut abbilden.

Insgesamt besteht bei den befragten Krankenkassen ein großes Interesse an der Einbettung digitaler Informationen beziehungsweise an einer Kombination von analogen und digitalen Elementen. Das ist nicht nur auf die Darmkrebs-Früherkennung begrenzt, sondern bezieht sich auf alle Früherkennungs-Angebote.

Die Voraussetzungen für eine Einbettung digitaler Elemente zum Beispiel auf Internetseiten oder in Apps sind bei vielen Krankenkassen gegeben. Aus Sicht der Krankenkassen sollten die Versicherten optimalerweise zwischen analogen und digitalen Informationen wählen können.

Die Krankenkassen verfügen über vielfältige Lösungen für die Einbettung digitaler Elemente, gängige und technisch neutrale Formate (wie PDF-Dokumente) sind gut etabliert und können flexibel eingebunden werden.

Aus Sicht einiger Krankenkassen bietet eine zentrale Webseite mit Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung besonderen Spielraum für eine zielgruppengerechte Aufbereitung des Informationsangebots und für die Sicherstellung der inhaltlichen Aktualität. Eine solche „Landingpage“ eignet sich auch für Krankenkassen, deren digitale Informationsangebote weniger umfassend sind.

6 Diskussion

6.1 Methodische Limitation

Ein Befund dieses Berichts ist, dass 61% Prozent der Personen, die aufgrund ihres Alters kürzlich den Brief zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten haben sollten, sich nicht an die Materialien erinnern konnten. Das ist selbst ein wichtiger Befund, aus dem sich Empfehlungen ableiten. Diese Gruppe wurde jedoch nicht weiter befragt und liefert deshalb für die Evaluation keine weiteren Ergebnisse.

Das Anschreiben wurde nur in der quantitativen Befragung differenziert untersucht, die qualitativen Interviews konzentrierten sich auf die Broschüre. Deshalb lassen sich keine explizit vertieften Erkenntnisse zu dessen Umfang oder Verständlichkeit ableiten.

Die qualitativen Interviews fokussieren gezielt auf Anspruchsberechtigte, bei denen größere Schwierigkeiten im Umgang mit den Informationsmaterialien zu erwarten waren. Aus den Ergebnissen können also keine Schlussfolgerungen für die Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten gezogen werden.

6.2 Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennung in Deutschland

6.2.1 Inanspruchnahme gemäß Abrechnungsdaten

Einen Überblick über die Beratungs- und Untersuchungsleistungen zur Darmkrebs-Früherkennung in Deutschland gibt der WIdO-Report 2022 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK [7]. Der Report berichtet die Teilnahmeraten von AOK-Versicherten an der Darmkrebs-Früherkennung gestützt auf Abrechnungsdaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) der Jahre 2007 bis einschließlich 2021. In dem Report werden 4 Gruppen von Versicherten unterschieden:

- Versicherte, die keinerlei Leistungen zur Darmkrebs-Früherkennung in Anspruch genommen haben,
- Versicherte, bei denen eine Beratung und höchstens 2 Stuhltests abgerechnet wurden,
- Versicherte, bei denen regelmäßig Stuhltests (aber keine Koloskopie) abgerechnet wurden,
- Versicherte mit einer Koloskopie. Dabei sind neben präventiven auch diagnostische Koloskopien eingeschlossen.

Die Abrechnungsdaten der AOK zeigen, dass diagnostische Koloskopien etwa 3 Viertel und damit die Mehrheit der Koloskopien in Deutschland ausmachen. Dabei ist zu beachten, dass auch Koloskopien, die im Rahmen der Darmkrebs-Früherkennung der Abklärung eines positiven Stuhltests dienen, im Auswertungszeitraum als diagnostische Leistung abgerechnet

und nicht den präventiven Koloskopien zugeschrieben wurden. Diagnostische Koloskopien dienen außerdem der Abklärung von Darmbeschwerden oder finden in Zusammenhang mit Behandlungen oder Operationen im Krankenhaus statt. Auch diagnostische Koloskopien beinhalten eine Früherkennung von Darmkrebs. Nach einer diagnostischen Koloskopie ist eine Früherkennungs-Koloskopie in den darauffolgenden Jahren medizinisch daher nicht regelhaft sinnvoll.

Aus dem WIdO-Report geht hervor, dass mit Beginn des Anspruchsalters die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennung deutlich zunimmt (siehe Abbildung 27, Seite 63). Besonders hoch ist die Zunahme bei den ärztlichen Beratungsgesprächen. Auf ein Beratungsgespräch zur Darmkrebs-Früherkennung muss aber nicht zwangsläufig ein Stuhltest oder eine Koloskopie folgen. Es ist möglich, sich gegen eines der Untersuchungsangebote zu entscheiden – bestenfalls nach Abwägung der Vor- und Nachteile. Es ist auch möglich, dass eine kürzlich durchgeführte Koloskopie gegen weitere Untersuchungen spricht.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Früherkennung über einen Zeitraum von 10 Jahren ist in Tabelle 7 exemplarisch für AOK-Versicherte im Alter zwischen 65 und 66 Jahren aufgeführt.

Tabelle 7: Inanspruchnahme von Leistungen der Früherkennung bei AOK-Versicherten im Alter zwischen 65 und 66 Jahren im Zeitraum 2012 bis 2021^a

Leistung	AOK versicherte Personen (%)
keine Leistung zur Darmkrebs-Früherkennung	21 %
Beratung und höchstens 2 Stuhltests	29 %
mindestens 3 Stuhltests (keine Koloskopie)	7 %
Koloskopie (präventiv und diagnostisch)	43 %
Diagnostische Koloskopie	keine genauen Angaben

a. Angaben gemäß Abbildung 28 im WIdO-Report
AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse

Im Vergleich zum Jahr 2019 wurde sowohl in 2020 als auch in 2021 insgesamt ein Zuwachs an Früherkennungs-Koloskopien verzeichnet. In allen Altersklassen, und insbesondere in den höheren Altersklassen, in denen eine Früherkennungs-Koloskopie infrage kommt, fanden aber insgesamt mehr diagnostische als präventive Koloskopien statt. Diagnostische Koloskopien leisten demnach einen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung und Vorbeugung von Darmkrebs.

Zusammenfassend zeigt der WIdO-Report eine hohe Bereitschaft für die Darmkrebs-Früherkennung in Deutschland: Von den 65- bis 80-jährigen Männern haben im Zeitraum 2012 bis 2021 zwischen 75 % bis 79 % mindestens 1 der Maßnahmen ärztliches Beratungsgespräch,

Stuhltest oder Koloskopie (zur Früherkennung oder Diagnose) wahrgenommen. Von den Frauen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren waren es 76 % bis 83 %. Entsprechend haben 21 % bis 25 % der Männer und 17 % bis 24 % der Frauen in diesem 10-Jahres-Zeitraum an keiner Maßnahme zur Darmkrebs-Früherkennung teilgenommen.

6.2.2 Darmkrebs-Früherkennung im internationalen Vergleich: die Niederlande

Das Einladungsverfahren zur Darmkrebs-Früherkennung in den Niederlanden gilt als effektives Beispiel für eine organisierte Früherkennung. In den Niederlanden werden laut Lynen Jansen (2022) Teilnahmeraten von etwa 70 % erreicht [8]. Wie in Abschnitt 6.2 dargestellt, nimmt in Deutschland ein vergleichbarer Anteil der Anspruchsberechtigten mindestens eine der Maßnahmen ärztliches Beratungsgespräch, Stuhltest oder Koloskopie (zur Früherkennung oder Diagnose) wahr [7].

Die niederländischen Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung bestehen aus einer Einladungsbroschüre, einer Anleitung für den Stuhltest und – bei positivem Testergebnis – einer Broschüre zur Nachuntersuchung (diagnostische Koloskopie) [9-12]. Die Materialien sind in einem ansprechenden DIN-A5-Format gestaltet und mit zahlreichen Fotos und Illustrationen versehen. Die niederländischen Materialien liegen in sechs verschiedenen Sprachen vor [13].

Analog zu den in Deutschland eingesetzten Materialien betonen die niederländischen Materialien die Abwägung von Vor- und Nachteilen und die freie Entscheidung. Auch die niederländischen Materialien enthalten Zahlenangaben, beispielsweise zur Positivitätsrate des Stuhltests und zur Häufigkeit von Polypen-Befunden [13].

Das niederländische Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Nationales Institut für Gesundheit und Umwelt) bietet darüber hinaus ausführlichere Online-Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung an [12,13], unter anderem zum Nutzen der Darmkrebs-Früherkennung und den Risiken der Darmspiegelung. Außerdem sind in das Online-Angebot Videos eingebettet, in denen Menschen ihre Gründe für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung darlegen.

Im Gegensatz zum deutschen Einladungsverfahren wird in den Niederlanden das Proberöhrchen für die Stuhlprobe an alle Teilnahmeberechtigten verschickt. Das Anschreiben beinhaltet zusätzlich zu der bebilderten Anleitung zur Entnahme und zum Versand der Stuhlprobe auch einen frankierten Rückumschlag. Das niederländische Programm ist auf den Stuhltest beschränkt. Eine Früherkennungs-Koloskopie wird nicht angeboten [13].

In Deutschland ist das Modell komplexer, weil die Anspruchsberechtigten zwischen Stuhltest und Koloskopie wählen können. Hierzu wird ihnen eine ärztliche Beratung angeboten mit dem Ziel, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Untersuchungsangebote zu treffen. Der

Stuhltest wird dann von einer Ärztin oder einem Arzt ausgegeben. Da die Informationsmaterialien zum deutschen Programm dem komplexeren Angebot gerecht werden müssen, sind die in anderen Ländern eingesetzten Informationsmaterialien nicht direkt auf Deutschland übertragbar. Dennoch bieten die Gestaltung der niederländischen Materialien und das weiterführende Online-Angebot zur Darmkrebs-Früherkennung Anregungen für das deutsche Informationsangebot.

6.2.3 Inanspruchnahme gemäß quantitativer Befragung

Aus der quantitativen Befragung geht hervor, dass 41 % der (sich an den Brief der Krankenkasse erinnernden) Anspruchsberechtigten nach Erhalt des Briefes an der Darmkrebs-Früherkennung teilgenommen haben. Das bedeutet, sie haben mindestens eine der Maßnahmen ärztliches Beratungsgespräch, Stuhltest oder Koloskopie in Anspruch genommen. Weitere 36 % planen, zukünftig an der Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen. Weitere 14 % der befragten Anspruchsberechtigten sind (noch) unentschlossen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass durchschnittlich 44 % der Befragten vor Erhalt des Briefes bereits eine Koloskopie hatten. Dies hat maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung (insbesondere im Hinblick auf eines der Untersuchungsangebote). Ob die Inanspruchnahme trotz vorausgehender Koloskopie zweckmäßig ist, hängt davon ab, wie lange die Koloskopie zurückliegt und welcher Befund erbracht wurde.

Wer anspruchsberechtigt ist, kann auch unabhängig vom Erhalt der Einladung der Krankenkasse die Darmkrebs-Früherkennung wahrnehmen. Aufgrund des sukzessiven Einladungsverfahrens nach Alters-Stichtagen beginnend ab 2019 bot sich diese Möglichkeit insbesondere den älteren Versicherten. Die quantitative Befragung bestätigt, dass ältere Versicherte besonders häufig bereits vor dem Erhalt des Briefes eine Vorsorgekoloskopie hatten. Viele Koloskopien waren außerdem aufgrund konkreter Beschwerden oder Blutspuren im Stuhl veranlasst worden.

Eine Teilnehmerate für das deutsche Modell zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung, die sich nur an der Inanspruchnahme von Stuhltests und Früherkennungs-Koloskopien orientiert, eignet sich letztlich nur bedingt als Bewertungsmaßstab für die Qualität einer organisierten Darmkrebs-Früherkennung: Zum einen finden in Deutschland viele Koloskopien außerhalb der organisierten Darmkrebs-Früherkennung statt, die dennoch zur Früherkennung von Darmkrebs beitragen. Zum anderen wiegt das Ziel einer informierten individuellen Entscheidung auf Basis des ärztlichen Beratungsgesprächs stärker als das Ziel einer möglichst hohen Teilnehmerate.

6.3 Bedeutung der subjektiven Gesundheitskompetenz

Aufgrund der Stellungnahmen aus dem Beratungsverfahren des G-BA stellte sich die Frage, ob Anspruchsberechtigte mit geringer Gesundheitskompetenz gemäß HLS-GER 2 die Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung ausreichend gut verstehen. Laut HLS-GER 2 weisen knapp 60 % der Bevölkerung in Deutschland eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz auf [4].

Gesundheitskompetenz bedeutet, in der Lage zu sein, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und konstruktiv zur Entscheidungsfindung nutzen zu können. Sie erfordert grundlegende Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten. Neben den persönlichen Kompetenzen einer Person hängt die Gesundheitskompetenz auch von dem sozial-gesellschaftlichen Kontext und von der Komplexität der Anforderungen in den Lebenswelten ab [4].

6.3.1 Subjektive Gesundheitskompetenz im 2. Health Literacy Survey Germany

Der 2. Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) von Schaeffer 2021 liefert repräsentative Daten zur subjektiven Gesundheitskompetenz in Deutschland [4]. Für die Erhebung der Gesundheitskompetenz im HLS-GER 2 wurde der HLS-EU-Q47-Fragebogen eingesetzt. Dieser Fragebogen erfasst selbst eingeschätzte Schwierigkeiten bei der Informationssuche, -verarbeitung und -anwendung. Wie in Abschnitt 4.4.2 dargestellt, hängt diese Selbsteinschätzung neben individuellen Faktoren auch von der Komplexität der Rahmenbedingungen ab. Schaeffer und Kollegen sprechen in diesem Zusammenhang von einer kontextuellen Sensibilität des Messinstruments, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sei [4]. Ein Beispiel: Frage 45 des HLS-EU-Q47-Fragebogens lautet: „Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn Sie das wollen?“ Wenn eine Person hier angibt, dass es ihr schwerfällt, sich in einem Sportverein anzumelden, kann dies mannigfaltige Ursachen haben. Fehlende persönliche Kompetenzen sind dabei nur eine Erklärung. Beispielsweise könnte es sein, dass ihr die finanziellen Mittel fehlen; dass kein Sportverein in der Nähe ist, der körperlich oder motivational geeignete Sportarten anbietet oder dass die berufliche oder familiäre Situation keine Teilnahme erlaubt. Ferner kann sich die subjektive Perspektive von den objektivierbaren Fähigkeiten und Kompetenzen unterscheiden.

6.3.2 Subjektive Gesundheitskompetenz in der quantitativen Befragung

Um den Bedarfen von Personen mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz Rechnung zu tragen, wurde diese Personengruppe bei der Überprüfung der Informationsmaterialien in besonderem Maße berücksichtigt. Aus Gründen der Praktikabilität wurde der Kurzfragebogen HLS₁₉-Q12-DE zur Erhebung der subjektiven Gesundheitskompetenz eingesetzt. Er wurde auf Basis des HLS-EU-Q47 entwickelt und umfasst 12 ausgewählte Fragen.

Aus der quantitativen Befragung geht hervor, dass ein mit dem HLS-GER 2 vergleichbarer Anteil der Anspruchsberechtigten eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz (gemessen mit dem HLS₁₉-Q12-DE und unter Verwendung der vorgegebenen Kategoriebildung) hat: 54 % werden in ihrer Gesundheitskompetenz als gering eingestuft (36 % als problematisch und 18 % inadäquat).

In der quantitativen Befragung schnitten die Materialien bei Personen mit geringerer subjektiver Gesundheitskompetenz zwar etwas schlechter ab, insgesamt wurden Anschreiben und Broschüre aber als gut verständlich und hilfreich bewertet. Gravierende Probleme mit den Informationsmaterialien gaben Personen mit geringerer subjektiver Gesundheitskompetenz nicht an.

Bei der Datenauswertung fiel jedoch auf, dass Anspruchsberechtigte mit geringer formaler Bildung tendenziell eine höhere subjektive Gesundheitskompetenz aufweisen (gemessen mit dem HLS₁₉-Q12-DE) als Anspruchsberechtigte mit hoher formaler Bildung (siehe Abschnitt 5.1.5). Eine mögliche Erklärung könnte der Dunning-Kruger-Effekt sein [14]. Er beschreibt ein verzerrtes Selbstverständnis von Menschen mit geringeren Kompetenzen, die ihre eigenen Fähigkeiten überschätzen. Diese Hypothese wird gestützt von dem tendenziell inversen Zusammenhang zwischen der subjektiv bewerteten Gesundheitskompetenz und dem Tabellenverständnis: Anspruchsberechtigte mit hoher subjektiver Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12-DE haben die Zahlen in der vorgelegten Tabelle schlechter verstanden als Anspruchsberechtigte mit geringerer Gesundheitskompetenz.

Die Befunde zeigen, dass eine zuverlässige Erhebung der Gesundheitskompetenz herausfordernd ist. Eine geringe subjektive Gesundheitskompetenz lässt sich zudem nicht ausschließlich durch verbesserte individuelle Kompetenzen oder optimierte Gesundheitsinformationen beheben. Sie bedarf ebenso Verbesserungen auf der sozial-gesellschaftlichen und organisatorisch-strukturellen Ebene. Im Kontext der Bewertung der Informationsmaterialien scheint die formale Bildung ein objektiveres und robusteres Kriterium zur zielgruppenspezifischen Überprüfung der Materialien zu sein.

6.4 Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Informationsmaterialien in der Gesamtschau

Die externen Sachverständigen leiten aus der quantitativen Befragung und den qualitativen Interviews Empfehlungen für die Überarbeitung der Print-Broschüre sowie für ein ergänzendes Online-Angebot und die zukünftige Zustellung der Informationen ab. Die Empfehlungen der externen Sachverständigen sind konzeptueller Art und haben das organisierte Darmkrebs-Früherkennungsprogramm insgesamt im Blick. Für die Broschüre sprechen sie vorwiegend strukturelle Empfehlungen zum inhaltlichen Aufbau aus.

Einordnung der Empfehlungen vor dem Hintergrund der Evidenzbasierung und dem Ziel einer informierten Entscheidung

Die Evaluation der Materialien orientiert sich an dem Ziel, eine informierte, freie Entscheidung über eine Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung zu ermöglichen. Dieses Ziel wird auch international angestrebt und von Leitliniengruppen verfolgt. Es entspricht dem ärztlichen Anspruch an die Aufklärungspflichten und die Patientenautonomie [13,15,16].

Eine informierte Entscheidung über eine Teilnahme setzt voraus, die Vor- und Nachteile der Früherkennungsuntersuchungen zu kennen. Das bedeutet, die Informationen müssen verständlich, unverzerrt und interessenkonfliktfrei sowie für eine individuelle Entscheidungsfindung ausreichend detailliert sein. Die Informationen sollen Patientinnen und Patienten außerdem unterstützen, unter Berücksichtigung der eigenen Präferenzen, Wünsche und Werte die für sie richtige Wahl zu treffen [15,17]. Dieser Prozess kann mehrere Entscheidungen beinhalten: die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung und die Entscheidung für oder gegen eine der beiden Untersuchungen.

Voraussetzung für eine informierte individuelle Entscheidungsfindung ist, dass Standards der evidenzbasierten Gesundheits- und Risikokommunikation berücksichtigt werden [18,19]. Eine evidenzbasierte Risikokommunikation gewährleistet, Nutzen und Schaden realistisch einschätzen zu können – unabhängig von gesellschaftlichen Haltungen. In den Methoden des IQWiG ist festgelegt, dass bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen Standards der evidenzbasierten Gesundheits- und Risikokommunikation berücksichtigt werden [20].

Ein wesentliches Element der evidenzbasierten Risikokommunikation ist es, Nutzen und Schaden transparent in Form von absoluten Häufigkeiten darzustellen und ein realistisches Bild des Verlaufs ohne Intervention (hier: ohne Früherkennung) zu geben [18,19]. Die Quantifizierung von Effekten und Risiken ermöglicht ein Verständnis für die Größenordnung von Effekten und Risiken. Auch internationale Standards für die Entwicklung von Entscheidungshilfen empfehlen verständliche und neutrale quantitative Angaben zu den Wahrscheinlichkeiten von Nutzen- und Schadensendpunkten sowie zum Erkrankungsrisiko mit und ohne Früherkennung [21,22].

Es ist herausfordernd, den Anforderungen evidenzbasierter Risikokommunikation gerecht zu werden und dabei für Nutzerinnen und Nutzer attraktiv und verständlich zu sein [20]. Die Anforderungen können außerdem zu einer Überfrachtung von Gesundheitsinformationen führen [20]. Dies zeigt sich auch bei den qualitativen Interviews, für die zu 2 Dritteln Personen mit formal geringer Bildung rekrutiert wurden: Viele Befragte lasen die Tabellen nicht oder nur oberflächlich, weil sie ihnen zu komplex erschienen. Umfang und Aufbau der Broschüre scheinen sie außerdem zu überfordern. Die externen Sachverständigen empfehlen deshalb, die Broschüre zu kürzen, den inhaltlichen Aufbau umzustellen und die Darstellung von Tabellen und Zahlen zu überarbeiten.

Dass sich Bürgerinnen und Bürger relativ kurze und einfache Entscheidungshilfen zur Darmkrebs-Früherkennung wünschen, damit sie diese heranziehen, sich mit dem Thema auseinandersetzen und die Informationen verstehen können, zeigt auch eine Untersuchung von Schwartz et al. [23]. In Rahmen einer 4-tägigen öffentlichen Beratung hatten sich 28 zufällig ausgewählte Testpersonen mit der Frage beschäftigt, wie Entscheidungshilfen aus der Perspektive von medizinischen Laien aussehen sollen [23]. Eine hohe Anzahl an quantitativen Informationen erschien den befragten Personen hingegen unwichtiger.

Die von den Sachverständigen empfohlene Überarbeitung der Broschüre ist in Anlehnung an Schwartz et al. geeignet, die Nutzung der Broschüre zu steigern. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist es jedoch ebenso wichtig, die Standards einer evidenzbasierten Risikokommunikation zu berücksichtigen und die für eine informierte Entscheidung wesentlichen quantitativen Informationen bereitzustellen – wenn auch in etwas kürzerer und modifizierter Form [24].

Es lassen sich bei der praktischen Umsetzung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen nicht immer alle Qualitätsdimensionen und Ziele gleichzeitig (und innerhalb einer einzelnen Information) optimieren [20]. Das von den externen Sachverständigen empfohlene zusätzliche Online-Angebot bietet Raum, gekürzte Inhalte aufzugreifen und zielgruppengerecht, in der jeweils gewünschten Informationstiefe und mit passenden Online-Formaten aufzubereiten. Zudem können vertiefende Informationen zum organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramm angeboten werden und Nutzen und Schaden der Untersuchungen ausführlicher adressiert werden. Die Idee, zusätzliche Informationen bei Bedarf verfügbar zu machen, wurde auch in der Untersuchung von Schwartz et al. vorgebracht [23].

Ärztliche Aufklärung gemäß qualitativen Interviews

Aus der Befragung und den vertiefenden Interviews geht hervor, dass Früherkennungsuntersuchungen weitgehend befürwortet und wenig hinterfragt werden – sowohl von Anspruchsberechtigten als auch Vertragsärztinnen und -ärzten.

Diese bereits bestehende Präferenz und generell positive Wahrnehmung der (Darmkrebs-) Früherkennung trifft auf Informationsmaterialien, die in Umsetzung des ethisch und rechtlich (KFRG) gebotenen Anspruchs auf eine informierte Entscheidung ergebnisoffen, umfassend und verständlich Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung beschreiben. Diese Art der Information über Früherkennung ist weder bei Anspruchsberechtigten eingeübt noch wird sie von den interviewten Vertragsärztinnen und -ärzten regelhaft praktiziert. Es wird deutlich, dass die interviewten Ärztinnen und Ärzte der Vermittlung der eigenen Bewertung Vorrang geben gegenüber einer offenen Beratung.

Die Vertragsärztinnen und -ärzte betrachten es mitunter als ihre Aufgabe, Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung zu motivieren. Häufig nehmen sie

dann auch eine Position für eine der beiden Untersuchungen ein, meist für die Darmspiegelung. In ihren Beratungsgesprächen scheint eine Abwägung der Teilnahme sowie der Vor- und Nachteile beider Untersuchungsmaßnahmen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Dies steht einer informierten, präferenzsensitiven Entscheidungsfindung entgegen.

Die Delegation der Entscheidung an Ärztinnen und Ärzte ist jedoch von einigen Interviewten gewünscht. Eine Delegation der eigenen Entscheidung an Ärztinnen und Ärzte wird nach repräsentativen Umfragen zur Entscheidungsfindung nur von einer Minderheit der Bevölkerung präferiert (etwa 25 %). Etwa 70 % der Erwachsenen bevorzugen es, Informationen in Tiefe und Breite zu erhalten, die sie in die Lage versetzen, zusammen mit Ärztinnen und Ärzten zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen oder sogar allein zu entscheiden [25].

Ohnehin entbindet auch der Wunsch nach einer Delegation einer Entscheidung an Ärztinnen und Ärzte diese nicht von der Pflicht, Alternativen zumindest neutral zu benennen [26,27]. Eine umfassende Aufklärung über eine medizinische Maßnahme und ihre Alternativen ist gemäß Patientenrechtegesetz (§ 630 BGB) Voraussetzung für die Einwilligung in ihre Durchführung, sofern nicht ausdrücklich darauf verzichtet wird [2].

Einige Ärztinnen und Ärzte nutzen die Broschüre, weil deren Inhalte ihre Aufklärung offenbar gut unterstützt. Die Eignung der Informationsmaterialien für die verpflichtende Aufklärung muss bei der Überarbeitung der Informationsmaterialien (weiterhin) berücksichtigt werden.

Zusätzliche spezifische Hinweise für die Überarbeitung der Materialien

Aus der Evaluation lassen sich einige spezifische Fragestellungen für die Überarbeitung der Informationsmaterialien ableiten:

- Soll die grafische Darstellung des Koloskop-Umfangs verändert werden?
- Ist der Begriff „Angebot“ verständlich?
- Sind alle relevanten Informationen beispielsweise zu Narkose, Abführmittel, Überweisung, Krankschreibung und Arbeitsausfall enthalten?
- Wie lässt sich die Bedeutung von Polypen besser erklären?
- Wie lässt sich die Darstellung von Tabellen und Quantifizierungen verbessern (Überschrift, Lesbarkeit von Zeilen und Spalten, Darstellung von Zahlen und Spannen)?
- Ist eine ergänzende Erklärung sinnvoll, warum nach einer Koloskopie eine weitere Koloskopie in den darauffolgenden Jahren medizinisch nicht regelhaft sinnvoll ist?
- Sollen Erfahrungsberichte ergänzt werden?

Die Umsetzung dieser spezifischen Hinweise wird im Folgeprojekt P21-04B geprüft.

7 Fazit

Die Informationsmaterialien schneiden bei der Überprüfung insgesamt gut bis sehr gut ab.

Die Broschüre ist aus Sicht der Anspruchsberechtigten verständlich, sie unterstützt eine freie Entscheidungsfindung und informiert gut über den Ablauf der Darmkrebs-Früherkennung. Aus Sicht der Vertragsärztinnen und -ärzte bereitet sie Patientinnen und Patienten insgesamt gut auf das Beratungsgespräch vor.

Verbesserungsbedarf ergibt sich insbesondere für Personen mit geringer formaler Bildung.

Verbesserungspotenzial bietet hauptsächlich die Broschüre. Bei ihrer Überarbeitung sollte insbesondere überprüft werden, wie sie ohne Einbußen von Kerninformationen gekürzt und neu gegliedert werden kann. Diese Maßnahmen dienen dazu, die Akzeptanz und Verständlichkeit der Broschüre zu steigern und damit die Voraussetzung zu schaffen, dass sich Anspruchsberechtigte näher mit dem Thema Darmkrebs-Früherkennung beschäftigen. Die Standards einer evidenzbasierten Gesundheits- und Risikokommunikation sind bei der Überarbeitung der Broschüre als Voraussetzung für eine informierte und freie Entscheidung weiterhin zu berücksichtigen.

Die Zustellung der Materialien sollte auf Wunsch von Anspruchsberechtigten auch digital erfolgen können. Hierfür sollten digitale Formate bereitgestellt werden.

Das aktuell printbasierte Informationsangebot zum organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramm sollte zukünftig um ein vertiefendes Online-Angebot ergänzt werden, das flexiblere Möglichkeiten für eine zielgruppengerechte und evidenzbasierte Aufbereitung bietet, die verschiedene Anwendungssituationen unterstützen.

8 Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme; oKFE-Richtlinie/oKFE-RL [online]. 2022 [Zugriff: 23.03.2023]. URL: <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3039/oKFE-RL-2022-11-17-iK-2023-01-26.pdf>.
2. Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung; Entwurf eines Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten [online]. 2012 [Zugriff: 30.03.2022]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krebsregisterdaten-GE_Kabinett.pdf.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bekanntmachung und Einholung erster Einschätzungen: Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebsfrüherkennung [online]. 2021 [Zugriff: 02.03.2023]. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4830/>.
4. Schaeffer D, Berens EM, Gille S et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2 [online]. 2021 [Zugriff: 02.03.2023]. URL: https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER%20_Ergebnisbericht.pdf.
5. M-Pohl - WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy. HLS19 Project [online]. [Zugriff: 02.03.2023]. URL: https://m-pohl.net/HLS19_Project.
6. Pelikan JM, Link T, Straßmayr C et al. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(21): 14129.
7. Tillmanns H, Schillinger G, Dräther H. Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter; 2007 bis 2021 [online]. 2022 [Zugriff: 20.03.2023]. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Ambulante_Versorgung/wido_amb_frueherkennung_bei_erwachsenen_2007_2021.pdf.
8. Lynen Jansen P, Kolligs F, Seufferlein T. Früherkennungsmaßnahmen: Bei der Darmkrebsprävention ist noch Luft nach oben. Dtsch Arztebl 2022; 119(45): A-1959 / B-1629.
9. National Institute for Public Health and the Environment. Instructions for stool sample test [online]. [Zugriff: 29.06.2023]. URL: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-12/Instructions%20self%20test%20colorectal%20cancer.pdf>.
10. National Institute for Public Health and the Environment. Bowel cancer screening programme; Invitation [online]. 2019 [Zugriff: 29.06.2023]. URL: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-12/invitation%20bowel%20cancer%20screening%20programme.pdf>.

11. National Institute for Public Health and the Environment. Bowel cancer screening programme; Follow-up examination [online]. 2019 [Zugriff: 29.06.2023]. URL: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-12/Results%20bowel%20screening%20programme.pdf>.
12. National Institute for Public Health and the Environment. Colorectal cancer screening programme [online]. 2022 [Zugriff: 21.04.2023]. URL: <https://www.rivm.nl/en/colorectal-cancer-screening-programme>.
13. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bevolkingsonderzoek darmkanker [online]. 2023 [Zugriff: 04.07.2023]. URL: <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-darmkanker>.
14. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(6): 1121–1134.
15. Helsingen LM, Vandvik PO, Jodal HC et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 367: l5515. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.l5515>.
16. World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics [online]. 2022 [Zugriff: 29.06.2023]. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>.
17. Usher-Smith JA, Mills KM, Riedinger C et al. The impact of information about different absolute benefits and harms on intention to participate in colorectal cancer screening: A think-aloud study and online randomised experiment. *PLoS One* 2021; 16(2): e0246991. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246991>.
18. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I et al. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation; evidenzbasierte Leitlinie [online]. 2017 [Zugriff: 06.06.2023]. URL: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf>.
19. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation; ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. [online]. 2016 [Zugriff: 25.11.2020]. URL: https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf.
20. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 6.0 [online]. 2020 [Zugriff: 27.01.2021]. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0.pdf.

21. Trevena LJ, Zikmund-Fisher BJ, Edwards A et al. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers. BMC Med Inform Decis Mak 2013; 13 Suppl 2(Suppl 2): S7. <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-13-s2-s7>.
22. Bonner C, Trevena LJ, Gaissmaier W et al. Current Best Practice for Presenting Probabilities in Patient Decision Aids: Fundamental Principles. Med Decis Making 2021; 41(7): 821-833. <https://dx.doi.org/10.1177/0272989x21996328>.
23. Schwartz PH, O'Doherty KC, Bentley C et al. Layperson Views about the Design and Evaluation of Decision Aids: A Public Deliberation. Med Decis Making 2021; 41(5): 527-539. <https://dx.doi.org/10.1177/0272989x21998980>.
24. Bretthauer M, Helsing LM, Kalager M et al. The future of colorectal cancer screening: Parentalism or shared decision-making? CMAJ 2020; 192(18): E484. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.74839>.
25. Braun B, Marstedt G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor Newsletter 2014; (2).
26. Härter M, Dirmaier J, Scholl I et al. Der lange Weg zur Implementierung patientenzentrierter Versorgung und partizipativer Entscheidungsfindung in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2017; 123-124: 46-51. <https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.006>.
27. Rummer A, Scheibler F. Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Dtsch Arztebl 2016; 113(8): A322-A324.

Anhang A Evaluationsbericht



Evaluationsbericht zur
Evaluation von Einladungsschreiben und
Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening
(P21-04A)

Auftraggeber



com.X Institut für Kommunikations-Analyse & Evaluation

12.07.2023

Forschungsteam:

Nicole Warthun (Projektleitung)

Ricarda Delasauce

Dr. Susan Hinterding

Jan Reimers

Luisa Schall

Janna Solbrig



Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	5
2. Fragestellung	6
3. Methodik	8
3.1. Quantitative Befragungen	9
3.1.1. Zugang zu den Zielgruppen und Rekrutierung	9
3.1.2. Entwicklung der Fragebögen (Pilotierung)	11
3.1.3. Datenerhebung	12
3.1.4. Datenanalyse	13
3.2. Qualitative Befragungen	17
3.2.1. Zugang zu den Zielgruppen und Rekrutierung	17
3.2.2. Entwicklung der Interviewleitfäden (Pilotierung)	20
3.2.3. Datenerhebung	20
3.2.4. Datenanalyse	21
4. Ergebnisse	24
4.1. Quantitative Befragungen	24
4.1.1. Pretests	24
4.1.2. Sample-Charakteristika	24
4.1.3. Darstellung der Ergebnisse: Anspruchsberechtigte	29
4.1.4. Darstellung der Ergebnisse: Vertragsärzteschaft	48
4.2. Qualitative Befragungen	55
4.2.1. Pretests	55
4.2.2. Sample-Charakteristika	55
4.2.3. Darstellung der Ergebnisse: Anspruchsberechtigte	58
4.2.4. Darstellung der Ergebnisse: Vertragsärzteschaft	80
5. Diskussion	97
6. Empfehlung für die Optimierung der Materialien und deren Zugang	100
7. Quellenverzeichnis	106
8. Anhang	107
8.1. Studienkonzept	
8.2. Fragebogen quantitative Befragung Anspruchsberechtigte	



- 8.3. Fragebogen quantitative Befragung Vertragsärzteschaft
- 8.4. Leitfaden qualitative Befragung Anspruchsberechtigte
- 8.5. Leitfaden qualitative Befragung Vertragsärzteschaft





Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsdesign	8
Abbildung 2: MAXQDA-Auswertungsfenster Anspruchsberechtigte	23
Abbildung 3: Lesen von Anschreiben und Broschüre durch Anspruchsberechtigte	33
Abbildung 4: Ausgewählte Tabellen zur Überprüfung der Verständlichkeit.....	38
Abbildung 5: Einstellung zum Angebot der Darmkrebs-Früherkennung in Abhängigkeit von der Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre	42
Abbildung 6: Inanspruchnahme von Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung nach Erhalt des Schreibens	43
Abbildung 7: Wirkung auf die Inanspruchnahme in der Gesamtpopulation.....	45
Abbildung 8: Gewünschte zukünftige Übermittlung des Krankenkassen-Anschreibens zur Darmkrebs-Früherkennung	46
Abbildung 9: Nachfrage nach Darmkrebs-Früherkennung durch Patient:innen (generell sowie induziert durch die Informationsmaterialien).....	49
Abbildung 10: Verwendung der Broschüre im Beratungsgespräch.....	51
Abbildung 11: Einsatz der Broschüre im Beratungsgespräch in der Gesamtpopulation der Vertragsärzteschaft.....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfragen der Evaluation.....	7
Tabelle 2: Beispielhafte Werte zur Berechnung von Konfidenzintervallen	14
Tabelle 3: Analysemerkmale Anspruchsberechtigte	15
Tabelle 4: Analysemerkmale Vertragsärzteschaft	16
Tabelle 5: Stichprobenstruktur Anspruchsberechtigte	26
Tabelle 6: Stichprobenstruktur Vertragsärzteschaft.....	28
Tabelle 7: Bewertung ausgewählter Aspekte des Anschreibens bzw. der Broschüre unterschieden nach subjektiver Gesundheitskompetenz.....	37
Tabelle 8: Tabellenverständnis zu Vor- und Nachteilen der Darmkrebs-Früherkennung (Alle Befragten).....	39
Tabelle 9: Tabellenverständnis zu Vor- und Nachteilen der Darmkrebs-Früherkennung (differenziert nach subjektiver Gesundheitskompetenz und formaler Bildung).....	40
Tabelle 10: Bewertung von Detailspekten zur Broschüre	52
Tabelle 11: Sample Anspruchsberechtigte für die qualitative Befragung	56
Tabelle 12: Sample Vertragsärzteschaft für die qualitative Befragung.....	57



1. Hintergrund

Alle gesetzlich Krankenversicherten ab 50 Jahren haben in Deutschland Anspruch auf eine kostenfreie Darmkrebs-Früherkennung. Seit 2019 erhalten gesetzlich Versicherte im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren von ihrer Krankenkasse postalisch Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Darmkrebs-Screening).

Diese seit 2019 eingesetzten Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bestehen aus zwei Teilen:

1. ein zweiseitiges Anschreiben bzw. Informationsschreiben
2. Versicherteninformation (Entscheidungshilfe) in Form einer Broschüre

Männer und Frauen erhalten aufgrund unterschiedlicher Leistungsansprüche unterschiedliche Versionen der Broschüre.

Die Informationsmaterialien sollen zwei wesentliche Funktionen erfüllen: Zum einen sollen sie Anspruchsberechtigte auf ihren Anspruch hinweisen bzw. sie an diesen erinnern (Informations-/Erinnerungsfunktion). Darüber hinaus sollen sie eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme ermöglichen (Entscheidungshilfefunktion). Bei der Entscheidung für die Teilnahme sollen sie zudem die informierte Wahl der geeigneten Früherkennungsform unterstützen.

Nach drei Jahren im praktischen Einsatz hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Beschluss vom 16.09.2021 mit der Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung beauftragt.

Das IQWiG hatte die Informationsmaterialien im Auftrag des G-BA zwischen 2015 und 2016 selbst erstellt und einer qualitativen und quantitativen Nutzertestung unterzogen. Im Unterschied zu den Nutzertestungen im Erstellungsprozess, die auf einer hypothetischen Nutzungsentscheidung beruhen mussten, können in der aktuellen Evaluation die reale Nutzung, Wahrnehmung und Wirkung der Informationsmaterialien untersucht werden.

Mit Bekanntmachung vom 28.10.2021 startete der G-BA parallel zur laufenden Evaluation der Informationsmaterialien ein Einschätzungsverfahren. In diesem wird Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Verbände von Leistungserbringern und Medizinprodukteherstellern und den jeweils betroffenen Herstellern von Medizinprodukten Gelegenheit gegeben, eine Ersteinschätzung zu den Informationsmaterialien abzugeben.



2. Fragestellung

Die Evaluation orientiert sich an den für die Informationsmaterialien vorgegebenen Funktionen, dass diese auf den Anspruch hinweisen bzw. daran erinnern (Informations-/Erinnerungsfunktion) und eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme ermöglichen (Entscheidungshilfefunktion). Neben den Anspruchsberechtigten als primäre Zielgruppe soll die Überprüfung der Informationsmaterialien auch die Vertragsärzteschaft als weitere in den Prozess der organisierten Darmkrebs-Früherkennung involvierte Zielgruppe berücksichtigen.

Die Zielgruppe der **Anspruchsberechtigten** ist in dieser Evaluation wie folgt definiert: gesetzlich Versicherte im Alter von 50/51, 55/56, 60/61 oder 65/66 Jahren, die

- sich daran erinnern, innerhalb der letzten 12 Monate das Anschreiben und die Versicherteninformationen zum Darmkrebs-Screening postalisch erhalten zu haben,
- zum Zeitpunkt des Erhalts der Informationsmaterialien nicht an Darmkrebs erkrankt waren bzw. sich wegen der Diagnose Darmkrebs in ärztlicher Behandlung befanden
- und bei denen kein erbliches Darmkrebssyndrom vorliegt.

Innerhalb der Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten sind in der Evaluation folgende sich nicht gegenseitig ausschließende Untergruppen vertieft zu betrachten:

- Sozial Benachteiligte, definiert als Personen mit formal geringem Bildungsabschluss und einem Haushaltsnettoeinkommen unterhalb der Armutsgrenze gemäß EU-SILC¹-Definition (alternativ: Bezug staatlicher Unterstützung), d. h. deren Nettoäquivalenzeinkommen (die Haushaltszusammensetzung bzw. -größe und das Haushaltsnettoeinkommen berücksichtigend) weniger als 60 % des nationalen Medianeinkommens beträgt²

¹ EU-SILC: Europäische Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions)

² Die Definition des Merkmals „soziale Benachteiligung“ ist identisch mit der im Jahr 2020 von com.X im Auftrag des IQWiG durchgeführten qualitativen Bedarfsanalyse zu Gesundheitsinformationen für schwer erreichbare Zielgruppen (GA 19-03). Im Unterschied zum damaligen Projekt steht in der aktuellen Evaluation 2022 jedoch mit EU-SILC eine neue amtliche Hauptdatenquelle für die Messung von Armutgefährdung und Lebensbedingungen zur Verfügung. Diese Erhebung wird seit 2020 in Deutschland als Unterstichprobe in den Mikrozensus integriert. Sie bildet die Bevölkerung in Deutschland durch die generelle Teilnahmepflicht repräsentativer ab als die bis 2019 separat durchgeführte freiwillige Erhebung „Leben in Europa“.

- Personen mit (eher) geringer Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12³, einer 12-Item-Kurzform der EU-weit eingesetzten 47-Items umfassenden HLS₁₉-Q47 Skala zur Messung der subjektiven Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen

Die Zielgruppe **Vertragsärzteschaft** umfasst Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer eigenen niedergelassenen Praxis oder angestellt in einer Praxis gesetzlich Versicherte zur Darmkrebs-Früherkennung beraten oder Früherkennungen wie Stuhltests oder Darmspiegelungen selbst durchführen. Die Gruppe umfasst sowohl Hausärzt:innen und Allgemeinmediziner:innen als auch Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie.

Analog zu den Anspruchsberechtigten müssen auch die Vertragsärzt:innen die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung kennen, um im Rahmen der Evaluation berücksichtigt zu werden.

Die nachfolgende Tabelle 1 stellt dar, welche Leitfragen die Evaluation bezogen auf die beiden Zielgruppen verfolgt.

Tabelle 1: Leitfragen der Evaluation

Anspruchsberechtigte	
A1	Wie nehmen Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?
A2	Wie nutzen und bewerten Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?
A3	Welche Emotionen und Eindrücke lösen die Informationsmaterialien die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bei Anspruchsberechtigten aus?
A4	Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung adäquat für Anspruchsberechtigte?
A5	Welchen Einfluss haben die Informationsmaterialien auf die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennungsangebote (Wirkung)?
A6	Besteht bei Anspruchsberechtigten Bedarf nach alternativen Zustellungsformen oder Formaten der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung?
Vertragsärzteschaft	
V1	Wie nimmt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?

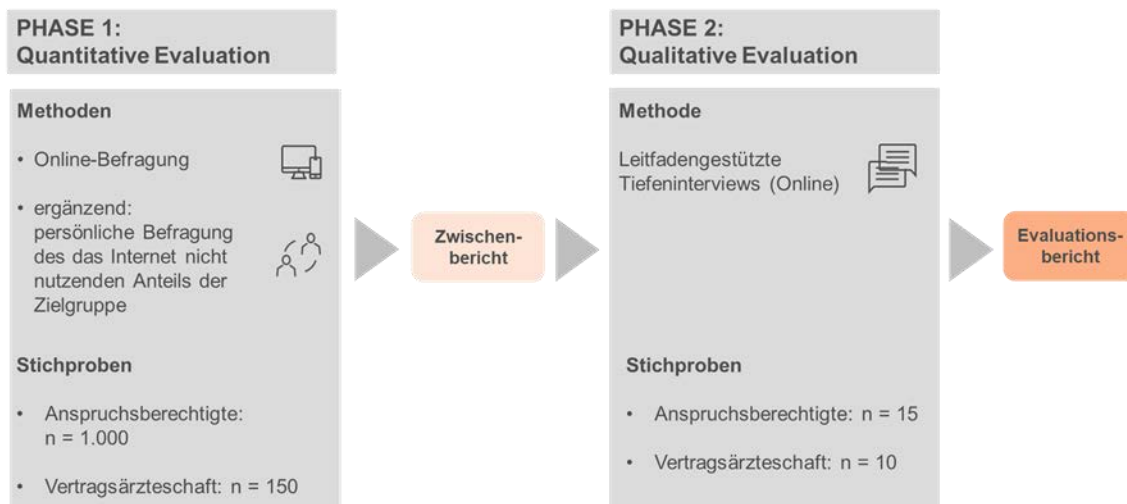
³ HLS₁₉-Q12: Bielefeld University for HLS19 (2020): HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Bielefeld

V2	Wie nutzt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung im Rahmen ihrer ärztlichen Beratungstätigkeit und wie bewerten sie deren Eignung für diesen Zweck (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?
V3	Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung aus Sicht der Vertragsärzteschaft adäquat für die anspruchsberechtigte Zielgruppe?
V4	Besteht in der Vertragsärzteschaft Bedarf nach alternativen Formaten für den Einsatz in der ärztlichen Beratungstätigkeit zur Darmkrebs-Früherkennung?

3. Methodik

Die Evaluation kombiniert quantitative und qualitative Methoden in zwei Phasen (vgl. Abbildung 1). In der ersten quantitativen Phase sollen möglichst repräsentative und statistisch belastbare Erkenntnisse für beide Zielgruppen gewonnen werden. Zu diesem Zweck sollen insgesamt 1.000 Anspruchsberechtigte und 150 Vertragsärzt:innen befragt werden. Insbesondere geht es darum, zunächst einen grundlegenden Eindruck zu Reichweite, Nutzung und Akzeptanz der Informationsmaterialien zu erhalten: Wie groß ist überhaupt der Anteil der Anspruchsberechtigten, die den Erhalt erinnern? Wie gehen diese mit den Materialien um? Wie hoch ist die Bekanntheit der Broschüre innerhalb der Vertragsärzteschaft und wie setzen sie diese innerhalb ihrer ärztlichen Beratungstätigkeit ein?

Abbildung 1: Evaluationsdesign



In der zweiten qualitativen Phase sollen Ergebnisse aus der ersten Phase selektiv vertieft werden. Einerseits soll Fragen nachgegangen werden, die in Phase 1 nicht oder nur unzureichend beantwortet werden können. Andererseits besteht die Gelegenheit, (je nach Ergebnissen in Phase 1) bestimmte Subzielgruppen innerhalb der beiden Zielgruppen genauer zu betrachten, z. B. sozial benachteiligte Anspruchsberechtigte oder bestimmte Fachgruppen innerhalb der Vertragsärzteschaft. Insgesamt sind dazu 15 Interviews mit Anspruchsberechtigten und 10 Interviews mit Vertragsärzt:innen geplant.



3.1. Quantitative Befragungen

3.1.1. Zugang zu den Zielgruppen und Rekrutierung

Für die Zielgruppe der **Anspruchsberechtigten** wurden je nach Alterskohorte und Inzidenz der Online-Nutzung innerhalb der Alterskohorte zwei Rekrutierungszugänge bzw. Zugangswege genutzt:

1. Der Anteil an Personen innerhalb der Alterskohorten, die das Internet prinzipiell nutzen, wurde online befragt.
2. Der Anteil, der das Internet nicht nutzt, wurde in einer Face-to-Face-Befragung persönlich durch eine/n Interviewer:in befragt.

Die Internetnutzung (d. h. der Anteil an Personen, die das Internet mindestens ab und zu nutzen) in den relevanten Altersgruppen ist gemäß des jährlich fortgeschriebenen Digital-Index⁴ in den Jahren 2021/2022 sehr hoch. Für die Geburtsjahre 1966 bis 1980 (hierzu gehören die Kohorten 50/51 und 55/56) ermittelt der Digital-Index einen Nutzeranteil von 98%, für die Geburtsjahre 1956 bis 1965 (Kohorten 60/61 und 65/66) immer noch einen Anteil von 93%. Erst in der für die vorliegende Evaluation nicht mehr relevanten, im Digital-Index so bezeichneten „Nachkriegsgeneration“ (Geburtsjahre 1946 bis 1955) sinkt die Internetnutzung auf 81%.

Aufgrund dieser hohen Online-Inzidenz unter den Anspruchsberechtigten bot es sich an, diese online unter Nutzung eines Online-Access-Panels zu befragen. Genutzt wurde das Online-Access-Panel des ISO-zertifizierten Panel-Dienstleisters gapfish/CINT. Es umfasst rund 400.000 Personen, für die umfangreiche Profildaten hinterlegt sind und deren prinzipielle Bereitschaft zur Teilnahme an Online-Befragungen vorliegt. Die Selektion der anspruchsberechtigten Zielgruppe erfolgte anhand der a-priori bekannten Profilm Merkmale und wurde ergänzt sowie abgesichert durch eine ausführliche Screening-Vorbefragung vor der inhaltlichen Hauptbefragung.

Um innerhalb der Gesamtstichprobe auch Personen zu repräsentieren, die das Internet nicht nutzen, kam zusätzlich eine Face-to-Face-Befragung zum Einsatz. Gemäß D21-Digital-Index 2021/2022 (s. o.) liegt der Anteil der Internet-Nicht-Nutzenden in den Altersgruppen 50/51, 55/56 bei 2% und den Altersgruppen 60/61 und 65/66 bei 7%. Umgerechnet auf die angestrebte Gesamtstichprobe von 1.000 Personen bei einer Gleichverteilung der Altersgruppen ergibt sich damit ein Anteil von 45 Personen, die das Internet nicht nutzen. Da sich Personen aus der höchsten Altersgruppe bereits an der Grenze zur im D21-Digital-Index 2020/2021 so bezeichneten „Nachkriegsgeneration“ befinden, wurde die angestrebte Zahl persönlich zu befragender Anspruchsberechtigter jedoch von 45 auf 50 Personen erhöht.

⁴ D21-Digital-Index: Die Studie D21-Digital-Index untersucht seit 2013 jährlich das Lagebild zur Digitalen Gesellschaft in Deutschland. Sie wird herausgegeben von der Initiative D21, einem gemeinnützigen Netzwerk für die Digitale Gesellschaft, bestehend aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft.



Für diese 50 persönlich zu Befragenden wurden durch die Markt- und Sozialforschungsinstitute IMK/MF ROBy (Erfurt) und Foerster & Thelen (Bochum, Düsseldorf, Hamburg, Hannover und Mannheim) geeignete Proband:innen in den relevanten Altersgruppen rekrutiert, die den Erhalt des Anschreibens erinnern und das Internet nicht nutzen. Um die Rekrutierung dieser Gruppe der Internet-Nichtnutzenden nicht unnötig zu erschweren, lag der Fokus auf den beiden ältesten Gruppen (Altersgruppe 60/61, insbesondere aber auf den 65/66-Jährigen. Personen aus den beiden anderen Altersgruppen (mit einem Nicht-Nutzeranteil von nur 2%) wären jedoch (falls sie zu finden gewesen wären) nicht ausgeschlossen worden. Die Rekrutierung erfolgt auf der Grundlage von Proband:innen-Datenbanken der Partnerinstitute und per Schneeballverfahren über Schlüsselpersonen / Multiplikator:innen mit vielen Kontakten in den relevanten Alters- und Zielgruppen (z. B. aus Vereinen, Tätige in Sozialberatungsstellen o. ä.).

Insgesamt wurde über die beiden Zugangswege eine Gesamtstichprobe von 1.000 Anspruchsberechtigten angestrebt. Diese teilen sich auf in 950 via Online-Access-Panel rekrutierte Befragte, die online befragt werden, und 50 in der beschriebenen Weise offline rekrutierte Befragte, die persönlich face-to-face befragt werden. Somit sind in der Gesamtstichprobe Internetnutzer:innen und Nicht-Nutzer:innen entsprechend ihres realen Verhältnisses in der Grundgesamtheit repräsentiert.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfolgt die Selektion der zu Befragenden anhand folgender Quoten:

- Geschlecht: jeweils 50% Frauen und Männer
- Altersgruppen: je 25% pro Altersgruppe bzw. der relevanten Geburtsjahrgänge
- formaler Bildungshintergrund bezogen auf die Altersgruppen (gemäß Mikrozensus 2019): 32% Hauptschule oder kein Abschluss, 37% Realschulabschluss o. ä., 31% (Fach-)Abitur
- mindestens n = 50 sozial Benachteiligte gemäß Definition
- Bundesland: Verteilung der Bundesländer hinsichtlich der für die Evaluation relevanten Altersjahre gemäß amtlicher Statistik vom 31.12.19

Die Gesundheitskompetenz der Befragten bzw. deren jeweilige Ausprägung war kein Quotierungsmerkmal, sondern wurde als Merkmal in der inhaltlichen Hauptbefragung erhoben. Um den Rahmen der Befragung nicht zu sprengen, kam zur Messung der subjektiven Gesundheitskompetenz das Instruments HLS₁₉-Q12 als Kurzversion des HLS₁₉-Q47 zum Einsatz.

Die Erfüllung der Quotenmerkmale wurde über die Gesamtstichprobe bzw. gespeist über beide Substichproben (online und face-to-face) sichergestellt. Um die Quotierung der Merkmale Geschlecht, formaler Bildungshintergrund und soziale Benachteiligung über die zwei Zugangswege auszusteuern, wurden in der Online-Stichprobe die Altersgruppen 60/61 und 65/66 sowie formal gering Gebildete und Frauen herunterquotiert, weil in diesen Gruppen der Anteil der Internetnutzenden geringer ist und diese erwartbar

vermehrt in der via Face-to-Face-Befragung generierten Stichprobe der Nicht-Internetnutzenden zu finden sein würden.

Die Zielgruppe der **Vertragsärzteschaft** wurde aufgrund anzunehmender vollständiger Internetnutzung komplett online befragt. Selektion und Rekrutierung geeigneter Ärzt:innen erfolgt über die Proband:innen-Datenbank des auf Felddienstleistungen für die Pharma- und Gesundheitsmarktforschung spezialisierten Instituts Medixline. Um der herausgehobenen Rolle der Hausärzt:innen als Erstanlaufstelle für Patient:innen Rechnung zu tragen, werden diese in der Stichprobe höher gewichtet. Damit erfolgte die Selektion der 150 Vertragsärzt:innen auf Grundlage folgender Quoten:

- Allgemeinmediziner:innen und als Hausärztin/Hausarzt tätige Internist:innen: 60%
- Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie, Urologie: 40%

Darüber hinaus wird eine ausgewogene Streuung nach Region (Ost/West), Ortsgröße, Alter und Geschlecht angestrebt (Best Effort, keine Quote). Die Streuung der Kriterien Alter, Geschlecht und Region (West/Ost) konnten über das Einladungsmanagement zumindest teilweise gesteuert werden, das Merkmal Ortsgröße nicht. Sämtliche der genannten Merkmale wurden in der Befragung selbst erhoben und fließen in die Auswertung ein.

3.1.2. Entwicklung der Fragebögen (Pilotierung)

Auf Grundlage der Evaluationsleitfragen sowie eines ersten Fragebogenentwurfs des IQWiGs, der bereits Teil der Ausschreibung zur Evaluation war, entwickelte com.X die Fragebögen und stimmte sie in einem mehrstufigen Prozess mit dem IQWiG ab. Unter anderem mussten die durch das IQWiG bereitgestellten Fragebogenentwürfe auf strukturelle und datenschutzrechtliche Notwendigkeiten hin überarbeitet und für die Befragung via Online-Access-Panel nutzbar gemacht werden. Dies machte es z. B. notwendig, für die Aussteuerung der Stichprobe relevante soziodemografische Fragen an den Anfang zu stellen.

Mit Blick auf die nachfolgende qualitative Stufe der Evaluation fokussieren die Fragebögen für beide Zielgruppen, d. h. Anspruchsberechtigte und Vertragsärzteschaft, weitgehend auf klar zu beantwortende Bekanntheits-, Einstellungs- und Verhaltensfragen. Komplexere offene Fragen, etwa zu Emotionen oder Wünschen für die Zukunft wurden vermieden, da diese adäquater in den anschließenden qualitativen Befragungen thematisiert werden können. Beide Fragebögen sind standardisiert und enthalten, bis auf eine letzte offene Ergänzungsfrage (Gibt es abschließend noch etwas, dass Sie uns zum Thema der Befragung oder zur Befragung selbst mitteilen möchten?) ausschließlich geschlossene und halboffene Fragen.

Die Programmierung der Fragebögen erfolgte in der Online-Applikation LimeSurvey, welche es ermöglicht, DSGVO-konforme und SSL-verschlüsselte Online-Umfragen zu entwickeln, veröffentlichen und deren Ergebnisse in einer Datenbank zu erfassen. Die Befragung war responsiv und somit auch mobil nutzbar. Nach dem Test der techni-

schen Funktionalität durch das Forschungsteam selbst erfolgte ein zweistufiges Pretesting unter Einbeziehung realer Proband:innen, die dem Zielgruppenprofil entsprechen. Deren Rekrutierung erfolgte (ebenso wie der face-to-face-generierte Anteil der Stichprobe in der späteren Hauptbefragung) über die Markt- und Sozialforschungsinstitute Foerster & Thelen und IMK/MF ROBy Erfurt.

1. Die Fragebögen wurden zuerst durch Online-Video-Interviews mit Zielgruppenvertreter:innen getestet. In der Zielgruppe der Anspruchsberechtigten wurden am 22.11.2022 drei Pretest-Interviews geführt, darunter ein Interview mit einer sozial benachteiligten Person. Die Pretest-Interviews in der Zielgruppe der Vertragsärzt:innen erfolgten mit einem Hausarzt und einem Urologen am 23. und 25.11.2022. Unabhängig von der Zielgruppe war das Procedere einheitlich: Ein/e Vertreter:in des Forschungsteams bat die jeweilige Testperson, ihren Bildschirm beim Ausfüllen der Befragung zu teilen und beim Beantworten laut zu denken (Think-Aloud-Technique). Auf diese Weise wurden Verständnisprobleme oder Stolpersteine im Fragebogen identifiziert. Anspruchsberechtigte erhielten für die Teilnahme am Pretest ein Incentive in Höhe von 25 €; Hausärzt:innen 70 € und Fachärzt:innen 90 €.
2. Die auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Pretest-Interviews angepassten Fragebögen gingen vor Start der Hauptbefragung in einen sogenannten „Soft Launch“: Dazu wurden zunächst nur eine kleinere Gruppe aus dem jeweiligen Panel online zur Befragung eingeladen (20 Anspruchsberechtigte und 10 Ärzt:innen) und die generierten Datensätze auf mögliche strukturelle Probleme hin überprüft. Erst nach erfolgreicher Prüfung startete die Einladung der Befragten im großen Umfang.

Die finalen Fragebögen sind im Anhang dieses Zwischenberichts dokumentiert. Zu den inhaltlichen Erkenntnissen der Pretest-Interviews wird Kapitel 4.1.1 Auskunft geben.

3.1.3. Datenerhebung

Die Teilnehmenden an den Befragungen wurden über Rahmenbedingungen und Datenschutzmaßnahmen im Rahmen der Studie informiert bzw. um ihr Einverständnis dazu gebeten. Über die Inhalte der Studie (Darmkrebs-Früherkennung) wurden sie hingegen vor Start der Befragung nicht informiert, da diese Vorinformation sich verfälschend auf die Ergebnisse hätte auswirken können. Insbesondere wäre bei entsprechender Vorabinformation eine valide Ermittlung der Erinnerungsquote (Anteils an der Gesamtzielgruppe der Anspruchsberechtigten, die den Erhalt des Briefs erinnern) oder der Bekanntheit der Broschüre in der Vertragsärzt:innenchaft kaum noch möglich gewesen.

Die online befragte Teilgruppe der Anspruchsberechtigten und die Vertragsärzt:innenchaft beantworteten die Befragung für sich allein am Desktop bzw. Smartphone, d. h. ohne Begleitung durch einen bzw. eine Interviewer:in. Die Anspruchsberechtigten erhielten für ihre Teilnahme eine geringfügige Incentivierung in Höhe von 1,50 €; die Vertragsärzt:innen 28 €.

Die persönlich face-to-face-befragten Anspruchsberechtigten wurden nach telefonischer oder persönlicher Vorkontaktierung durch die Rekrutierungspartner in deren Studio-Räumlichkeiten eingeladen, um das Interview dort durchzuführen. Sie erhielten eine Aufwandsentschädigung von 15 €. Da diese Teilgruppe das Internet per definitionem nicht nutzt und daher mit dem selbständigen Ausfüllen der Befragung vor einem Desktop-Computer im Studio überfordert gewesen wäre, erfolgte die Befragung durch eine/n anwesende/n Interviewer:in. Diese/r stellte die Fragen und füllte die Antworten der Proband:innen online aus. Um die Bedingungen so weit wie möglich analog zur Onlinebefragung zu halten (wo die Befragten allein sind und keine Hilfestellung durch Interviewer:innen möglich ist), gaben die Interviewer:innen keinerlei Hilfestellungen oder Hinweise, die über den Fragetext hinausgehen. Die in den Fragebogen integrierten Bilder der Broschüre und des Anschreibens, anhand derer die Kenntnis der Informationsmaterialien sichergestellt wird, wurden den Befragten via Bildschirm gezeigt.

Die Befragung der Anspruchsberechtigten erfolgte vom 29.11. bis 21.12.2022, die Befragung der Vertragsärzt:innen vom 01.12. bis zum 14.12.2022.

Für die via Online-Access-Panel befragten Anspruchsberechtigten liegt die durchschnittliche Befragungszeit bei knapp 14 Minuten (arithmetisches Mittel). Da dieser Wert jedoch stark von einigen wenigen extrem langen Befragungszeiten beeinflusst wird, ist es aussagekräftiger, den Median zu betrachten. Dieser liegt bei knapp 11 Minuten für die Gesamtgruppe. Für die persönlich face-to-face Befragten lag die durchschnittliche Befragungsdauer (arithmetisches Mittel) bei 20 Minuten, der Median bei 18 Minuten.

Bei den Vertragsärzt:innen liegt die durchschnittliche Befragungszeit bei gut 7 Minuten, der Median bei gut 5 Minuten.

3.1.4. Datenanalyse

Die Analyse der quantitativen Daten erfolgt via SPSS unter Nutzung deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren (zweiseitige Tests auf Signifikanz von Unterschieden zwischen Merkmalsgruppen). Mittels SPSS (z-Test für Anteilswerte, t-Test für Mittelwerte) werden die einzelnen Subgruppen auf signifikante Unterschiede (5%-Niveau) getestet. Bei mehr als zwei Subgruppen werden dafür die Werte mittels Bonferroni-Methode angepasst.

Im Vorfeld wurden keine Hypothesen bezüglich Einflussfaktoren formuliert, die ermittelten Signifikanzen wurden daher explorativ zur Hypothesenformulierung genutzt.

Berechnet werden für alle nominal- und ordinalskalierten Variablen die Anteilswerte für die Gesamtgruppe aller Befragten sowie die einzelnen Subgruppen (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4). Für ordinalskalierte Variablen mit sechs Ausprägungen (z.B. Bewertung von Detailspekten zu Anschreiben und Broschüre auf 6er-Schulnotenskala) erfolgt darüber hinaus ebenso wie für metrische Variablen eine Auswertung der Mittelwerte (arithmetisches Mittel).

Nachfolgende Tabelle 2 zeigt für ein Vertrauensniveau von 95% beispielhafte Anteilswerte und Gruppengrößen sowie die jeweiligen Werte zur Berechnung der Konfidenzintervalle. Eine ausführlichere Fehlertoleranztabelle mit mehr Gruppengrößen und Anteilswerten in 5er-Schritten von 5% bis 95% sind Bestandteil der Ergebnistabellen für die Zielgruppe der [Anspruchsberechtigten](#) und die [Vertragsärztinnen und -ärzte](#).

Die wenigen Ergänzungen durch Befragte bei halboffenen Fragen wurden im Zuge der Auswertung, sofern nicht in die geschlossenen Antwortvorgaben überführbar und in relevanter Häufigkeit genannt, als eigene Kategorie hinzugefügt. Einzelnennungen sind zu „Sonstiges, und zwar ...“ zusammengefasst. Auch dies ist in den online einsehbaren Ergebnistabellen ersichtlich.

Tabelle 2: Beispielhafte Werte zur Berechnung von Konfidenzintervallen

Anteilswert	Stichproben-/Gruppengröße				
	50	100	150	250	1000
10 % +/-	8,3	5,9	4,8	3,7	1,9
30 % +/-	12,7	9,0	7,3	5,7	2,8
50 % +/-	13,9	9,8	8,0	6,2	3,1
75 % +/-	12,0	8,5	6,9	5,4	2,7
95 % +/-	6,0	4,3	3,5	2,7	1,4
Beispiel:	Eine Stichprobe vom Umfang $n = 250$ liefert einen Anteil von 10% für Merkmal x. Der Tabelle entnimmt man die Fehlergrenze +/- 3,7%. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% wird dann der wahre Wert in der Grundgesamtheit vom Konfidenzintervall 10% +/- 3,7 überdeckt.				

Bei der Interpretation und Aufbereitung der Daten im Ergebnisteil werden die Ergebnisse der einzelnen Fragen in den Fragebögen jeweils zugeordnet nach Evaluationsleitfragen und im ersten Schritt bezogen auf die Gesamtgruppe aller Befragten dargestellt. Auf Abweichungen in Subgruppen wird dann eingegangen, wenn diese sowohl auf 5%-Niveau statistisch signifikant als auch inhaltlich relevant sind oder sich erwartete Abweichungen nicht ergeben haben.

Die nachfolgenden Tabelle 3 und Tabelle 4 führen getrennt für die beiden Zielgruppen die Merkmalsvariablen, nach denen die Daten analysiert wurden, sowie die Definition ihrer Ausprägungen auf.

Tabelle 3: Analysemerkmale Anspruchsberechtigte

Variable	Ausprägungen
Altersgruppe	50/51 Jahre / 55/56 Jahre / 60/61 Jahre / 65/66 Jahre
Geschlecht	weiblich / männlich
Formale Bildung (höchster schulischer Abschluss)	gering (Hauptschulabschluss oder kein Abschluss) / mittel / hoch (Fachabitur oder höher)
Soziale Benachteiligung	sozial benachteiligt (geringe formale Bildung und Einkommen unter der Armutsgrenze gem. EU-SILC) / nicht sozial benachteiligt
Migrationshintergrund	Migrationshintergrund (selbst oder mind. ein Elternteil im Ausland geboren) / kein Migrationshintergrund
Internetnutzung	ja (mind. ab und zu) / nein
Region	West / Ost / Berlin
Wohnumfeld	Großstadt (ab 100.000 Einwohner:innen) / Mittelstadt (ab 20.000) / Kleinstadt, eher ländlich (unter 20.000)
Haushaltsgröße	1 Person / 2 Personen / 3 und mehr Personen
Beschäftigungsumfang / Berufstätigkeit	Vollzeit / Teilzeit (inkl. geringfügig) / Aktuell nicht bzw. nicht mehr
Subjektive Gesundheitskompetenz nach HLS19-Q12	exzellent / ausreichend / problematisch / inadäquat / zu wenige Fragen beantwortet
Selbsteinschätzung Gesundheit	sehr oder eher gut / durchschnittlich / eher oder sehr schlecht
Tabellenverständnis Vor- und Nachteile Darmspiegelung (Bewertung von vier Aussagen zu einer in der Befragung gezeigten Tabelle aus der Broschüre als richtig oder falsch. Dabei waren zwei Aussagen richtig und zwei falsch)	alle vier Aussagen richtig beantwortet / weniger als vier richtig / alle vier unsicher
Interesse an Darmkrebs-Früherkennung vor Erhalt	sehr stark / eher stark / weniger stark / gar nicht
Vor Erhalt des Schreibens schon einmal eine Darmspiegelung gemacht	ja / nein
Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre	beide vollständig gelesen / eines von beidem vollständig gelesen (meist Anschreiben) / eines oder beide teilweise gelesen / beide nicht gelesen
Wie lange schon beim aktuellen Hausarzt / Hausärztin?	aktuell kein Hausarzt / weniger als ein Jahr / länger als ein Jahr
Bezug zum Gesundheitswesen	selbst / nur jemand Nahestehendes / kein Bezug
Seit wie vielen Monaten in der Alterskohorte?	seit 1 bis 3 / 4 bis 6 / 7 bis 9 / 10 bis 12 / 13 bis 15 / 16 bis 17 Monaten

Für die Anspruchsberechtigten wurde die subjektive Gesundheitskompetenz gemäß Anleitung zur Auswertung des Instruments HLS19-Q12 im Factsheet des HLS19-Konsortiums⁵ berechnet. Für alle Befragten, die mindestens 10 der 12 Items beantworteten, wurde berechnet, welchen Anteil die Antworten „sehr einfach“, „einfach“ + „einfach“ sowie „schwierig“ + „sehr schwierig“ an allen Antworten haben. Auf Basis dieser Anteile wurde die subjektive Gesundheitskompetenz der Befragten entsprechend der im Factsheet vorgegebenen Grenzen als exzellent, ausreichend, problematisch oder inadäquat eingestuft.

Tabelle 4: Analysemerkmale Vertragsärzteschaft

Variable	Ausprägungen
Fachrichtung	Allgemeinmedizin / Gastroenterologie / Gynäkologie / Urologie / Fachärzt:innen gesamt
Ost / West	West / Ost
Ortsgröße	Großstadt (ab 100.000 Einwohner:innen) / Mittelstadt (ab 20.000) / Kleinstadt, eher ländlich (unter 20.000)
Geschlecht	weiblich / männlich
Alter	40 bis 49 / 50 bis 59 / 60 bis 67
Selbsteinschätzung zur Patientenstruktur: Sozial benachteiligt	weniger als ein Viertel / ein Viertel bis Hälfte / mehr als die Hälfte
Selbsteinschätzung zur Patientenstruktur: Migrationshintergrund	weniger als ein Viertel / ein Viertel bis Hälfte / mehr als die Hälfte

⁵ The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2022): The HLS19-Q12 Instrument to measure General Health Literacy. Factsheet. Austrian National Public Health Institute, Vienna



3.2. Qualitative Befragungen

Die qualitativen Befragungen fanden im Anschluss an die Auswertung der quantitativen Befragungen statt. Sie sollten deren Erkenntnisse vertiefen und erweitern, insbesondere bezogen auf die Leitfragen, die mit der quantitativen Methodik allein nicht oder nur unzureichend beantwortet werden können (z. B. Welche Eindrücke und Emotionen lösen die Materialien aus?). Außerdem sollten die qualitativen Interviews Fragen nachgehen, welche sich aus den Ergebnissen der quantitativen Fragen neu ergeben haben, z. B. aufgrund von widersprüchlich erscheinenden Ergebnissen. Zu guter Letzt sollten sie Raum bieten, durch ihre offene Herangehensweise aus Zielgruppensicht bedeutende Aspekte herauszuarbeiten, die im bisherigen Forschungsprozess womöglich unberücksichtigt geblieben sind.

3.2.1. Zugang zu den Zielgruppen und Rekrutierung

Nachfolgend werden zunächst die Aspekte beschrieben, die für beide Befragungszielgruppen (Anspruchsberechtigte und Vertragsärzteschaft) gleichermaßen zutreffen.

1. Die Rekrutierung der Proband:innen erfolgte auf Grundlage vorab festgelegter Quotenmerkmale durch die Rekrutierungspartnerinstitute, die bereits in die Durchführung der quantitativen Befragungen involviert waren (weitere Details siehe unten in den jeweiligen zielgruppenspezifischen Abschnitten). Beide Rekrutierungsvorgänge erfolgen jedoch unabhängig voneinander bzw. zeitlich versetzt. Zum Einsatz kamen jeweils Screening-Fragebögen, in denen die quotenrelevanten Merkmale abgefragt wurden.
2. Proband:innen, die bereits an der quantitativen Befragung teilgenommen haben, waren von der Teilnahme an der qualitativen Befragung ausgeschlossen.
3. Für alle Proband:innen gilt analog zur quantitativen Stufe, dass sie sich an den Erhalt des Anschreibens innerhalb der letzten 12 Monate erinnern. Sie erhielten jedoch zusätzlich im Vorfeld des Interviews ein Musteranschreiben und die Broschüre per Post zugeschickt, verbunden mit der Bitte, es sich vor Durchführung des Interviews anzusehen und sich Notizen dazu zu machen, was sie gut und was sie weniger gut finden. Somit sollte sichergestellt werden, dass die Proband:innen zusätzlich zur digitalen Ansicht im Interview die Original-Anmutung der Informationsmaterialien als haptisches Printprodukt in frischer Erinnerung haben.

Für die **Anspruchsberechtigten** sollten $n = 15$ Interviews durchgeführt werden. Aufgrund der Erkenntnis aus der quantitativen Befragung, dass die Personen mit niedriger formaler Bildung, inadäquater Gesundheitskompetenz sowie sozial Benachteiligten generell eher Probleme im Umgang mit den Informationsmaterialien haben, sollte der Fokus in der qualitativen Befragung auf Personen mit diesen Merkmalen liegen. In Kombination mit dem Merkmal Geschlecht und Region ergibt sich folgende Zusammensetzung:

zung für die angestrebte Stichprobe von $n = 15$ Anspruchsberechtigten insgesamt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die genannten Merkmale sich nicht gegenseitig ausschließen.

- *Formaler Bildungshintergrund*: 10 Personen mit geringer formaler Bildung (maximal Hauptschulabschluss) und 5 Personen mit mittlerer oder höherer formaler Bildung (mindestens Realschule oder Polytechnische Oberschule)
- *Soziale Benachteiligung*: Mindestens 5 Personen mit geringer formaler Bildung und einem Haushaltsnettoeinkommen unterhalb der Armutsgrenze gemäß EU-SILC-Definition
- *Gesundheitskompetenz*: 10 Personen mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12 und 5 Personen mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz
- *Region*: 11 Personen aus dem Westen Deutschlands, 4 Personen aus dem Osten
- *Alterskohorte und Geschlecht*: Ein ausgewogenes Verhältnis wird angestrebt, jedoch ist die Verteilung und Ausprägung nach subjektiver Gesundheitskompetenz, Bildungshintergrund und Region prioritär
- *Darmspiegelungs-Erfahrung vor Erhalt des Briefs*: Ein ausgewogenes Verhältnis von Personen mit bereits erfolgter und ohne bereits erfolgter Darmspiegelung wird angestrebt.

Das Merkmal der subjektiven Gesundheitskompetenz wurde im Screening-Fragebogen analog zur quantitativen Befragung unter Nutzung des Instruments HLS₁₉-Q12 erhoben. Um die Rekrutierung angesichts der Vielzahl der anderen querliegenden Kriterien jedoch nicht unnötig zu erschweren, wurden die Proband:innen statt in vier in zwei Gruppen eingeteilt. Personen mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz wurden zu „problematisch“ zusammengefasst; Personen mit exzellenter oder ausreichender zu „ausreichend“.

Die Anspruchsberechtigten im Westen Deutschlands wurden durch Foerster & Thelen an den Standorten Bochum, Düsseldorf, Hamburg, Hannover und Mannheim rekrutiert. Das in Erfurt ansässige Institut IMK / MF ROBy rekrutierte die Proband:innen aus Ostdeutschland. Um die insgesamt 15 den Quoten entsprechenden Proband:innen zu gewinnen, wurden in Summe knapp 1.400 Personen aus den Datenbanken der beiden Institute, die generell den gesuchten Altersstufen entsprachen, primär per E-Mail sowie teilweise telefonisch vorkontaktiert. Bei positiver Rückmeldung und Erinnerung des Erhalts wurden diese Personen zwecks Screening und Abfrage der Quotierungsmerkmale erneut telefonisch kontaktiert. In diesem Prozess reduzierte sich die Zahl der in Frage kommenden Proband:innen immer weiter, bis am Ende die 15 passenden Teilnehmenden gefunden waren.



Für ihre Teilnahme am Interview erhielten die Anspruchsberechtigten ein Incentive zwischen 40 und 50 € (je nach Schwierigkeitsgrad bei der Erfüllung der Quoten, insbesondere gegen Ende des Rekrutierungsprozesses bzw. der zeitlichen Verfügbarkeit der jeweiligen Person).

Für die **Vertragsärzteschaft** bestand aus den Erkenntnissen der quantitativen Evaluation kein Anlass, die bestehende Verteilung der Fachrichtungen zu verändern. Vielmehr lag es aufgrund der Ergebnisse nahe, in der qualitativen Stichprobe unterschiedliche Formen der Akzeptanz und des Einsatzes der Broschüre in der Beratungstätigkeit zu repräsentieren.

Für die Zusammensetzung der angestrebten Stichprobe von $n = 10$ Vertragsärzt:innen folgte daraus:

- *Fachrichtung*: 6 Hausärzt:innen/Allgemeinmediziner:innen und 4 Fachärzt:innen (2 Gastroenterolog:innen, 1 Gynäkolog:in, 1 Urolog:in)
- *Aktiver Einsatz der Broschüre im Beratungsgespräch mit Patient:innen*: 5 setzen diese mindestens gelegentlich ein, 5 tun dies nicht
- *Region*: 2 bis max. 3 Ärzt:innen aus dem Osten Deutschlands
- *Ortsgröße / Einzugsgebiet der Praxis*: 5 Ärzt:innen aus Praxen in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohner:innen, und 5 aus Mittel- oder Kleinstädten bzw. ländlichem Umfeld
- *Geschlecht*: Ausgewogenes Verhältnis wird angestrebt

Die Rekrutierung erfolgte durch Medixline auf Grundlage der Proband:innen-Datenbanken des auf Marktforschung im Gesundheits- und Pharmabereich spezialisierten Instituts. Um die Zielzahl der zehn den Quotenvorgaben entsprechenden Ärzt:innen zu erreichen, wurden zunächst insgesamt 35 Ärzt:innen sowohl telefonisch als auch per E-Mail kontaktiert. Der Fokus lag dabei auf Ärzt:innen, deren generelle Bereitschaft an der Teilnahme an qualitativen Studien bekannt war und die aufgrund ihrer Fachrichtung, Region, Ortsgröße und Geschlecht prinzipiell den Quoten entsprachen. In einem Telefonat wurden die weiteren Teilnahmevoraussetzungen geklärt, d. h. die Bekanntheit der Broschüre und ihr Einsatz bzw. Nicht-Einsatz erfragt. Insgesamt 25 von den 35 Ärzt:innen sind im weiteren Prozess aus der Selektion herausgefallen, weil sie entweder die Broschüre nicht kannten oder eine Merkmalskombination aufwiesen, die im Quotenplan durch andere Ärzt:innen erfüllt war. Mit den verbleibenden, den Quotenkriterien entsprechenden Ärzt:innen wurden die Interviewtermine telefonisch vereinbart.

Die Hausärzt:innen erhielten für ihre Teilnahme ein Incentive in Höhe von 160 €, die Fachärzt:innen 190 €.



3.2.2. Entwicklung der Interviewleitfäden (Pilotierung)

Die Interviewleitfäden wurden ausgehend von den Leitfragen der Evaluation und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus den quantitativen Befragungen in Abstimmung zwischen com.X und dem IQWiG entwickelt.

Der Leitfaden umfasst offen formulierte Impulsfragen sowie eine Reihe möglicher Vertiefungsfragen je Impulsfrage, welche abhängig von den Antworten der Proband:innen zum Einsatz kommen können, aber nicht müssen. Der Leitfaden stellt sicher, dass alle relevanten Fragen über die Gesamtstichprobe hinweg ausreichend thematisiert werden. Er bietet jedoch auch Raum, Fragestellungen mit einzelnen Proband:innen selektiv zu vertiefen und ggf. durch Proband:innen im Interview neu aufgebrachten und für die Forschungsfragen bedeutsamen Themen nachzugehen.

Abgesehen von einleitenden Fragen zur Rekonstruktion des Erhalts und damit verbundenen Emotionen fokussiert der Leitfaden auf die inhaltliche und gestalterische Bewertung, auf den Umfang und die Verständlichkeit der Broschüre. Eine separate Behandlung des Anschreibens hätte an dieser Stelle im Rahmen eines einstündigen Interviews den Rahmen gesprengt.

Für beide Zielgruppen diente das erste durchgeführte Interview als Pilotinterview und in diesem Sinne als Pretest. Das Pilotinterview wurde live durch die Projektleitung und die Codierer:innen, die das qualitative Datenmaterial im Nachgang analysieren, beobachtet. Zuvor wurde dafür die gesonderte Einwilligung der Testperson eingeholt.

Im unmittelbaren Anschluss wurden die Erkenntnisse im Forscherteam (Projektleitung, qualitative Interviewerin, Codierer:innen) mit Blick auf ggf. nötige Anpassungen im Leitfaden diskutiert. Erst danach startete die Durchführung der weiteren Interviews.

Die Interviewleitfäden sind im Anhang dieses Berichts zu finden.

3.2.3. Datenerhebung

Aufgrund des explorativen Charakters der qualitativen Befragungen bestand nicht der Anspruch, eine Datensättigung zu erreichen und alle Aspekte des Evaluationsgegenstands zu beschreiben. Vielmehr sollen mit Hilfe der Interviews aufbauend auf die quantitative Befragung neue und vertiefende Erkenntnisse gewonnen werden. Die Stichprobenumfänge von $n = 15$ Anspruchsberechtigten und 10 Vertragsärzt:innen wurden daher vorab festgelegt und als ausreichend angenommen, um aussagekräftige Ergebnisse zu generieren.

Die Interviews erfolgten als leitfadengestützte Einzel-Tiefeninterviews mit einer Dauer von etwa 60 Minuten und wurden in allen Fällen online per Video Call über die Plattform Zoom durchgeführt. Im Rahmen der Rekrutierung wurde geprüft, ob die Proband:innen über einen Internetzugang bzw. ausreichend digitale Kompetenz verfügen, um an dem Online-Interview teilzunehmen. Dies war durchgängig der Fall, sodass der



geplanten Online-Durchführung in einem Setting, in dem die Proband:innen für sich allein zu Hause oder am Arbeitsplatz teilnehmen können, nichts im Wege stand.⁶

Die Interviews wurden durch zwei Psycholog:innen mit langjähriger Erfahrung in der Durchführung qualitativer Interviews gehalten. Beide Interviewer:innen brachten bereits Erfahrung mit Studien im Gesundheitsbereich mit und damit auch Interviewerfahrung sowohl mit Patient:innen bzw. Anspruchsberechtigten als auch mit ärztlichen Zielgruppen. Ein Interessenskonflikt zwischen der Tätigkeit im Rahmen dieser Evaluation und anderen Tätigkeiten der Interviewer:innen bestand nicht. Darüber hinaus bestand keine persönliche Beziehung oder vorherige Bekanntschaft zwischen Interviewer:innen und interviewten Proband:innen.

Die Informationsmaterialien als Gegenstand des Interviews wurden von den Interviewer:innen an geeigneter Stelle online per Bildschirm geteilt. Anders als in den quantitativen Befragungen, in denen die Befragten aus der Erinnerung antworten und diese bewusst nicht durch Vorlage der Materialien aufgefrischt werden sollte, sollen die qualitativ Befragten konkret Bezug auf die vorgelegten Informationsmaterialien nehmen. Sie konnten z. B. zur Verdeutlichung ihrer Aussagen Bezug auf die entsprechende Stelle der online per Bildschirm geteilten Broschüre nehmen oder auch die zuvor zugesandte Print-Broschüre in die Kamera halten.

Die Proband:innen wurden vor ihrer Teilnahme darüber informiert, dass es im Interview um die Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung geht und auf die Gewährleistung des Datenschutzes und ihr Widerspruchsrecht hingewiesen. Mit ihrer schriftlichen Einwilligung erklärten sie sich mit der Art der Datenverarbeitung und der Tonbandaufzeichnung einverstanden.

Die Datenerhebung verlief insgesamt reibungslos und fand zwischen dem 03. und 29.03.2023 statt. Alle Interviews konnten wie geplant ohne Ausfälle von Proband:innen stattfinden. Lediglich bei den Ärzt:innen kam es in einigen Fällen zu Terminverschiebungen. Zusätzlich zu den Tonbandaufzeichnungen haben die Interviewer:innen handschriftliche Notizen zu ihren Eindrücken vorgenommen, insbesondere nonverbale Verhaltensweisen oder Stimmungen betreffend.

3.2.4. Datenanalyse

Die Tonbandaufzeichnungen der Interviews wurden vollständig nach wissenschaftlichen Standards transkribiert, wobei unterschiedliche Transkriptionsregeln für die beiden Zielgruppen zum Einsatz kamen.

⁶ Wenn sich gezeigt hätte, dass einzelne rekrutierte Anspruchsberechtigte nicht über entsprechendes Equipment oder die nötige Online-Kompetenz verfügt hätten, hätte eine Alternative zur Verfügung gestanden: In diesen Fällen wären die Rekrutierten ins Teststudio eingeladen worden, um das Interview nach entsprechender Einweisung unter Nutzung des dort vorhandenen Equipments allein durchführen zu können.



Im Falle der **Anspruchsberechtigten** erfolgte die Transkription nach den erweiterten Regeln von Dresing und Pehl⁷. Dabei wird nicht nur transkribiert, was gesagt wird, sondern auch, wie etwas gesagt wird. Lachen, Zögern, Betonungen, Pausen und vieles mehr werden mit in den schriftlichen Text übersetzt. Diese aufwändigste Form der Transkription ist immer dann sinnvoll, wenn Emotionen und Stimmungen für den Forschungsgegenstand von Belang sind. Aufgrund der Leitfrage A3, welche explizit auf Emotionen bei den Anspruchsberechtigten abzielt, erschien daher die Wahl der Transkription nach erweiterten Regeln probat.

Die Transkription der Interviews mit den Ärzt:innen erfolgte zugunsten der besseren Lesbarkeit nach einfachen Regeln geglättet. Bei dieser Gruppe steht der Inhalt im Fokus, während Betonungen etc. für das Forschungsziel weniger relevant waren, sodass diese einfachere Form der Transkription ausreichend erschien.

Am weiteren Analyseprozess waren insgesamt fünf Personen beteiligt: die Projektleitung, die beiden Interviewer:innen sowie zwei Codierer:innen. In einer ersten gemeinsamen Analysesitzung zwischen allen Beteiligten teilten die Interviewer:innen ihre Eindrücke aus den Interviews mit den anderen Teammitgliedern. Mit Blick auf die zu beantwortenden Leitfragen und entlang der Fragen des Interviewleitfadens wurden erste explorative Hypothesen formuliert.

Im Weiteren wurden die transkribierten Interviews orientiert an der Methodik der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert. Auf Grundlage der entwickelten ersten Hypothesen und orientiert am Leitfaden wurde ein Kategoriensystem entwickelt (deduktive Vorgehensweise). Unter Einsatz der Analysesoftware MAXQDA wurden die Transkripte entlang der zunächst deduktiv entwickelten Kategorien codiert, d. h. einzelne Aussagen wurden dem Kategoriensystem zugewiesen. Das Kategoriensystem wurde während des Analyseprozesses aus dem Datenmaterial heraus kontinuierlich um zusätzliche Ober- und Unterkategorien erweitert (induktive Vorgehensweise). Themen, die nicht Bestandteil des Leitfadens waren, sich aber als bedeutsam erwiesen haben, wurden ebenfalls integriert.

Die Analyse der Aussagen erfolgte nicht isoliert bzw. exklusiv auf die jeweilige Textstelle beschränkt, sondern innerhalb ihres jeweiligen personenbezogenen und situativen Kontextes (z. B. Alter, Geschlecht, formaler Bildungshintergrund und subjektive Gesundheitskompetenz oder die Tatsache, dass bereits Darmspiegelungen vor Erhalt der Unterlagen erfolgt sind oder nicht). Der gesamte Codierprozess erfolgte unter Supervision der Projektleitung durch zwei unabhängig voneinander agierende Codierer:innen. In regelmäßigen Austauschsitungen wurden Fragen geklärt und das Kategoriensystem weiterentwickelt.

⁷ Vgl. Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg.

Abbildung 2: MAXQDA-Auswertungsfenster Anspruchsberechtigte

The screenshot displays the MAXQDA software interface. On the left, there are two panels: 'Liste der Dokumente' (Document List) and 'Liste der Codes' (Code System). The 'Liste der Codes' panel shows a hierarchical tree structure under 'CodeSystem' with various categories and their associated counts. The main window is 'Dokument-Browser: INI ASB_5_09_00 uhr 16.03.2023_w_50_AB (567 Absätze)'. It shows a list of text segments with their corresponding line numbers and highlighted text. The segments are as follows:

Line Number	Text Segment
520	B: Ähm ich fand das schon sehr informativ als Broschüre und ich glaube, ich würde mir jetzt nicht äh oder ich/ ich habe jetzt keine weiteren Fragen, die ich äh geklärt haben muss. Wenn dann, würde ich das mit dem Arzt klären. #00:47:55-8#
521	I: Hm (bejahend). (...) Die fragen sich jetzt irgendwie, äh wie die Leute den Umfang dieser Broschüre erleben, die Länge und den Umfang. Wie würdest du das bewerten? #00:48:09-8#
522	B: (...) Also, länger würde ich die Broschüre jetzt nicht machen mit noch mehr Text, dann/ äh das ist den Leuten auch zu lang. Also, ich habe mir jetzt wirklich die Zeit genommen und habe es auch gerne gelesen jetzt, weil ich ähm informiert werden will, aber ähm dann/ (...) dann wäre es zu viel. #00:48:27-6#
523	I: Kann man/ ähm man könnte ja auch überlegen, dass man zum Beispiel Dinge rausnimmt, ähm also kürzt. #00:48:35-7#
524	B: Also, wie diese eine Tabelle, die dann eben dopp/ was heißt doppelt, ne? #00:48:38-7#
525	I: Ja. #00:48:39-5#
526	B: Die/ die/ (unv.) die erste Tabelle völlig gereicht. #00:48:43-0#
527	I: Hm (bejahend). #00:48:43-6#
528	B: Ähm zu viele Tabellen verwirren dann/ verwirrt dann eben auch, ne? #00:48:47-3#

Die Systematik des Kategoriensystems ist über MAXQDA transparent verfügbar, pro Kategorie lassen sich alle entsprechend codierten Stellen anzeigen, quantifizieren sowie aussagekräftige Originaltextstellen als Beleg extrahieren. Entlang der Leitfragen wurden die Befunde unter Berücksichtigung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden abschließend zusammengefasst und in einem finalen Auswertungsworkshop im gesamten fünfköpfigen Forschungsteam reflektiert.



4. Ergebnisse

4.1. Quantitative Befragungen

4.1.1. Pretests

Insgesamt verliefen die Pretest-Interviews mit beiden Zielgruppen erfolgreich und es wurden nur wenige Überarbeitungsnotwendigkeiten an den Fragebögen identifiziert. Diese betrafen folgende Bereiche:

- Optische und grafische Hervorhebungen besonders wichtiger Schlüsselworte in Fragetexten oder von Ausfüllhinweisen
- Anpassung potenziell missverständlicher Begrifflichkeiten, z. B. Austausch des Begriffs „Format“ durch „Form“ in der Frage danach, wie die Ärzt:innen sich zukünftig die Zustellung der Informationsmaterialien wünschen
- Kürzung der Itembatterien in Skalenfragen zur Bewertung des Anschreibens bei den Anspruchsberechtigten, um im Pretest beobachtbare Ermüdungseffekte zu vermeiden: Eliminiert wurde nur bezogen auf das Anschreiben das Item „Vertrauenswürdigkeit“, da sich dieses nicht nur auf das Anschreiben per se, sondern auch auf die Krankenkasse als Absender bezieht. Ebenfalls weggekürzt wurde die Abfrage nach dem „Gesamteindruck“, da dieser in der späteren statistischen Analyse auch per Mittelwert-Index errechnet werden kann
- Einbindung von Links zur vollständigen Fassung der Broschüren, da der Pretest zeigte, dass das Zeigen der Titelseite und drei exemplarischer Beispielseiten nicht sicher ausreicht, um die Kenntnis der Broschüre valide zu ermitteln

Die umfangreichste Anpassung im Fragebogen betraf bei den Anspruchsberechtigten die Frage nach dem Tabellenverständnis: Dazu wurde das Verständnis anhand der Tabelle „Vor- und Nachteile der Darmspiegelung bei Frauen bzw. Männern ab 55 bzw. 50 Jahren“ abgefragt (jeweils auf Seite 8 der nach Geschlecht differenzierten Broschürenfassungen). Es wurden Aussagen zur Tabelle vorgelegt, die mit „richtig“, „falsch“ oder „ich bin mir nicht sicher“ beantwortet werden konnten. Dabei wurde deutlich, dass die Testpersonen nur Aussagen mit konkreten Zahlenangaben tatsächlich aufmerksam gelesen und die Antwort abgewogen haben. Aussagen ohne Zahlenangaben wurden hingegen rein nach Gefühl und angenommener Richtigkeit beantwortet. Es war demnach notwendig, im endgültigen Fragebogen alle Aussagen mit Zahlenangaben zu unterfüttern, um die inhaltliche Auseinandersetzung bei Beantwortung zu fördern, die notwendig ist, um das Verständnis zu messen (und nicht etwa die als plausibel angenommene Vermutung).

4.1.2. Sample-Charakteristika

Im Falle der **Anspruchsberechtigten** wurden zur Online-Befragung über das Online-Access-Panel von gapfish/CINT alle Panelist:innen eingeladen, die zum Zeitpunkt der Befragung 50/51, 55/56, 60/61, 65/66 Jahre alt waren.

Befragungsbereit waren 4.535 Personen, 55 weitere Personen haben die Befragung abgebrochen und werden im Weiteren nicht berücksichtigt bzw. sind diese nicht zu den 4.535 Personen hinzuzuzählen.

Ausgescreent wurden 1.610 Personen, deren Geburtsmonat und damit Eintritt in die jeweilige Alterskohorte bereits länger als 1,5 Jahre bzw. 17 Monaten her war. Da der mutmaßliche Erhalt der Informationsmaterialien und somit auch die Beschäftigung bei diesen Personen ziemlich sicher länger als 12 Monate her gewesen sein dürften, war es wenig sinnvoll, diese weiter zu befragen. Weitere 414 wurden ausgescreent, weil sie nicht gesetzlich versichert sind und 82, weil sie vor Erhalt der Informationen an einer Darmkrebserkrankung oder einem erblichen Darmkrebsyndrom litten.

Daraus ergab sich eine Bruttostichprobe von 2.429 Anspruchsberechtigten, die sich innerhalb der definierten Spanne ihrer jeweiligen Alterskohorte befanden und denen die Frage nach dem Erhalt des Schreibens innerhalb der letzten 12 Monate gestellt wurde. 1.484 erinnerten sich nicht an den Erhalt und wurden daher nicht weiter befragt.

Insgesamt beläuft sich die Nettostichprobe der an den Erhalt Erinnernden, die die Befragung vollständig durchführten, in der Online-Panel-Befragung auf 945 Anspruchsberechtigte. Die angestrebte Fallzahl von 950 wurde somit knapp unterschritten. Für die Subgruppe der formal gering Gebildeten zeigte sich im Verlauf der Feldzeit, dass die Zielquote in der Online-Panel-Befragung trotz kompletter Ausschöpfung des Panels mit den entsprechenden Alters- und Bildungsmerkmalen und mehrfacher Erinnerung nicht erreicht werden würde. Um die Gesamtquote auch in dieser Gruppe so weit als möglich zu erfüllen, wurden daher weitere 15 Personen, die alle Merkmale in Kombination erfüllen (korrekte Altersspannen, geringe formale Bildung, Nutzung des Internets und Erinnerung an den Erhalt) offline durch Rekrutierungs-/Studiopartner per gezielter Auswahl auf Grundlage der Quotenvorgaben rekrutiert. Dazu griffen diese ebenfalls auf ihre jeweiligen Proband:innen-Datenbanken zurück und sicherten die Rekrutierung in der Screeningbefragung ab.

Von den Rekrutierungs-/Studiopartnern IfM und Foerster & Thelen wurden somit zum einen die Proband:innen für die persönliche face-to-face-Befragung der Internet-Nicht-Nutzenden rekrutiert als auch 15 Proband:innen mit geringer formaler Bildung, die das Internet nutzen. Letztgenannte Gruppe konnte die Befragung analog zu den via Online-Panel Rekrutierten selbst und alleine online beantworten und wurde per Mail zur Teilnahme eingeladen. Informationen zur Größe der Bruttostichprobe stehen für die offline rekrutierten Teilgruppen nicht zur Verfügung.

Insgesamt wurde über die skizzierten Zugangswege eine **Nettostichprobe von 1.009 Anspruchsberechtigten, die sich an den Erhalt des Schreibens erinnern**, befragt. Darunter befinden sich 960 Internet-Nutzende (von denen 945 über das Online-Access-Panel und 15 offline durch die Studio-Partner rekrutiert wurden) und 49 Internet-Nicht-Nutzende, die persönlich face-to-face befragt wurden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Struktur der Stichprobe (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Stichprobenstruktur Anspruchsberechtigte

		Gesamt	Internet-Nutzende: online befragt	Internet-Nicht-Nutzende: persönlich befragt
Basis		1009	960	49
Screeningfragen – Quotierungsmerkmale				
Altersgruppe	50/51	25%	26%	0%
	55/56	25%	26%	0%
	60/61	25%	25%	29%
	65/66	25%	23%	71%
Seit wie vielen Monaten innerhalb der Alterskohorte? Die Verteilung innerhalb der Kohorten war nicht per Quotierung vorgegeben.	Seit 1 bis 3 Monaten	10%	10%	4%
	Seit 4 bis 6 Monaten	25%	25%	16%
	Seit 7 bis 9 Monaten	24%	24%	22%
	Seit 10 bis 12 Monaten	15%	15%	18%
	Seit 13 bis 15 Monaten	14%	13%	31%
	Seit 16 bis 17 Monaten	12%	12%	8%
Geschlecht	weiblich	50%	50%	43%
	männlich	50%	50%	57%
Bundesland	Baden-Württemberg	11%	11%	18%
	Bayern	13%	14%	0%
	Berlin	4%	5%	0%
	Brandenburg	3%	3%	0%
	Bremen	1%	1%	0%
	Hamburg	3%	2%	8%
	Hessen	8%	9%	0%
	Mecklenburg-Vorpommern	2%	2%	0%
	Niedersachsen	10%	10%	10%
	Nordrhein-Westfalen	23%	22%	43%
	Rheinland-Pfalz	5%	6%	2%
	Saarland	1%	1%	0%
	Sachsen	5%	5%	0%
	Sachsen-Anhalt	3%	3%	0%
	Schleswig-Holstein	4%	4%	0%
	Thüringen	3%	2%	18%
Formale Bildung (höchster schulischer Abschluss)	Max. Hauptschulabschluss	31%	28%	86%
	Mittlere Reife etc.	38%	39%	14%
	(Fach-)Abitur, (Fach-)Hochschulabschluss	31%	33%	0%
Haushaltsgröße	1 Person	30%	31%	22%
	2 Personen	48%	47%	71%
	3 und mehr Personen	22%	23%	6%

Sozial benachteiligt (Geringe formale Bildung und Einkommen unterhalb der Armutsgrenze gem. EU-SILC)	Sozial benachteiligt	11%	10%	16%
	Nicht sozial benachteiligt	89%	90%	84%
		Gesamt	Internet-Nutzende: online befragt	Internet-Nicht-Nutzende: persönlich befragt
Basis		1009	960	49
Ergänzende Demografie				
Subjektive Gesundheitskompetenz	Exzellent	14%	15%	2%
	Ausreichend	29%	29%	29%
	Problematisch	36%	36%	45%
	Inadäquat	18%	18%	18%
	Nicht genügend Fragen beantwortet	4%	4%	6%
Ortsgröße	Großstadt (ab 100.000 Einwohner:innen)	37%	35%	84%
	Mittelstadt (ab 20.000)	23%	23%	12%
	Kleinstadt / eher ländlich (unter 20.000)	40%	42%	4%
Beschäftigungsstatus	Vollzeit berufstätig	43%	44%	16%
	Teilzeit berufstätig / Geringfügig beschäftigt	19%	18%	41%
	Derzeit nicht berufstätig / Im Ruhestand	38%	38%	43%
Bezug zum Gesundheitswesen	Ja, ich selbst	10%	11%	0%
	Ja, jemand der mir nahe steht	18%	18%	20%
	Nein	72%	72%	80%
Migrationshintergrund (selbst oder mind. ein Elternteil im Ausland geboren)	Ja	15%	14%	37%
	Nein	85%	86%	63%

Zur Befragung der **Vertragsärzteschaft** wurden Hausärzt:innen / Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen und aus den für die Evaluation relevanten Fachrichtungen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie eingeladen. Befragungsbereit waren 203 Personen, 6 haben die Befragung abgebrochen und werden im Weiteren nicht berücksichtigt.

Ausgescreent wurden 3, weil sie zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer Praxis tätig sind und 6, weil sie keine kassenärztliche Zulassung haben. Schließlich wurde 194 Vertragsärzt:innen (Bruttostichprobe) die Frage nach der Bekanntheit der Broschüre gestellt, 44 kannten sie nicht.

Daraus ergibt sich eine **Nettostichprobe von 150 Vertragsärzt:innen**, die die Broschüre kennen und die Befragung vollständig durchführten. Die nachfolgende Tabelle 6 zeigt deren Struktur. Obwohl die Merkmale abgesehen von der Fachrichtung nicht oder nur bedingt durch das Einladungsmanagement steuerbar waren, ergibt sich eine gute Streuung bzw. dürften ungleiche Verteilungen in der Stichprobe auch ungleiche Verteilungen in der Grundgesamtheit widerspiegeln. So stammt z. B. knapp über die

Hälfte der befragten Ärzt:innen aus Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohner:innen und der Anteil der Ärzt:innen über 60 Jahren liegt mit 30% recht hoch. Dies spiegelt jedoch die bekannte Altersstruktur der Zielgruppe niedergelassener Ärzte und die ungleiche Versorgungsdichte zwischen Stadt und Land.⁸

Tabelle 6: Stichprobenstruktur Vertragsärzteschaft

		Gesamt	Allgemein- medizin	Fachärzt: innen
Basis		150	90	60
Screeningfragen – Quotierungsmerkmale				
Fachrichtung	Allgemeinmedizin / innere Medizin mit Hausarztstätigkeit	60%	100%	0%
	Gastroenterologie	13%	0%	33%
	Gynäkologie	14%	0%	35%
	Urologie	13%	0%	32%
Tätigkeiten im Rahmen der organisierten Darmkrebs-Früherkennung	Ärztliches Beratungsgespräch (gemäß EBM-Ziffer 01740)	99%	98%	100%
	Stuhltest	95%	97%	92%
	Koloskopie	16%	6%	32%
Weitere demografische Merkmale				
Alter	40 bis 49	24%	23%	25%
	50 bis 59	46%	53%	35%
	60 bis 67	30%	23%	40%
Geschlecht	weiblich	31%	36%	25%
	männlich	69%	64%	75%
Region	West	82%	79%	87%
	Ost	18%	21%	13%
Ortsgröße	Großstadt (ab 100.000 Einwohner:innen)	52%	45%	61%
	Mittelstadt (ab 20.000)	25%	24%	27%
	Kleinstadt / eher ländlich (unter 20.000)	23%	30%	12%
Patientenstruktur				
Geschätzter Anteil sozial benachteiligter Patient:innen	Bis ein Viertel	43%	38%	50%
	Ein Viertel bis Hälfte	29%	33%	23%
	Mehr als die Hälfte	26%	27%	25%
	Keine Angabe	2%	2%	2%
Geschätzter Anteil Patient:innen mit Migrationshintergrund	Bis ein Viertel	41%	41%	40%
	Ein Viertel bis Hälfte	32%	24%	43%
	Mehr als die Hälfte	23%	29%	15%
	Keine Angabe	4%	6%	2%

⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Gesundheitsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung zum 31.12.2021. Abgerufen am 08.02.2023 unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php>.



Abschließend sei noch ergänzt, dass die offene Ergänzungsfrage am Ende der Befragung von 13% der Anspruchsberechtigten und 15% der Vertragsärzteschaft genutzt wurde. Der überwiegende Anteil in beiden Zielgruppen bedankte sich für die Befragung oder lobte sie als wichtig und interessant. Darüber hinaus gab es vor allem Einzeläußerungen zur Broschüre, dem Umgang damit oder zum eigenen gesundheitlichen Hintergrund (dies betraf nur die Anspruchsberechtigten).

4.1.3. Darstellung der Ergebnisse: Anspruchsberechtigte

Nachfolgend werden die in Kapitel 2 dargestellten Leitfragen für die Zielgruppe der Anspruchsberechtigten beantwortet, soweit diese sich aus der quantitativen Befragung beantworten lassen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst für die Gesamtgruppe der befragten Anspruchsberechtigten. Auf Abweichungen in Subgruppen wird dann eingegangen, wenn diese sowohl auf 5%-Niveau statistisch signifikant als auch inhaltlich relevant sind.

Die Darstellung konzentriert sich auf die wesentlichen Kernergebnisse. So wird insbesondere bei der Darstellung von Gruppenunterschieden bei mehr als zwei Merkmalsausprägungen der besseren Lesbarkeit halber auf die Darstellung aller Gruppen verzichtet und nur einzelne Gruppen in der Darstellung herausgehoben und gegenübergestellt. Dies sei am Beispiel der subjektiven Gesundheitskompetenz verdeutlicht, die vier Ausprägungen umfasst. Sofern sich Befragungsergebnisse in Abhängigkeit von der subjektiven Gesundheitskompetenz unterscheiden, wird dies nicht anhand der Darstellung der Ergebnisse für alle vier Gruppen belegt, sondern i. d. R. durch die Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden Randgruppen, d. h. Personen mit exzellenter vs. inadäquater subjektiver Gesundheitskompetenz.

Die Ergebnistabellen für die [Anspruchsberechtigten](#) und die [Vertragsärztinnen und -ärzte](#) umfassen alle Merkmalsausprägungen.

A1 Wie nehmen Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?

Zielgruppe der Befragung sind Anspruchsberechtigte, die den Erhalt des Anschreibens ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung innerhalb der letzten 12 Monate erinnern. Um von dieser Zielgruppe innerhalb der Online-Panel-Befragung die angestrebte Größenordnung zu erreichen (angestrebt waren $n = 950$, tatsächlich erreicht wurden 945, vgl. dazu Kapitel 4.1.2), musste eine deutlich höhere Anzahl an Personen das Screening inklusive der Abfrage der Erinnerung an die Informationsmaterialien durchlaufen. Aus der Relation von Brutto- und Nettostichprobe in der Online-Panel-Befragung lässt sich für die zwischen 93% und 98% große Teilgruppe der Online-Nutzenden an der Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten (vgl. dazu Kapitel 4.1.2) die erste zentrale Kennzahl zur Wahrnehmung ableiten: die Quote der Erinnerung an den Erhalt innerhalb der letzten 12 Monate (nachfolgend kurz als Erinnerungsquote bezeichnet).



Die **Erinnerungsquote** in der Gesamtgruppe aller via Online-Panel befragten Anspruchsberechtigten beträgt 39%. Sie ist im Subgruppenvergleich der Alterskohorten mit 43% am höchsten in der jüngsten (50/51) Gruppe, liegt in den mittleren Alterskohorten dann bei 39% bzw. 40% und bei den 65/66-Jährigen nur noch bei 34%. Erwartbar hängt die Erinnerungsquote zudem damit zusammen, wo die Befragten innerhalb der jeweiligen Alterskohorte zeitlich zu verorten sind. Sind sie erst 1-3 Monate in der entsprechenden Kohorte, liegt die Quote bei nur 24%. Bei 4-6 Monaten erreicht sie mit 53% den höchsten Wert, um dann mit fortlaufenden Monaten tendenziell wieder abzusinken. Bei Anspruchsberechtigten, die seit 16 oder 17 Monaten in der jeweiligen Kohorte sind, liegt die Erinnerungsquote bei 35%. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Krankenkassen überwiegend der Vorgabe folgen, die Informationsmaterialien mit Beginn des Folgequartals des Erreichens der Alterskohorte zu verschicken, einige diese aber auch früher und einige später verschicken. Vor allen Dingen aber zeigen die Ergebnisse, dass mehr als die Hälfte der Gesamtzielgruppe erst gar nicht (bewusst) erreicht wird und sich an Anschreiben und Broschüre nicht erinnern.

Über die Gründe der Nicht-Wahrnehmung kann diese Evaluation keine gesicherten Erkenntnisse liefern, sondern lediglich Vermutungen äußern. Aus der Erfahrung mit zahlreichen von com.X durchgeführten Auftragsstudien zur Wahrnehmung und Akzeptanz von Unternehmens- bzw. Kundenmedien überrascht dieses Ergebnis jedoch nicht und erscheint nicht einmal niedrig. Und auch realistische Response-Raten bei Print-Direktmailings etwa liegen abhängig von Absender, beworbenem Angebot, Adressqualität und Kundenstatus (Bestandskunde oder Nicht-Kunde) zwischen 0,5 und 10%.⁹ Da Response-Raten bereits eine Reaktion (und nicht nur die Erinnerung) umfassen, sind die Zahlen zwar nur eingeschränkt vergleichbar, belegen aber dass eine intendierte flächendeckende postalische Zustellung de facto niemals eine auch nur annähernd flächendeckende tatsächliche Erreichung bedeutet.

Ein einzelner Brief im DIN lang-Format mit maschineller Adressbeschriftung und Frankierung geht inmitten anderer Post und Werbung im Briefkasten leicht unter oder wird als vermutete Werbung gleich entsorgt. So wird ein Teil der Empfänger:innen den Brief erst gar nicht geöffnet haben. Ein weiterer Teil wird ihn vielleicht geöffnet oder sogar auch angelesen haben, aber entweder als irrelevant eingestuft oder auch verdrängt haben und darum den Erhalt nicht mehr erinnern. Und schließlich besteht auch noch die Möglichkeit, dass ein Teil der Zielgruppe den Brief tatsächlich nicht erhalten hat, sei es aufgrund einer lückenhaften postalischen Zustellung oder aufgrund eines möglicherweise lückenhaften Versandes bei einzelnen Krankenkassen. Abgesehen von genannten alters- bzw. zeitbedingten Abweichungen zeigen sich hinsichtlich der Erinnerungsquote bis auf eine weitere Ausnahme keine weiteren auffälligen Unterschiede. Das heißt, weder Geschlecht, noch formaler Bildungshintergrund oder die Tatsache der sozialen Benachteiligung bzw. Nicht-Benachteiligung haben einen Einfluss auf die Erinnerung. Die weitere Ausnahme betrifft das Vorinteresse am Thema Darmkrebs-

⁹ Vgl. z. B. CMC Print-Mailing-Studie 2021: Thema Bestandskundenaktivierung. Eine Studie von Collaborative Marketing Club in Kooperation mit Deutsche Post. Berlin 2021 oder https://www.mailngman.de/ruecklaufquote_werbeschreiben.htm, abgerufen am 18.03.2023.



Früherkennung vor Erhalt des Briefs. Anspruchsberechtigte, die sich weniger stark für Darmkrebs-Früherkennung interessieren erinnern sich erstaunlicherweise sogar signifikant häufiger an den Erhalt (zu 44%) als solche, die sich zuvor sehr stark oder stark interessieren (38% und 36%). Bei Personen, die sich zuvor gar nicht für das Thema interessierten, liegt die Erinnerungsquote hingegen niedriger bei 32% und damit eher im Bereich des Erwartbaren.

Die Darstellung der weiteren Ergebnisse bezieht sich nunmehr ausschließlich auf die befragte Nettostichprobe als Kernzielgruppe dieser Evaluation, die Erinnernden. Diese geben weit überwiegend an, mit Erhalt der Materialien nichts grundlegend Neues erfahren zu haben: 93% wussten bereits vor Erhalt, dass es die Möglichkeit der Darmkrebs-Früherkennung gibt und 83%, dass sie das Alter erreicht haben, um daran teilzunehmen. Gleichwohl stimmen 91% zu („stimme voll zu“ + „stimme eher zu“ auf 4er-Skala), dass sie durch die Informationsmaterialien erinnert worden seien – womit diese ihre **Erinnerungsfunktion** erfüllen. Der Grad der Vorinformiertheit zum eigenen Anspruch auf Darmkrebs-Früherkennung hängt dabei deutlich mit dem formalen Bildungshintergrund, sozialer Benachteiligung, Migrationshintergrund sowie insbesondere mit der Online-Nutzung zusammen. So wussten vor Erhalt des Schreibens nur 76% der formal gering Gebildeten (vs. 86% der formal höher Gebildeten und 75% der Befragten mit Migrationshintergrund (vs. 84% ohne), dass sie das Anspruchsalter erreicht haben. Vergleichbare Unterschiede zeigen sich bei beiden Merkmalen in Bezug auf das generelle Wissen, dass es die Möglichkeit der Darmkrebs-Früherkennung überhaupt gibt. Hinzu kommt an dieser Stelle auch, dass das Wissen um diese Möglichkeit signifikant geringer ausgeprägt ist bei sozialer Benachteiligung (86% vs. 94% bei Personen, die nicht sozial benachteiligt sind). Besonders eklatant ist der Unterschied jedoch bezogen auf das Merkmal der Internetnutzung. Nur 29% der Internet-Nicht-Nutzenden war ihr Anspruch zuvor bekannt und 41% wussten nicht einmal, dass es die Möglichkeit überhaupt gibt – für diese Gruppe spielt die postalische Zusendung eine besonders wichtige Rolle.

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die Wahrnehmung der Informationsmaterialien (neben der Frage, ob sie überhaupt bemerkt und erinnert werden, s. o. in diesem Abschnitt) ist der Eindruck, den Anschreiben und Broschüre bei den Anspruchsberechtigten ausgelöst haben, d. h. ob sie diese als **Pro- oder Contra-Haltung oder als neutral informierend erlebt haben**. Hier geben 77% (Anschreiben) bzw. 74% (Broschüre) derjenigen, die das Medium mind. teilweise gelesen haben, an, dass das Medium aus ihrer Sicht *zur* Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung rät. Lediglich 21% (Anschreiben) bzw. 24% (Broschüre) haben den Eindruck, dass weder zu- noch abgeraten, sondern neutral informiert wird. Hier wird die qualitative Stufe der Evaluation klären müssen, ob dieser Eindruck schlicht daher rührt, dass allein die aktive postalische Zusendung bzw. die Tatsache, dass man die Informationsmaterialien *überhaupt* erhält, für die Einschätzung verantwortlich ist – oder ob diese Einschätzung auf anderen, in den Materialien liegenden, Gründen beruht.



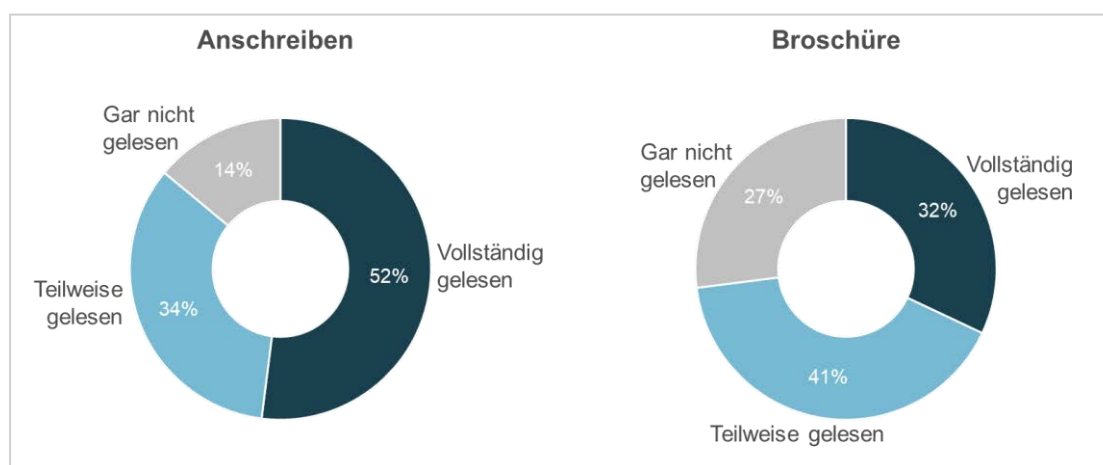
Im Falle des Anschreibens zeigt sich bei dieser Frage ein auf den ersten Blick überraschender Einfluss in Abhängigkeit von der subjektiv empfundenen Gesundheitskompetenz (ermittelt unter Einsatz des Instruments HLS₁₉-Q12): Je höher die Gesundheitskompetenz, desto eher wird das Anschreiben als Ratschlag *zur* Früherkennung wahrgenommen. 83% der Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz empfinden dies im Gegensatz zu 66% mit inadäquater Gesundheitskompetenz. Bei Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz liegt der Wert bei 77%, bei jenen mit problematischer bei 80%. Für die Broschüre zeigt sich eine ganz ähnliche Antworttendenz, von 83% absteigend bis 69%.

A2 Wie nutzen und bewerten Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?

Indikatoren für die Akzeptanz der Informationsmaterialien sind zum einen die faktische Nutzung im Sinne der Beschäftigung mit bzw. des Lesens der Materialien. Die Nutzung wird anhand der Gesamt-Leser:innen-Quote sowie detaillierter auch danach analysiert, ob vollständig oder teilweise gelesen wurde. Zum anderen thematisiert dieser Abschnitt als weitere Aspekte der Akzeptanz die inhaltliche Bewertung durch die Anspruchsberechtigten, differenziert nach inhaltlicher Bewertung sowie der Bewertung der Entscheidungshilfe- und Aktivierungs-/Brückenleistung (Erläuterungen dieser Begriffe erfolgen unten an den entsprechenden Stellen dieses Abschnitts).

Gut die Hälfte der sich erinnernden Anspruchsberechtigten (52%) gibt an, das Anschreiben vollständig gelesen zu haben; weitere 34% zumindest teilweise. Somit ergibt sich eine **Gesamt-Leser:innen-Quote** von 86%. Bei der Broschüre ist die Zuwendung etwas geringer: Diese haben 32% vollständig und 41% teilweise gelesen (insgesamt eine Leser:innen-Quote der Broschüre von 73%). Im Umkehrschluss lässt sich festhalten, dass 14% das Anschreiben und 27% die Broschüre höchstens kurz überflogen bzw. kurz draufgeschaut haben (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Lesen von Anschreiben und Broschüre durch Anspruchsberechtigte



Basis: n = 1.009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt innerhalb der letzten 12 Monate erinnern

Ob und wie intensiv Anschreiben und Broschüre gelesen wurden, hängen stark mit der subjektiven Gesundheitskompetenz zusammen. Je höher die subjektive Gesundheitskompetenz, desto eher werden Anschreiben und Broschüre vollständig gelesen. Befragte mit exzellenter Gesundheitskompetenz geben dies zu 67% (Anschreiben) und 44% (Broschüre) an, während solche mit inadäquater Gesundheitskompetenz dies nur zu 46% bzw. 25% angeben. Die Gruppen zwischen diesen beiden Extremgruppen (ausreichende und problematische Gesundheitskompetenz) liegen jeweils in absteigender Reihenfolge dazwischen.

Ein weiterer Zusammenhang lässt sich für das Anschreiben bezogen auf den formalen Bildungshintergrund sowie das bereits vor Erhalt der Informationsmaterialien vorhandene persönliche Interesse am Thema Darmkrebs-Früherkennung feststellen. Je höher die formale Bildung oder das persönliche Vorinteresse, desto eher hat man das Anschreiben vollständig gelesen (61% der formal Höhergebildeten vs. 45% der formal Geringgebildeten; 70% bei sehr hohem Vorinteresse vs. 27% bei sehr geringem). Im Falle der Broschüre zeigt sich hinsichtlich des Vorinteresses der gleiche Zusammenhang (51% bei sehr hohem Vorinteresse vs. 19% bei sehr geringem). Hinsichtlich der Bildung ist der Unterschied beim vollständigen Lesen der Broschüre nur graduell. Ebenfalls nur graduell sind die Unterschiede bezogen auf das Merkmal der sozialen Benachteiligung. Sozial benachteiligte Personen geben etwas seltener als Nicht-Benachteiligte an, beide Bestandteile vollständig gelesen zu haben, jedoch sind die Unterschiede (6% beim Anschreiben und 5% bei der Broschüre) nicht statistisch signifikant.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich hingegen in Abhängigkeit von der Vorerfahrung: Personen, die bereits vor Erhalt eine Darmspiegelung haben durchführen lassen, lesen sowohl Anschreiben als auch Broschüre häufiger vollständig durch (56% vs. 48% bzw. 37% vs. 29%) – insgesamt ist die Gesamtlesezuhwendung (also inklusive derer, die teilweise lesen) jedoch bei Personen mit und ohne diese Vorerfahrung gleich hoch.



In der Gesamtgruppe aller sich Erinnernden geben 44% an, vor Erhalt der Informationsmaterialien schon einmal eine Darmspiegelung gemacht zu haben (mit starken Unterschieden nach Alterskohorte, die von 30% in der jüngsten bis 51% in der ältesten Kohorte reichen). Als Hauptgrund nennen 58% dieser Teilgruppe der Inanspruchnehmenden die Vorsorge (ohne konkrete Beschwerden), 40 % sahen sich aufgrund konkreter Beschwerden oder Blutspuren im Stuhl dazu veranlasst.

Zum Vergleich: In der vom Robert Koch-Institut (RKI) initiierten GEDA-Studie („Gesundheit in Deutschland aktuell“) gaben 2014/2015 insgesamt 57% der Frauen und 61% der Männer im Alter ab 55 Jahren an, dass bei ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre eine Darmspiegelung durchgeführt wurde.¹⁰

Die auf Nachfrage genannten Gründe, das Anschreiben oder Broschüre nicht oder nur teilweise zu lesen, ähneln sich stark. Man fühlt sich bereits ausreichend zum Thema informiert (genannt von 37% bezogen auf das Anschreiben und 35% bezogen auf die Broschüre) oder habe kein Interesse am Thema bzw. wolle sich nicht damit beschäftigen (20% bzw. 16%); Letzteres wird vor allem genannt, wenn das Medium gar nicht gelesen wurde (31% bzw. 24%). Auffällig ist zudem, dass das Nicht-Beschäftigen-Wollen mit dem Anschreiben signifikant häufiger von sozial benachteiligten (34%) und Personen mit Migrationshintergrund (28%) genannt wird (vs. jeweils 18% in den jeweiligen Gegengruppen). Bei der Broschüre kommt als weiterer relevanter Grund hinzu, dass das Anschreiben zur eigenen Information ausreiche (20%).

Immerhin mehr als jede/r Vierte der Nicht- und Teilweise-Lesenden hat sich die Materialien aber auch zur Seite gelegt bzw. aufgehoben, um sich zu einem späteren Zeitpunkt damit auseinanderzusetzen (26% das Anschreiben, 31% die Broschüre). Der Blick in die Subgruppen zeigt, dass dieser Grund signifikant häufiger durch die beiden jüngeren Altersgruppen und durch Frauen angeführt wird. Im Falle des Anschreibens geben die beiden jüngeren Altersgruppen zu 35% bzw. 33% an, das Schreiben für später wegzulegen (vs. 18 und 21% der beiden älteren Gruppen), während Frauen dies zu 32% (vs. 20% der Männer) bekunden.

Die **inhaltliche Bewertung** des Anschreibens und der Broschüre durch die Anspruchsberechtigten, die diese jeweils mindestens teilweise gelesen haben, fällt äußerst positiv aus. Auf einer Schulnotenskala (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) vergeben für den Aspekt „Informationsgehalt/Nützlichkeit“ des Anschreibens 82% die Note 1 oder 2. Für den verwandten Aspekt bei der Broschüre „Nützlichkeit / Hilfe für meine Entscheidungsfindung“ vergeben 76% die Note 1 oder 2. Die „Vertrauenswürdigkeit“ der Broschüre wird von 84% mit den beiden Bestnoten bewertet.

Formale Bildung, soziale Benachteiligung und Migrationshintergrund weisen keinen signifikanten Einfluss auf. Stattdessen zeigt sich erneut der bereits zuvor beobachtete Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheitskompetenz als entscheidender Faktor für die Akzeptanz. Während Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz zu 89% die Höchstnoten für die „Nützlichkeit“ des Anschreibens bzw. der Broschüre vergeben,

¹⁰ Vgl. Starker, Anne et al.: Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring · 2017 2(4), Robert Koch-Institut, Berlin.



tun dies nur 71% bzw. 58% derer mit inadäquater Gesundheitskompetenz. Die beiden mittleren Gruppen (ausreichende und problematische Gesundheitskompetenz) liegen wiederum absteigend zwischen den beiden Extremwerten. Weniger diskrepant, aber immer noch deutlich erkennbar, ist der Unterschied bei der Bewertung der „Vertrauenswürdigkeit“ der Broschüre (89% Höchstnoten bei exzellenter vs. 71% bei inadäquater Gesundheitskompetenz).

Passend zu den genannten positiven inhaltlichen Bewertungen fällt auch die **Bewertung der Entscheidungshilfeleistung** der Broschüre aus: Im hohen Maße werden folgende Aussagen als zutreffend akzeptiert („trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ auf 4er-Skala):

- hat mir gezeigt, dass ich mich frei für oder gegen die Darmkrebs-Früherkennung entscheiden kann (94%)
- bereitet gut auf ein Gespräch mit meiner Ärztin / meinem Arzt vor (85%)
- hat mir gezeigt, dass meine Entscheidung davon abhängt, wie ich persönlich die Vor- und Nachteile beurteile (82%)
- hat mich dazu gebracht, über Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung nachzudenken (81%)

Wieder zeigt sich, dass die Aussagen mit sinkender subjektiver Gesundheitskompetenz in geringerem Maße als zutreffend bewertet werden. Dies zeigt sich zwar auch in der Gesamtzustimmung („trifft voll und ganz“ und „trifft eher zu“ zusammengenommen), aber noch viel stärker in der hohen Zustimmung („trifft voll zu“). Diese fällt sehr stark mit sinkender subjektiver Gesundheitskompetenz, z.B. bei der Aussage, dass die Broschüre sie gut auf ein Gespräch mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin vorbereite (von 70% mit exzellenter Gesundheitskompetenz bis 15% mit inadäquater Gesundheitskompetenz).

Abgesehen von der empfundenen Eignung der Broschüre zur Vorbereitung auf ein Arztgespräch haben die Befragten noch eine Reihe weiterer Aussagen bewertet, die Aufschluss über die **Aktivierungs- und Brückenleistung** der Informationsmaterialien insgesamt geben sollen. Damit ist gemeint, wie die Informationsleistungen den Weg zu nachfolgenden Handlungsschritten ebnen bzw. den Anspruchsberechtigten verdeutlichen, wie diese aussehen. Im Einklang mit den bereits zuvor dargestellten positiven Bewertungen durch die Zielgruppe fällt auch die Einschätzung der Aktivierungs- und Brücken Aspekte aus. Im hohen Maße erachten die Befragten, die mindestens eins der Medien mindestens teilweise gelesen haben, folgende Aussagen über die Informationsmaterialien insgesamt als zutreffend (auch hier „trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ auf 4er-Skala):

Die Informationsmaterialien haben ...

- mir gezeigt, was ich tun muss, um an einer Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen (92%)
- mir gezeigt, wie ich an weitere Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung gelangen kann (wenn ich diese benötige) (87%)

- mir gezeigt, dass ich selbst einen Termin für ein ärztliches Beratungsgespräch vereinbaren muss (86%)

Wird die benannte Handlung jedoch konkreter und spezifischer, sinkt die Zustimmung: Dass die Informationsmaterialien gezeigt haben „wo ich den Termin für ein ärztliches Beratungsgespräch vereinbaren kann (bei welchem Arzt / welcher Fachrichtung der Praxis)“ findet nur noch bei 75% Zustimmung. Bei dieser Aussage und derjenigen zur Erlangung weiterer Informationen zeigt sich erneut ein großer Unterschied, der abhängig von der subjektiven Gesundheitskompetenz ist – nicht jedoch von formaler Bildung oder Migrationshintergrund. Bei der Aussage zur Erlangung weiterer Informationen liegt die Zustimmung bei exzellenter Gesundheitskompetenz bei 96%, bei inadäquater bei 75%. Noch größer ist der Unterschied bei der Zustimmung zur Terminvereinbarung: 90% bei exzellenter Gesundheitskompetenz, 65% bei inadäquater. Bei der Terminvereinbarung zeigt jedoch auch die soziale Benachteiligung einen Einfluss (85% Zustimmung bei sozial benachteiligten Personen vs. 74% in der Gegengruppe).

Die Bewertung weiterer Eigenschaften von Anschreiben und Broschüre wie Länge, Verständlichkeit und Gestaltung werden separat betrachtet bei Leitfrage A4.

A3 Welche Emotionen und Eindrücke lösen die Informationsmaterialien die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bei Anspruchsberechtigten aus?

Die Ergebnisse der Abfrage des Eindrucks, ob die Informationsmaterialien zur oder gegen eine Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung raten oder lediglich neutral informieren, wurden bereits unter Leitfrage A1 abgehandelt. Die tiefere Analyse der Eindrücke und insbesondere der Emotionen, die der Erhalt der Informationsmaterialien bei den Anspruchsberechtigten auslöst, kann im Rahmen einer quantitativen und standardisierten Befragung nicht erfolgen. Diese Leitfrage wird daher in der qualitativen Stufe der Evaluation zu beantworten sein.

A4 Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung adäquat für Anspruchsberechtigte?

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich auf die Anspruchsberechtigten, die das Anschreiben bzw. die Broschüre ganz oder teilweise gelesen haben (also 86% bzw. 73% der Gesamtgruppe der sich Erinnernden).

Die „**Verständlichkeit**“ des **Anschreibens** wird von der Gesamtgruppe auf der Schulnotenskala von 82% mit „sehr gut“ oder „gut“ eingestuft; „**Übersichtlichkeit**“ und „**Länge**“ erhalten etwas zurückhaltendere Bewertungen. Hier wählen 69% bzw. 64% die beiden Bestnoten. Bei den letzteren beiden Aspekten wird häufiger auch ein „befriedigend“ vergeben. Die Noten 4 bis 6 vergeben bei allen Aspekten nur sehr wenige (maximal 6%).

Auch die Leser:innen der **Broschüre** bewerten deren **Verständlichkeit** sehr positiv (83% geben die Noten 1 oder 2) und deutlich positiver als deren **Länge** (69%). Zudem erhalten „**Gestaltung / Lesbarkeit / Schriftgröße**“ von 81% die Bestnoten.

Die jeweils sehr kleinen Gruppen, die den Aspekt „Länge“ des Anschreibens bzw. der Broschüre mit der Note 4 oder schlechter bewerten, geben auf die entsprechende Nachfrage fast alle (88% bzw. 94%) an, das jeweilige Element sei ihnen zu lang.

Wie schon bei den vorangehenden Leitfragen zeigen sich auch bei allen hier thematisierten Kriterien starke Unterschiede in Abhängigkeit von der subjektiven Gesundheitskompetenz (vgl. Tabelle 7), jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich formaler Bildung, sozialer Benachteiligung oder Migrationshintergrund.

Tabelle 7: Bewertung ausgewählter Aspekte des Anschreibens bzw. der Broschüre unterschieden nach subjektiver Gesundheitskompetenz

Anteil innerhalb der jeweiligen Gruppe, der den Aspekt mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet	Subjektive Gesundheitskompetenz gemäß HLS ₁₉ -Q12			
	Exzell- lent	Ausrei- chend	Proble- matisch	Inadä- quat
Anschreiben				
Basis: Leser:innen Schreiben; gesamt = 867	129	251	308	152
Verständlichkeit	91%	84%	82%	71%
Übersichtlichkeit	89%	76%	65%	48%
Länge	77%	67%	66%	49%
Broschüre				
Basis: Leser:innen Broschüre; gesamt = 740	115	221	257	124
Verständlichkeit	91%	84%	83%	72%
Gestaltung/Lesbarkeit/Schriftgröße	92%	84%	83%	63%
Länge	81%	75%	69%	49%

Anmerkung: Die Summe der Basen in den einzelnen Gesundheitskompetenz-Untergruppen entspricht nicht der Gesamtbasis. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die teilweise fehlenden Antworten der HLS10-Q12-Fragen von einigen Befragten zu keiner der vier Gruppen zugeordnet werden können.

Der Aspekt der Verständlichkeit wurde zusätzlich zur subjektiven Selbsteinschätzung durch die Befragten durch Überprüfung des Verständnisses von Kernaussagen einer ausgewählten Tabelle zu objektivieren versucht. Anhand der Tabelle „Vor- und Nachteile der Darmspiegelung bei Frauen ab 55 bzw. Männern ab 50 Jahren“ (vgl. Abbildung 4) wurden jeweils vier Aussagen vorgelegt, die der Tabelle zu entnehmende Botschaften wiedergeben.

Abbildung 4: Ausgewählte Tabellen zur Überprüfung der Verständlichkeit

Von 1000 Frauen im Alter von 55 Jahren ...				Von 1000 Männern im Alter von 50 Jahren ...			
	... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:		... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:
ohne Früherkennung	2	8	0	ohne Früherkennung	2	7	0
mit Darm Spiegelung	1	3 bis 7	1	mit Darm Spiegelung	1	2 bis 6	2
Das heißt: Von 1000 Frauen ...	... stirbt 1 Frau weniger an Darmkrebs.	...erkranken 1 bis 5 Frauen weniger an Darmkrebs.	... hat 1 Frau Komplikationen.	Das heißt: Von 1000 Männern ...	... stirbt 1 Mann weniger an Darmkrebs.	...erkranken 1 bis 5 Männer weniger an Darmkrebs.	... haben 2 Männer Komplikationen.

Quelle: Broschüren zur Darmkrebs-Früherkennung, jeweils Seite 8

Zwei der Aussagen sind richtig und zwei falsch. Die Befragten wurden gebeten, die Aussagen als „richtig“ oder „falsch“ einzustufen bzw. anzugeben, falls sie sich nicht sicher waren. Aufgrund der Komplexität der Frage und damit verbundenen hohen Anforderung an die Konzentrationsfähigkeit der Befragten wurde diese Frage am Ende der Frageblocks zur Broschüre und somit eher hinten in der Befragung platziert, um keine Abbrüche zu provozieren.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Befragten. Der Anteil derer, die die Aussage korrekt als richtig oder falsch eingeordnet haben, liegt bei den richtigen Aussagen bei jeweils 78% und bei den falschen bei 50% bzw. 58%. Es fällt den Befragten also sichtlich schwerer, eine plausibel klingende, jedoch falsche Aussage zu identifizieren als eine richtige wiederzuerkennen bzw. diese korrekt an die gezeigte Tabelle rückbinden zu können. Der Anteil derer, die alle vier Aussagen korrekt als „richtig“ bzw. „falsch“ einordnen, liegt bei 35%.

**Tabelle 8: Tabellenverständnis zu Vor- und Nachteilen der Darmkrebs-Früherkennung
(Alle Befragten)**

Vorgelegte Aussage	Aussage ist	Anteil Befragter, die korrekt antworten
Basis = 1.009		
Von 1000 Männern ohne Früherkennung erkranken 2 Männer an Darmkrebs / (...) 2 Frauen an Darmkrebs	Falsch	50%
Mit Darmspiegelung stirbt 1 von 1000 Männern an Darmkrebs / (...) 1 von 1000 Frauen an Darmkrebs	Richtig	78%
Von 1000 Männern mit Darmspiegelung haben 2 bis 6 Komplikationen / (...) Frauen haben 3 bis 7 Komplikationen	Falsch	58%
Ohne Früherkennung erkranken 7 von 1000 Männern an Darmkrebs / (...) 8 von 1000 Frauen	Richtig	78%

Bei allen Aussagen und somit auch in der Summe zeigt sich ein Zusammenhang mit der formalen Bildung (vgl. Tabelle 9). Je höher die formale Bildung, desto mehr ordnen die Aussage korrekt als „falsch“ bzw. „richtig“ ein. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei den beiden falschen Aussagen sogar noch deutlich stärker als bei den beiden richtigen Aussagen: Bei den falschen Aussagen zeigen sich 21% bzw. 26% Unterschied zwischen geringer und hoher Bildung, bei den richtigen Aussagen 15% bzw. 17% Unterschied. Alle Aussagen korrekt einordnen können von den formal gering Gebildeten 25%, von denen mit mittlerer Bildung 33% und von den höher Gebildeten 46%.

Interessanterweise zeigt sich bei dieser Frage jedoch nicht der bei anderen Fragen festgestellte Zusammenhang zwischen Antwortverhalten und subjektiver Gesundheitskompetenz der Befragten (vgl. Tabelle 9). Bei den beiden richtigen Aussagen zeigen sich nur marginale Unterschiede zwischen den vier Gesundheitskompetenz-Untergruppen. Bei den beiden falschen Aussagen kehrt sich der sonst beobachtete Effekt sogar um.

Der Anteil unter Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz, der die Aussagen korrekt als falsch benennen kann (einmal 34% und einmal 47%), ist geringer als bei Personen aus den anderen drei Gruppen (zwischen 51% und 57% bei der ersten falschen Aussage und zwischen 57% und 66% bei der anderen).

**Tabelle 9: Tabellenverständnis zu Vor- und Nachteilen der Darmkrebs-Früherkennung
(differenziert nach subjektiver Gesundheitskompetenz und formaler Bildung)**

Vorgelegte Aussage	Aus-sage ist	Anteil korrekter Antworten in %						
		Subjektive Gesundheitskompe- tenz nach HLS ₁₉ -Q12				Formale Bildung		
		Exzel- lent	Ausrei- chend	Proble- matisch	Inadä- quat	niedrig	mittel	hoch
Basis: n = 1.009		141	288	364	179	308	386	315
Von 1000 Män- nern ohne Früherkennung erkranken 2 Männer an Darmkrebs / (...) 2 Frauen an Darmkrebs	Falsch	34%	51%	54%	57%	39%	51%	60%
Mit Darmspie- gelung stirbt 1 von 1000 Män- nern an Darm- krebs / (...) 1 von 1000 Frauen an Darmkrebs	Rich- tig	79%	75%	83%	78%	69%	77%	86%
Von 1000 Män- nern mit Darm- spiegelung ha- ben 2 bis 6 Komplikationen / (...) Frauen haben 3 bis 7 Komplikationen	Falsch	47%	57%	66%	58%	45%	58%	71%
Ohne Früher- kennung er- kranken 7 von 1000 Männern an Darmkrebs / (...) 8 von 1000 Frauen an Darmkrebs	Rich- tig	77%	77%	85%	77%	71%	78%	86%

Anmerkung: Die Summe der Basen in den einzelnen Gesundheitskompetenz-Untergruppen entspricht nicht der Gesamtbasis. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die teilweise fehlenden Antworten der HLS10-Q12-Fragen von einigen Befragten zu keiner der vier Gruppen zugeordnet werden können.



Der dargestellte Zusammenhang zwischen objektivem Tabellenverständnis und formaler Bildung zeigt sich ebenfalls beim Merkmal der sozialen Benachteiligung, welches ja gemäß Definition in dieser Evaluation formal geringe Bildung inkludiert. Alle vier Aussagen werden durch sozial benachteiligte Personen signifikant seltener korrekt beantwortet (Unterschiede der Anteile korrekter Antworten liegen zwischen 11 und 14%).

Diese Befunde könnten zum einen darauf hinweisen, dass Personen mit hoher subjektiv empfundener Gesundheitskompetenz sich dessen selbst bewusst sind und darum dazu neigen, Gesundheitsinformationen etwas weniger aufmerksam und konzentriert zu rezipieren. Im Unterschied dazu könnte es sein, dass Personen mit geringerer subjektiver Gesundheitskompetenz die eigene Unsicherheit durch aufmerksamere und konzentriertere Rezeption versuchen auszugleichen. Zum anderen könnten die Ergebnisse aber auch ein Anzeichen dafür sein, dass die subjektiv gemessene Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12 nicht die objektivierbare Zahlenkompetenz einer Person wiedergibt.

Ein Blick in die kreuztabellierten Gesamtdaten zeigt zudem an dieser Stelle, dass ein inverser Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitskompetenz und Bildungsgrad bzw. sozialer Benachteiligung besteht: Personen mit niedriger Bildung bzw. sozial Benachteiligte zeigen unter Verwendung des Kurzfragebogens HLS19-Q12-DE häufiger eine exzellente subjektive Gesundheitskompetenz als Personen mit hoher Bildung; das gleiche Phänomen ist bei der anderen Randausprägung, d. h. der inadäquaten Gesundheitskompetenz zu beobachten. Eine mögliche Erklärung dafür könnte der Dunning-Kruger-Effekt¹¹ sein.

So oder so legen die Ergebnisse nahe, dass ein Unterschied zwischen bekundeter Verständlichkeit und der objektiv vorhandenen Fähigkeit besteht, Informationen zu verstehen oder der Bereitschaft sich bei komplexeren Sachverhalten mit diesen auseinanderzusetzen.

A5 Welchen Einfluss haben die Informationsmaterialien auf die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennungsangebote (Wirkung)?

Zum Zeitpunkt der Befragung (und damit nach Erhalt der Informationsmaterialien) halten 61% der sich an den Erhalt erinnernden Anspruchsberechtigten Darmkrebs-Früherkennung für immer sinnvoll, 25% für oft sinnvoll und der Rest größtenteils für zumindest teilweise sinnvoll.

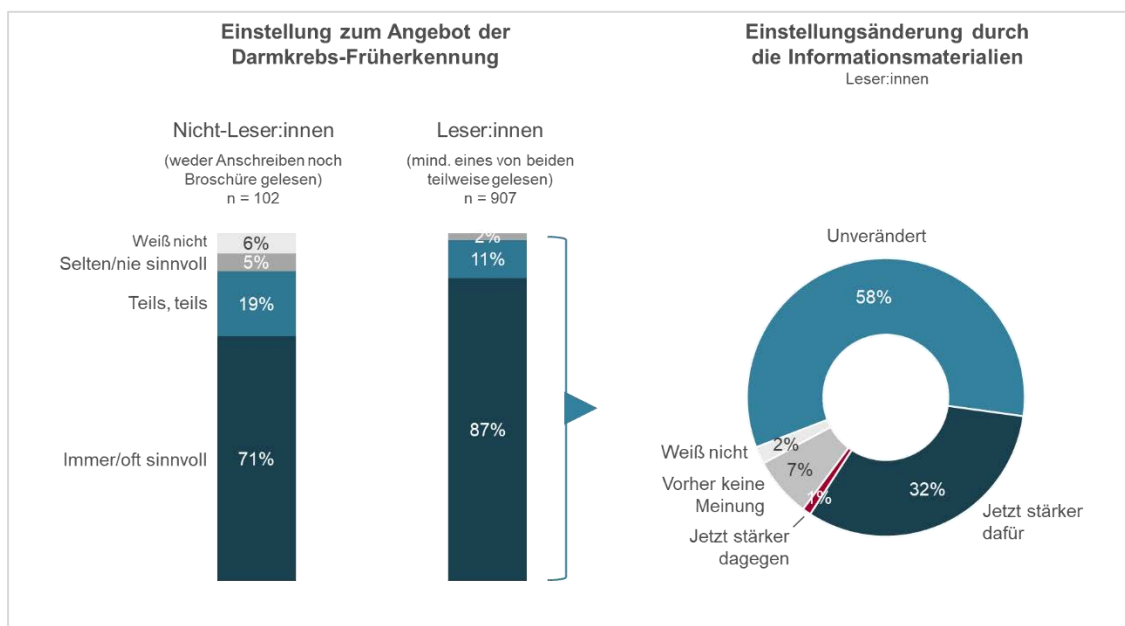
¹¹ Der Dunning-Kruger-Effekt bezeichnet die kognitive Verzerrung im Selbstverständnis und beschreibt das Phänomen, dass Menschen mit weniger Wissen dazu neigen das eigene Wissen und Können zu überschätzen. Diese Neigung beruht auf der Unfähigkeit, sich selbst mittels Metakognition objektiv zu beurteilen. Vgl. Kruger, Justin /Dunning, David (1999): Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.

Dabei zeigen sich große Unterschiede in Abhängigkeit von der Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre (vgl. Abbildung 5): Wurden Anschreiben und/oder Broschüre mindestens teilweise gelesen, halten 87% das Angebot der Darmkrebs-Früherkennung für immer oder oft sinnvoll (92%, wenn beides vollständig gelesen wurde). In der kleinen Gruppe derer, die weder Anschreiben noch Broschüre gelesen haben, sind es hingegen nur 71%. Nach dem **Einfluss der Informationsmaterialien auf die Meinungsbildung** gefragt gibt rund ein Drittel (32%) an, nun stärker für die Darmkrebs-Früherkennung zu sein (42%, wenn beides vollständig gelesen wurde). Die Mehrheit allerdings (58%) sagt, ihre Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung habe sich nicht dadurch geändert.

Damit wird zum einen deutlich, dass bereits die Entscheidung, sich den Informationsmaterialien überhaupt zuzuwenden oder nicht, auch mit der grundsätzlichen Einschätzung der Sinnhaftigkeit von Früherkennungsuntersuchungen zusammenhängt. Zum anderen bestätigen oder verstärken die Informationsmaterialien in erster Linie bestehende Haltungen, bei denen, die sich mit ihnen auseinandersetzen.

Lediglich 7% hatten zuvor gar keine Meinung, sondern haben sich diese erst aufgrund der Informationsmaterialien gebildet. Wesentlich größer als in der Gesamtgruppe ist der Anteil derer, die zuvor keine Meinung hatten, in folgenden Untergruppen: bei formal Geringgebildeten (11% vs. nur 5% bei formal Höhergebildeten), Befragten mit Migrationshintergrund (18%) und Internet-Nicht-Nutzenden (39%).

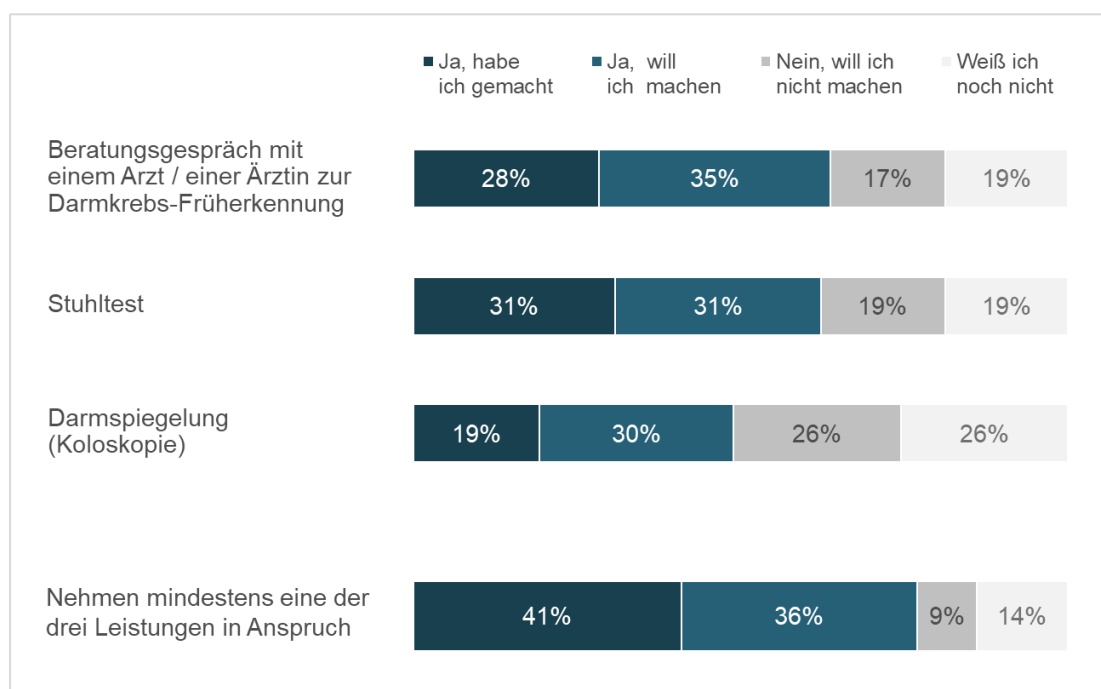
Abbildung 5: Einstellung zum Angebot der Darmkrebs-Früherkennung in Abhängigkeit von der Beschäftigung mit Anschreiben und Broschüre



Basis: n = 1.009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt innerhalb der letzten 12 Monate erinnern; n = 907 Leser:innen

Die tatsächliche bzw. in der Befragung bekundete Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung liegt in der Gesamtgruppe der sich an den Erhalt der Informationsmaterialien Erinnernden zwischen knapp 1/5 und 1/3 (vgl. Abbildung 6). Die niedrigschwelligeren Maßnahmen wie Beratungsgespräch und Stuhltest haben 28% bzw. 31% seitdem wahrgenommen. Die Inanspruchnahme der deutlich aufwändigeren Darmspiegelung liegt bei 19%. Jeweils zwischen 30% und 35% wollen diese Leistungen erst noch in Anspruch nehmen und zwischen 17% und 26% haben dies nicht vor. Da sich die Inanspruchnahme der Leistungen teilweise überschneidet, ist zudem das zusammengefasste Ergebnis sinnvoll zu betrachten, also die Frage, wer nach Erhalt des Schreibens eine der drei Leistungen wahrgenommen hat, unabhängig davon, welche dies ist. Mindestens eine der drei Leistungen bereits in Anspruch genommen haben 41%, weitere 36% wollen dies noch tun, 9% haben entschieden, nichts in Anspruch zu nehmen und 14% haben noch keine Entscheidung getroffen.

Abbildung 6: Inanspruchnahme von Leistungen der Darmkrebs-Früherkennung nach Erhalt des Schreibens



Basis: n = 1.009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt innerhalb der letzten 12 Monate erinnern

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass die große Mehrheit der Anspruchsberechtigten, die sich an den Erhalt der Informationsmaterialien erinnern, eine Entscheidung pro oder contra Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung getroffen haben (86% vs. 14%, die noch zu keiner der drei Leistungen eine Entscheidung getroffen haben).

Dabei haben neben der Beschäftigung mit den Informationsmaterialien (59% bereits aktiv Gewordene und 7% Nicht-Entscheider:innen, wenn beides vollständig gelesen wurde vs. 28% und 32%, wenn beides nicht gelesen wurde) auch andere Faktoren einen Einfluss.



Weniger entscheidungsfreudigere Gruppen sind:

- Internet-Nicht-Nutzende: 27%
- Personen, die bei allen vier Tabellenaussagen „unsicher“ angeben (also ein sehr geringes Zahlenverständnis haben oder sich damit nicht befassen möchten): 25%
- Wer vor Erhalt der Materialien weniger oder gar kein Interesse am Thema hatte: 23%
- Wer vor Erhalt der Materialien noch keine Darmspiegelung hatte: 18% (vs. 8%, die bereits eine hatten)
- Wer aktuell keinen Hausarzt / keine Hausärztin hat: 24%

Auch bei der bereits erfolgten Inanspruchnahme seit Erhalt der Informationsmaterialien zeigen sich zahlreiche Subgruppenunterschiede, die am stärksten bei der Darmspiegelung ausgeprägt sind. Die Darmspiegelung haben nachfolgend aufgeführte Personengruppen deutlich häufiger wahrgenommen:

- Angehörige der beiden höheren Alterskohorten 60/61 und 65/55 (jeweils 23% vs. 11% in der Altersgruppe 50/51) sowie damit eng zusammenhängend Personen, die nicht berufstätig sind (17% gegenüber 23% der Voll- oder Teilzeit-Berufstätigen)
- Personen mit exzellenter subjektiver Gesundheitskompetenz (30% vs. zwischen 17 und 19% in den anderen drei Gesundheitskompetenz-Gruppen)
- Personen, die bereits vor Erhalt der Informationsmaterialien schon einmal eine Darmspiegelung gemacht haben (35% vs. 7% ohne diesbezügliche Vorerfahrung)
- Personen, die sowohl Anschreiben als auch Broschüre vollständig gelesen haben (29% vs. 11% die eines oder beide Elemente nur teilweise gelesen haben)
- Internet-Nutzende (20% vs. nur 2% der Internet-Nicht-Nutzenden).

Formaler Bildungshintergrund, soziale Benachteiligung oder Migrationshintergrund haben hingegen keinen erkennbaren Einfluss auf die bereits erfolgte Inanspruchnahme der Darmspiegelung oder die Entscheidungsfindung generell.

Unter denjenigen, die das ärztliche Beratungsgespräch bereits in Anspruch genommen haben (28% aller Befragten, s. o.) gibt knapp 1/3 an, die Broschüre zum Gespräch mitgenommen zu haben. Hinsichtlich der Auswirkungen, die dieses Gespräch für die eigene Meinungsbildung hatte, gleicht das Bild dem bereits weiter oben in diesem Abschnitt beschriebenen Muster bei der Wirkung der Informationsmaterialien. Die Mehrheit (57%) hat ihre Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung nicht geändert; gut jede/r Dritte (36%) ist seit dem Arztgespräch stärker dafür.

Um die Frage nach der Wirkung der Informationsmaterialien umfassend zu analysieren, dürfen die Ergebnisse jedoch nicht nur wie bisher bezogen auf die Untersuchungszielgruppe der sich Erinnernden betrachtet werden. Vielmehr ist die Frage der

Wirkung im Gesamtkontext und damit bezogen auf die Gesamtpopulation aller Anspruchsberechtigten zu reflektieren. Dadurch ist sie unabhängig von der Erinnerung an den Erhalt. Die Mehrheit aller Anspruchsberechtigten in der Bruttostichprobe der Online-Panel-Befragung (61%) erinnert sich gar nicht daran, das Anschreiben ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten zu haben (vgl. dazu weiter oben die Ausführungen zu Leitfrage A1) – womit die erste notwendige Voraussetzung für eine Wirkung gar nicht erfüllt ist. Um also die bisher dargestellten Ergebnisse zur Inanspruchnahme in Relation zur Gesamtpopulation setzen zu können, müssen die Nicht-Erinnernden mitberücksichtigt werden. Die nachfolgende Abbildung 7 stellt die auf Grundlage der Bruttostichprobe der Online-Panel-Befragung (welche die Internet-Nutzenden unter den Anspruchsberechtigten und damit den weitaus größten Teil der Gesamtpopulation repräsentieren, vgl. dazu Kapitel 3.2.1) ermittelte Verteilung in der Gesamtpopulation dar.

Abbildung 7: Wirkung auf die Inanspruchnahme in der Gesamtpopulation



Quelle: Berechnung unter Berücksichtigung der Bruttostichprobe aller Anspruchsberechtigten in der Online-Panel-Stichprobe

Die erste große Hürde innerhalb der Wirkungskette von der bewussten Wahrnehmung der Informationsmaterialien über die Auseinandersetzung damit bis hin zur tatsächlichen Inanspruchnahme liegt somit bereits in der ersten Stufe der bewussten Wahrnehmung. Zu berücksichtigen ist, dass die Erinnerungsquote von 39% ein Durchschnittswert ist, der sich auf den Zeitraum der letzten 12 Monate bezieht und die Erinnerungsquote je nach Abstand zum Erhalt auch höher bis zu maximal 53% ausfällt (siehe Ausführungen im Abschnitt A1). Trotzdem ist die Vermutung naheliegend, dass bei all denen, die sich nach 12 Monaten nicht mehr erinnern, weder die Auseinandersetzung mit

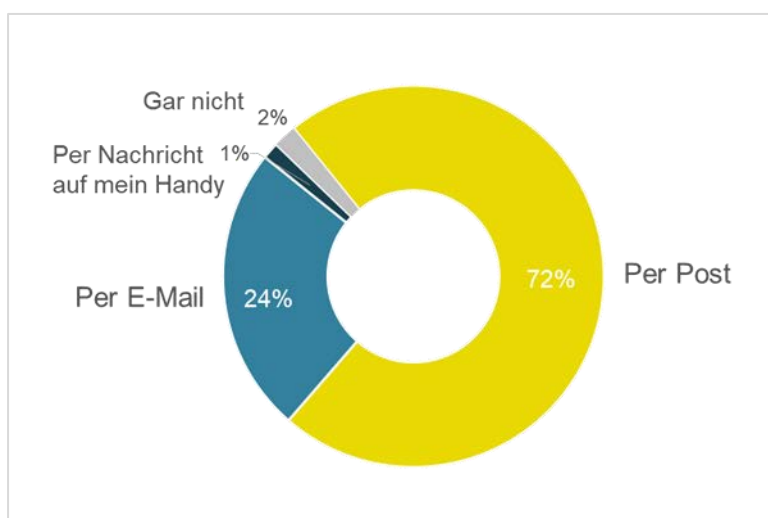
den Informationsmaterialien groß war, noch dass daraus Handlungen erfolgten – selbst wenn sie sich kurz nach Erhalt noch daran erinnern sollten.

Werden die Informationsmaterialien hingegen bewusst wahrgenommen, setzt sich die Mehrheit auch mindestens in groben Zügen damit auseinander und empfindet diese als hilfreich (siehe Abschnitt A2 und A3). Daraus dann jedoch tatsächliche Handlungsschritte einzuleiten ist, trotz der weit mehrheitlichen positiven und durch die Informationsmaterialien teilweise sogar noch verbesserten Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung, eine weitere Hürde.

A6 Besteht bei Anspruchsberechtigten Bedarf nach alternativen Zustellungsformen oder Formaten der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung?

Auf die Frage, wie man das Krankenkassen-Anschreiben zur Darmkrebs-Früherkennung zukünftig am liebsten erhalten würde, fällt das Votum in der Gesamtgruppe der sich Erinnernden zu 72% zugunsten der postalischen Zustellung aus (vgl. Abbildung 8): 24% bevorzugen die digitale Zusendung per E-Mail. Eine Nachricht aufs Mobiltelefon ist hingegen für fast niemanden eine Option. Damit steht der Wunsch nach gleichbleibend postalischer Zustellung deutlich im Vordergrund, so dass diese Art der Zustellung auch zukünftig unverzichtbar ist. Aber dass ein Viertel der Zielgruppe, wenn sie vor die Wahl gestellt wird, einen anderen Weg als den bisherigen bevorzugt, zeigt zugleich auch deutlichen Bedarf nach einer alternativen digitalen Zustellungsform.

Abbildung 8: Gewünschte zukünftige Übermittlung des Krankenkassen-Anschreibens zur Darmkrebs-Früherkennung



Basis: n = 1.009 Anspruchsberechtigte, die sich an den Erhalt innerhalb der letzten 12 Monate erinnern

Der Wunsch der postalischen Zusendung besteht unabhängig von der Altersgruppe. Ein Einfluss hingegen zeigt sich beim Geschlecht: Frauen wünschen den Erhalt per Post stärker als Männer (75% vs. 69%), welche sich im Gegenzug aufgeschlossener



für die digitale Zustellung zeigen (27% vs. 20% der Frauen). Mit steigender formaler Bildung zeigt sich ebenfalls eine höhere Akzeptanz der E-Mail-Zustellung (28 % der formal Höhergebildeten begrüßen dies vs. nur 18% der gering Gebildeten). Auch die Ortsgröße spielt eine Rolle: Je ländlicher das Umfeld, desto stärker wird die Zustellung per Post gewünscht (68% in Städten ab 100.000 Einwohner:innen vs. 76% in Kleinstädten bzw. ländlichen Regionen unter 20.000 Einwohner:innen). Wenig erstaunlich ist, dass Nicht-Internet-Nutzende eine postalische Zustellung sogar zu 90% wünschen. Für sie ist stärker als in der Gesamtgruppe aller Befragten die Nachricht auf ihr Handy eine Option (7%), E-Mail-Zustellung kommt hingegen nachvollziehbar gar nicht in Frage.

Diejenigen, die das Anschreiben weiter postalisch erhalten möchten, möchten, wenig überraschend, dann auch die weiterführenden Informationen wie bisher als unmittelbar beiliegende Broschüre erhalten (92%). Ein Medienbruch und somit die weiterführenden Informationen aus eigener Initiative selbst zu vertiefen (via Link im Anschreiben oder QR-Code), ist nur für 7% akzeptabel. Hier zeigt sich also ein starkes Bedürfnis danach, alle relevanten Informationen zu Thema Darmkrebs-Früherkennung gebündelt und in haptischer Form als Printpaket zu erhalten. Dazu passt auch der Befund, dass knapp 1/3 derer, die die Broschüre nicht oder nur teilweise gelesen haben, diese zu Hause aufbewahrt, um sich ggf. später damit auseinanderzusetzen (vgl. Abschnitt A2).

Der Bedarf nach einem in sich abgeschlossenen Informationspaket, welches man aufheben kann, lässt sich allerdings auch bei denjenigen erkennen, die die Zustellung des Anschreibens per E-Mail prinzipiell gut finden (24%, siehe oben in diesem Abschnitt). Die weiterführenden Informationen wünschen diese dann mehrheitlich als angehängtes PDF und somit als speicher- bzw. archivierbares Medium (59%). Deutlich weniger, aber immerhin noch 40% ziehen einen Link zu einer Internetseite vor, auf der sie online nachlesen können.

Um Hinweise über die gewünschten Zustellungsformen ableiten zu können, die über den spezifischen Fall der Darmkrebs-Früherkennung hinausgehen, wurde zusätzlich nachgefragt, wie man über andere Krebs-Früherkennungsangebote informiert werden will. Die Antworten verteilen sich exakt gleich: 72% plädieren für postalischen Erhalt und erneut nur 24% für die E-Mail-Zustellung.

Die Präferenz für den Erhalt als Printprodukt ist somit genereller Art, wenn es um die Erinnerung und Information zu Früherkennungsangeboten geht. Festzuhalten bleibt: Trotz der nahezu vollständigen Online-Inzidenz in der Zielgruppe der Anspruchsberechtigten und des durch die Corona-Pandemie bedingten generellen Digitalisierungsschubs in der Gesellschaft ist der Wunsch nach klassischer schriftlicher Information stark, wenn es um Darmkrebs-Früherkennung und die damit verbundenen Leistungsansprüche als Versicherte/r geht. Berücksichtigt man zudem, dass die Befragten über ein Online-Access-Panel rekrutiert wurden (und somit eine tendenziell sogar noch höhere Online-Affinität und -Kompetenz als in der Gesamtpopulation aller Online-Nutzenden angenommen werden kann), bekommen die Ergebnisse ein besonderes Gewicht.



Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass mit einem Viertel ein relevanter Teil der Zielgruppe lieber digital angeschrieben werden will, was die Entwicklung eines ergänzenden digitalen Zustellungskanals nahelegt.

4.1.4. Darstellung der Ergebnisse: Vertragsärzteschaft

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse für die Vertragsärzteschaft beziehen sich auf die Gesamtgruppe aller 150 Befragten, darunter 90 Hausärzt:innen bzw. Allgemeinmediziner:innen und 60 Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie. Die Berichterstattung der Ergebnisse folgt auch hier dem Prinzip, dass auf Subgruppenunterschiede nur dann eingegangen wird, wenn diese auf dem in der Auswertung gewählten 5%-Niveau signifikant sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den einzelnen Untergruppen der Fachärzteschaft zeigten sich allerdings nur sehr wenige signifikante Unterschiede.

V1 Wie nimmt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?

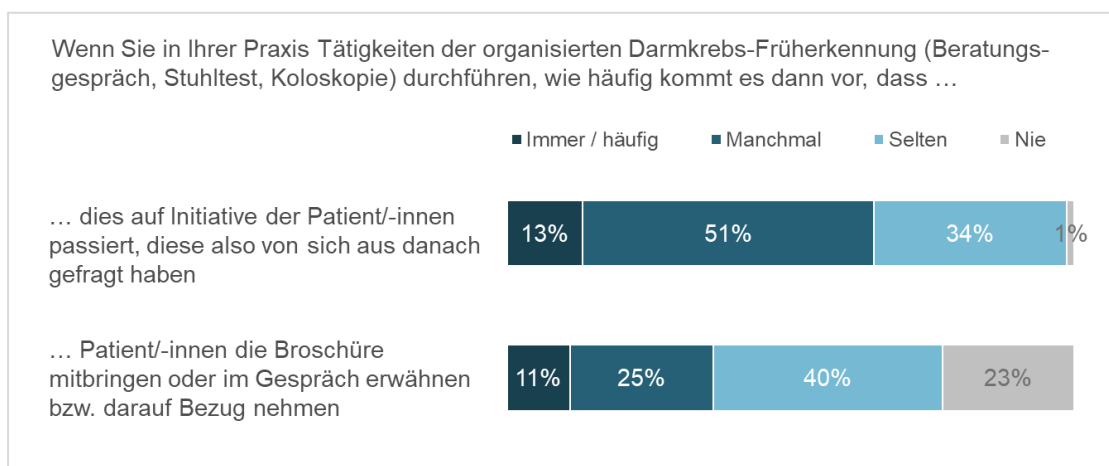
Die Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war die eigene Tätigkeit im Bereich der Darmkrebs-Früherkennung und die Bekanntheit der Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung. Mit 99% geben praktisch alle Befragten an, gemäß EBM-Ziffer 01740 zur Darmkrebs-Früherkennung zu beraten und 95% führen Stuhltests in ihrer Praxis durch. Die Darmspiegelung wird von 16% durchgeführt und damit nahezu ausschließlich von den Gastroenterolog:innen in der Stichprobe. Die Bekanntheit der Broschüre wurde in der Bruttostichprobe aller zur Befragung eingeladenen Ärzt:innen per Vorlage der Titel- und weiterer Beispielseiten sowie Verlinkung zur vollständigen Broschüre innerhalb des Screenings überprüft. Aus dem Verhältnis zwischen der Bruttostichprobe aller Eingeladenen und der Nettostichprobe der 150 befragten Kenner:innen lassen sich demnach Erkenntnisse zum Bekanntheitsgrad in der Gesamtzielgruppe ableiten.

Der **Bekanntheitsgrad** der Broschüre liegt bei 77%, ohne signifikante Abweichungen nach oben oder unten in den einzelnen Fachgruppen. Damit ist die Broschüre zwar der großen Mehrheit präsent, aber knapp jede/r vierte kann mangels Kenntnis der Broschüre diese erst gar nicht im Rahmen seiner ärztlichen Beratungstätigkeit einsetzen. Unter den Kenner:innen der Broschüre wissen zudem wiederum nur gut drei von vier Ärzt:innen (76%), dass sie diese im Rahmen der Beratung gemäß EBFM-Ziffer 01740 einsetzen sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Falle der Ärzt:innen keine konsolidierte postalische Zusendung wie im Falle der Anspruchsberechtigten erfolgt, sondern die Ärzt:innen die Kenntnis der Broschüre im Rahmen ihres professionellen Informations- und Fortbildungsverhaltens auf individuell unterschiedlichen Wegen erlangen oder eben nicht erlangen.

Interessant ist daher die Frage, inwieweit die Vertragsärzteschaft **durch nachfragende Patient:innen mit der Broschüre konfrontiert** werden (vgl. Abbildung 9). So geben rund 2/3 der Vertragsärzt:innen (65%)¹² an, dass die von ihnen durchgeführten Tätigkeiten im Rahmen der organisierten Darmkrebs-Früherkennung mindestens manchmal auf Initiative der Patient:innen zurückgehen, diese also aktiv danach fragen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass diese Nachfrage durch Zusendung der Informationsmaterialien induziert worden ist, kann jedoch auch auf andere Motive der Patient:innen rückführbar sein. Ein Zusammenhang besteht sicher, wenn die Broschüre mitgebracht oder im Gespräch konkret darauf Bezug genommen wird. Dies wurde in der Befragung separat angefragt und im Rahmen der Analyse zusammengefasst, um die insgesamt sichtbar durch die Informationsmaterialien induzierte Nachfrage auf Patient:innenseite abzubilden. 36% der Ärzt:innen geben an, dass dies mindestens manchmal passiert (11% immer/häufig und weitere 25% manchmal), 40% selten und 23% dass dies nie passiert. Zusammengenommen sind es also 76% der Ärzt:innen, die sagen, mindestens selten damit konfrontiert zu sein.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Vertragsärzt:innen erkennbar von Patient:innenseite mit der Nachfrage nach Darmkrebs-Früherkennungsleistungen konfrontiert werden, welche auf den Erhalt der Informationsmaterialien rückführbar ist. Dies deckt sich mit dem Befund, dass 1/3 der Anspruchsberechtigten, welche nach Erhalt ein ärztliches Beratungsgespräch in Anspruch genommen haben, die Broschüre zu diesem Gespräch mitgenommen hat (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Nachfrage nach Darmkrebs-Früherkennung durch Patient:innen (generell sowie induziert durch die Informationsmaterialien)



Basis: 150 Vertragsärzt:innen, die die Broschüre kennen

¹² Aufgrund der auf ganze Zahlen gerundeten Werte ergibt die Addition der entsprechenden Werte in der Abbildung 64%, richtig sind aber 65%.



Deutlich seltener kommt es bei Gynäkolog:innen vor, dass diese durch ihre Patientinnen mit der Broschüre konfrontiert werden (57% nie), allerdings geht auch die Darmkrebs-Früherkennung an sich in dieser Facharztgruppe deutlich seltener von den Patientinnen aus (71% selten).

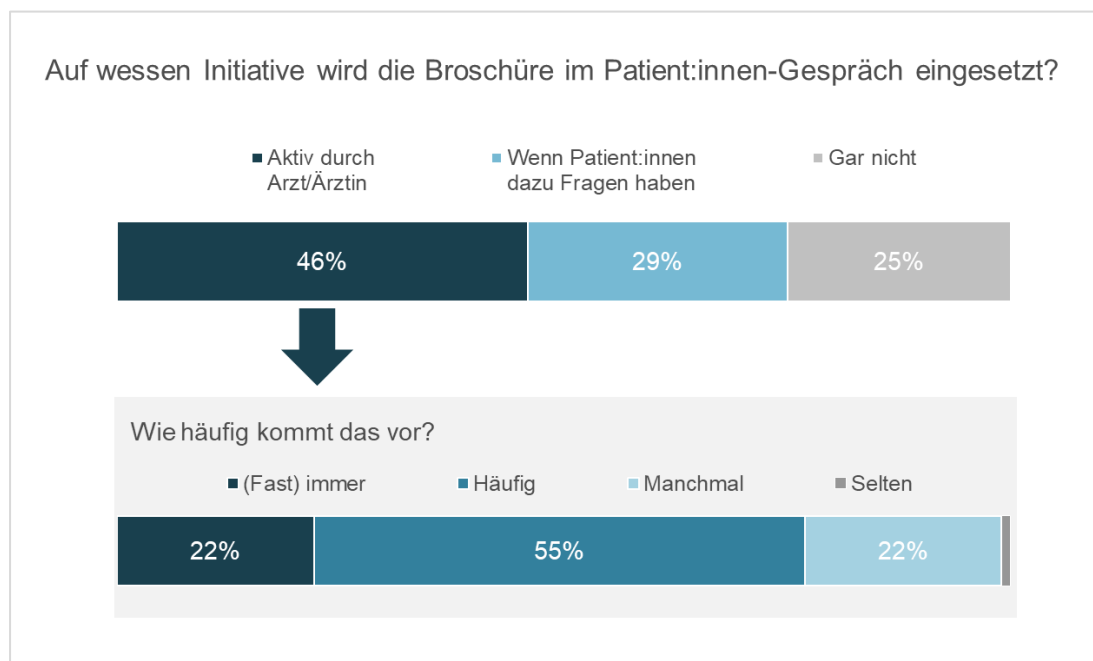
V2 Wie nutzt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung in ihrer ärztlichen Beratungstätigkeit und wie bewerten sie deren Eignung für diesen Zweck (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?

Der entscheidende Indikator für die Akzeptanz der Broschüre innerhalb der Vertragsärzteschaft ist die Tatsache, ob diese aus eigener Initiative genutzt und nicht ausschließlich reaktiv auf Anfragen von Patient:innen Gegenstand der ärztlichen Beratungstätigkeit wird.

In der Befragung wurden jeweils separat unterschiedliche Möglichkeiten des Einsatzes der Broschüre in der Praxis abgefragt, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Die verschiedenen Formen der Einsatzmöglichkeit pendeln alle rund um 50%. So geben jeweils 47% aller Ärzt:innen an, die Broschüre in der Praxis auszulegen oder sie Patient:innen zu empfehlen bzw. mitzugeben. Auf aktive Nachfrage von Patient:innen sind 53% mit der Broschüre konfrontiert und beantworten im Gespräch Fragen zu. Der aktive Einsatz durch die Ärzt:innen selbst erfolgt in 46% der Fälle. Bereinigt man die Mehrfachnennungen und fasst man die Antworten analytisch zusammen danach, ob und in welcher Form (aktiv oder ausschließlich reaktiv) ein Einsatz im Gespräch erfolgt, zeigt sich eine mittlere Akzeptanz (vgl. Abbildung 10): Neben den bereits dargestellten 46% der Ärzteschaft, die die Broschüre von sich aus aktiv im Patient:innen-Gespräch einsetzen, setzen weitere 29% sie ein, wenn Patient:innen Fragen dazu haben. Ein Viertel nutzt sie hingegen gar nicht im Gespräch.

Der Blick in die Subgruppen zeigt, dass es hierbei keine signifikanten Abweichungen gibt. Die Akzeptanz der Broschüre hängt demnach weder mit persönlichen Faktoren (Geschlecht oder Alter des Befragten) noch mit Umfeld (städtisch oder ländlich) oder Patient:innenstruktur (eingeschätzter Anteil sozial Benachteiligter sowie von Patient:innen mit Migrationshintergrund) der Praxis zusammen.

Abbildung 10: Verwendung der Broschüre im Beratungsgespräch



Basis: 150 Vertragsärzt:innen, die die Broschüre kennen; 69 Vertragsärzt:innen, die die Broschüre aktiv im Gespräch einsetzen

Wird die Broschüre aktiv in Beratungsgesprächen eingesetzt (von 46% der Ärzteschaft), dann von über der Hälfte (55%) häufig und von 22% (fast) immer (vgl. wiederum Abbildung 10).

Diejenigen, die die Broschüre hingegen nicht aktiv einsetzen, begründen dies in erster Linie damit, dass sie andere Informationsmaterialien nutzen (50% in dieser Teilgruppe). Als weitere Gründe folgen, sie sei zu umfangreich (26%) oder man berate ausschließlich persönlich ohne Nutzung von Unterlagen (16%). Mit 9% gibt eine Minderheit an, die Broschüre sei zu schwer verständlich und immerhin 5% geben als Grund für den Nicht-Einsatz schlicht an, dass sie diese nicht haben.

Die Eignung der Broschüre als Grundlage für die eigene ärztliche Beratungstätigkeit wird in der Gesamtgruppe aller Befragten zu 55% mit 1 oder 2 bewertet (6er-Skala von 1 = sehr gut bis 6 = gar nicht), weitere 23% vergeben den Wert 3 und 20% die Werte 4 und 5. In der letztgenannten Gruppe sind v. a. diejenigen vertreten, die sie nur auf Initiative ihrer Patient:innen oder gar nicht einsetzen.

Von denen, die sie aktiv im Gespräch einsetzen wird sie erwartbar besser bewertet: 83% finden sie (sehr) gut geeignet und nur 7% geben die Werte 4 und 5.

Weitere Detailspekte der Eignung der Broschüre für die eigene Beratungstätigkeit werden gesondert im folgenden Abschnitt V3 thematisiert.

V3 Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung aus Sicht der Vertragsärzteschaft adäquat für die anspruchsberechtigte Zielgruppe?

Die Verständlichkeit der Texte der Broschüre sowie die bildhafte Abbildung einer Koloskopie werden durch die Gesamtgruppe der befragten Ärzt:innen am positivsten bewertet. Jeweils rund 3/4 vergeben die Schulnote 1 oder 2 für diese Detailspekte hinsichtlich der Eignung der Broschüre für ihre Beratungstätigkeit. Das Komplexitätsniveau der Inhalte bzw. dessen Angemessenheit für Laien erhalten immerhin noch von knapp 2/3 die Höchstnote; Erklärungskraft der Tabellen sowie Länge / Seitenumfang hingegen nur noch von 60 bzw. 57% (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Bewertung von Detailspekten zur Broschüre

	"Sehr gut" + "Gut"	"Befriedigend"	"Ausreichend" bis "Ungenügend"
Verständlichkeit der Texte für medizinische Laien	77%	13%	9%
Veranschaulichung einer Koloskopie durch das Bild	75%	19%	5%
Komplexitätsniveau der Inhalte bzw. dessen Angemessenheit für medizinische Laien	64%	23%	12%
Erklärungskraft der Tabellen	60%	28%	11%
Länge / Seitenumfang	57%	30%	13%

Basis: 150 Vertragsärzt:innen, die die Broschüre kennen

Unabhängig davon, ob der Einsatz der Broschüre in Beratungsgesprächen aus eigener Initiative oder auf Nachfrage der Patient:innen erfolgt, wurden alle Ärzt:innen, die überhaupt Erfahrung mit deren Einsatz haben, gefragt, ob sie Verständnisprobleme bei ihren Patient:innen wahrnehmen. Zusammengenommen gibt die deutliche Mehrheit an, dass dies selten (40%) bis manchmal (42%) vorkomme. Nur eine Minderheit antwortet, damit fast immer (4%) oder häufig (5%) konfrontiert zu sein.

Was die Eignung der Broschüre für die Anspruchsberechtigten selbst angeht, urteilen die befragten Ärzt:innen positiver als bezogen auf die generelle Eignung für die eigene Beratungstätigkeit, die ja lediglich von 55% sehr gut oder gut bewertet wurde (vgl. Abschnitt V3). Im Unterschied dazu sind es 67% der Gesamtgruppe, die finden, dass sich die Broschüre sehr gut oder gut für die Versicherten selbst zur Vorbereitung auf ein Arztgespräch eigne (abgefragt auf der Schulnotenskala von 1 bis 6). Weitere 19% vergeben die Schulnote 3 und 12 % die Noten 4 oder 5.

Auf Nachfrage, welche Verständnisprobleme bei den Patient:innen auftauchen, nennen die Ärzt:innen, die solche manchmal oder öfter wahrnehmen, auf Grundlage einer Liste vorgegebener Möglichkeiten an erster Stelle die Formulierungen (67%) gefolgt

von den tabellarischen Darstellung (50%). Eher selten Probleme verursachen das Diagramm „Auf einen Blick“ (22%) sowie die bildhafte Erklärung einer Koloskopie (16%).

V4 Besteht in der Vertragsärzteschaft Bedarf nach alternativen Formaten für den Einsatz in der ärztlichen Beratungstätigkeit zur Darmkrebs-Früherkennung?

Noch deutlicher „pro Print“ als bei den Anspruchsberechtigten fällt das Votum bei den Ärzt:innen auf die Frage nach dem zukünftigen Format der Informationsmaterialien aus. 88% aller befragten Ärzt:innen wünschen sich für den Einsatz in Beratungsgesprächen zur Darmkrebs-Früherkennung auch zukünftig eine gedruckte Broschüre bzw. ein Printprodukt. Ein digitales Angebot (z. B. eine Internetseite oder ein PDF) stößt hingegen nur bei 12% auf Zuspruch. Auf die Nachfrage, ob man sich Informationsmaterialien bei anderen Programmen der Krebs-Früherkennung in der gleichen oder in anderer Form wünscht, antworten 84% der Gesamtgruppe, dass sie die gleiche Form bevorzugen. Der Rest gibt weit mehrheitlich an, dass sie oder ihn diese Frage nicht betreffe, da sie oder er keine anderen Arten der Krebs-Früherkennung durchführe.

Von denen, die die Printfassung vorziehen, wünscht die Hälfte keine Veränderung des Umfangs. Fast die Hälfte (45%) jedoch befürwortet ein kürzeres Printprodukt wie z. B. Flyer oder Schaubilder. Nur eine Minderheit von 5% will ein umfangreicheres Printprodukt.

Die Ärzt:innen wurden weiterhin danach gefragt, wie sie sich die Aufbereitung der Informationen zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung zukünftig wünschen. Sie äußern dabei auf Grundlage vorgelegter Möglichkeiten eine Reihe von Wünschen, allem voran fremdsprachliche Versionen (von 40% genannt) und mehr Bilder / Zeichnungen (39%). Weitere 29% nennen größerer Schrift bzw. bessere Lesbarkeit. Von denen, die in Zukunft gerne ein digitales Produkt hätten, wünscht sich ein Drittel Videos und/oder animierte Grafiken. Dass die bisherige Informationsaufbereitung, so wie sie diese aus der Broschüre kennen, gut sei und es keiner Veränderung bedürfe, geben 29% an.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Vertragsärzteschaft ein Printformat für den Einsatz im Praxisalltag benötigt, sich mit Blick auf die bestehende Broschüre jedoch Anpassungen wünscht. Die qualitativen Interviews in der zweiten Phase der Evaluation werden dieser Fragestellung vertieft nachgehen.

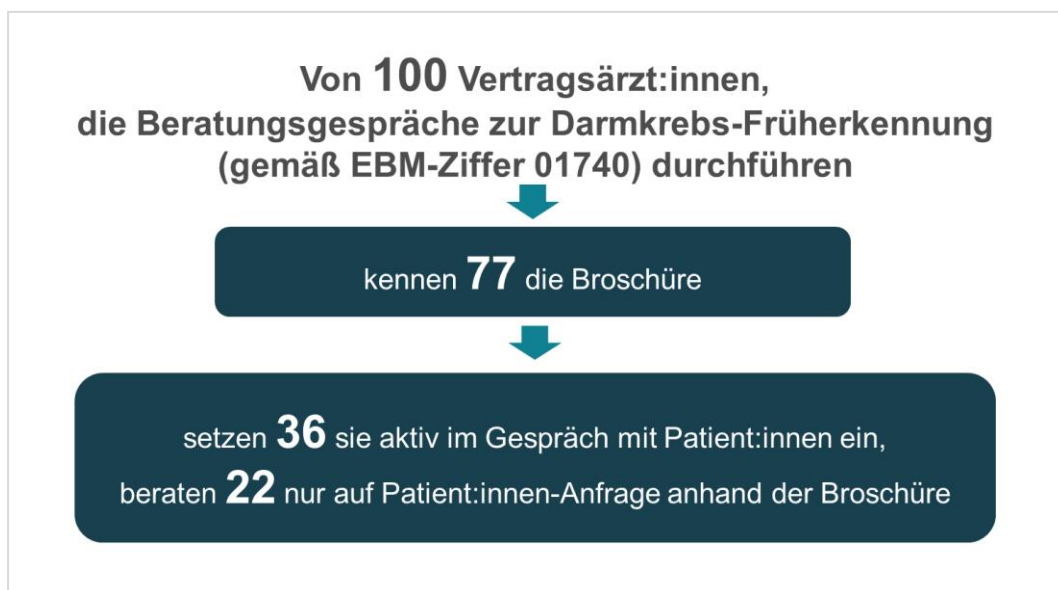
V_E Welchen Stellenwert hat die Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung in der Vertragsärzteschaft insgesamt?

Im Sinne eines Fazits zur Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung der Broschüre in der Vertragsärzteschaft sollen vorangehend dargestellte Ergebnisse (wie schon bei den Anspruchsberechtigten, vgl. Kapitel 4.1.3, Abschnitt A5) nachfolgend in Beziehung zur Gesamtpopulation der Vertragsärzteschaft gesetzt werden. Es handelt sich nicht um

eine eigene Leitfrage, sondern stellt eine Ergänzung zur Beantwortung der Leitfragen V1 und V2 dar.

Hierbei sind auch die Ärzt:innen zu berücksichtigen, die im Rahmen der Screening-Befragung angaben, die Broschüre nicht zu kennen und daher nicht weiter befragt wurden. Die nachfolgende Abbildung 11 stellt die gesamte Wirkungskette von der Bekanntheit hin zum Einsatz auf Grundlage der Bruttostichprobe aller zur Befragung eingeladenen Ärzt:innen dar.

Abbildung 11: Einsatz der Broschüre im Beratungsgespräch in der Gesamtpopulation der Vertragsärzteschaft



Quelle: Berechnungen unter Berücksichtigung der Bruttostichprobe aller Vertragsärzt:innen.

Die Kluft zwischen Gesamtpopulation und Anteil derer, die die Broschüre kennen ist demnach mit 77 von 100 deutlich geringer als im Falle der Anspruchsberechtigten und deren Erinnerungsquote (39 von 100, vgl. 4.1.3, Abschnitt A5). Wiederum knapp die Hälfte der Ärzt:innen, die die Broschüre kennen setzen sie auch aktiv von sich aus ein. Zusammen mit denen, die auf Nachfrage der Patient:innen anhand der Broschüre beraten sind es insgesamt 58 von 100 Vertragsärzt:innen, bei denen sie eine Rolle im Beratungsgespräch spielt.



4.2. Qualitative Befragungen

4.2.1. Pretests

Das jeweils erste der 15 Interviews mit Anspruchsberechtigten bzw. der 10 Interviews mit Ärzt:innen diente als Pilotinterview und besaß somit Pretestcharakter (vgl. Kapitel 3.2.2). Sie fanden unter Beobachtung der Projektleitung und der Codierer:innen statt.

Beide Interviews sind problemlos verlaufen, die Leitfäden haben gut funktioniert, so dass keine Anpassungen im Vorfeld der weiteren Interviews notwendig waren.

4.2.2. Sample-Charakteristika

Die angestrebten Quoten bei der Zielgruppe der **Anspruchsberechtigten** konnte weitgehend erreicht werden. Allerdings stellte es sich im Zuge der Rekrutierung insbesondere als herausfordernd heraus, Personen zu finden, welche allen gesuchten Merkmalen entsprachen **und** sich (als Grundvoraussetzung) an den Erhalt des Anschreibens erinnern **und** vor Erhalt **gleichzeitig noch keine** Darmspiegelung hatten. So mussten insgesamt drei Personen, bei denen alle anderen Kriterien passten, wieder ausgeladen werden, da in der Stichprobe sonst Personen mit bereits vorab erfolgter Darmspiegelung überproportional vertreten gewesen wären.

Gemäß den Ergebnissen der quantitativen Befragung hatten 44% der sich an das Anschreiben erinnernden Anspruchsberechtigten bereits zuvor eine Darmspiegelung (vgl. Kapitel 4.1.3, Abschnitt A2). Davon ausgehend hätten theoretisch aufgrund ihrer Inzidenz Proband:innen mit und ohne zuvor erfolgter Darmspiegelung nahezu gleichermaßen unproblematisch zu rekrutieren sein müssen. Innerhalb des Evaluationsteams wurden unterschiedliche Erklärungsansätze diskutiert, warum es trotzdem für die qualitative Befragung schwieriger war, genügend Personen ohne zuvor erfolgte Darmspiegelung zu rekrutieren:

1. In der Stichprobe liegt der Schwerpunkt auf Personen mit geringer formaler Bildung und nicht ausreichender subjektiver Gesundheitskompetenz. Dies kann in der Kombination mit chronischen Vorerkrankungen und häufigen Arztbesuchen resultieren – und in diesem Zusammenhang auch vermehrt mit Darmspiegelungen zu diagnostischen Zwecken. Diese Vermutung wird durch die Erkenntnisse zum gesundheitlichen Status der de facto 15 befragten Proband:innen gestützt (vgl. weiter unten in diesem Kapitel)
2. Personen ohne zuvor erfolgter Darmspiegelung, die sich aber zugleich an den Erhalt des Anschreibens erinnern, könnten mangels persönlichem Involvement und Erfahrungsfundus schwieriger zur Teilnahme an einem einstündigen Interview zum Thema Darmkrebs-Früherkennung zu motivieren sein als Personen, die bereits eine Darmspiegelung hinter sich haben.

Am Ende konnten in Kombination mit der Erfüllung aller anderen Quoten 6 von 15 Personen gewonnen werden, die keine Darmspiegelungsvorerfahrung hatten. Nachfolgende Tabelle 11 gibt einen Überblick über die befragten Proband:innen.

Tabelle 11: Sample Anspruchsberechtigte für die qualitative Befragung

Ge- schlecht	Alter	Formaler Bildungs- hintergrund	vor Erhalt der Materia- lien Darm- spiegelung gehabt?	falls geringe Bildung: Sozial be- nachteiligt Ja/Nein	Subjektive Gesundheits- kompetenz	Region	Inter- view- Nr.
w	50	Niedrig	Nein	Ja	Nicht ausreichend	West	11
w	50	Niedrig	Nein	Nein	Nicht ausreichend	West	15
w	51	Niedrig	Nein	Ja	Nicht ausreichend	West	12
w	60	Niedrig	Nein	Ja	Nicht ausreichend	West	9
w	66	Niedrig	Ja	Ja	Nicht ausreichend	West	8
w	66	Niedrig	Nein	Ja	Nicht ausreichend	West	10
m	60	Niedrig	Ja	Nein	Ausreichend	West	13
m	61	Niedrig	Nein	Nein	Ausreichend	West	7
m	61	Niedrig	Ja	Ja	Nicht ausreichend	West	14
m	66	Niedrig	Ja	Ja	Ausreichend	West	6
w	51	Mittel	Ja		Nicht ausreichend	Ost	4
w	56	Mittel	Ja		Nicht ausreichend	Ost	2
m	66	Mittel	Ja		Ausreichend	Ost	3
w	50	Hoch	Nein		Nicht ausreichend	West	5
m	60	Hoch	Ja		Ausreichend	Ost	1

Anmerkung: Die Sortierung in dieser Übersicht erfolgt nach inhaltlichen Kriterien (Bildungshintergrund, Geschlecht, Alter und subjektive Gesundheitskompetenz. Die Interview-Nummern sind hingegen chronologisch nach Durchführungszeitpunkt zugewiesen worden und entsprechen somit nicht der Sortierungsreihenfolge.

Die Stichprobe umfasst somit wie intendiert jeweils 10 Personen mit geringer formaler Bildung und ohne ausreichende subjektive Gesundheitskompetenz. Unter den formal gering Gebildeten waren 7 (und somit 2 mehr als die gewünschte Mindestzahl von 5 Personen) gemäß Definition sozial benachteiligte Personen. Alle vier Alterskohorten waren mit mindestens einer Person vertreten. Fragen zum Gesundheitszustand bzw. zu eventuellen Erkrankungen waren nicht Bestandteil des Screening-Fragebogens. In

den Interviews selbst zeigte sich jedoch, dass die deutliche Mehrzahl der Proband:innen von somatischen oder psychischen Vorerkrankungen betroffen war und sich dadurch bedingt per se in engmaschiger ärztlicher Behandlung befand, die dann zugleich auch häufig die Darmspiegelung als diagnostische Untersuchung „quasi automatisch“ mitinkludierte. Unter den berichteten Krankheiten waren Herzinfarkte, eine Herztransplantation, Krebs, Autoimmunerkrankungen, aber auch psychosomatische und psychische Störungen.

In der Zielgruppe der **Vertragsärzteschaft** war es unproblematisch, die intendierten Quoten zu erfüllen. Es konnten 6 Hausärzt:innen und 4 Fachärzt:innen befragt werden. Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen und die Altersspanne lag zwischen 40 und 64 Jahren. Ebenso waren Praxen aus unterschiedlichen Orten unterschiedlicher Größe vertreten. Die angestrebte Gleichverteilung von Einsatz und Nicht-Einsatz der Broschüre konnte nicht ganz erreicht werden, da sich in einem Interview (Nr. 8) nach Beginn herausstellte, dass die Broschüre von der Proband:in verwechselt worden war. Nachfolgende Tabelle 12 zeigt die Verteilung der Stichprobe im Überblick.

Tabelle 12: Sample Vertragsärzteschaft für die qualitative Befragung

Fachrichtung	Einsatz Broschüre	Geschlecht	Alter	Ortsgröße	Region	Interview Nr.
Hausarztztätigkeit	Ja	w	58	Großstadt	Ost	9
Hausarztztätigkeit	Ja	w	53	Mittel-/Kleinstadt	West	10
Hausarztztätigkeit	Nein	m	40	Großstadt	West	5
Hausarztztätigkeit	Nein	m	54	Großstadt	West	6
Hausarztztätigkeit	Nein	w	60	Großstadt	West	3
Hausarztztätigkeit	Nein	w	58	Mittel-/Kleinstadt	West	2
Gastroenterologie	Ja	m	58	Mittel-/Kleinstadt	West	7
Gastroenterologie	Ja	m	51	Mittel-/Kleinstadt	Ost	4
Gynäkologie	Nein	w	57	Großstadt	West	8
Urologie	Nein	m	64	Mittel-/Kleinstadt	West	1

Anmerkung: Die Sortierung in dieser Übersicht erfolgt nach inhaltlichen Kriterien (Fachrichtung, Broschüreneinsatz und Geschlecht) Die Interview-Nummern sind hingegen chronologisch nach Durchführungszeitpunkt zugewiesen worden und entsprechen somit nicht der Sortierungsreihenfolge.



4.2.3. Darstellung der Ergebnisse: Anspruchsberechtigte

Die Darstellung der Ergebnisse folgt den nachfolgend beschriebenen Prinzipien. Diese gelten bei beide Zielgruppen.

1. Um Aussagen quantitativ einordnen zu können, werden verbale Mengenangaben verwendet wie z. B. „mehrheitlich“, „vereinzelt“ oder „häufig“. Eine Nennung absoluter Anzahlen von Personen oder gar Prozentangaben ist überwiegend nicht sinnvoll, da dies suggerieren würde, dass alle Befragten auf die exakt gleiche Frage geantwortet haben, was angesichts der prinzipiellen Offenheit qualitativer Interviews nicht der Fall ist. In Ausnahmefällen, wo eine Quantifizierung nach absoluten Zahlen sinnvoll und aufgrund gleicher Bedingungen über alle Interviews hinweg praktikabel war, werden absolute Zahlen genannt.
2. Um analytische Aussagen zu belegen, werden ausgewählte Originalzitate aus den Interviews angeführt. Die Zitate werden bei Bedarf sprachlich geglättet, um die Lesbarkeit zu erleichtern sowie in Einzelfällen aus unterschiedlichen Stellen des Interviews unter entsprechender Kenntlichmachung [...] zusammengefügt. Der Sinn wird dabei nicht verändert.
3. Bei den Zitaten werden Personenmerkmale mit angeführt, um die Aussagen einordnen zu können. Um diese Kontextinformationen jedoch nicht zu überfrachten, werden nicht alle verfügbaren, sondern nur für die Einordnung des Zitats jeweils relevanten Merkmale genannt.

Analog zur Darstellung der quantitativen Befunde dieser Evaluation erfolgt auch hier die Ergebnisdarstellung entlang der Evaluationsleitfragen. Um die Befunde jedoch auch innerhalb der einzelnen Abschnitte übersichtlich darzustellen und zu strukturieren, werden anders als bei den quantitativen Ergebnissen zusätzlich Zwischenüberschriften verwendet. Diese versuchen i. d. R., die Kernerkenntnis der nachfolgenden Absätze zu verdichten und auf den Punkt zu bringen.

Für die Anspruchsberechtigten gilt darüber hinaus: Nachfolgende Ergebnisse sind immer vor dem Hintergrund zu bewerten, dass das Sample mit seinem Schwerpunkt auf formal gering gebildeten Personen und Personen mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz nicht die Gesamtheit aller Anspruchsberechtigten abbildet. Vielmehr wurde bewusst eine Gruppe fokussiert, von der aufgrund der quantitativen Befunde dieser Evaluation anzunehmen war, dass sie stärkere Probleme mit den Informationsmaterialien hat.

A1 Wie nehmen Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?

Der Brief mit den Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung steht in hoher Aufmerksamkeitskonkurrenz und kann im Alltag leicht untergehen

Die Interviews wurden mit Anspruchsberechtigten geführt, die den Erhalt der Materialien innerhalb der letzten 12 Monate erinnern (gemäß ihrer Angabe in der Screening-Vorbefragung im Rahmen der Rekrutierung). Sie sind somit Teil der in der quantitativen Online-Befragung ermittelten 39% der sich Erinnernden und dennoch liefern sie Hinweise, wie der große Anteil in Höhe von 61%, der sich nicht erinnert, zustande kommt.

So berichten die Proband:innen wiederholt, dass die Informationsmaterialien im als oft stressig und von Informationen überflutet erlebten Alltag leicht untergehen. Dies hat mehrere Ursachen: Zum einen sind sie meist eine von vielen Informationen im Kontext Vorsorge und Früherkennung, mit denen man ab einem gewissen Alter konfrontiert ist. Zum anderen wird das Thema Darmkrebsfrüherkennung, sofern man selbst noch keine konkreten Symptome spürt, gerne bei Seite geschoben. Nicht zuletzt auch, weil viele andere Themen den Alltag begleiten und bestimmen.

„Man kriegt so viel Post.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

„Eventuell habe ich das bekommen. Ich habe was zu Gebärmutterhalskrebs gekriegt [...] Das ist zu viel zu lesen. Im Job muss ich mich auch mit so vielen Dingen beschäftigen.“ (I5, w, 50, höhere formale Bildung; an Brustkrebs vorerkrankt)

„Man bekommt tausend Informationen, hat tausend Termine. Dann legt man es zur Seite und vergisst es wieder [...] wenn man keine Beschwerden hat.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Insbesondere bei jenen Proband:innen, die noch keine Darmspiegelung erlebt haben, wird das Thema gerne von anderen Problemen überlagert und in den Hintergrund gerückt. Andere drängende gesundheitliche Probleme lassen diese Früherkennungsuntersuchung aus dem Blick geraten.

Dringliche Aufforderung, die aber neutral informiert und klarstellt, dass die Entscheidung zur Teilnahme allein beim Lesenden liegt

Zunächst sei vorweggeschickt, dass unter den Proband:innen niemand die dezidierte explizite Entscheidung vertritt, generell keine Früherkennung oder Darmspiegelung bei sich durchführen zu lassen. Stattdessen besteht fast ausschließlich das grundlegende Gefühl, dass Früherkennung per se sinnvoll und die Darmspiegelung das Mittel der Wahl wäre. Die Interviews machen deutlich, dass sowohl in Gesprächen mit Bekannten als auch mit Ärzt:innen meist die klare Haltung propagiert wird, dass Früherkennungsuntersuchungen auf jeden Fall wahrgenommen werden sollten, unabhängig davon, wie unbequem sie sind. Aus dieser Perspektive heraus betrachten sie dann auch vielfach die Broschüre.

„Ich bin schon Pro. Es geht primär um meine Gesundheit. [...] Es ist eben wichtig, dass an dieser Untersuchung teilzunehmen und dass man das auf dem Schirm hat.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

„Die Dringlichkeit ist mir bewusst. Ich schiebe die Darmspiegelung aber zur Seite. Meine Frauenärztin fragt immer wieder mal nach.“ (I9, w, 60, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Ich mache die Darmspiegelung alle drei Jahre. Die letzte war 2021. Ich sollte wieder.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Die qualitativen Befunde stützen hier das Ergebnis aus der quantitativen Befragung, wo 86% aller Befragten Darmkrebs-Früherkennung für sinnvoll halten (Anteil derer, die immer oder oft sinnvoll angeben, zusammengenommen).

Gefragt nach ihrem Eindruck, wie sie die Broschüre von ihrer Grundhaltung her erleben, geben die Proband:innen weit überwiegend an, sie als neutrale und aufklärende Erstinformation zu empfinden. Insofern bestätigt sich der Befund aus der quantitativen Befragung, in der 94% der Aussage zustimmen, die Broschüre zeige, dass man sich frei für oder gegen die Früherkennung entscheiden kann. Man fühlt sich weder gedrängt, noch hat man das Gefühl, in Panik versetzt zu werden. Der Befund, dass in der quantitativen Befragung aber auch 74% angeben, die Materialien als zuratend zu empfinden, spiegelt sich jedoch ebenfalls in den qualitativen Interviews wider. So empfanden manche Teilnehmenden allein die aktive Zusendung der Materialien als Empfehlung bzw. Aufforderung zur Teilnahme. Vereinzelt bestand zudem der Wunsch, direkt einen Termin zu bekommen.

„Es ist eine Aufklärung, finde ich total in Ordnung, ist jetzt nicht unbedingt Angstmache.“ (I7, m, 61, niedrige formale Bildung)

„Nur eine Information: Du bist so alt, du kannst das machen, dir steht diese Möglichkeit zur Verfügung, die Krankenkasse bezahlt das.“ (I9, w, 60, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Mehrfach thematisieren die Proband:innen in dem Zusammenhang auch den Begriff des „Angebots“ (z. B. auf der Titelseite und in der Überschrift der Seite 2). Zwar wird der Begriff „Angebot“ selbst meist positiv wahrgenommen, es treten aber vereinzelt auch Irritationen oder vielmehr ein leicht renitent wirkendes Missverstehen-Wollen auf, ob damit das Informationsangebot an sich oder ein konkretes Angebot zur Früherkennungsuntersuchung selbst gemeint ist. So wurde in einigen Fällen die Erwartung geweckt, dass die Darmkrebs-Früherkennung ähnlich wie die Brustkrebs-Früherkennung organisiert wird und man zugleich einen konkreten Terminvorschlag erhält. Gerade bei einzelnen Befragten aus Regionen, in denen nur schwer Arzttermine zu finden sind, löst dies enttäuschte Erwartungen aus: Es handle sich kaum um ein Angebot, wenn einfach nur informiert werde, aber man sich um den gesamten Rest selbst kümmern müsse, was bisweilen gar nicht so einfach sei. So berichtet z. B. eine Probandin (I5), dass sie die überfüllte Praxis ihres Arztes wieder frustriert verlassen hat.

„Ich war leider beim falschen Arzt, meine Frauenärztin hat mich zum Urologen geschickt [Blasenentzündung], ich dachte der wäre auch richtig für die Darmuntersuchungen. Ich muss da ja zum Gastroen [...] Entrologen, oder wie der heißt? [...] Man wartet immer

sehr lange auf Termine [...] Ich habe da erst gesessen, das hat so lange gedauert, weil ich noch Leute vor mir hatte und dann bin ich einfach gegangen, weil ich ja beim falschen Arzt war.“ (I5, w, 50, höhere formale Bildung)

„Also es reicht nicht, mich nur aufzuklären. [...] Angebot ist für mich, wenn die Kasse definitiv sagt, das haben wir zur Verfügung, wie beim Screening für Brustkrebs. [...] Das ist kein Angebot, ich werde nur informiert.“ (I3, w, 51, mittlere formale Bildung)

Überwiegend berichten die Proband:innen jedoch, dass die Überweisungen durch ihre Ärzt:innen und Zugänglichkeit zu Terminen gut geregelt sind.

Vor allem wenn die Krankenkassen als Absender vermutet werden, wirkt die offensichtlich neutrale Haltung der Broschüre auf manche Proband:innen sogar irritierend und ihnen stellt sich die Frage, ob nun eine Darmspiegelung gewollt ist oder nicht. In diesen Fällen ist man dann teilweise verwundert, warum nicht viel deutlicher sowohl optisch als auch verbal pro Früherkennung argumentiert wird.

„Aber ich würde es mir optisch irgendwie ein bisschen netter vorstellen. So wirkt es ja sehr trocken und kalt. Und die versuchen ja damit eigentlich, einen zu überzeugen, dass man das Angebot annimmt und was für sich und für seine Gesundheit tut [...] Ich würde das nicht unbedingt als Aufforderung, aber zumindest als dringliches Angebot interpretieren.“ (I11, w, 50, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Im genannten Zitat deutet sich zugleich an, wo der Grund für die gleichzeitige Anmutung als zuratend **und** neutral liegt: Die Tatsache, dass man aktiv angeschrieben wird, wird als dringliches Angebot interpretiert – auch deshalb, weil es der beschriebenen eigenen generell positiven Erwartungshaltung entspricht, dass Früherkennung gesellschaftlich üblicherweise als gute Idee gelten dürfte, schon der gesunde Menschenverstand diese gebiete und die Krankenkassen aus dem Grunde dafür werben

Einstieg in die Broschüre: Angenehm sachlich und nüchtern; Differenzierung nach Geschlechtern überrascht

Mit Blick auf die spontane Wahrnehmung der Informationsmaterialien durch die Proband:innen sind zunächst die Reaktion auf das Titelblatt und die Einstiegsseiten aufschlussreich. Gestalterisch und textlich ist allen schnell klar und greifbar, womit sich die Broschüre inhaltlich beschäftigt. Den Einstieg empfinden die Proband:innen überwiegend als medizinisch-nüchtern, neutral, ruhig und angenehm unaufgeregt. Dies wird als positiv erlebt, da bereits der Begriff „Krebs“ für fast alle per se beunruhigend und bei einigen schnell Sorgen in Bezug auf das eigene Lebensalter entstehen lässt.

„Die erste Seite hat mir gut gefallen: nicht viel Text, große Buchstaben, nicht überladen, [...] ruhig und nicht auffordernd.“ (I5, w, 50, höhere formale Bildung)

„Schön neutral, hell und informativ, gern auch noch mit einem Symbol für den Darm.“ (I11, w, 50, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Die meisten fühlen sich durch die Abbildung auf der Titelseite schnell angesprochen, wobei die Geschlechtsspezifität der Broschüren vereinzelt auch überrascht. Dies ent-



weder, weil man als Frau Darmkrebs bisher eher als typische Männerkrankheit wahrgenommen hat und nun speziell als Frau angesprochen wird oder weil man umgekehrt verwundert mutmaßt, warum nur eines der beiden Geschlechter zu einem Thema angesprochen wird, dass prinzipiell jeden betreffen kann.

„Mich wundert [...] kriegen das nur Männer?“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Ich hatte das Gefühl, dass Männer eher betroffen sind, dass also eher Männer angesprochen werden.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Der Absender „Gemeinsamer Bundesausschuss“ wird zum Teil übersehen oder ist den meisten Befragten spontan unbekannt, was jedoch überwiegend auch nicht als störend erlebt wird. Vielmehr werden die Ärzteschaft generell und Krankenkassen als eigentliche Absender der Broschüre vermutet.

„Der Absender ist die Krankenversicherung. Die kostet es viel Geld, wenn der Krebs entsteht.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Der klare Hinweis auf Seite 2, dass die Entscheidung jedem selbst überlassen bleibt und wichtige Schlagworte wie „kostenfrei“, „freiwillig“ und „Angebot“, die die befragten Anspruchsberechtigten in der Interviewsituation zum Weiterlesen animieren, werden positiv aufgenommen.

„Das ist schon mal gut, dass das kostenfreie Angebote sind. Viele denken, das kostet was. [...] niemand wird gezwungen.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

A2	Wie nutzen und bewerten Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?
----	---

Die Beschäftigung mit der Broschüre erfolgt weitgehend oberflächlich

Eine Reihe von Befragten berichten, dass sie die Broschüre nach Erhalt erstmal bei Seite gelegt, ungelesen abgeheftet oder schlussendlich im Altpapier entsorgt haben. Interessant wird das Thema für sie erst dann, wenn anderweitig Unruhe und konkrete Beschwerden auftreten oder (wenn bereits Vorerfahrung besteht, dass) die nächste Darmspiegelung quasi turnusmäßig wieder ansteht.

„Ich habe das im Krankenkassenordner abgeheftet.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Jaaa (langezogen)... irgendwas kam da mal..“ (I6, m, 66, niedrige formale Bildung)

„Mein erster Gedanke war: erst mal weglegen.“ (I13, m, 60, niedrige formale Bildung)

Dazu passend ist unter den Befragten, bis auf wenige Ausnahmen, die Erinnerung an den realen Erhalt und wie man damals damit umgegangen ist, stark verblasst. Auch eine Aufklärung zum Thema Darmkrebs-Früherkennung bei Arztbesuchen mithilfe der



Broschüre wird nicht erinnert. In den Interviews wird teilweise auch schnell deutlich, dass viele der befragten Anspruchsberechtigten sich (trotz vorheriger Bitte, dies zu tun) unmittelbar im Vorfeld des Interviews nur im geringen Umfang mit der Broschüre beschäftigt haben. Dass solche Vorab-Arbeitsaufträge (Pretasks) in qualitativen Studien in größerem Umfang von Proband:innen missachtet werden, ist eher ungewöhnlich und kann als ein erstes Indiz für deren Überforderung sein bzw. ein Zeichen für den Unwillen, sich damit auseinanderzusetzen. Auf der anderen Seite betonen aber Koloskopie-erfahrene Proband:innen wiederholt auch, dass ihnen viele Inhalte bereits bekannt waren und daher eine ausführliche Beschäftigung nicht weiter nötig sei.

„Ich kenne das alles. Ich bin das nicht noch mal durchgegangen.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Somit war es in den Interviews (anders als bei den befragten Ärzt:innen) meist notwendig, dass die Interviewerinnen die Proband:innen gestützt und Abschnitt für Abschnitte durch die Broschüre leiten mussten, damit diese ihre Einschätzungen in konkreter Auseinandersetzung mit dem Informationsmaterial formulieren konnten. Dabei wurde oftmals deutlich, dass tiefergehende Beschäftigung teilweise erstmals im Interview erfolgt ist. Doch selbst in der angeleiteten Interviewsituation fällt die Beschäftigung mit der Broschüre zumeist wenig intensiv aus und bleibt oberflächlich. Dies setzt teilweise schon sehr früh auf den ersten Seiten ein.

„Ich lese eher diagonal. Die ersten drei Seiten habe ich weggeschoben.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

Besonders die letzten Seiten werden oftmals nur quergelesen. Die Konzentration und das Interesse lassen häufig spätestens ab Seite 10 bzw. mit Beginn der Informationen zum Stuhltest nach. Dies passt auch dazu, dass per se bei den Befragten eine eindeutige Haltung pro Darmspiegelung als dem Mittel der Wahl im Kontext Früherkennung vorherrschte. Und zu dieser Form der Früherkennung finden sie die Informationen in der Broschüre zuerst. Sie finden sich also quasi in ihrer impliziten Erwartungshaltung des Stuhltests als „nachrangig“ bestätigt. Insbesondere die interviewten Anspruchsberechtigten, die eine positive Haltung zur Darmspiegelung haben bzw. entsprechend vorerfahren sind, steigen inhaltlich bei der Stuhlprobe aus, weil der Test ihrer Ansicht nach weniger aussagekräftig scheint und sie ohnehin bereits die aus ihrer Sicht bessere Variante der Früherkennung aus eigener Erfahrung kennen

Die Befragten sind dann meist nur noch schwer zu motivieren, in Fließtexte, Tabellen oder grafische Übersichten einzusteigen (z. B. Seite 12 zum Stuhltest „Auf einen Blick“ oder die zusammenfassende Tabelle ab Seite 13).

„Ich habe oben gelesen, dass der Stuhltest nicht so aussagefähig ist und dass es Verfälschungen gibt.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

Personen ohne entsprechende Koloskopie-Vorerfahrung sind ebenfalls an dieser Stelle meist schon ermüdet. Nur bei näherem Hinsehen und bei entsprechender Anleitung bzw. Motivation durch die Interviewerinnen finden sie doch Inhalte, die für sie von

Interesse sind, nämlich praktische Hinweise zur Handhabung des Stuhltests (vgl. dazu nachfolgenden Teilabschnitt).

Generell zeigt sich bei vielen Befragten eine ablehnende Haltung gegenüber den Tabellen in der Broschüre und damit verbunden die geringe Bereitschaft, sich mit diesen auseinanderzusetzen. Zum einen schreiben diese Befragten statistischen Fakten eine eher geringe Relevanz zu, da sie abstrakt sind und nichts mit der eigenen Person zu tun haben. Auch wenn sie rein grafisch als optisch auflockerndes Element wahrgenommen werden, sind sie komplex, muten wissenschaftlich an und verlangen mehr Konzentration, die man nicht zwingend aufbringen mag.

„Jeder lebt anders. Das ist doch Quatsch. Das hängt doch von den Lebensgewohnheiten ab.“ (I6, m, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt, bezieht sich auf die Tabelle zum Stuhltests auf Seite 13)

„Das ist alles zu detailliert, das muss man nicht wissen.“ (I10, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt, bezieht sich auf die zusammenfassende Tabelle ab Seite 14)

„Ich muss mich dazu zwingen, mich damit zu beschäftigen.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung, bezieht sich auf die Tabelle auf Seite 8 zu Vor- und Nachteilen der Darmspiegelung)

Befragte, die gerade die Tabellen schätzen bzw. diese von sich aus stark genutzt haben und in eigenen Worten flüssig zusammenfassen können, sind im befragten Sample die Minderheit. Dazu zählten z. B. unter den formal gering Gebildeten ein bekennender „Excel-Freak“ (I14) und eine sehr lese-affine Probandin (I8).

Die qualitativen Befunde stützen damit die Erkenntnisse aus den quantitativen Interviews. Auch in diesen wurde deutlich, dass Personen mit geringerer subjektiver Gesundheitskompetenz (welche im qualitativen Sample schwerpunktmäßig vertreten waren) die Broschüre weniger intensiv lesen (vgl. Kapitel 4.1.3, Abschnitt A2).

Die Zuwendung zu Inhalten und die Bewertung ihrer Relevanz erfolgt selektiv, abhängig von der eigenen Haltung und Vorerfahrung mit Darmspiegelungen

Auf welche Teilbereiche oder Informationen innerhalb der Broschüre die Proband:innen spontan beim gemeinsamen „Walkthrough“ reagieren oder auch nicht und welche Lesart sie für sich herausziehen, hängt stark mit ihrer prinzipiellen Haltung zur Früherkennung oder Vorerfahrung mit Darmspiegelungen zusammen.

Je positiver die Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen ist, desto weniger wollen die interviewten Anspruchsberechtigten statistische oder abwägend-relativierende Informationen dazu haben. Bei diesen Proband:innen herrscht eher das Prinzip „Augen zu und durch“: Komplikationen werden für die Früherkennung hingenommen. Gerade das Thema Krebs ist so besorgniserregend, dass man mögliche Risiken bei der Früherkennung gerne in Kauf nimmt und dazu auch nicht im Detail aufgeklärt werden will.

Dies wird z. B. deutlich bei der Beschreibung möglicher Komplikationen bei Darmspiegelungen auf Seite 7, die von manchen als überbordend kritisiert wird.

„Jeder, der logisch nachdenken kann, weiß dass es Risiken und Nachteile gibt. Das aufzuführen ist zu viel, dann lieber eine Erklärung, wie so eine Darmspiegelung abläuft.“ (I10, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Nachteile und Risiken gehören dazu. Ich kann ja von außen nicht abklären, was im Darm passiert. Es ist notwendig, so einen Schlauch einzuführen und da ist es klar, dass in seltenen Fällen Komplikationen auftreten.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

Teilweise sind dies dann auch Personen, die (entweder bereits zu einem frühen Zeitpunkt oder in der geleiteten Exploration im Interview) den Umfang der Broschüre beklagen. Sie empfinden viele Informationen als doppelt und die zahlreichen Tabellen sowie die zusammenfassende Tabelle ab Seite 14 als belastend. Dadurch fühlen sie sich fast schon beim Beschaffen relevanter Informationen aufgehalten. Die praktischen Tipps und insbesondere die genaue Aufschlüsselung der verschiedenen Ansprüche sowie ihre Rhythmen sind für diese Proband:innen wichtiger als die Gegenüberstellung von Stuhltest und Darmspiegelung oder der jeweiligen Vor- und Nachteile.

„Ich will nur wissen, wie ich mich vorbereite, wo es stattfindet und ob es schmerzfrei ist, weil ich eine Narkose kriege. [...] Für mich war wichtig, ob es kostenfrei ist.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

Weitere Stellen, an denen deutlich wird, wie sehr die eigene Haltung und jeweilige Vorerfahrungen die Wahrnehmung der gebotenen Informationen beeinflusst, betreffen Seite 3 der Broschüre („Früherkennung und Vorbeugung“), die Tabelle zu Vor- und Nachteilen der Darmspiegelung auf Seite 8 oder die Informationen zum Stuhltest auf den Seiten 10 bis 13.

Die Informationen auf Seite 3 richten sich sowohl an Anspruchsberechtigte, die noch keine Darmspiegelung haben durchführen lassen, als auch an jene, die bereits Erfahrungen damit gemacht haben. Befragte ohne Früherkennungsvorerfahrung zeigen sich hier beruhigt, dass eine Krebsbehandlung auch ohne vorherige Nutzung der Früherkennung realisiert wird. Die Erläuterungen, warum die Darmspiegelung überhaupt notwendig ist, werden als wichtig und informativ erlebt.

„Ich frage mich, muss ich das für meine eigene Gesundheit selbst auf dem Schirm haben, weil die sind ja nur eine Hilfe. [...] Es ist nett und toll. Ich weiß, dass ich keine Nachteile dadurch habe.“ (I5, w, 50, höhere formale Bildung)

Proband:innen mit Koloskopie-Erfahrung ignorieren hingegen zumeist die Passage, dass eine weitere Früherkennung erstmal keine Vorteile bringt und überlegen vielmehr, wann sie wieder zur nächsten Darmspiegelung müssen. Sie verstehen die Broschüre aus ihrer Sicht als Werbung für die nächste Darmspiegelung. Dass die erneute Früherkennungsuntersuchung „vermutlich keine Vorteile bringt“, beruhigt diese Zielgruppe meist nicht. So wird an dieser Stelle gern auf Fälle im eigenen persönlichen Umfeld verwiesen, die trotz regelmäßiger Vorsorge an Darmkrebs erkrankt sind.

„Wie gesagt, ich bin vorbelastet. Vati hatte Krebs und Polypen.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Wenn ich kürzlich eine Darmspiegelung gehabt habe, dann sagt der, habe ich erstmal keine Vorteile. [...] [Aber] man weiß ja nicht, was bei sich drin los ist“ (I3, w, 51, mittlere formale Bildung).

Auch die präsentierten Daten auf Seite 8 (Vor- und Nachteile der Darmspiegelung) werden stets durch einen subjektiven Filter wahrgenommen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass diese Tabelle zumeist weitgehend ignoriert wurde und es starke Motivation und wiederholtes Nachfragen der Interviewerinnen benötigte, um die Proband:innen zu einer vertieften Auseinandersetzung damit zu bewegen (vgl. dazu auch Abschnitt A4 in diesem Kapitel). Dies geht soweit, dass Proband:innen, die sehr positiv pro Darmspiegelung eingestellt sind, zum Teil Zweifel an den Daten äußern, wenn diese ihnen nicht drastisch genug erscheinen. Diese Gruppe versucht, die Zahlen pro Darmspiegelung zu lesen und sucht zum Teil nach noch dramatischeren Zahlen und wünscht gar Bilder von Tumoren im Darm.

„Ich sage mal, traue keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast. [...] Bezweifeln tue ich das jetzt nicht, wenn die sagen, 1000 Leute von [...] Nur, für mich ist es nicht relevant.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

„Von 1000 Frauen stirbt eine Frau weniger an Darmkrebs. Das klingt ja nach nichts. Wenn man da jetzt mal dazu noch eine Zeile unten drunter schreibt: Bei so und so vielen Millionen Frauen in Deutschland, wären das pro Jahr so und so viele. Dann kommt ja eine ganz andere Zahl dabei raus, die dann auch eindrücklicher ist und damit eher die Botschaft übermittelt: Hey, das lohnt sich, da mitzumachen.“ (I11, w, 50, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Zum Teil äußern die bisher nicht koloskopierten Proband:innen auch ein wenig Erleichterung, wenn sie feststellen, dass die Zahl der Erkrankungen oder Todesfälle ohne Früherkennung gar nicht so hoch ausfällt wie zunächst von ihnen vermutet und sie sich demnach gar nicht so schlecht fühlen müssen, noch keine Darmspiegelung gemacht zu haben. Dies führt in diesen Fällen trotzdem lediglich zu einer Erleichterung des schlechten Gewissens, nicht zu dem Schluss, dass man sich aufgrund dessen auch ganz bewusst dagegen entscheiden könnte.

Das Kapitel zum Stuhltest schließlich (Seite 10-13) interessiert Befragte, die bereits Erfahrung mit Darmspiegelungen haben, generell weniger und bekräftigt sie in ihrem Entschluss, der Koloskopie den Vorzug zu geben. Unerfahrene Befragte hingegen finden die praktischen Hinweise und Tipps, wie der Stuhltest genau durchzuführen ist, interessant und hilfreich.

„Das kann man wirklich auf eine Seite komprimieren. Kürzere Sätze wären auch gut.“ (I13, m, 60, niedrige formale Bildung, Koloskopie-Vorerfahrung)

„Das mit dem Papier wusste ich nicht. Also da fand ich das sehr gut beschrieben mit der Testpackung und mit dem speziellen Papier. [...] Ich wusste auch nicht, dass der fünf Tage haltbar ist.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung, keine Koloskopie-Vorerfahrung)



Informationsbedarf: Koloskopie-Unerfahrene suchen vor allem praktische und umsetzungsrelevante Informationen rund um den Prozess der Darmspiegelung

Gerade Proband:innen ohne bisherige Erfahrungen mit dem Thema Darmkrebs-Früh-erkennung suchen nach Alltagstipps und Grundinformationen rund um den Prozess der Untersuchung. Im Interview entwickeln diese Befragten schnell Neugierde für das Thema. Diese erstreckt sich vor allem auf Informationen über den konkreten Ablauf, die Terminvereinbarung und Ansprechpartner, die Alltagsgestaltung am Tag der Untersuchung (z. B. bezüglich der Krankschreibung, möglicher Wartezeiten und Erhalt der Testergebnisse) und die Kosten.

Einige Proband:innen empfinden die Untersuchung als peinlich und unangenehm und formulieren daher wiederholt Fragen zum Prozess: Wer ist bei der Untersuchung dabei? Merkt man, dass der Schlauch eingeführt wird? Kommt etwas aus dem Darm mit raus, wenn der Schlauch wieder entfernt wird?

Hierbei fällt auf, dass diese Fragen, Ängste und Bedenken meist nicht im Arztgespräch geklärt werden, z. B. aus Zeitgründen oder auch Nervosität beim Arztbesuch, sondern bevorzugt das eigene persönliche Umfeld befragt wird: Wie haben andere die Untersuchung erlebt? Wie lange fällt man aus? Werde ich krankgeschrieben? Wie wird der Alltag durch die Behandlung beeinträchtigt? Wie gut wird die Narkose vertragen? Ist die Vorbereitung, also das Abführen und das Trinken von Flüssigkeit, unangenehm?

„Das ist ein ernstes Thema. Das kann man beim Arzt nicht so nebenbei erzählen. Ein wichtiges Thema.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

„Dadurch, dass mein Mann das schon mal hatte und die ein oder anderen Freunde auch, wusste ich wie das Prozedere ist.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Die gebotenen Inhalte zum Ablauf der Darmspiegelung auf den Seiten 5 bis 7 der Broschüre sind somit vor allem für die interviewten Anspruchsberechtigten relevant, die bisher noch keine Darmspiegelung haben durchführen lassen. Allerdings wird dieser Teil der Broschüre generell in den Interviews gelobt (auch von Personen mit Koloskopie-Vorerfahrung) und als leicht verständlich und nachvollziehbar. Insbesondere die Zeichnung (Seite 6) wird als willkommene Bereicherung empfunden, weil sie die Untersuchung optisch nachvollziehbar macht.

„Es ist super, eine tolle Aufklärung, was da drinsteht, und da kann sich doch jeder das rausnehmen [...] was für ihn wichtig ist oder relevant ist. [...] gut erklärt und ist einfach verständlich.“ (I7, m, 61, niedrige formale Bildung, keine Koloskopie-Vorerfahrung)

Für die Koloskopie-Unerfahrenen sind auch die Informationen ab Seite 18 relevant. Inhaltlich finden die Befragten hier die per se gewünschten praktischen Hinweise zu den richtigen Ansprechpartner:innen im weiteren Prozess. Allerdings ist fraglich, ob bzw. dass sie im realen Prozess der Erstrezeption der Broschüre dorthin gefunden hätten und haben. Die zuvor dargestellten Ergebnisse zur generell oberflächlichen Beschäftigung und der stark nachlassenden Beschäftigungsmotivation mit fortschreitender Seitenzahl scheinen dagegen zu sprechen.



Manches will man gar nicht zu genau wissen

Bei allem Lob für die Zeichnung auf Seite 6 ist für manche Befragte die vergrößerte Darstellung des Schlauchs bzw. Koloskops erschreckend, da man ihrer Ansicht nach nicht so genau wissen möchte, mit welchem Instrument mögliche Polypen entfernt werden.

„Das ist beruhigend. Bis auf den Spülwasserkanal. Das sieht so groß aus! Wie ein Zerhäckler in der Küche. Das würde ich was kleiner machen.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Auch bei den Informationen zum Umgang mit Polypen und was passiert, wenn Darmkrebs gefunden wird (Seite 9) zeigt sich, dass einige Details manchen zu viel sind. So nehmen die Proband:innen die Botschaft mit, dass nicht jeder Polyp bösartig ist. Diese wird aber aus ihrer Sicht durch den Gesamtkontext „Krebs“ gleich wieder relativiert: So oder so sollte der Polyp letztlich doch entfernt werden, egal ob gut- oder bösartig. Es stellt sich ihnen die Frage, warum dieses so ausführlich dargestellt wird.

„Das ist sehr ausführlich. [...] Für mich ist das in Ordnung. Ich will wissen, wie es abläuft und habe auch erfahren, dass die die Polypen gleich entnehmen, wenn da welche sind. Die gehen dann ins Labor und wenn man nichts mehr hört, ist das gut.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

Die weitere kurze Passage auf Seite 9 darüber, was passiert, wenn Darmkrebs gefunden wird, lässt einige Befragte unmittelbar an betroffene Freunde und Verwandte denken. Bestrahlung und Chemotherapie sind Reizworte, die sie an dieser Stelle, wo es um Früherkennung geht, am liebsten gar nicht lesen möchten.

„Meinem Vati haben sie den Darm noch verlegt [...] Aber das wäre dann zu detailliert. Ich glaube, da würde man sich verrückt machen, wenn man sowas liest. [...] Chemotherapie und Bestrahlung, das ist schon Strafe genug.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Meine Schwägerin hatte einen Hirntumor. Sie war in einem Hospiz und hat Morphium bekommen. Das hat ihr nicht gutgetan. Sie hatte ein aufgeschwemmtes Gesicht.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

A3	Welche Emotionen und Eindrücke lösen die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bei Anspruchsberechtigten aus?
----	---

Der Kontext Krebs löst Angst aus und lässt sofort persönliche Bilder, Erinnerungen und Gefühle hochkommen

Wie im unmittelbar vorangegangenen Abschnitt am Beispiel der Informationen auf Seite 9 beschrieben, wird in den Interviews insgesamt deutlich: Das Thema Darmkrebs-Früherkennung löst bei den befragten Anspruchsberechtigten erkennbar Nervosität und Unruhe aus, verursacht durch das Wort und den Gesamtkontext „Krebs“. Der Begriff lässt die Proband:innen an Verwandte und Freunde denken, die bereits an



Krebs erkrankt oder verstorben sind. Quasi alle führen an der einen oder anderen Stelle im Interview immer wieder Beispiele an, deren Krebserkrankung auch sie selbst emotional stark belastet hat.

„Mein Vater ist an Darmkrebs gestorben. Der ist nicht zur Vorsorge gegangen. Er war im Endstadium als es rauskam. Aus dem kleinen Polyp wurde ein bösartiger Krebs.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Ja, man hat natürlich im Bekanntenkreis auch jetzt Personen, die Krebs haben. Und dann macht man sich natürlich Gedanken, ach, gucken oder nicht gucken lassen.“ (I9, w, 60, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Es gehen einem auch tausend Sachen durch den Kopf, Krebs ist ja sowieso ein böses Wort, wo alle Angst davor haben. Bei mir ist das auch extrem, weil wir den ein oder anderen in der Familie und im Freundeskreis an Krebs verloren haben.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Aber auch eigene gesundheitliche Risiken, Erfahrungen mit den erlebten Erkrankungen und daraus resultierende Ängste, dadurch besonders für Darmkrebs gefährdet zu sein, spielen hier eine wichtige Rolle. Wie bereits in der Darstellung der Sample-Charakteristika beschrieben (vgl. Kapitel 4.2.2), war der Gesundheitszustand bei etlichen Befragten stark beeinträchtigt, sowohl durch somatische als auch psychische Erkrankungen sowie durch Medikation, die aus Sicht der Betroffenen das Risiko einer Darmkrebserkrankung steigen lassen. Entsprechend engmaschig werden diese Personen oft ärztlich behandelt und erhalten neben anderen Kontrolluntersuchungen zumeist auch Darmspiegelungen.

„Ich hatte ein bisschen Blut im Stuhl – ich glaube, dass es Blut war – als ich eine stressige Phase hatte. Da haben sie bei mir eine Darmspiegelung gemacht und die Polypen entfernt.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

„Ich hatte 2009 eine Herztransplantation. Mein Immunsystem musste runtergefahren werden. Im November hatte ich dann eine Darmspiegelung, weil man eher Krebs bekommen kann.“ (I2, w, 56, POS)

„Ich hatte 2015 einen Herzinfarkt und nehme viel ASS100. Ich war ein bisschen beunruhigt mit meinem Körper und meinen Wehwehchen.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

Rückt also die Broschüre und damit das Thema Krebs konkret bezogen auf die eigene Person ins Blickfeld, löst sich zunächst einmal emotionale Unruhe und eine ganze Assoziationskette persönlicher, trauriger Erfahrungen aus. Je nach Gesundheitszustand und Lebensalter kann man in der Auseinandersetzung mit der Broschüre Beunruhigung oder Beruhigung erfahren. Dies wird z. B. bei Seite 4 deutlich (Informationen zur Häufigkeit von Darmkrebs und Risikofaktoren). Die Tabelle mit den statistischen Daten zur Häufigkeit bezogen auf 1000 Personen erleichtert den Befragten einerseits die Distanzierung und Beruhigung des schlechten Gewissens (siehe dazu auch nachfolgenden Teilabschnitt Personen ohne Koloskopie-Vorerfahrung). Vor allem jüngere oder gesündere Proband:innen sehen sich nicht in der Gruppe der Erkrankten und können so ihr Risiko relativieren.

„Wenn man das in der Familie hat, ist das Risiko deutlich höher. Ich habe ein geringes Risiko.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)



Proband:innen, die bereits unter diversen Vorerkrankungen leiden, empfinden hingegen häufig eine starke Verunsicherung beim Anblick der Tabelle. Sie sehen sich vielmehr in der Gruppe der möglichen Erkrankten, die durch die Früherkennung gerettet werden können oder ohne Früherkennung übersehen werden. Selbst jene, die bereits Darmspiegelungen haben durchführen lassen, zeigen sich hier besorgt und die Tabelle wird als Fürsprache für eine erneute Darmspiegelung wahrgenommen. Auch die Erwähnung der Risikofaktoren verursacht in der Gruppe der vorbelasteten Proband:innen Unruhe, wenn z. B. ein Elternteil bereits an Darmkrebs erkrankt ist.

„Manche sagen das wird nicht vererbt, nur manche Krebsarten wie Brustkrebs.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Für mich heißt das, ich lass das nochmal machen. Das ist in meinem Alter sehr häufig.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

Die Unruhe ist bei manchen Proband:innen so stark, dass die Statistik über das zunehmende Altersrisiko ganz abgelehnt wird und man sich damit nicht weiter befassen will (Ausstiegsmoment).

„Ganz viele Statistiken [...] Das kann weg, informativ wirklich kurz, knapp, warum und gut ist, aber ich muss dann natürlich auch ein Angebot parat haben und nicht nur eine Information.“ (I3, w, 51, mittlere formale Bildung)

„Im wachsenden Alter wird das gefährlich. [...] Ich bin verunsichert, ich brauche die Zahlen nicht.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Personen ohne Koloskopie-Vorerfahrung werden von der Broschüre mit ihrem schlechten Gewissen konfrontiert

Wie bereits unter A1 dieses Kapitels, im zweiten Teilabschnitt dargestellt, gibt es auch unter den Koloskopie-Unerfahrenen niemanden, der nicht denkt, dass er oder sie eine Darmspiegelung zur Krebs-Früherkennung vernünftigerweise machen sollte.

Allerdings haben diese oft großen Respekt bis hin zu Ängsten vor dieser Untersuchung. Sie beschreiben wiederholt selbst, dass sie die Darmspiegelung bewusst aufschieben, obwohl sie es „ja eigentlich machen müssten“. Aktuell scheue man aber den Vorbereitungsaufwand, die Narkose oder die Invasivität des Eingriffs. Zudem herrscht oftmals das Gefühl vor, man fühle sich gesund, sei noch nicht uralt, fühle sich familiär nicht vorbelastet.

„Ich schiebe die Darmspiegelung jetzt seit 11 Jahren vor mir her. Ich mache ja den Stuhltest und ich hatte sogar schon vor vier Jahren eine Magenspiegelung. Da hätte ich es mal direkt gleichzeitig machen sollen. Jetzt nochmal das Ganze mit dem Abführen und so, das schiebe ich echt auf.“ (I7, m, 61, niedrige formale Bildung)

„Also damals habe ich mich tatsächlich intensiv damit beschäftigt. Und hatte aber zu viele Ängste, gebe ich zu, das machen zu lassen.“ (I13, m, 60, niedrige formale Bildung)

Dementsprechend ist das gesamte Thema Darmkrebs-Früherkennung für diese Gruppe der Befragten mit schlechtem Gewissen verbunden, das mehr oder weniger

groß sein kann. Die Broschüre konfrontiert sie mit diesem schlechten Gewissen und macht es in einigen Fällen gerade dieser Gruppe leicht, sie aufgrund ihres Umfangs, ihrer Textfülle und der komplex anmutenden Tabellen wieder wegzulegen.

„Ich habe die Broschüre eigentlich gleich wieder weggelegt. Das waren mir zu viele Informationen.“ (I12, w, 51, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Das war so viel Firlefanz zu lesen [...] Das Anschreiben sagt doch eigentlich schon alles [...] Ich muss sagen, im Grunde genommen hätte ich es nicht gelesen.“ (I10, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt).

Auf der anderen Seite gibt es Fälle, die sich überwinden und dann in der Broschüre eine Beruhigung durch eine erstmalig sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema erfahren. Dabei ist allerdings einschränkend zu sagen, dass es sich bei den beiden folgenden Beispielen um Personen handelte, die sich an die Inhalte der Materialien bzw. ihren Umgang mit diesen beim damaligen realen Erhalt nicht mehr wirklich erinnerten und ihr Urteil auf jetzigen Auseinandersetzungen mit den Materialien im Vorfeld der Interviews begründen.

„Erst denkt man, will ich das jetzt eigentlich wissen oder laufe ich davon und ignoriere es einfach? [...] Aber diese Broschüre hat mir geholfen damit besser umzugehen, auch offener darüber zu sprechen [...] Es nimmt einem auch die Angst vor der Darmspiegelung. Ich würde jetzt eher sagen, ich mache das, weil es steht ja auch drin: Ich kann, aber ich muss nicht.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

„Es ist ein richtiges Heft mit viel Information, das mache ich, wenn ich Zeit und Muße habe, also weggelegt. [...] Es hat ein paar Tage gedauert, dachte ich: Komm, es ist wichtig, ich lese mir jetzt die Broschüre durch.“ (I13, m, 60, niedrige formale Bildung)

Koloskopie-Erfahrene: Je nach Abstand zur letzten Darmspiegelung fühlt man durch die Broschüre Beruhigung oder Beunruhigung

Bei Koloskopie-Erfahrenen herrscht ein abgeklärtes Verhältnis zur Darmspiegelung: nicht angenehm, aber nun mal nötig, um sicher zu sein, nichts zu haben oder zumindest frühzeitig genug eingreifen zu können. Man kennt den Ablauf bereits und hat demzufolge auch weniger Ängste und Sorgen davor. Zudem erleben Personen mit bereits mehrfach erfolgten Spiegelungen diese mittlerweile als nicht mehr so belastend wie die ersten Male, wo teilweise auf Narkose verzichtet werden musste oder die Vorbereitung anstrengender war. Insbesondere männliche Teilnehmer mit Darmspiegelungserfahrung präsentieren sich in den Interviews gerne als „hartgesotten“ und berichten von ihren ersten Darmspiegelungen in den 80er Jahren, wo die „Hafenrundfahrt“ noch ohne Narkose durchgeführt wurde.

„In den Achtzigern war das brutal. Da haben die das ohne Narkose gemacht. Heute ist das ein Klacks.“ (I6, m, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt).

„Damals war die Darmspiegelung nicht so schön wie heute. Vieles hat sich heute verbessert. Die Vorbereitung ist besser und die Narkose.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)



Die Koloskopie-Erfahrenen denken in der konkreten Beschäftigung mit der Broschüre oftmals an ihre letzte Untersuchung zurück und fühlen sich entweder angenehm sicher, wenn die Darmspiegelung noch nicht allzu lange zurückliegt, oder aber unsicher, sofern diese bereits länger zurückliegt. Zeitangaben in der Broschüre, z. B. in welchen Abständen die Untersuchung durchgeführt werden sollte, spielen dabei weniger eine beeinflussende Rolle, da die Befragten hier meist auf die Hinweise ihrer Ärzt:innen Vertrauen. Von größerer Bedeutung sind hier vielmehr die empfundenen eigenen individuellen Sorgen. Befragte, die sich beunruhigt fühlen, würden lieber früher als später eine weitere Darmspiegelung durchführen lassen.

„Ich habe mir auf die Fahne geschrieben, mich nochmal untersuchen zu lassen.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

A4	Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung adäquat für Anspruchsberechtigte?
----	--

Verständlichkeit, Gestaltung, Umfang – oberflächlich betrachtet häufig in Ordnung, beim tieferen Einstieg jedoch Kritik

Überwiegend äußern die Proband:innen zu Beginn der Interviews wenig konkrete Klagen. Sie betonen, dass die Broschüre alle aus ihrer Sicht inhaltlich relevanten Fragen, die man bei den kurzen Gesprächen mit Ärzt:innen nicht immer thematisieren kann, größtenteils aufgreift und beantwortet. Dazu zählen etwa Fragen bezüglich der richtigen Ansprechpartner:innen, zum Ablauf der Vorbereitung und der Darmspiegelung selbst, zur Notwendigkeit einer Narkose, zur Krankenschreibung und zur Kostenübernahme.

Aus Sicht der meisten Befragten hat die Broschüre ihre thematische Daseinsberechtigung, wirkt insgesamt gut geschrieben und wird als leicht verständlich eingestuft. Insbesondere der verwendete Sprachstil wird als klar, allgemeinverständlich, ohne Schachtelsätze oder unbekannte Fachbegriffe empfunden. Dass dies tatsächlich der Fall ist bestätigt sich in der gemeinsamen Exploration der Broschüre. In sämtlichen Fließtextpassagen außerhalb der Tabellen haben Proband:innen zumeist keinerlei Probleme mit dem Verständnis, monieren wenn dann eher die Ausführlichkeit.

„Die ist sehr informativ gewesen, auch sehr gut aufgeschlüsselt alles. [...] Also für mich sind eigentlich jetzt danach keine Fragen offen im Endeffekt. [...] Nee, es ist eigentlich alles drin und ist auch sehr gut verständlich.“ (I9, w, 60, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Ich finde die toll gemacht und wirklich sehr, sehr informativ.“ (I11, w, 50, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Das ist verständlich für Normalsterbliche, nicht hochtrabend, nicht viele Fremdwörter. Da habe ich nix entdeckt. Keine Kritik.“ (I4, m, 66, mittlere formale Bildung)

Diese Befunde sind allerdings vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die Beschäftigung teils sehr oberflächlich erfolgt (ist) und die Broschüre in vielen Fällen bis

auf weiteres weggelegt, abgeheftet oder verlegt oder entsorgt wurde. So entsteht in den Interviews bisweilen der Eindruck, dass zu Beginn der Interviews ein zufrieden-positiv geäußertes Gesamturteil eher aufgrund der spontanen Anmutung und ohne tiefere Auseinandersetzung gefällt wird. Ausführlichkeit und Umfang der Broschüre könnten somit (so lässt sich schlussfolgern) dazu beitragen bzw. auf eine beruhigende Art und Weise die psychologische „Erlaubnis“ geben, die Auseinandersetzung mit dem Thema Darmkrebsfrüherkennung erst mal beiseite zu legen. Denn: Man weiß im Bedarfsfall ja, dass es mit dieser Broschüre eine umfassende Informationsquelle gibt, auf die man zurückgreifen könnte. Beiseite legen kann aber wie oben angedeutet auch heißen, dass die Broschüre später im Haushalt untergeht oder entsorgt wird.

In den Interviews wird dann oftmals deutlich, dass auch jene Proband:innen, die sich zu Beginn pauschal positiv geäußert haben, im weiteren Interviewverlauf doch den Umfang beginnen zu kritisieren oder sich beim Versuch verhaspeln, Informationen aus Tabellen in eigenen Worten wiederzugeben. Dies wird in den nachfolgenden Abschnitten detailliert dargestellt.

Es gibt auf der anderen Seite aber auch vereinzelte Proband:innen, die sich im Vorfeld der Interviews ausführlich mit der Broschüre beschäftigt haben, diese loben und aus deren Ausführungen deutlich wird, dass sie auch aus den tabellarischen Übersichten Informationen herausgezogen haben, die sie inhaltlich korrekt wiedergeben können. Im folgenden Beispiel handelte es sich z. B. um eine sehr lese-affine Person, die auch generell gerne und interessiert Informationen zu Gesundheitsthemen sucht und konsumiert.

„Was mir gut gefallen hat, sind diese ganzen bildlichen Sachen, wie der Zusammenhang ist, dass also junge Menschen weniger oder so gut wie gar keinen Darmkrebs bekommen und dass es mehr auftritt, je älter man wird. (18, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Schließlich gibt es eine weitere, ebenfalls kleinere Gruppe von Befragten (sowohl mit als auch ohne zuvor erfolgter Darmspiegelung), die sich ebenfalls im Vorfeld der Interviews sehr ausführlich mit der Broschüre auseinandergesetzt haben, diese aber gleich zu Beginn des Interviews vehement kritisieren (Umfang, zu viele Details, zu viele Tabellen).

„Diese Tabellen mit 1000 Frauen im Alter von 50 und 60 Jahren [...] laber Rhabarber, laber Rhabarber.“ (110, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt).

„Also, das Format fand ich ganz schrecklich [...]. Viel zu viel Information und alles doppelt und dreifach geschrieben. (112, w, 51, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt).

„Das war alles total überfrachtet. Da könnte ich jetzt viele Beispiele nennen.“ (16, m, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)



Der Umfang überfordert häufig: Klagen über gefühlte Dopplungen und zu viele Details

In der konkreten Beschäftigung mit der Broschüre gewinnen viele Proband:innen (darunter auch diejenigen, die sich zunächst zufrieden äußerten) zunehmend den Eindruck, dass sich Informationen in der Broschüre wiederholen und insbesondere durch die Zusammenfassungen am Ende doppeln. Dies fällt beim erstmaligen schnellen Durchblättern und Überfliegen zunächst meist weniger auf. Aber im Verlauf der Interviews wird deutlich, dass die Befragten gerade im hinteren Teil der Broschüre eher aussteigen und das Interesse stark nachlässt. Ab Seite 12 beginnend sprechen die Proband:innen wiederholt aus ihrer Sicht überflüssige Informationen an, die rausgenommen werden könnten. Viele Informationen zum steigenden Risiko, Tabellen und Statistiken werden nach Meinung der Befragten nicht gebraucht und auch nicht gesucht.

„Klar, wenn ein Professor das liest [...] dann oh ja, ist die Statistik interessant. Es müsste mehr auf den Punkt gebracht werden und nicht ellenlange Statistiken.“ (I6, m, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Die ist vielleicht ein bisschen dick, ich weiß nicht warum, aber für mich war das in Ordnung.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung).

Noch stärker als die interviewten Frauen wünschen sich die männlichen Befragten eine Kürzung der Broschüre, die inhaltlich auf folgende Kernaspekte eingeht: Ansprechpartner:innen, Ablauf der Untersuchung, Einfluss der Untersuchung auf den eigenen Alltag, Risikofaktoren, Häufigkeiten der Inanspruchnahme, Möglichkeit des Stuhltests noch zusätzlich zur Darmspiegelung. Die befragten Frauen kritisieren weniger den Umfang der Broschüre, aber in der Auseinandersetzung wird deutlich, dass die Beschäftigung mit den Daten meist oberflächlich bleibt und Fragen gerne aufgeschoben werden.

„Die sollen schreiben [...] das wird gemacht, wie das von Statten geht, zu welchen Ärzten man gehen soll und wo man die Informationen bekommt.“ (I6, m, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Auf Nachfrage wünschen die Proband:innen meist weniger Tabellen und weniger textlastige Gegenüberstellungen in den Tabellen. Dieser Wunsch erfolgt zumeist relativ pauschal. Inhaltlich betreffen die Kürzungswünsche wie bereits beschrieben die Informationen zum als vielfach in seiner Bedeutung als nachrangig wahrgenommenen Stuhltest. Aus Sicht einiger Befragten stellt die Zusammenfassung am Ende der Broschüre bereits eine übersichtliche Kurzform der Broschüre dar, welche man gerade dank der knappen Zusammenfassung an den Beginn der Broschüre setzen sollte bzw. sich sogar darauf beschränken sollte.

„Ich hätte die Zusammenfassung nach vorne getan und nicht so weit hinten. [...] da ist es kurz und knackig erklärt.“ (I15, w, 50, niedrige formale Bildung)

Besagte zusammenfassende Tabelle ab Seite 14 ist zugleich ein Beispiel für die empfundenen Dopplungen: Findet eine detailliertere Beschäftigung mit der Zusammenfas-



sung im Rahmen der geleiteten Interviewsituation statt, wirken die Tabellen häufig redundant, da man zuvor viele der Informationen bereits erfahren hat. Gleichzeitig entsteht bei einigen Proband:innen die frustrierte Erkenntnis, dass man diese Zusammenfassung lieber viel früher, im vorderen Abschnitt der Broschüre gelesen hätte, um sich möglichst schnell zum Einstieg einen Überblick zu den wichtigsten Themen und Fragen zu verschaffen.

„Das würde ich nach vorne machen. Als Intro, nicht als Zusammenfassung. Dass ich mich entscheiden kann, was lese ich im Detail.“ (I12, w, 51, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Weitere „Kürzungsideen“ der Proband:innen betreffen

- das offene Textfeld auf Seite 19, auch weil der zeitlich knappe Dialog mit Ärzt:innen oftmals wenig Raum für viele Rückfragen lässt. Stattdessen wird hier eher der Wunsch nach bereits vorgefertigten Fragen geäußert, die man dem Arzt oder der Ärztin stellen kann.
- die abschließenden Seiten mit Quellenangaben sowie Widerspruchsrecht, welche allerdings als womöglich rechtlich „notwendiger“ Anhang in Kauf genommen werden und ohnehin ignoriert werden.
- das Format: Ein Befragter regt an, die Broschüre auf DIN-A5 zu produzieren, da sie dann weniger Seiten habe und dementsprechend nicht so dick sei.

Auseinandersetzung mit Tabellen erfordert hohe kognitive Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, die zumeist gescheut wird

In der Exploration der Tabellen und geleitet durch konkrete Fragen seitens der Interviewerinnen zum Verständnis offenbaren sich vermehrt Unklarheiten. Somit überrascht es kaum, dass gerade die Tabellen und statistischen Daten aus Sicht der Proband:innen oft als verzichtbar erachtet werden.

Am Beispiel der Tabelle auf Seite 8 der Broschüre zu Vor- bzw. Nachteilen und Risiken der Darmspiegelung zeigt sich die Verständnisproblematik besonders deutlich. Auf den ersten Blick wirkt die Tabelle aus Sicht der Befragten meist klar nachvollziehbar und selbsterklärend. In der weiteren Exploration fällt jedoch oft auf, dass die meisten Befragten sichtbar Mühe haben, wenn sie versuchen sollten, die Schlüsselinformationen aus den Tabellen zu benennen. Sehr oft fällt in den Interviews die Aussage, dass diese Tabelle „verwirrend“ ist und man sehr genau lesen muss. Die Auseinandersetzung mit ihnen verlangt grundsätzlich genaues und intensives Lesen. Zum Teil überfordert es die Proband:innen, dass die einzelnen Zeilen sowohl für sich als auch in Beziehung zueinander stehen.

„Auch die Formulierung, so und so viele sterben weniger. Da muss man erstmal nachdenken.“ (I12, w, 51, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Das sind viele Informationen und da muss man auch wirklich genau lesen und aufpassen. [...] Man muss ja noch mal von links nach rechts gehen. All diese Informationen liest

man mal kurz, verinnerlicht die und dann hat man es aber auch direkt wieder weg.“ (15, w, 50, höhere formale Bildung)

So übersehen die Proband:innen in der geleiteten Exploration im Interview z. B. die Altersgruppen in den Tabellenüberschriften und können die Daten nicht konkret zu- bzw. einordnen. Andere Befragte differenzieren nicht zwischen Stuhltest und Darmspiegelung bzw. bringen diese durcheinander, weil sie ebenfalls die Überschrift nicht richtig wahrnehmen und damit den falschen Bezugspunkt haben. Wieder andere Befragte sind aufgrund der angegebenen Spannen (3 bis 13 Männer) verwirrt und ratlos, wie das zu interpretieren ist.

Teilweise kommen Befragte (teils nach längerer Auseinandersetzung, teils auch zügiger, aber fast immer erst auf Bitten, sich dieser Tabelle einmal genauer zuzuwenden) zur Schlussfolgerung, dass die Differenz von Eins bezogen auf Todesfälle mit oder ohne Darmspiegelung bei 50-Jährigen nicht hoch ist. Das können oder wollen sie dann aber teilweise gar nicht glauben oder bezweifeln fast, das richtig verstanden zu haben, weil sie eine solche Botschaft in einer Broschüre, die ihrer Wahrnehmung nach zur Darmkrebs-Früherkennung bewegen will, nicht erwarten.

„Also im Prinzip nur eine weniger tot als ohne [...] Man zweifelt daran, ob es notwendig ist. [...] Aber ich weiß, dass es notwendig ist, durch meinen Vati. (12, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Wenn man das mal ausspricht, was man da gerade gelesen hat, heißt das ja, dass es wirklich nur sehr wenige sind. [...] Hmm, ich könnte mir vorstellen, dass jetzt viele sagen... da passiert jetzt schon nichts.“ (15, w, 50, höhere formale Bildung)

„Ohne Früherkennung sind es dann acht. Und dann mit der Darmspiegelung drei bis sieben, aber es verwirrt ja doch schon, weil es ja dann, wenn man sagt, ach, das sind auch sieben, warum soll ich dann eine Darmspiegelung machen, also so dieser Gedanke kommt mir. [...] Ist vielleicht nicht ganz so verständlich.“ (18, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Auch in der direkten Auseinandersetzung mit den Grafiken und Tabellen zum Stuhltest ab Seite 12 offenbaren sich Verständnisschwierigkeiten. Dabei zeigt sich die bereits erwähnte oberflächliche Beschäftigung mit den Inhalten. Die Auseinandersetzung mit der Grafik auf Seite 12 und der Tabelle auf Seite 13 setzt voraus, dass man die Daten in Relation setzen kann, um zu verstehen, warum die Aussagekraft der Zahlen so unterschiedlich ausfällt. In Summe sind die Daten sehr komplex, was den Proband:innen in der Auseinandersetzung viel kognitive Bearbeitung abverlangt, die in dieser Zielgruppe nicht immer vorgenommen wird. In der konkreten Auseinandersetzung verstehen nicht alle Befragten die Grafik korrekt. Bis zu der Grafik auf Seite 12 interpretieren die Proband:innen in ihren Aussagen die Textpassagen über den Stuhltest so, dass dieser deutlich weniger Aussagekraft hat als die Darmspiegelung. Während also auf der Textebene klar angeführt wird, dass der Stuhltest nicht alle Auffälligkeiten erfassen kann, veranschaulicht die Grafik aus Sicht der Befragten, dass der Stuhltest ein wichtiges Früherkennungsinstrument sein kann – zumindest werden Daten wie „155 Männer“ oder „114 Frauen haben Polypen“ in dieser Richtung gedeutet.

Auch wird den Befragten nicht immer deutlich, warum in der Grafik z. B. 114 Frauen identifiziert werden konnten, bei denen Polypen festgestellt wurden, wenn in der folgenden Tabelle nur ein Mann bzw. eine Frau weniger an Darmkrebs sterben. Somit kommt es bei den Befragten auch an dieser Stelle in der Broschüre wiederholt zu einer Art Ausstiegsmoment. Die Proband:innen möchten sich mit dem Thema nicht weiter befassen und sehen in der Grafik für sich nicht immer einen zusätzlichen Nutzen.

Befragte, die sich generell für die Darmspiegelung aussprechen, fühlen sich auf der Textebene in ihrer Haltung bestätigt und gehen nicht weiter auf die Grafik ein. Andere Proband:innen, die regelmäßig den Stuhltest nach ärztlichem Rat durchführen, vertrauen ihren Ärzt:innen, setzen sich daher weniger mit Text und Grafik auseinander und delegieren die Entscheidung lieber an ihre Behandler:innen. Die Entscheidung für oder gegen den Stuhltest wird somit meist nur marginal durch die Inhalte beeinflusst.

„Das habe ich mir nicht angeguckt. Ich würde den Arzt fragen.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

Abschließend ist an dieser Stelle aber auch anzumerken: Personen, die in den Interviews erkennbar massive Probleme hatten, die Tabellen zu verstehen, haben diese in der Realität entweder komplett ignoriert, sie von sich aus nicht gelesen und beim flüchtigen Scannen entweder (in Einzelfällen) für informativ oder eben überflüssig befunden. Werden sie dann in den Interviews quasi angeleitet, ihre Lesart der Tabellen auf den Punkt zu bringen, steigen sie zumeist einfach aus. Dies legt den Schluss nahe, dass es in der realen Erhaltsituation nur bei entsprechender Motivation überhaupt zur Auseinandersetzung kommt – die dann durchaus Anstrengung erfordert, aber eben auch keine Fehldeutungen.

A5 Welchen Einfluss haben die Informationsmaterialien auf die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennungsangebote (Wirkung)?

Die Frage, welchen Einfluss der reale Broschürenehalt auf das Inanspruchnahmeverhalten hatte, kann durch die qualitativen Interviews nur eingeschränkt beantwortet werden. Um hier qualitativ zu verallgemeinerbaren Ergebnissen zu kommen, wäre eine größere Stichprobe notwendig gewesen. Bei den 15 hier befragten Personen waren bereits 8 Personen vor Erhalt koloskopiert; unter den sieben Personen ohne Vorerfahrung war entweder die Erinnerung an die Begegnung mit der Broschüre zu flüchtig oder die Unterlagen wurden weggelegt. Dies legt nahe (und wird in der geleiteten Auseinandersetzung in den Interviews bestätigt), dass zumeist eine (wenn überhaupt) nur sehr geringe, Auseinandersetzung stattfand. Hinzu kommt der Umstand, dass unabhängig von den Informationsmaterialien durchweg die Darmkrebsfrüherkennung als prinzipiell sinnvoll und die Darmspiegelung im Besonderen als der wohl beste Weg gesehen wurden. Diese Haltung bedeutet allerdings nicht automatisch, dass die Darmspiegelung letztlich in Anspruch genommen wird. Beispielsweise können Angst oder Schamgefühle überwiegen oder die Untersuchung als zu aufwendig empfunden werden.



Der idealtypische Fall einer Person **ohne** vorherige Darmspiegelung, die sich bei Erhalt der Informationsmaterialien damit auseinandersetzt und daraufhin eine bewusste Entscheidung getroffen hat, war damit de facto innerhalb der Stichprobe nicht vertreten.

Insofern hatten die Informationsmaterialien bei den qualitativ Befragten aus mehreren Gründen keinen direkten Einfluss auf den Entscheidungsprozess für bzw. gegen die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennung.

Bei Personen, die bereits eine **Darmspiegelung** haben durchführen lassen, hat der Erhalt der Informationsmaterialien keinen erkennbaren Einfluss auf den (erneuten) Entscheidungsprozess ausgeübt. Meist haben andere Faktoren die Entscheidung stärker vorangetrieben, wie zum Beispiel Empfehlungen durch Ärzt:innen, Erfahrungsberichte im Bekanntenkreis, generell innere Unruhe und Ängste oder konkrete körperliche Symptome und damit einhergehende Sorgen. Entsprechende Symptome wie Durchfall oder Magenprobleme führen die Befragten zu ihren Ärzt:innen, die im Rahmen von Untersuchungen oftmals auch das Thema Darmkrebs-Früherkennung ansprechen oder regelmäßig an Stuhltests und andere Früherkennungsoptionen erinnern. Insbesondere Proband:innen mit Vorerkrankungen, die zum Teil täglich Medikamente einnehmen müssen, machen sich häufig mehr Gedanken, wie sich die Einnahme auf die Darmgesundheit auswirken kann.

„Der Brief hatte keinen Einfluss. Da ist mehr durch den Hausarzt erfolgt.“ (I1, m, 60, höhere formale Bildung)

„Die Broschüre hat mich damals nicht so interessiert. Erst als die ersten Wehwehchen kamen.“ (I14, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Wiederholt wird deutlich, dass die Proband:innen sich vorrangig auf das Urteil ihrer behandelnden Ärzt:innen verlassen, die man zum Teil schon seit Jahren kennt. Diese werden aus Sicht der Befragten als Helfer:innen im eigenen Entscheidungsprozess angesehen, wobei ihrer Einschätzung ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt wird. Sie sind diejenigen, denen die interviewten Anspruchsberechtigten letztendlich am meisten Vertrauen schenken. Insbesondere Proband:innen mit chronischen Erkrankungen schätzen die medizinische Versorgung und die Fürsorge, die sie durch ihre Ärzt:innen erleben, sehr. Eine Entscheidung bezüglich möglicher Vorsorge- und Früherkennungsangebote zu treffen, stellt die meisten Befragten vor die Aufgabe, sich in der Tiefe mit dem Vergleich der Möglichkeiten auseinandersetzen zu müssen. Die Proband:innen berichten jedoch häufig, dafür im ohnehin schon stressigen Alltag meist wenig Zeit und Mühe opfern zu wollen. Daher wird ein als entlastend empfundener ärztlicher Ratsschlag gerne angenommen.

„Die Darmspiegelung hat mein Arzt angeregt. Das kam nicht von mir aus. In Jena in der Uniklinik. Die geben Termine und Hinweise für die Untersuchungen.“ (I2, w, 56, mittlere formale Bildung)

„Ich bin durch meinen Hausarzt letztendlich auch aufgeklärt. Eine Darmspiegelung habe ich jetzt noch nicht gemacht, aber die steht an. [...] Das ist der Arzt meines Vertrauens und wenn ich irgendwas habe, gehe ich zu dem.“ (I7, m, 61, niedrige formale Bildung)

A6	Besteht bei Anspruchsberechtigten Bedarf nach alternativen Zustellungsformen oder Formaten der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung?
----	---

Die weitaus meisten Proband:innen möchten über den postalischen Weg auf die eigenen Ansprüche zur Darmkrebs-Früherkennung aufmerksam gemacht werden. Unter den 15 Befragten sind zwei Personen, die für eine Online-Zustellung plädieren, da dies der für sie zeitgemäße und gewohnte Weg ist, Informationen zu konsumieren oder auch Informationen oder Hinweise von ihrer Krankenkasse zu erhalten.

Bisweilen wird der Wunsch nach weiterer Zustellung in Papierform fast so vorgebracht, als müsse man sich dafür entschuldigen: Man wisse, dass es aus Kosten- und Umweltgründen und weil ohnehin alles immer digitaler wird, eigentlich richtig wäre, es digital erhalten zu wollen. De facto kommen aber aus Sicht der meisten Befragten die wirklich wichtigen Informationen nach wie vor besser per Postweg, während per E-Mail zugestellte Unterlagen schneller untergehen oder in Vergessenheit geraten. Auch wenn die Broschüre in vielen Fällen zunächst zur Seite gelegt wird, so ist sie durch ihre physische Präsenz eine greifbare Erinnerung, wenn man ihr etwa beim Aufräumen zufällig wieder begegnet oder das Thema im Alltag akut relevant wird.

„Für mich ist die Papierform besser. Ich bin auch so ein Buch-in-der-Hand-Halter, ich mag die Dinge in der Hand halten, mal kurz gucken und was ankreuzen.“ (18, w, 66, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

„Man kriegt ja auch so viele Spam-Mails oder es landet im Spam-Ordner. So eine Broschüre in der Hand zu halten, kann man immer noch mal durchblättern.“ (15, w, 50, höhere formale Bildung)

Dass der Wunsch nach weiterer postalischer Zustellung in der befragten Stichprobe so eindeutig ausfällt, passt zu den Befunden der quantitativen Befragten: Dort zeigten sich formal geringe Gebildete, die den größten Teil der qualitativ Befragten umfassten, für einen digitalen Zustellungsweg weniger aufgeschlossen als formal Höhergebildete (vgl. Kapitel 4.1.3, Abschnitt A6)

Mehrere Befragte verweisen konkret auf die bereits vorhandenen digitalen Angebote und Apps der Krankenkassen, welche jedoch nur vereinzelt genutzt werden, sowie auf mögliche alternative Digitalisierungsoptionen und -ergänzungen, wie z. B. Push-Nachrichten via Krankenkassen-App. Meist berichten die Proband:innen, dass sie sich entsprechende Angebote eher für die kommende bzw. jüngere Generationen vorstellen können und weniger für sie als die im Rahmen der Darmkrebs-Früherkennung angesprochene Kernzielgruppe.

„Mit dem Push verstehe ich jetzt nicht. Ohne App, keiner hat doch die Krankenkassen-App darauf.“ (114, m, 61, niedrige formale Bildung, sozial benachteiligt)

Trotz der beschriebenen häufigen Beschwerden zum Umfang und Detailgrad der Broschüre kommt spontan in keinem dieser Fälle der Wunsch oder die Idee auf, man könne als „überflüssig“ empfundene Teile für Interessierte online bereitstellen. Auf ent-

sprechende Nachfrage wird teilweise argumentiert, dass das niemand mache und somit überflüssig sei. Einige Personen, vor allem wenn die Broschüre zu Beginn des Interviews spontan als gut und informativ beschrieben wurde, führen an, dass man lieber alles zusammen haben will. In einigen anderen Fällen, v.a. wenn bereits zu Beginn des Interviews über den Umfang der Broschüre geklagt wurde, stößt die Idee, Teile der Broschüre ins Internet bzw. auf eine Website zu verlagern, aber auf positiven Zuspruch. Hier sieht man darin eine gelungene Möglichkeit, die weiterhin gewünschte gedruckte Form der Broschüre zu entschlacken.

4.2.4. Darstellung der Ergebnisse: Vertragsärzteschaft

V1 Wie nimmt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?

Die Ärzt:innen sehen ihre Aufgabe zumeist darin, ihre Patient:innen möglichst zur Darmspiegelung zu motivieren

Das Thema Darmkrebs-Früherkennung wird aus Sicht der befragten Ärzt:innen grundsätzlich als wichtige Aufgabe in ihrem Berufsalltag beschrieben und wahrgenommen. Dabei verdeutlichen die Interviews, dass bei der Abwägung zwischen Darmspiegelung und Stuhltest oftmals klare Grundeinstellungen vorliegen. Meist erfolgt die Aufklärung der Patient:innen weniger als Auseinandersetzung mit verschiedenen Möglichkeiten und zugehörigen Daten. Stattdessen sprechen die befragten Ärzt:innen zumeist eine konkrete Empfehlung gegenüber ihren Patient:innen aus und diese dann meist für die Darmspiegelung. Der Stuhltest spielt unter den befragten Ärzt:innen eine unterschiedliche Rolle. Die einen lassen generell nur wenige Stuhltests durchführen, andere hingegen sehen darin eine wichtige Standarduntersuchung im Rahmen des jährlichen Check Up oder eine Art Plan B, wenn sich Patient:innen gegen die Darmspiegelung entscheiden und dennoch den Darm im Rahmen der eigenen Vorsorge- und Früherkennungsroutinen mitdenken möchten.

Somit geht es in den Interviews oft direkt um die Darmspiegelung und die Frage, wie Patient:innen dazu motiviert werden können. Die befragten Ärzt:innen sehen es als ihren Auftrag an, Anspruchsberechtigte zur Wahrnehmung der Früherkennungsleistungen und hier insbesondere zur Darmspiegelung zu bewegen. Ihre Rolle umfasst dabei sowohl das reine Informieren und Empfehlen als auch das aktive Management der Darmspiegelung inklusive direkter Terminvereinbarung bei Gastroenterolog:innen oder das quartalsweise Anschreiben von Erstberechtigten oder Patient:innen mit familiärer Vorbelastung.

„Diesen Stuhltest selbst, den machen wir auch gelegentlich, aber das eher weniger, denn die überzeugenderen Zahlen sind einfach von der Koloskopie.“ (I6, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Dieser Test ist nicht besonders sensitiv. Den kann man zum Screenen nehmen, aber der Goldstandard wäre in der Tat eine Koloskopie.“ (17, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

Grundsätzlich berichten die befragten Ärzt:innen überwiegend, dass ihre Patient:innen meist bereits positiv gegenüber der Darmkrebs-Früherkennung eingestellt sind – auch wenn sie häufig Ängste und Bedenken gegenüber der Darmspiegelung äußern und deren Vorbereitungsaufwand scheuen. Sie seien aber meist gut durch Argumente wie „einmal gemacht, 10 Jahre Ruhe“ oder „noch fast nie selbst Komplikationen gesehen“ zu überzeugen. Patient:innen mit eher kritischer Einstellung gegenüber Darmspiegelung und jene, die große Ängste haben, versucht man entweder zu überzeugen oder man belässt es. In Bezug auf den Stuhltest machen die allermeisten Patient:innen mit.

„Ich überweise die Patienten direkt zu meinem Kollegen nebenan, der macht dann die Darmspiegelungen.“ (11, Urolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

„Ich mache dann auch direkt die Termine für die Koloskopie bei einem niedergelassenen Kollegen – weil an den Terminen scheitert es sehr häufig – und er muss eigentlich nur sein Wässerchen trinken und hin gehen.“ (12, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Die Patienten lassen sich ziemlich schnell überzeugen, nach dem Motto „Augen zu und durch“. [...] In der Regel die Patienten wollen gar nicht entscheiden, mache ich jetzt die eine oder andere Variante. Die sagen: Mensch Doktor, du hast mein Vertrauen, sage mal, was soll ich machen?“ (14, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

Das spontane Gesamturteil zur Broschüre fällt gemischt aus und basiert zumeist auf geringer Detailkenntnis

Bei der Zusammenstellung der Stichprobe war durch entsprechende Quotierung bereits festgelegt worden, dass die Hälfte der befragten zehn Ärzt:innen die Broschüre innerhalb der eigenen Praxis einsetzt, die andere Hälfte nicht. Dass also unter den Ärzt:innen, die die Broschüre nicht einsetzen, diese nur rudimentär bekannt ist, überrascht nicht. Allerdings zeigte sich in den Interviews, dass auch diejenigen, die sie nutzen (dies in erster Linie durch Auslage im Wartezimmer oder durch Mitgeben), die Inhalte eher oberflächlich kennen.

Gefragt nach einer ersten Gesamteinschätzung der Broschüre durch die Ärzt:innen lassen sich drei Sichtweisen unterscheiden. Dabei ist allerdings die entsprechende Vorabquotierung nach Nutzenden und Nicht-Nutzenden zu berücksichtigen – wobei diese aber vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der quantitativen Befragung erfolgte und somit auch für die Grundgesamtheit aussagekräftig sein dürfte.

1. Die erste Gruppe (3 von 10 Befragten, darunter zwei Hausärzt:innen und ein/e Gastroenterolog:in) schätzt die Broschüre als grundsätzlich „gut“ ein und würde auf den ersten Blick nicht viel ändern. Bei näherem Hinsehen äußern sich diese Befragten aber im weiteren Verlauf hinsichtlich Verständlichkeit, inhaltlicher Wiederholung von Informationen oder der Darstellung von Informationen kritisch.

2. Die zweite Gruppe (3 von 10 Befragten, darunter jeweils ein/e Hausärzt:in, Gastroenterolog:in und Gynäkolog:in) findet die Broschüre gut, sieht wenig Änderungsbedarf, möchte die Inhalte der Broschüre weitgehend beibehalten und lediglich in kleinerem Umfang Formulierungen anpassen und Kürzungen vornehmen. So betont eine/r der befragten Ärzt:innen, dass die Broschüre ohnehin nur von den Patient:innen gelesen werde, die sich grundsätzlich für Gesundheits- und Vorsorgethemen interessieren und entsprechend Wissensbedarf mitbringen. Daher könne die Broschüre ruhig viele inhaltliche Aspekte abdecken, damit jeder die für sich relevanten Informationen findet.
3. Die dritte Gruppe der Ärzt:innen (insgesamt 4 von 10, darunter drei Hausärzt:innen und ein/e Urolog:in) sagt sofort, dass ihnen die Broschüre viel zu kompliziert und zu lang erscheint, vor allem mit Blick auf ältere Patient:innen und jene ohne akademischen Bildungshintergrund. Die Tabellen wirken aus ihrer Sicht sehr verwirrend und es bestehe ihrer Meinung nach die Gefahr, dass die Patient:innen diese nicht richtig interpretieren können. Die Broschüre würde von den Patient:innen daher entweder gar nicht gelesen oder aber letztlich zu sehr verwirren und womöglich von der Darmspiegelung abschrecken. Daraus folge wiederum zusätzliche Überzeugungsarbeit für die Ärzt:innen, um diese Bedenken auszuräumen.

Die Kenntnis der Ärzt:innen zur Broschüre musste durch entsprechende Beschäftigung vor dem Interview bzw. durch die gemeinsame Exploration im Rahmen des Interviews zumeist aufgefrischt werden. Dabei wird zunächst die optische Aufmachung der Titelseite im positiven Sinne als neutral, nicht zu aufdringlich und frei von emotionalen Botschaften wahrgenommen. Diese Neutralität empfinden alle befragten Ärzt:innen dem Thema entsprechend als passend, reale Fotos oder reißerische Überschriften wären ihrer Meinung nach die falsche Wahl.

„Ich finde die Aufmachung auch angenehm neutral und nicht irgendwie reißerisch oder energieüberladen. Man geht mit dem Thema eigentlich relativ frisch und dann doch auch nüchtern um, und das ist völlig adäquat.“ (I4, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

„Die Stimmung ist neutral, nüchtern, professionell. Und das meine ich aber überhaupt nicht negativ.“ (I10, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

V2 Wie nutzt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung im Rahmen ihrer ärztlichen Beratungstätigkeit und wie bewerten sie deren Eignung für diesen Zweck (Akzeptanz und inhaltliche Bewertung)?

Folgender Abschnitt fokussiert auf die Erkenntnisse rund um die praktische Nutzung und den Einsatz der Broschüre im Praxisalltag. Die Nutzung ist ein Indikator für die Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz, aber es zeigte sich auch, dass die Broschüre den meisten nur sehr rudimentär bekannt ist. Die inhaltliche Bewertung als weiterer Aspekt von

Akzeptanz kann daher nicht allein im Zusammenhang mit den Erkenntnissen zur Nutzung reflektiert werden.

Es zeigte sich in den Interviews, dass die inhaltliche Akzeptanz nicht von Aspekten wie Verständlichkeit und Umfang losgelöst diskutiert werden konnte – und dass für eine Einschätzung all dieser Aspekte zunächst eine Auffrischung der Erinnerung durch den gemeinsamen „Walkthrough“ nötig war.

Die inhaltliche Bewertung der Broschüre wird daher nicht in diesem Abschnitt, sondern zusammen mit den Eindrücken zu Verständlichkeit und Umfang im nachfolgenden Abschnitt V3 thematisiert.

Generell setzen die Ärzt:innen bei den Patient:innen selbst eher selten Informationsmaterial ein – dieses steht eher ergänzend bereit

Über alle Interviews hinweg zeigt sich, dass die befragten Ärzt:innen ein starkes Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten zur Aufklärung legen. Gleichzeitig beklagen sie, dass im Praxisalltag oftmals nur wenig Zeit für ausführliche Gespräche mit den Patient:innen vorhanden ist. Die Mehrheit der Befragten – mit Ausnahme der Gastroenterolog:innen – nutzt in der Situation des Beratungsgesprächs selbst eher selten weiterführendes Material, um anhand dessen zu erläutern oder zu beraten. Wenn sie das tun, dann stellen sie weiterführende Materialien (seien es die Broschüre oder andere Publikationen) eher flankierend bereit, geben diese beim Gespräch oder bei der Verabschiedung in die Hand oder verweisen auf die entsprechende Auslage innerhalb der Praxis. Einige erinnern oder verweisen auf ein weniger umfangreiches Faltblatt, das es in früheren Jahren gegeben hätte, aber eingestellt worden sei. Einige wenige Ärzt:innen haben zudem eigenständig gezielt nach Informationsmaterialien gesucht (z. B. A4-Blatt der KBV oder YouTube Videos), um diese den Patient:innen bereit zu stellen, mitzugeben oder anhand derer zu erläutern.

„Ich hatte eine Art Faltblatt, da waren die Ansprüche drauf dargestellt. Das war nicht so eine umfangreiche Broschüre, aber die gibt es jetzt seit anderthalb Jahren nicht mehr. Ich mache die Gespräche seitdem ohne Material.“ (I1, Urolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

„Also, um ganz ehrlich zu sein, nein, [ich vermisse kein Infomaterial]. Weil was wollen Sie dem Patienten zeigen? Ich rede sehr viel mit meinen Patienten. [...] die Leute, die jetzt ein bisschen fit im Internet sind, die gehen natürlich in das Internet und schauen noch einmal in das Internet und wollen wissen wie und was gemacht wird. [...]“ (I2, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Die Tatsache, dass die Broschüre, die Gegenstand der Interviews ist, in der Beratung zur Darmkrebs-Früherkennung (gemäß EBM-Ziffer 01740) verwendet werden soll, ist demnach im Praxisalltag außerhalb der Gastroenterolog:innen wenig präsent. Gastroenterolog:innen verweisen darauf, dass es sich um die offiziellen Aufklärungsbroschüren zum Thema handle, ebenso wie eine der befragten Hausärzt:innen, die die Broschüre einsetzt. Die andere Hausärztin in der Stichprobe, die die Broschüre ebenfalls in ihrer Praxis einsetzt, zeigte sich hingegen überrascht von dieser Information.

„Also ich gebe sie aktiv raus. Also nicht immer, aber ich habe sie auch noch nicht so lange. Und ich habe auch nicht so viele geschickt bekommen und müsste mal welche nachbestellen, nachdem ich jetzt [Anm.: durch das Interview] weiß, dass es eine Richtlinie ist, tue ich das auch mit Freude, weil ich glaube die Patienten haben gerne mehr Informationen.“ (I10, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

Grundsätzlich äußern die befragten Ärzt:innen den Wunsch bzw. auch die Erwartung, Informationsmaterial direkt als aktive Zusendung in die Praxis zu erhalten. Diejenigen, die die Broschüre einsetzen, sind in allen Fällen aktiv von ihren Verbänden oder im Rahmen von Fortbildungen darauf aufmerksam gemacht worden, haben einen Vorrat erhalten oder berichten z. B. den Erhalt von Faxformularen, um diese zu bestellen. Andere wiederum stellen fest, dass sie besagte Broschüre nicht aktiv von ihrer Landes-KV erhalten hätten und somit keine besondere Verpflichtung bzw. Richtlinie ersichtlich gewesen sei.

„Mein Sprechzimmer ist klein, deswegen würde das einfach den Rahmen ein bisschen sprengen, wenn im Sprechzimmer auch noch die Folder sind. [...] Wenn ich so eine Broschüre im Gespräch benutzen soll, dann muss ich das schon auch wissen. Diese ganzen Organspendesachen haben wir zugeschickt bekommen und die kann man auch nachbestellen. Aber also das, wie gesagt, wusste ich nicht, das wurde nicht so vermittelt.“ (I3, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Auf der anderen Seite äußern sich einige Ärzt:innen bedauernd darüber, dass ihrem Eindruck nach offenbar viele Anspruchsberechtigte keine Informationen von den Krankenkassen erhalten. Die Patient:innen werden erst im Arztgespräch selbst zum Thema Darmkrebs-Früherkennung aufgeklärt.

„Ich nutze die Broschüre. Aber ich habe immer das Gefühl, dass ich der einzige damit bin [...] viele Patienten, und ich bin da eingeschlossen, haben auch keine Aufforderung von [der] Krankenkasse bekommen. [...]. (I7, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

Unterschiede nach Fachgruppen

In der quantitativen Befragung gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den ärztlichen Fachgruppen, was die verschiedenen Formen der Nutzung der Broschüre betrifft (vgl. Kapitel 4.1.4, Abschnitt V2). In den qualitativen Interviews zeigen sich hingegen Unterschiede zwischen Gastroenterolog:innen auf der einen und den anderen Fachgruppen auf der anderen Seite. Allerdings müssen diese aufgrund der geringen Fallzahlen der einzelnen Fachgruppen im Gesamtsample mit Vorsicht interpretiert werden.

Unter den **Ärzt:innen, die selbst keine Darmspiegelungen durchführen** (d. h. die befragten Hausarzt:innen, Urolog:in, und Gynäkolog:in), sehen die meisten tendenziell keine Möglichkeit, eine Broschüre wie die im Umfang der vom G-BA herausgegebenen im Gespräch mit den Patient:innen detailliert durchzugehen. Grundsätzlich sind die Ärzt:innen eher gewillt, Informationsmaterialien zusätzlich zum Gespräch als Lektüre für Zuhause mitzugeben. Auch die beiden Nicht-Gastroenterolog:innen, die die Broschüre einsetzen, tun dies in erster Linie, indem sie im Beratungsgespräch darauf verweisen und sie ihren Patient:innen in die Hand und nach Hause mitgeben.

„Also ich bin ein großer Freund von Broschüren, was man in die Hand mitgeben kann, das ist immer nochmal was anderes, als wenn man denen irgendwie einen Link mitgibt oder eine Website empfiehlt. Also ich arbeite zum ganzen Thema Vorsorge gerne mit Broschüren.“ (I9, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

Befragte Urolog:innen, Hausarzt:innen und Gynäkolog:innen, die die Broschüre hingegen nicht nutzen, führen entweder an, sie nicht zu haben oder sagen, dass Umfang und Komplexität der Broschüre, sie davon abhalte, die Broschüre in der Praxis auszu-legen oder diese an ihre Patient:innen weiterzugeben. Sie nutzen dann entweder grundsätzlich gar kein zusätzliches Informationsmaterial oder aber selbst gewählte Formate.

„Ich habe mir aus Verzweiflung, weil die Hefte ausgegangen waren, immer so ein A4 Blatt von der KBV ausgedruckt. [...] jetzt, wo ich das Heft wieder bekommen habe, war ich auch froh.“ (I8, Gynäkolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

Teilweise kommt an dieser Stelle auch der Hinweis, dass die Patient:innen erst in der Praxis der/des Gastroenterolog:in die genaueren Informationen benötigen und nicht schon vorab im Aufklärungsgespräch bei ihrem/ihrer Hausarzt/-ärztin.

Die Fachgruppe der **Gastroenterolog:innen** hingegen unterscheidet sich insofern von dem Rest der befragten Ärzt:innen, als dass sie erst eine zentrale Rolle spielen, wenn die Entscheidung für die Darmspiegelung bereits gefallen ist. In den beiden Interviews mit den Gastroenterolog:innen fällt auf, dass diese die Broschüre durchaus sehr gerne in ihrer Praxis aufstellen und/oder an die Patient:innen herausgeben, da sie das Informationsangebot grundsätzlich für eine gute Aufklärung über die Möglichkeiten zur Darmkrebs-Früherkennung halten. Die Broschüre dient für sie somit als eine zusätzliche Absicherung, den Patient:innen alle wichtigen Informationen mitgegeben zu haben.

V3 Sind Verständlichkeit, Gestaltung und Umfang der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung aus Sicht der Vertragsärztenschaft adäquat für die anspruchsberechtigte Zielgruppe?

Ärzt:innen schätzen die Verständlichkeit der Texte gut ein, kritisieren jedoch überwiegend die Tabellen als für viele ihrer Patient:innen zu komplex

Generell schätzen die befragten Ärzt:innen vor allem die ersten Seiten der Broschüre (Früherkennung und Vorbeugung, Häufigkeit von Darmkrebs und Ablauf der Darmspiegelung) sowie die Darstellung der praktischen Unterschiede zwischen Stuhltest und Darmspiegelung auf den Seiten 16 und 17 als wichtig und inhaltlich relevant ein. Diese Passagen sind ihrer Wahrnehmung nach für die Patient:innen auch verständlich. Sie halten zudem überwiegend die Darstellung der praktischen Unterschiede zwischen Darmspiegelung und Stuhltest im Entscheidungsprozess der Patient:innen für ausschlaggebender als Tabellen und Statistiken.

„Ich finde das gut. Es ist wirklich sehr einfach geschrieben. [...] Es ist nur zu lang.“ (I2, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Kritik an der Verständlichkeit wird in den meisten Interviews an den zahlenbasierten Übersichten und Tabellen geäußert. Abgesehen von der Tabelle auf Seite 4 zur Häufigkeit von Darmkrebs empfinden die meisten der befragten Ärzt:innen die Tabellen auf Seite 8 (Vor- und Nachteile der Darmspiegelung) und die tabellarischen und grafischen Darstellungen zum Stuhltest (Seite 12 und 13) für die Zielgruppe der Anspruchsberechtigten als zu verwirrend. Damit beziehen sie sich einerseits darauf, dass die Tabellen zu komplex und anspruchsvoll für die meisten im Umgang mit solchen Darstellungen nicht geschulten Patient:innen seien – andererseits aber auch darauf, dass die Patient:innen in die Irre geführt werden könnten und die aus ihrer ärztlichen Perspektive überwiegenden Vorteile der Koloskopie in Frage stellen könnten. Aus ihrer Sicht sind die Tabellen und Zahlen teilweise nicht immer auf Anhieb leicht zu verstehen und manche Ärzt:innen brauchen selbst einen Moment, ehe sie alle Daten richtig deuten und erklären können. Daher äußern einige Befragte den Wunsch nach einfacheren, stichpunktartigen Formulierungen und vor allem nach verbalen Zusammenfassungen der Kernbotschaften.

„Wenn der Patient jetzt hier liest und sagt von Tausend wird eine gerettet, dann denkt der sich nur: Was? Das ist aber wenig. Also solche Tabellen zeige ich denen gar nicht. Sondern, ich rede mit denen und bringe die Sachen auf den Punkt. [...] Ansonsten ist die Broschüre aber gut verständlich, so vom Text her.“ (I2, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Letztendlich will der Patient einfach nur wissen, was bedeutet es für MICH? [...] Zu viele Zahlen sind zu verwirrend.“ (I3, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Als Alternative zu den bisherigen Tabellen schlagen einige Befragte andere und farbigere Visualisierungen vor (z. B. Tortendiagramme), die den Ärzt:innen im Idealfall im Beratungsgespräch Hilfestellung leisten sollen.

„Diese Statistik vorne finde ich schreckt so ab [...]. Ein bisschen bunter, ein bisschen abwechselnder, ein bisschen weniger Zahlen, weniger Statistiken, mehr Kuchendiagramme, Fließdiagramme.“ (I10, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

Mehrheitlich kritisieren die Ärzt:innen den Umfang der Broschüre

Der Umfang der Broschüre steht wie beschrieben bei einer Teilgruppe derer, die sie nicht einsetzen, unmittelbar gleich zu Beginn der Interviews in der Kritik. Damit begründen sie dann auch, warum sie sie in ihrer Praxis nicht einsetzen.

„Die Broschüre ist zu lang für ein Gespräch. Ich könnte sie höchstens mitgeben.“ (I1, Urolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

Allerdings vermerken auch weitere Ärzt:innen, die sich zu Beginn der Interviews spontan zufrieden äußerten, im gemeinsamen Durchgehen der Broschüre innerhalb des Interviews wiederholt, das doch etliches zu lang und zu umfangreich sei. Sie kritisieren außerdem, dass Zahlen und Daten in verschiedenen Formen und Formulierungen mehrmals über die gesamte Broschüre hinweg dargestellt werden: einmal jeweils in den Kapiteln zur Darmspiegelung und zum Stuhltest ausführlich, dann noch einmal in der zusammenfassenden Gegenüberstellung auf den letzten Seiten. Im Sinne einer

besseren Verständlichkeit und zwecks Verringerung des Umfangs der Broschüre könnte man diese Aspekte jedoch lieber zusammen gebündelt an jeweils nur einer Stelle thematisieren.

Auf der anderen Seite empfehlen die Ärzt:innen, diese Informationen zusätzlich noch um die genauen Anspruchsregelungen und Kombinationsmöglichkeiten von Stuhltest und Darmspiegelung zu ergänzen. Auch die häufige Patient:innen-Frage, ob eine Überweisung zu Gastroenterolog:innen benötigt wird oder ob man einfach einen Termin machen kann, sollte aus Sicht der befragten Ärzt:innen hier aufgegriffen werden.

Zumeist kommt daher auch der Vorschlag, dass die Tabellen gekürzt werden sollten, da sich die meisten Patient:innen vermutlich in den Informationen verlieren, die Hälfte der Informationen beim Überfliegen übersehen oder die Broschüre gleich weglegen, weil sie zu umfangreich erscheint.

*„Die Broschüre ist insgesamt zu umfangreich. Also ich würde mich bei so einer Broschüre auf Schriftinformationen stützen. Ich würde mit solchen Grafiken äußerst zurückhaltend sein und würde das realisieren, wofür die Broschüre gemacht ist, nämlich die Patienten abzuholen, die nicht zur Vorsorge gehen. Das macht die Broschüre bisher nicht.“
(I4, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)*

Ein kleinerer Teil der Ärzt:innen betont hingegen, dass die Broschüre durchaus auch umfangreich sein darf, insbesondere für diejenigen Patient:innen, die ein hohes Grundinteresse und dementsprechend einen hohen Informationsbedarf mitbringen.

Detaillierte Exploration der Tabelle innerhalb der Interviews

Es erwies sich aufgrund der beschriebenen Detailkenntnistiefe in den Interviews zumeist als sinnvoll (analog zu den Interviews mit den Anspruchsberechtigten), die Broschüre gemeinsam weitgehend Seite für Seite bzw. chronologisch durchzugehen.

Nach den vorangehenden einführenden Teilabschnitten zu Verständlichkeit und Umfang werden nachfolgend die Erkenntnisse zu einzelnen Seiten der Broschüre detailliert dargestellt. Es zeigt sich, dass die formale Bewertung (Gestaltung, Verständlichkeit, Umfang) nicht von der inhaltlichen Bewertung losgelöst betrachtet werden kann und dass ebenso die Bewertung von Gestaltung, Verständlichkeit und Umfang immer miteinander verwoben ist.

Dabei wurden die ersten Seiten zumeist als inhaltlich und vom Umfang her weitgehend passend sowie als verständlich geschrieben erlebt. Dezidiere formale Kritik zur Gestaltung und Aufbereitung der Informationen setzt erst mit Beginn des Kapitels zur Darmspiegelung ein und wird im weiteren Verlauf zumeist vehementer. In der ausführlichen Beschäftigung mit der Broschüre in den Interviews zeigt sich mehrfach, dass die Inhalte den Ansichten und ausgesprochenen Empfehlungen der Ärzt:innen zum Teil widersprechen. Gerade weil nicht alle der befragten Ärzt:innen die Inhalte der Broschüre im Vorfeld tatsächlich gut kennen, entwickelt sich dann im Interview teilweise Unmut über Aussagen in der Broschüre, wenn das Gefühl

entsteht, diese würden zu denen eigenen Empfehlungen konkurrierende Fakten liefern (z. B. zum Thema Stuhltest).

Es ist in den Interviews wiederholt die Sorge erkennbar, dass Fakten aus der Broschüre eigene ausgesprochenen Empfehlungen in Frage stellen können oder auch, dass missverständliche Fakten zu erhöhtem Nachfragebedarf der Patient:innen führen.

„Das würde nicht jeder kapieren [...], aber zur Vertiefung, wenn sie es mit nach Hause nehmen und durchgehen, finde ich es gut. Ich bin mir sicher, dass sie mit Fragen wieder auftauchen werden, aber ist gut, dafür bin ich da.“ (18, Gynäkolog:in, setzt Broschüre nicht ein, bezieht sich auf die Grafik auf Seite 12 zum Stuhltest)

- **„Früherkennung und Vorbeugung“ (Seite 3)** enthält nach Meinung der befragten Ärzt:innen genau die richtigen Informationen für die Anspruchsberechtigten. Sie finden gut, dass die Überschriften Fragen der Patient:innen aufgreifen und sehen hier kaum Kürzungsbedarf. Stattdessen empfehlen sie diese Art der Aufbereitung quasi als generelle positive Blaupause für die Broschüre im Sinne prägnanter und kurzer Textabschnitte, die sich an möglichen typischen Fragen der Patient:innen orientieren (wie sie etwa in der zusammenfassenden Übersicht ab Seite 16 aufgeführt sind, ergänzt um die in der Praxis häufig gestellte Frage, ob für die Darmspiegelung eine Überweisung notwendig sei).

„Auf jeden Fall gut, dass hier auch steht, dass nichts passiert, wenn ich nicht teilnehme. Halte ich für wichtig, dass den Patienten transparent zu machen.“ (15, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Und wenn alles gut ist, dann kommt der Patient erst in zehn Jahren wieder, aber er kann das Thema erst einmal abhaken und ist auf der sicheren Seite.“ (17, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

- **„Informationen zu Darmkrebs“ (Seite 4):** Die ersten Absätze und die Tabelle werden als passend erlebt und sollen aus Sicht der Ärzt:innen nicht gekürzt werden. Die in der Tabelle gewählten Formulierungen zur Darstellung der Häufigkeiten („x von 1000“) werden in diesem Fall als leicht verständlich und nachvollziehbar empfunden. Der letzte Absatz zu weiteren Risikofaktoren („Welche Rolle spielen andere Risikofaktoren?“) sollte nach Einschätzung einiger Ärzt:innen hingegen stärker herausgehoben werden und geht ihrer Meinung nach im Umfang der Broschüre tendenziell unter.

„Es ist super, dass hier auf das steigende Risiko aufmerksam gemacht wird. Allerdings sollte man die Risikofaktoren noch etwas hervorheben. Vielleicht kann man auch mit roten Pfeilen arbeiten, die ansteigen.“ (11, Urolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

„Diese Grafik finde ich in Ordnung.“ (10, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

- **„Die Darmspiegelung“ (Seite 5 und 6)** inklusive der bildhaften Koloskopie-Darstellung erleben die befragten Ärzt:innen als verständlich und überwiegend als inhaltlich sinnvoll und passend im Umfang. Hier werden aus Sicht der Ärzt:innen die

in der Praxis wichtigsten Informationen für die Patient:innen nachvollziehbar beschrieben.

In Beratungsgesprächen mit ihren Patient:innen gehen einige der befragten Ärzt:innen oftmals noch genauer auf das Prozedere der Untersuchung ein, da hiermit ihrer Einschätzung nach auch viele Ängste und Bedenken verknüpft sind. Auf der anderen Seite empfinden nicht alle befragten Ärzt:innen die ausführliche Beschreibung der Vorbereitung und die bildhafte Darstellung der Koloskopie als hilfreich, etwa um es in einem Beratungsgespräch einzusetzen. Nicht alle Patient:innen wolle man so ausführlich über den Vorgang informieren und ggf. abschrecken, etwas mit der Visualisierung einer unangenehmen Situation oder der vergrößerten Abbildung des Greifarms im Schlauch. Gerade ängstlichere Patient:innen versucht man oberflächlicher zu beraten, ohne zu sehr ins Detail zu gehen. Daher wünschen sich einige der befragten Ärzt:innen in diesem Fall eine harmlosere und weniger detaillierte Darstellung des Schlauchs. Vereinzelt wird der Vorschlag geäußert, ggf. noch ein weiteres Bild mit einer gezeichneten Darmwand einzufügen, in der ein Polyp durch eine Schlinge entfernt wird.

„Super, dass es so anschaulich und verständlich beschrieben wird. [...] Die Aufklärungsbögen für so eine Darmspiegelung arbeiten ja auch mit Bildern beispielsweise von Polypen, die dann entfernt werden. Das kann dann im Gespräch mit den Patienten so veranschaulicht werden.“ (I5, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Wenn ich das so lese [...] man trinkt ein Abführmittel. 2 bis 4 Liter. Man darf nichts essen. Da kommt ein langer Schlauch in den Darm. Das ist gut erklärt, wie es abläuft. [...] Ich würde die Abbildung auf Seite 6 weglassen. So genau müssen die das gar nicht wissen.“ (I9, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

- **Nachteile, Risiken und Grenzen der Darmspiegelung (Seite 7):** Grundsätzlich betonen alle befragten Ärzt:innen, dass mögliche Risiken der Darmspiegelung auch klar angesprochen werden sollten. Kürzungspotential sehen die Befragten hier erneut darin, die Aussagen noch etwas knapper und prägnanter zu formulieren. Die Interviews zeigen, dass sich einige Ärzt:innen im Hinblick auf die Erwähnung der Komplikationen im Textabschnitt durchaus auch angegriffen und zur Verantwortung gezogen bzw. zur Rechtfertigung verpflichtet fühlen.

„Die Zahlen finde ich gar nicht so deutlich. [...] ich würde vielleicht sagen: ‚Ja, es kann mal ganz selten mal sein, aber die Vorteile überwiegen die Nachteile und deshalb würde ich Ihnen dazu raten‘ [...] Die Grenzen der Darmspiegelung müssten jetzt kein extra Absatz sein, da würde auch ein kurzer Satz reichen.“ (I1, Urolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

„Nachteile und Risiken [...] Komplikationen sind sehr selten. Hier wird das in epischer Breite beschrieben. Will ich das wissen? Eher Augen zu und durch. Ein Darmdurchbruch kommt durch zu viel Druck im Bauch und dann kommt es zur Verletzung des Darms. Die Leute denken dann, der Arzt macht einen Fehler. Da gehe ich doch direkt zum Anwalt. Die Verletzung ist dann eine Schuldzuweisung.“ (I9, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

- **„Darmspiegelung: Vor- und Nachteile der Teilnahme in Zahlen“ (Seite 8)** wird nach Einschätzung der befragten Ärzt:innen für die Zielgruppe der Anspruchsbe-



rechtigten überwiegend als verwirrend eingestuft. Dabei wird nicht das tabellarische Format per se abgelehnt, sondern die tabellarische Form in dieser Zusammenstellung und in Relation der Inhalte zueinander. Zum Teil zeigt sich, dass auch die Ärzt:innen hier eine Weile überlegen müssen, bevor sie die Aussage der Tabelle benennen können. Es kommt zudem der Hinweis, dass die unterschiedlichen Altersgruppen in der Überschrift der Tabelle untergehen und man sehr genau hinschauen müsse, wo man sich befinde. Dies ist in den Interviews mit den Anspruchsberechtigten in der Tat auch vorgekommen (vgl. Kapitel 0, Abschnitt A4).

Die Kritik der Ärzt:innen äußert sich meist dahingehend, dass die Patient:innen mit der Art der Zahlendarstellung vermutlich nicht umgehen können und womöglich daraus entnehmen, die Darmspiegelung sei insbesondere mit 50 noch nicht unbedingt nötig. Auch die Spanne zwischen den Werten sei teilweise recht groß und könnte die Patient:innen überfordern. Eine weitere Sorge ist, dass Patient:innen den Schluss ziehen könnten, Komplikationen und verhinderte Todesfälle würden sich aufwiegen – was nach Ansicht der befragten Ärzt:innen nicht der Fall ist. Ebenfalls negativ wirkt auf die Ärzt:innen, dass hier alle möglichen Formen und Schweregrade von Komplikation in einer Zahl zusammengefasst werden, während Patient:innen ihrer Meinung nach womöglich meist von der schlimmsten Komplikation ausgehen. Zudem wird als verwirrend empfunden, ob in der Zeile „ohne Früherkennung“ nur das Fehlen einer Darmspiegelung gemeint ist oder ob hier auch der Stuhltest ausgeschlossen wird.

Nach Einschätzung der befragten Ärzt:innen fehlt es am persönlichen Bezug, auch im Sinne einer besseren Verständlichkeit und zwecks Beantwortung der zentralen Frage: Wie ist „mein“ Risiko als Patient:in und wie sehr wird „mein“ Risiko durch die Früherkennung verringert? Als problematisch wird vor allem die Formulierung „x erkrankt / stirbt weniger“ erachtet, da dies aus Sicht der Ärzt:innen unpersönlich und zu negativ anmutet. Besser solle positiver formuliert werden (z. B. „es werden x Personen gerettet“). An Stelle der bisher verwendeten Zahlenspannen schlagen die Befragten Mittelwerte oder eine Formulierung wie in der Zusammenfassung vor („Bis zu 13 von 1000 Männern weniger.“). Zudem machen sich einige Ärzt:innen Gedanken darüber, ob man Patient:innen entlasten könnte, indem nicht beide Spalten (erkranken und sterben) erwähnt werden, weil eine Spalte ausreichen würde.

„Ich denke, [der Patient] versteht das mit Sterben und Erkrankungen nicht [und] was das bedeutet, dass da zehntausend weniger erkranken. Der sagt halt: ‚Ja, das ist ja weniger als ein Prozent, also Frau Doktor, da können die Komplikationen schon irgendwie höher sein oder so. Oder die Komplikationsrate ist ja da gleich hoch irgendwie, ja?‘.“ (13, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Die Gegenüberstellung stimmt und ist auch nachvollziehbar, aber man muss, um das zu erfassen und vor allem auch zu bewerten, schon einen gewissen Intellekt mitbringen. [...] Meine Ideallösung wäre, [...] es gibt modulare Dinge, die ich als Anwender dazu buche oder nicht.“ (14, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

- Die Darstellung zu **Polypen (Seite 9)** als möglicher Befund der Darmspiegelung wird seitens der befragten Ärzt:innen überwiegend sehr positiv erlebt. Besonders gut empfinden die meisten Befragten, dass mit den hier gewählten Formulierungen versucht wird, die Angst der Anspruchsberechtigten vor einem möglichen positiven Befund zu mindern. Der folgende Abschnitt zum weiteren Vorgehen nach einer Darmkrebsdiagnose wird hingegen nicht von allen Ärzt:innen positiv bewertet und nicht zwingend als Teil einer Vorsorgeaufklärung verstanden. Vor allem weil die Befragten gerade jene Patient:innen im Blick haben, die man von einer Darmspiegelung erst überzeugen muss, könnten zu dramatisierende Informationen in der Broschüre ihrer Meinung nach hinderlich sein.

„Wenn Darmkrebs gefunden wird, gehört das in eine Broschüre, die heißt: ‚Darmkrebs, was jetzt?‘ oder so. Also ich finde, das gehört da nicht rein. Bei dem Polypen, das ist noch in Ordnung, weil der Polyp wird ja im Regelfall abgeknipst [...] Aber wenn da wirklich was gefunden wird, [...] das gehört zur Vorsorge nicht dazu.“ (19, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

- Das Kapitel über den **Stuhltest (Seite 10-13)** nehmen die meisten befragten Ärzt:innen generell kritisch und zu umfangreich wahr – wenn auch teils aus unterschiedlichen Gründen: Entweder weil der Stuhltest aus ihrer Perspektive unzulässigerweise als Alternative zur Darmspiegelung dargestellt werde oder aber, dass der Stuhltest zu schlecht wegkomme. Insbesondere der Ablauf des Stuhltests sollte ihrer Einschätzung nach nicht derart detailliert beschrieben werden, da dies den meisten Patient:innen ohnehin bekannt sei oder im Aufklärungsgespräch bzw. mit Hilfe der Packungsbeschreibung schnell klar werden würde.

„Stuhltest kann man echt ein bisschen [komprimieren], also ich meine, auf der Packung steht es dann auch nochmal drauf.“ (13, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Die Nennung der Nachteile des Stuhltests wird als wichtig empfunden, allerdings sehen die befragten Ärzt:innen hier auch Möglichkeiten der Komprimierung und Kürzung. Redundant bis hin zu verwirrend ist aus Sicht der Ärzt:innen die erneute Erwähnung von Komplikationen bei der Darmspiegelung, die bei einem positiven Stuhltestbefund nötig wird. Für den gesamten Abschnitt zum Thema Stuhltest würde die Mehrheit der Befragten nicht mehr als eine Seite in der Broschüre einräumen wollen.

Ärzt:innen, die den Stuhltest als grundsätzlich sinnvollen Teil der Darmkrebs-Früherkennung ansehen, sind teils über die hier genannten Zahlen und Daten selbst überrascht. Sie äußern Zweifel zu den Werten in der Tabelle „Stuhltest: Vor- und Nachteile in Zahlen“ (Seite 13) und fürchten eine mögliche Konkurrenzsituation durch die Broschüre in Bezug auf die Beratung ihrer Patient:innen. In der vorhergehenden Grafik „Auf einen Blick“ (Seite 12) finden sie ihre persönlichen Einschätzungen zum Stuhltest hingegen wieder bestätigt.

„Es ist eigentlich falsch, den Stuhltest und die Darmspiegelung so gegenüber zu stellen. Denn während der Stuhltest nur Diagnostik ist, ist die Darmspiegelung ja Diagnostik und

Vorsorge zugleich. Natürlich habe ich da dann auch andere Zahlen zu Komplikationen und so weiter. Aber ja auch eine viel bessere Früherkennung! Deswegen nimmt der Stuhltest auch mit vier Seiten einen viel zu großen Raum in der Broschüre ein.“ (16, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Der Stuhltest kommt leider zu negativ weg. Ich bin ein Fan von dem Stuhltest, weil ich gerade die, die nicht so ganz begeistert sind, eine Spiegelung machen zu lassen oder die überhaupt vielleicht wenig vorsorgeaffin sind, die kann ich mit dem Stuhltest leichter einfangen. Aber leider Gottes stehen hier weniger gute Zahlen drin als ich eigentlich dem Patienten immer sage.“ (110, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

- Die **Stuhltest-Grafik „Auf einen Blick“** (Seite 12) wird insgesamt kontrovers gesehen. Die vom Stuhltest als Mittel der Früherkennung überzeugten Ärzt:innen finden die Übersicht praktisch, anschaulich und schätzen sie als hilfreich für die Zielgruppe der Anspruchsberechtigten ein. Diese Befragten fühlen sich durch die dargestellten Zahlen und Fakten auch in ihrer Sicht auf die Wirksamkeit des Stuhltests bestätigt.

„Ist super dargestellt. Als Patient denkt man dann: Das ist ja gar nicht so schlecht, was der Stuhltest kann.“ (15, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Die andere Gruppe der klaren Koloskopie-Befürworter:innen sieht in der Grafik hingegen kaum Mehrwert für die Patient:innen, da sie keine neuen Informationen bietet und stattdessen neben den vielen anderen Tabellen und Zahlenbeispielen nur zusätzlich Verwirrung stiftet. Für sie ist zumeist die zentrale Information der Seite, dass der Stuhltest oftmals falschen Alarm schlägt (223 Frauen bzw. 180 Männer mit unauffälligem Ergebnis). Allerdings werde diese Information schon auf den Seiten zuvor beschrieben. Daher empfehlen einige, entweder nur die Grafik mit einer kurzen Einordnung zum Ablauf des Stuhltests einzubinden oder an Stelle der Grafik nur den Text mit Erläuterungen zu Nachteilen und Grenzen des Stuhltests zu setzen.

„Für ganz viele Patienten ist das zu abstrakt. [...] Die wollen doch eigentlich gar nicht entscheiden, die wollen dem Arzt vertrauen können. Der Stuhltest ist zwar besser als gar nichts, aber eigentlich ist doch die Darmspiegelung das Beste. Darum sollte es gehen.“ (14, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

- Die Seite **„Stuhltest: Vor- und Nachteile in Zahlen“ (Seite 13)** inklusive der dargestellten Tabellen wird mit Blick auf die zuvor gebotenen Informationen mehrheitlich als verzichtbar erachtet. Nach Einschätzung der zumeist stark pro Koloskopie-argumentierenden Ärzt:innen sollte aber gerade der abschließende Satz auf dieser Seite „Es ist nicht nachgewiesen, dass der Stuhltest das Risiko senkt, an Darmkrebs zu erkranken“ als zentrale Aussage generell einen anderen Stellenwert und damit auch eine andere Platzierung innerhalb der Broschüre einnehmen: entweder in einer Übersicht zum Einstieg in die Broschüre oder zu Beginn des Stuhltest-Kapitels in der Einordnung des Stuhltests auf Seite 10.

„Diese Seite ist doch eher nichts aussagend. Da verändert sich ja aus Sicht der Patienten nicht wirklich was und eine Person weniger wirkt nach so gut wie nichts!“ (14, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)



Ärzt:innen, die den Stuhltest als grundsätzlich sinnvollen Teil der Darmkrebs-Früherkennung ansehen, äußern sich hingegen kritischer über diese Aussage und befürchten, dass die Broschüre ihre Beratung von Patienten und Patientinnen beeinflussen und eine Konkurrenzsituation erzeugen könnte. In solchen Fällen wird die Broschüre weniger als neutral und aufklärend, sondern als klare Befürwortung für die Darmspiegelung erlebt.

„Der letzte Satz ist ja nicht wirklich motivierend. Da können die mich fragen ‚Warum mache ich überhaupt den Stuhltest?‘“ (18, Gynäkolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

- Die **Zusammenfassung „Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung“ (Seite 14 und 15)** mit einer direkten Gegenüberstellung von Stuhltest und Darmspiegelung empfinden eine Reihe der befragten Ärzt:innen als generell falsch, da sie die beiden unterschiedlichen Untersuchungsmethoden grundsätzlich nicht als Alternativen dargestellt sehen wollen. Sie sehen die direkte und „schonungslose“ Gegenüberstellung statistischer von aus ihrer Sicht nicht unmittelbar vergleichbaren Alternativen kritisch und wünschen sich eher weichere, flexiblere Aussagen und Schaubilder. Sie stoßen sich u. a. an dem Kriterium „Risiko“: Dass ein Stuhltest kein Risiko, die Darmspiegelung hingegen Risiken habe, sei klar. Dies jedoch so gegenüber zu stellen sei irreführend. Der Stuhltest sollte ihrer Meinung nach klar als Vorstufe oder mögliche Ergänzung zur Darmspiegelung aufgezeigt werden. Gleichzeitig vermuten viele dieser befragten Ärzt:innen, dass die Patient:innen hier selbst die „richtigen“ Schlüsse ziehen könnten, nämlich pro Darmspiegelung.

„Das muss man kürzen. [...] Das ist doch vorher schon alles genau erklärt worden!“ (16, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Beim näheren Hinsehen ist schon das mit dem Risiko irreführend. Denn eigentlich hat ja nur die Darmspiegelung in dem Sinne Komplikationen. Aber keine Früherkennung hat ja auch ein Risiko, nämlich die Erkrankung an Darmkrebs. Da ist die Formulierung schon etwas unglücklich. Da macht einfach die Zeile „Risiko“ keinen Sinn.“ (15, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

Eine andere Gruppe der Ärzt:innen wertet diese tabellarische Gegenüberstellung prinzipiell positiv und hält sie für eine gute Basis, damit Patient:innen sich selbst eine Entscheidungsgrundlage bilden können. Einige Befragte erleben die Zusammenfassung hingegen zu vorherigen Informationen in der Broschüre als redundant und empfehlen, die Informationen entweder nur im Text oder nur in der Zusammenfassung (also in Form einer Gegenüberstellung) darzustellen.

„Diese Tabelle finde ich übersichtlich und aussagekräftig. Es ist ganz gut, dass es so gegenübergestellt wird.“ (13, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Also ich fand es gut, man kann es auf einer Seite vergleichen.“ (18, Gynäkolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

- Die **Zusammenfassung der praktischen Unterschiede zwischen Darmspiegelung und Stuhltest** (Seite 16 und 17) wird aus Sicht aller befragten Ärzt:innen grundsätzlich als sehr wichtig erachtet. Insbesondere mit Fokus auf die Darmspiegelung bietet die Tabelle noch einmal neue, bisher nicht erwähnte Informationen,



die manche Ärzt:innen auch gern erweitern würden (z. B. die Frage: Brauchen die Patient:innen einen Überweisungsschein?). Beim Thema Stuhltest hingegen wirken die hier dargestellten Informationen zum Teil redundant, da sie bereits im vorherigen Abschnitt zum Stuhltest beschrieben wurden. Auch in Bezug auf das Thema Narkose wünschen sich die befragten Ärzt:innen auf dieser Seite wie auch generell in der Broschüre ein paar mehr Informationen, da dies oft ein großes Anliegen ihrer Patient:innen darstellt.

Aus dem Kreis der Befragten kommt die Empfehlung, entweder alle praktischen Informationen in einer Tabelle zu bündeln und aus dem Text zu streichen. Alternativ könne auch die ganze Tabelle gestrichen und die Informationen nur im Text unter einer Überschrift wie „praktischer Ablauf“ sowohl bei Darmspiegelung als auch zum Stuhltest erklärt werden.

„Das sind prinzipiell die Informationen, die die Patienten haben wollen.“ (13, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

„Das ist irgendwie eine doppelte Information zu vorher und gleichzeitig ist hier auch wieder neues drin. Das könnte verwirrend sein. Oder es müsste anders in der Broschüre zusammengefasst werden.“ (15, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre nicht ein)

- Die Seiten **„Wenn Sie teilnehmen möchten“** (Seite 18 und 19) finden viele der befragten Ärzt:innen prinzipiell gut gestaltet und sinnvoll, wobei einige die zusätzlichen Zeilen für weitere Fragen auch im Sinne einer Reduktion des Umfangs der Broschüre als verzichtbar erachten. In Bezug auf die Erwähnung, dass Individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL) ruhigen Gewissens abgelehnt werden könnten, sind sich die befragten Ärzt:innen unschlüssig. Der Großteil von ihnen befürchtet, dass Teile der Ärzteschaft mit einer solchen Aussage abgeschreckt werden, die Broschüre einzusetzen und empfiehlt daher die Streichung des Satzes. Einzelne finden diese Aussage hingegen an dieser Stelle richtig.

„Ich glaube, das würden viele Kollegen nicht als gut empfinden. [...] ich würde es stehen lassen, weil es das Anrecht der Patienten ist.“ (18, Gynäkolog:in, setzt Broschüre nicht ein)

- Die **Quellenangaben (Seite 20)** können nach Meinung einiger der befragten Ärzt:innen generell kleiner gedruckt auf eine Seite komprimiert werden, um so den Umfang der Broschüre zu reduzieren. Auch die Darstellung der **Informationen zur Datenverarbeitung** über zwei Seiten (Seite 22 und 23) halten einige der Befragten für verzichtbar und schlagen vor, diese Informationen ggf. auf anderem Wege zugänglich zu machen (z. B. via QR-Code als digitales Zusatzangebot).
- Die **letzte Seite bzw. die Rückseite der Broschüre** mit den Angaben zum Absender wünschen sich einige der Ärzt:innen hingegen bereits als anfängliche Information, damit die Patient:innen gleich zu Beginn aufgeklärt werden, dass es sich nicht um eine Werbebroschüre der Krankenkassen oder eines Pharmaunternehmens handelt.

V4 Besteht in der Vertragsärzteschaft Bedarf nach alternativen Formaten für den Einsatz in der ärztlichen Beratungstätigkeit zur Darmkrebs-Früherkennung?

Nachfolgend dargestellte Wünsche der Ärzt:innen sind vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass (bereits bedingt durch die Quotierung) nicht alle Ärzt:innen die Broschüre in der bestehenden Form einsetzen. Darüber hinaus war die Nutzung von zusätzlichem Informationsmaterial zur Darmkrebs-Früherkennung bei den nicht selbst koloskopierenden Ärzt:innen teilweise per se gering ausgeprägt.

Spontan bzw. von selbst kommt nur in einem Fall der Hinweis, dass man zukünftig nicht nur über Broschüren in Print-Form sprechen sollte, sondern auch digitale Aufbereitungsformen mitdenken müsse. Es handelte sich um eine/n der beiden befragten Gastroenterolog:innen, zugleich mit 51 Jahren zweitjüngste/r Proband:in im Sample.

„Wir sind jetzt in einer Phase, wo wir auch Patienten haben, die das Digitale nicht mehr wollen, und manche wollen es eigentlich nur noch digital.“ (I4, Gastroenterolog:in, setzt Broschüre ein)

Auf die in allen Interviews gestellte aktive Nachfrage, ob zukünftig neben einer Print-Broschüre auch digitale Formate bereitgestellt werden sollen, spricht sich allerdings die klare Mehrheit der befragten Ärzt:innen für eine Ergänzung des Print-Formats um digitale Angebote aus. Dabei zeigt sich: Die positive Befürwortung der Nutzung zusätzlicher digitaler Kanäle hängt weniger mit dem Alter als mit eigener digitaler Affinität oder dem wahrgenommenen digitalen Nutzungsverhalten im eigenen privaten Lebensumfeld und im Patient:innenkreis der Ärzt:innen zusammen.

„Digital wäre genial, weil das dann interaktiver sein könnte, weil man mal was anklicken kann, weil dann wieder ein Bild aufspringt, weil die Leute mehr machen.“ (I10, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

Unter den digitalen Befürworter:innen sind auch Personen, die sich selbst zwar als stark print-affin bezeichnen, allerdings in ihrem Patient:innumfeld einen deutlichen Umschwung zur Nutzung digitaler Medien beobachten. Bestimmte Patient:innen lehnen Print-Material sogar ganz ab.

Nur eine Minderheit der befragten Ärzt:innen sind per se zum aktuellen Zeitpunkt von einer Print-Version überzeugt und will keine digitalen Alternativen. In einem Fall wird stattdessen der Wunsch nach einem Poster für das Wartezimmer formuliert, in dem kurz die Ansprüche, Möglichkeiten und weiteren Vorgehensweisen skizziert werden.

Auf eine Print-Broschüre zukünftig komplett zu verzichten kann sich hingegen keiner der befragten Ärzt:innen vorstellen. Vielmehr sehen sie in der näheren Zukunft sowohl Print- als auch digitale Kanäle als wichtig an, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Mediennutzungsgewohnheiten der Patient:innen zu entsprechen. Zugleich verweisen einige darauf, dass noch nicht alle Patient:innen den Weg zu den Online-Kanälen gefunden haben. Die Schwierigkeit bestehe also darin, dass die Patient:innen einerseits zu den Kanälen hinfinden und sie dann auch wirklich nutzen müssten. Ebenso wird auf die haptische Präsenz und die damit verbundene stärkere Reminder-Funktion einer Print-Broschüre verwiesen.

„Das mitgegebene Papier hat im Moment eine hohe Wertigkeit bei den Patienten, weil alles digital geworden ist. Das nehmen die auch in die Hand und gucken sich das an. Ich denke, es sollte auch ein digitaler Zugang möglich sein, ja, weil das ist heute einfach der Zahn der Zeit, aber ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass wir dem Patienten etwas in die Hand geben.“ (I9, Hausarzt/-ärztin, setzt Broschüre ein)

In den Interviews entwickeln die Ärzt:innen eine Reihe von Ideen, in welcher Form sie digitale Ergänzungen im Praxisalltag hilfreich fänden:

- Mehrfach kommt der Wunsch nach der Bereitstellung von haptischen Kurzformaten (z. B. in Form einer Art Visitenkarte oder als Pass, ähnlich wie der Organspendeausweis), die QR-Codes oder Links zum Nachlesen detaillierterer Informationen enthalten. In einem Fall wird die Idee um die Ergänzung von Terminfeldern, in dem der Termin für die nächste Früherkennungsuntersuchung eingetragen werden könne, weiterentwickelt.
- Zugleich verbinden die digital aufgeschlossenen Ärzt:innen mehrfach die Idee mit dem Anspruch, dass die digitalen Angebote die Möglichkeiten des Mediums ausschöpfen sollen, d. h. mehr sein müssen als ein statisches PDF. So entstehen Ideen wie die Ergänzung um web-spezifische interaktive Formate (z. B. individuelle Tests des eigenen Darmkrebsrisikos), Bewegbildeangebote (Videos zur Darmspiegelung) oder nach Detailtiefe und Anspruchsniveau je nach Patient:innengruppe selektiv nutzbaren Module.
- In einem Fall kann man sich vorstellen, eine PDF-Version der Broschüre auf der eigenen Praxis-Homepage zu verlinken. Das „Verteilen“ von QR-Codes oder Links sei hingegen unpraktikabel.



5. Diskussion

Die Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformationen zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung kombinierte quantitative und qualitative Methoden in zwei Phasen. Sie liefert damit eine umfassende Analyse der Wahrnehmung der Informationsmaterialien (im Sinne ihrer Bekanntheit und Reichweite), ihrer Akzeptanz (Nutzung und Bewertung), der Eignung ihres Umfangs, ihrer Verständlichkeit, ihrer Wirkung auf die Inanspruchnahme sowie zum Bedarf an alternativen Zustellungswegen und Formaten.

Sie liefert einerseits für die Zielgruppen Anspruchsberechtigte (n = 1.009) und Vertragsärzteschaft (n = 150) verallgemeinerbare und aufgrund ihrer Stichprobenumfänge und -zusammensetzungen repräsentative und statistisch belastbare Ergebnisse.

Sie liefert darüber hinaus selektiv vertiefende Erkenntnisse zu Fragestellungen, die sich aus der ersten quantitativen Phase ergeben haben. Dies resultierte bei den Anspruchsberechtigten in einer Fokussierung der befragten qualitativen Stichprobe, welche somit bewusst nicht mehr die Gesamtzielgruppe repräsentiert. Unter den 15 qualitativ befragten Anspruchsberechtigten sind primär Personengruppen befragt worden, bei denen sich zuvor in der quantitativen Phase eher Probleme im Umgang mit den Informationsmaterialien gezeigt haben. Dies betrifft Personen mit niedriger formaler Bildung und damit einhergehender sozialer Benachteiligung sowie mit problematischer und inadäquater subjektiver Gesundheitskompetenz gemäß Kurzfragebogen HLS19-Q12-DE.

In der Vertragsärzteschaft wurde die Verteilung der ärztlichen Fachrichtungen analog zur quantitativen Befragung gleichgehalten, jedoch das Sample in zwei Hälften geteilt: einmal nach Ärzt:innen, die die Broschüre in der Praxis bevorraten und einsetzen sowie einmal nach solchen, die dies nicht tun. Diese Zweiteilung entspricht der quantitativ ermittelten Nutzungsrate bei den Ärzt:innen, die die Broschüre kennen.

Aus der Methodik insgesamt und den beschriebenen Sample-Fokussierungen ergeben sich jedoch auch Grenzen, die nachfolgend kritisch diskutiert werden.

1. Über 61% der Anspruchsberechtigten liefert für die Evaluation nur eingeschränkte Erkenntnisse, da sie aufgrund ihrer Nicht-Erinnerung des Erhalts nicht weiter befragt wurden.

Bedingung für die Teilnahme an der quantitativen Befragung war die Erinnerung an den Erhalt der Informationsmaterialien. Von den für die inhaltliche Hauptbefragung ausgescreenten Nicht-Erinnernden sind zwar grundlegende Merkmale aufgrund der vorab erfolgten Screening-Befragung bekannt. So wird deutlich, dass es (bis auf beschriebene kleinere Unterschiede abhängig von Alterskohorte, zeitlichem Abstand zum Erhalt und vom Vorinteresse am Thema Darmkrebs-Früherkennung) keine wesentlichen soziodemografischen Unterschiede zwischen Erinnernden und Nicht-Erinnernden gibt. Formal gering Gebildete und sozial benachteiligte Perso-

nen werden also zumindest im ersten Schritt gleichermaßen erreicht bzw. nicht erreicht. Im Dunkeln bleibt jedoch die Tatsache, ob die beiden Gruppen sich hinsichtlich ihrer Vorerfahrung mit Darmspiegelungen unterscheiden, was sich in der qualitativen Befragung als wichtiges Unterscheidungsmerkmal herausstellte. Ebenso bleibt unklar, ob sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer prinzipiellen Haltung zur Früherkennung unterscheiden. Beide Fragen hätten den Rahmen einer Screening-Vorbefragung gesprengt und sind somit nur in der inhaltlichen Hauptbefragung den Sich-Erinnernden gestellt worden. Und schließlich bleiben auch die Gründe für die Nicht-Erinnerung unterbelichtet. Allerdings gibt die qualitative Befragung an dieser Stelle wertvolle Hinweise, indem sie verdeutlicht, dass die Materialien leicht im Alltag untergehen.

2. Über das Anschreiben erbringt die quantitative Befragung differenzierte Ergebnisse, die qualitative Befragung erbringt diese nicht explizit, wohl aber indirekt.

Eine separate Betrachtung des Anschreibens zusätzlich zur Broschüre hätte den Rahmen eines einstündigen Leitfadeninterviews gesprengt. Darum lassen sich keine expliziten vertiefteren Erkenntnisse zu dessen Umfang oder Verständlichkeit ableiten. Gleichwohl lassen sich aus den Interviews materialübergreifende Erkenntnisse ableiten, die sich bei aller Vorsicht auch auf das Anschreiben übertragen lassen. So waren für die Befragten v. a. die Stichworte „kostenlos“, „freiwillig“ und „keine Nachteile bei Entscheidung gegen die Teilnahme“ wichtig sowie alle rein praktischen Umsetzungsinformationen. Aufgrund seiner Kürze werden im Anschreiben unmittelbar die beiden Früherkennungsalternativen gegenübergestellt, was als Empfehlung aus der qualitativen Befragung auch für die Broschüre abgeleitet wird. Insgesamt sind somit wesentliche Aspekte im Anschreiben aus Perspektive der Anspruchsberechtigten erfüllt.

3. Die qualitative Befragung fokussiert (bewusst) den Teil der Anspruchsberechtigten, bei denen per se größere Schwierigkeiten im Umgang mit den Informationsmaterialien zu erwarten waren. Dadurch besteht die Gefahr, dass von dieser Teilgruppe aus unzulässige Schlussfolgerungen für die Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten gezogen werden.

Diese Gefahr ist weitgehend ausgeschlossen. Eine aus der Evaluation abgeleitete zentrale Empfehlung betrifft die Reduktion des Umfangs der Broschüre. Dieser Aspekt wurde in der quantitativen Befragung auch in der Gesamtzielgruppe bereits kritischer als alle anderen, größtenteils sehr positiv bewerteten Aspekte beurteilt. Auch quantitativ zeigte sich bereits, dass die Broschüre insgesamt zwar verständlich bewertet wird – im Detail aber dennoch durchaus Probleme im Verständnis komplexerer Tabellen in der Gesamtzielgruppe auftauchen. Insofern ist zu vermuten, dass die in der qualitativen Befragung mit den speziell fokussierten Gruppen herausgearbeiteten Kritik sich ggf. in ihrer Stärke oder Verbalisierungskompetenz unterscheiden würde, nicht aber grundlegend strukturell. Dafür spricht auch, dass Anspruchsberechtigte und Ärzt:innen (wenngleich diese nicht nur aus der Eigen-, sondern in der Fremdperspektive auf die Materialien schauen) in ihren grundlegenden Kritikpunkten sehr nah beieinander sind. Neben der Kritik am Umfang betrifft



dies auch die Gliederung bzw. die Anregung, mit einer vergleichenden Gegenüberstellung zu starten und diese nicht nach hinten zu verlagern sowie die Fülle und Komplexität der tabellarischen Gegenüberstellungen zu reduzieren.

Zudem geht die Empfehlung zur Reduktion des Umfangs der Print-Broschüre einher mit der Beibehaltung aller zentralen Kerninformationen, nur eben mit der Verlagerung detaillierterer Inhalte in ein Online-Portal. Personen, die sich vertieft informieren wollen, müssen also keinerlei Informationsverlust hinnehmen.

4. Die Entscheidungshilfefunktion der Informationsmaterialien ist einer vertieften Evaluation nur bedingt zugänglich

Sowohl in der quantitativen als auch der qualitativen Befragung der Anspruchsberechtigten wird deutlich, dass die große Mehrheit unabhängig vom Erhalt der Materialien die klare Haltung propagiert, dass Früherkennungsuntersuchungen sinnvoll sind und wahrgenommen werden sollten. Wenngleich dies nicht gleichbedeutend damit ist, ob man im Endeffekt tatsächlich teilnimmt oder nicht. Aus dieser prinzipiellen Pro-Perspektive heraus wenden sie sich den Materialien zu. Sie suchen (häufig unbewusst) Informationen, die sie in ihrer Haltung bestätigen, gleichzeitig aber auch von schlechtem Gewissen entlasten, wenn man bisher noch nicht den Weg dorthin gefunden hat und womöglich auch weiterhin nicht finden wird.

Aufgrund der oft starken Vorprägung ist die Rolle der Informationsmaterialien für eine ergebnisoffene informierte und sich aufgrund der Materialien womöglich ändernde Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung deutlich begrenzt – dies vor allem im Vergleich mit persönlichen Informationsquellen wie Ärzt:innen, aber auch medizinischen Laien aus dem sozialen Umfeld. Es ist vielmehr so, dass die Lesenden sehen, dass es Pro- und Contra-Argumente für jede Seite gibt, was die informierte Entscheidung unterstützt.



6. Empfehlung für die Optimierung der Materialien und deren Zugang

Aus der **quantitativen Befragung** lassen sich folgende Aussagen über die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung ableiten:

1. Die Mehrheit der Anspruchsberechtigten wird entweder nicht erreicht oder die Materialien überspringen deren Wahrnehmungsschwelle nicht nachhaltig. De facto werden 39% in einer Weise erreicht, dass sie den Erhalt nach 12 Monaten noch erinnern. Diese Erinnerungsquote erscheint nicht einmal niedrig, wenn man sie in Relation zu für Print-Direktmailings Brief im DIN lang-Format mit maschineller Adressbeschriftung und Frankierung üblichen Responseraten (im Sinne positiver Reaktion) zwischen 0,5 und 10% vergleicht.
2. Anspruchsberechtigte, die den Erhalt bewusst erinnern, lesen die Informationsmaterialien mehrheitlich mindestens teilweise und bewerten diese hinsichtlich Verständlichkeit, Gestaltung, Unterstützungsfunktion ihres Entscheidungsprozesses sowie Orientierung bezüglich der nächsten Schritte positiv. Der Umfang wird im Vergleich zu den vorgenannten Aspekten kritischer bewertet.
3. Anspruchsberechtigte mit geringerer formaler Bildung und geringerer subjektiv empfundener Gesundheitskompetenz lesen die Informationsmaterialien weniger intensiv. Hinsichtlich der unter Punkt 2 genannten Aspekte (Verständlichkeit, Gestaltung, Unterstützung des Entscheidungsprozesses, Orientierung bezüglich der nächsten Schritte) wurden die Materialien von Menschen mit niedriger subjektiver Gesundheitskompetenz kritischer bewertet, während eine geringe formale Bildung bei diesen Aspekten keinen Einfluss zeigt.
4. Formal geringer Gebildete weisen jedoch eine geringere Kenntnis über ihre Anspruchsberechtigung auf, haben sich (wenn auch auf insgesamt niedrigem Niveau) häufiger noch keine Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung gebildet und haben ein schlechteres (objektives) Tabellenverständnis.
5. Anspruchsberechtigte nutzen die Informationsmaterialien weit mehrheitlich vor dem Hintergrund einer positiven Grundeinstellung gegenüber der Darmkrebs-Früherkennung. Es werden eher bestehende Haltungen bestärkt, als Haltungen verändert.
6. Unter Ärzt:innen, die im Kontext Darmkrebs-Früherkennung beraten oder Untersuchungen anbieten, sind die Informationsmaterialien zwar mehrheitlich, wenn auch nicht flächendeckend, bekannt (Bekanntheit Broschüre 77%) und rund die Hälfte setzt die Broschüre in der Praxis in der ein oder anderen Form ein.
7. Ärzt:innen bewerten die Informationsmaterialien bezogen auf die Textverständlichkeit und die bildhafte Darstellung der Koloskopie mehrheitlich positiv, während die Erklärungskraft der Tabellen, das generelle Komplexitätsniveau und der Umfang der Broschüre kritischer betrachtet werden.

8. Aus der Perspektive der Anspruchsberechtigten und Ärzt:innen müssen die Informationsmaterialien weiter im Print-Format existieren und zugesandt werden, ein Viertel der Anspruchsberechtigten würde aber eine digitale Zustellung vorziehen.

Die qualitativen Interviews bestätigen diese Befunde und liefern darüber hinaus weitere vertiefende und präzisierende Erkenntnisse. Sie zeigen zudem, dass es innerhalb der Gruppe eine breite Spanne von Einschätzungen gibt. Bei allen unten genannten Aspekten gab es von verschiedenen Personen auch gegensätzliche Bewertungen, so dass diese Hinweise auf verschiedene Gruppen abgewogen werden müssen. Dabei zeigt sich wiederholt, dass die interviewten Anspruchsberechtigten und Ärzt:innen in der Benennung des vorrangigen Informationsbedarfs wie auch in dem, was sie positiv oder kritisch in der Broschüre hervorheben, erstaunlich nah beieinander sind.

Zu berücksichtigen ist, dass die Interviews aufgrund der bereits erlangten Erkenntnisse im Falle der Anspruchsberechtigten auf die Teilgruppe **formal gering Gebildeter** bzw. von Personen **mit geringer subjektiver Gesundheitskompetenz** fokussieren. Ob und welche Konsequenzen dies für eine Übertragbarkeit der Empfehlungen für die Gesamtgruppe aller Anspruchsberechtigten hat, wird im Kapitel 6 diskutiert. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass dieses Kapitel aufgrund der in die Zukunft und auf mögliche Optimierungen gerichtete Perspektive die nachfolgenden kritischen Aspekte deutlich stärker akzentuiert als die von den befragten Zielgruppen angemerkten positiven Aspekte.

1. Anschreiben und Broschüre stehen in hoher Aufmerksamkeitskonkurrenz und gehen im Alltag der interviewten Anspruchsberechtigten leicht unter. Sie werden zudem von manchen gerne weggelegt, auch weil man die Auseinandersetzung mit dem angstbesetzten Thema „Darmkrebs“ scheut. Personen ohne Vorerfahrung mit bereits zu diagnostischen Zwecken erfolgten Darmspiegelungen oder Stuhltests verspüren zugleich oft ein schlechtes Gewissen, da sie die Materialien vor dem Hintergrund ihrer zumeist pro-Früherkennungshaltung quasi schon aufgrund ihrer puren Existenz als dringliche Aufforderung interpretieren, an der Früherkennung (und hier im Grunde an der Darmspiegelung) teilzunehmen.
2. Der Umfang der Broschüre erleichtert einigen Anspruchsberechtigten das Weglegen ohne vertiefte Auseinandersetzung, indem er quasi die psychologische Erlaubnis dazu erteilt: Man hat das schwere Thema an- und weggepackt und kann sich später bei Bedarf immer noch damit auseinandersetzen.
3. Ärzt:innen führen für die Nichtnutzung in der Praxis oft den Umfang der Broschüre und die Komplexität der Tabellen an. Darüber hinaus zeigt sich, dass abhängig von eigenen Überzeugungen und Empfehlungen gegenüber Patient:innen auch Befürchtungen bestehen, die Broschüre könne die eigene Arbeit eher erschweren statt unterstützen, indem sie ein erhöhtes Rückfrageaufkommen durch aufgrund der gebotenen Informationen verunsicherten Patient:innen verursacht. So stehen Inhalte teilweise im Widerspruch zu eigenen Empfehlungen und die zahlenbasierte und tabellarische Darstellung verursache potenziell Missverständnisse, indem sie einerseits kognitiv überfordere, andererseits aber den aus ärztlicher Perspektive gegebenen Nutzen in Zweifel ziehen könne.



4. Interviewte Anspruchsberechtigte und Ärzt:innen kritisieren im Zusammenhang mit dem Umfang aus ihrer Sicht unnötige Dopplungen, da sich Informationen, die einmal ausführlich genannt werden, in den Zusammenfassungen ab S. 14 wiederholen. Mehrfach kommt die Anregung, die zusammenfassende Gegenüberstellung an den Anfang zu stellen. Dabei begrüßen Ärzt:innen den Vergleich von Darmspiegelung und Stuhltest zwar mit Blick auf die praktischen Unterschiede, aber finden diese mit Blick auf Vor- und Nachteile sowie Risiken oft problematisch, weil sie die beiden Varianten per se für nicht vergleichbar halten.
5. Anspruchsberechtigte wie Ärzt:innen loben generell die Verständlichkeit der Texte. Jenseits der Tabellen zeigen die Anspruchsberechtigten mit geringer formaler Bildung und geringer subjektiver Gesundheitskompetenz auf Textebene auch keine Verständnisprobleme. Beide befragten Zielgruppen schätzen vor allem praktische Informationen zum Ablauf und zu den Umsetzungen beider Untersuchungen.
6. Anspruchsberechtigte mit geringer formaler Bildung und geringerer subjektiv empfundener Gesundheitskompetenz sind vom Umfang der Broschüre und ihrer Gliederung größtenteils überfordert. Zahlenbasierte tabellarische Darstellungen zu Vor- und Nachteilen von Darmspiegelung und Stuhltests innerhalb der einzelnen Kapitel werden oft ignoriert und überblättert.
7. Fragen zur Häufigkeit von Darmkrebs, zu Vor- und Nachteilen sowie Risiken der beiden Früherkennungsmethoden interessieren die meisten interviewten Anspruchsberechtigten oft erst zweitrangig. (Zu beachten ist hierbei die dargestellte Schwerpunktsetzung der Stichprobe. s. o.) Insbesondere mit den Nachteilen und Risiken will man sich oft nicht zwingend im Detail und nicht auf der Grundlage statistischer Wahrscheinlichkeiten auseinandersetzen, sondern fragt lieber das persönliche Umfeld und den eigenen Arzt bzw. die eigene Ärztin um einen auf die eigene Person zugeschnittenen Ratschlag. Die aktuelle Aufbereitung der Informationen zu den Vor- und Nachteilen sowie Risiken verhindert darum in vielen Fällen die Auseinandersetzung mit diesen, wodurch die entsprechenden Inhalte drohen, unterzugehen (s. auch Punkt 5)
8. Anspruchsberechtigte mit geringer formaler Bildung und geringer subjektiver Gesundheitskompetenz plädieren weiterhin überwiegend klar für den postalischen Erhalt der Informationsmaterialien. Ärzt:innen sehen hingegen in der Erweiterung um digitale Kanäle (auch mit Blick auf nachwachsende Anspruchsberechtigte) klar Bedarf. Für sie sind zukünftig beide Kanäle, in Print und digital, wichtig, um die Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten je nach Mediennutzungspräferenz am besten zu erreichen.

Auf der Grundlage dieser zusammenfassend dargestellten Erkenntnisse lassen sich nachfolgende **Empfehlungen** ableiten. Diese basieren bewusst allein auf den ermittelten Rückmeldungen und Bedarfen der befragten Zielgruppen (Anspruchsberechtigte und Vertragsärzteschaft), um der Zielgruppenperspektive bzw. der Perspektiven beider untersuchter Zielgruppen so viel Raum wie möglich zu geben und sie nicht durch prak-

tische, prozess- und systembedingte Limitationen und Hemmnisse von vornherein einzuschränken. Sie stellen damit Ansätze für die weitere Diskussion dar. Diese wird die genannten Kontextfaktoren, rechtliche Vorgaben sowie Qualitätskriterien einer guten Gesundheitskommunikation mitberücksichtigen müssen.

Empfehlungen zur Broschüre

1. Eine Print-Broschüre, die prinzipiell für sich allein funktioniert und alle intendierten Kerninformationen enthält, ist weiterhin notwendig.
2. Der Umfang der Print-Broschüre sollte deutlich gekürzt werden. Auf die zusammenfassenden Tabellen ab S. 14 sollte zugunsten einer Umpositionierung dieser zentralen Informationen an den Beginn der Broschüre verzichtet werden.
3. Der Aufbau der Broschüre sollte dem Prinzip der umgekehrten Pyramide folgen: Die zwingend zu transportierenden Kerninformationen sollten nach vorne gestellt und ergänzende und vertiefende Informationen eher auf die hinteren Seiten gesetzt werden. Der Entwurf einer Struktur ist in diesem Abschnitt unten skizziert.
4. Die Broschüre sollte prominent, optisch einladend und niedrigschwellig auf ein neu zu erstellendes, vertiefendes Online-Angebot hinweisen, wo man sich bei Bedarf genauer informieren kann.

Folgende Grundstruktur und Aufbereitung der Informationen bietet sich auf Grundlage der Erkenntnisse an:

Abschnitt		Inhalte / Kernbotschaften <i>blau und kursiv = Umsetzungshinweise</i>
A	Einleitung	<p><i>Bestehende Inhalte der Seiten 2 bis 4 bieten gute Grundlage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum dieses Angebot? • Freiwillig, kostenlos, keine Nachteile bei Nicht-Teilnahme • Risiko an Darmkrebs zu erkranken oder zu sterben steigt ab 50 kontinuierlich an (<i>Bestehende Tabelle komprimieren</i>) • Zwei Alternativen; welche man wählt oder ob man überhaupt eine wählt ist individuelle Entscheidung
B	Vergleichende Kurzdarstellung der Alternativen	<p>Darmspiegelung und Stuhltest im Vergleich</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Umfang und Aufbau orientiert an den zusammenfassenden Gegenüberstellungen der bestehenden Broschüre von Seite 14 bis 17 – hier ist bei der Überarbeitung jedoch mit Blick auf die starke Spannung, die die direkte Reaktanz und Gegenüberstellung bei vielen Ärzt:innen erzeugt, eine entsprechende verbale Rahmung wichtig</i> • <i>Ergänzt um die Information, dass die Verhinderung von Sterbefällen und Erkrankungen sich je nach Alter unterscheidet (Informationen aus den Tabellen auf den Seiten 8 und 13 hier integrieren und diese Seitenkomprimieren)</i> • <i>Ergänzt um die jeweiligen Ansprüche</i>

C	Ergänzende Informationen zu Alternativen	<p><i>Hier nur noch nicht unter B behandelte Inhalte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ablauf der Darmspiegelung mit Abbildung • Kurz: Handhabung Stuhltest
D	Nächste Schritte	<p>Wie geht es weiter?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich an wen wenden, um Terminvereinbarung zu vereinbaren? • Überweisung nötig?
E	Quellen, formale Hinweise	<p><i>So kompakt wie möglich, auch kleinere Schriftgrößen</i></p>
F	Letzte Seite	<ul style="list-style-type: none"> • Absender • Hinweis auf vertiefendes Online-Angebot <i>(optisch und grafisch attraktiv und animierend)</i>

Empfehlungen zu einem ergänzenden Online-Angebot und einer zukünftigen Architektur der Kanäle

1. Das Online-Angebot sollte ebenfalls für sich allein funktionieren, d. h. sämtliche Inhalte der Broschüre beinhalten.
2. Es sollte im Gegensatz zur Print-Broschüre aber deutlich umfassender sein und alle Informationen enthalten, die in einer gekürzten Broschüre nicht mehr vorhanden sind. Hier bietet es sich sogar an, noch umfassender einzusteigen und die tabellarischen Gegenüberstellungen zu Vor- und Nachteilen sowie Risiken noch stärker zu erläutern.
3. Das Online-Angebot sollte seine medienspezifischen Möglichkeiten mit Blick auf eine bedarfsgerechte und je nach Interesse und Vorlieben adäquate Information und Aufklärung der Anspruchsberechtigten nutzen, z. B. selektive Vertiefungsmöglichkeiten, Videos oder grafische Animationen, interaktive Elemente mit der Möglichkeit, anonym individuelle Angaben zur Person zu machen und damit Ergebnisse zugeschnittener auf die eigene Person zu erhalten.

Empfehlungen zu Zustellungswegen

1. Die Erstzustellung an 50-jährige Anspruchsberechtigte sollte zunächst weiter postalisch erfolgen. Es sei denn, es besteht per se eine Vereinbarung zwischen Anspruchsberechtigten und ihrer Kasse, sämtliche Kommunikation per Mail oder innerhalb der App abzuwickeln.
2. Anspruchsberechtigte sollten dann die Wahlmöglichkeit haben, ob Sie zukünftig weiter postalisch oder alternativ digital informiert werden wollen.
3. Bei postalischer Zustellung sollte der Umschlag einen Aufdruck erhalten, der den Brief möglichst eindeutig von Werbung oder reiner Dialogpost differenziert (z.B. wichtige Informationen Ihrer Krankenkasse zu Ihren Versicherungsansprüchen).



4. Das gesamte Informationspaket (aktuell: Print-Broschüre; perspektivisch: überarbeitete Print-Broschüre und flankierende Online-Plattform) sollte in einer abgestimmten Informationskampagne, z. B. durch die kassenärztlichen Vereinigungen, gegenüber den Vertragsärzt:innen bekannter gemacht werden. Dazu sind der geeignete Zeitpunkt bzw. Zeitpunkte und geeignete Aufhänger zu diskutieren. Eine neu erscheinende überarbeitete Print-Broschüre sowie der Launch eines neuen Online-Portals bieten geeignete Aufhänger.



7. Quellenverzeichnis

Collaborative Marketing Club in Kooperation mit Deutsche Post (2021): CMC Print-Mailing-Studie 2021: Thema Bestandskundenaktivierung. Berlin.

Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg-

HLS19-Q12: Bielefeld University for HLS19 (2020): HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Bielefeld.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Gesundheitsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung zum 31.12.2021. Abgerufen am 08.02.2023 unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php>.

Initiative D21 e. V. (Hg.) (2022): D21 Digital-Index 2021/2022: Jährliches Lagebild zur digitalen Gesellschaft. Berlin.

Starker, Anne et al. (2017): Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring · 2017 2(4), Robert Koch-Institut, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2022): Fachserie / 1 / 3. Ergebnisse des Mikrozensus 2021 (Erstergebnisse). Wiesbaden.

Kruger, Justin /Dunning, David (1999): Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. Journal of Personality and Social Psychology, 77(6), 1121-1134.



8. Anhang

8.1. Studienkonzept





Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening (P21-04A)

Studienkonzept

Inhalt

1	Ausgangssituation und Untersuchungsgegenstand	S. 03
2	Erkenntnisziele der Evaluation	S. 04
3.	Zielgruppen der Evaluation	S. 05
4	Methodik und Ablauf der Evaluation im Überblick	S. 09
5	Quantitative Evaluation im Detail	S. 10
6.	Qualitative Evaluation im Detail	S. 17
7.	Berichtstellung	S. 22

1. Ausgangssituation und Untersuchungsgegenstand

- Alle gesetzlich Krankenversicherten ab 50 Jahren haben in Deutschland Anspruch auf eine kostenfreie Darmkrebs-Früherkennung.
- Seit 2019 erhalten gesetzlich Versicherte im Alter von 50, 55, 60 und letztmalig 65 von ihrer Krankenkasse postalisch Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Darmkrebs-Screening).
- Diese seit 2019 eingesetzten Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bestehen aus zwei Teilen:
 1. Informationsschreiben
 2. Versicherteninformation in Form einer Broschüre
- Männer und Frauen erhalten aufgrund unterschiedlicher Leistungsansprüche unterschiedliche Versionen (sowohl des Schreibens als auch der Broschüre).
- Ziele der Informationsmaterialien sind es:
 1. Anspruchsberechtigte auf ihren Anspruch hinzuweisen bzw. sie daran zu erinnern (=> Informations-/Erinnerungsfunktion)
 2. eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an sowie die Wahl der geeigneten Früherkennungsform (Stuhltest oder Koloskopie) zu ermöglichen (=> Entscheidungshilfefunktion)
- Nach den ersten drei Jahren im praktischen Einsatz hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQWiG mit Beschluss vom 16.09.2021 mit der Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung beauftragt.
- Das IQWiG hatte die Informationsmaterialien im Auftrag des G-BA zwischen 2015 und 2016 selbst erstellt und in diesem Rahmen auch einer qualitativen und quantitativen Nutzertestung unterzogen.
- Im Unterschied zu den Nutzertestungen im Erstellungsprozess, die auf einer hypothetischen Nutzungsentscheidung beruhen mussten, kann in der aktuellen Evaluation die reale Nutzung und Rezeption der Informationsmaterialien evaluiert werden.
- Mit Bekanntmachung vom 28.10.2021 startete der GB-A parallel ein Einschätzungsverfahren, in dem Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Verbänden von Leistungserbringern und Medizinprodukteherstellern und den jeweils betroffenen Herstellern von Medizinprodukten Gelegenheit gegeben wird eine Ersteinschätzung zu den Informationsmaterialien abzugeben. Deren Ergebnisse liegen im IQWiG vor und sind angemessen in der Evaluation zu berücksichtigen.

2. Erkenntnisziele der Evaluation

Zielgruppen, die einbezogen werden sollen:

- Anspruchsberechtigte als primäre Zielgruppe, denen die Informationsmaterialien zugestellt werden
- Vertragsärzteschaft, die zur Darmkrebs-Früherkennung berät oder diese selbst durchführt
(Definitionen siehe Folgeseite)

Methodische Vorgabe:

- Quantitative Methodik zur Ermittlung für die Zielgruppen möglichst repräsentativer Ergebnisse, Häufigkeiten und Gruppenunterschiede
- Qualitative Methodik zur Vertiefung selektiver Fragestellungen oder solcher, die nach Analyse der quantitativen Daten offen geblieben sind

Leitfragen Anspruchsberechtigte

- Wie nehmen Anspruchsberechtigte die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?
- Wie nutzen und bewerten sie sie (Akzeptanz)?
- Welche Emotionen lösen die Materialien aus und welche Eindrücke hinterlassen sie?
- Sind Verständlichkeit, Inhalt und Umfang adäquat für die anspruchsberechtigten Zielgruppen?
- Welchen Einfluss haben sie auf die Inanspruchnahme der Darmkrebs-Früherkennungsangebote (Wirkung)?
- Besteht Bedarf nach alternativen Zustellungsformen oder Formaten der Informationsmaterialien?

Leitfragen Vertragsärzteschaft

- Wie nimmt die Vertragsärzteschaft die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung wahr?
- Wie nutzen sie sie im Rahmen ihrer ärztlichen Beratungstätigkeit und wie bewerten sie deren Eignung für diesen Zweck (Akzeptanz)?
- Sind Verständlichkeit, Inhalt und Umfang aus ihrer Perspektive adäquat für die anspruchsberechtigte Zielgruppe?
- Besteht Bedarf nach alternativen Formaten für den Einsatz in der ärztlichen Beratungstätigkeit zur Darmkrebs-Früherkennung?

3. Zielgruppe der Evaluation: Anspruchsberechtigte

Gesetzlich Versicherte im Alter von 50/51, 55/56, 60/61 oder 65/66 Jahren,

- die sich daran erinnern, innerhalb der letzten 12 Monate das Anschreiben und die Versicherteninformationen zum Darmkrebs-Screening postalisch erhalten zu haben UND
- die zum Zeitpunkt des Erhalts der Informationsmaterialien weder an Darmkrebs erkrankt waren bzw. sich wegen der Diagnose Darmkrebs in ärztlicher Behandlung befanden UND
- bei denen kein erbliches Darmkrebssyndrom vorliegt.

Innerhalb der Gesamtgruppe der Anspruchsberechtigten sind folgende (zueinander querliegende) Untergruppen vertieft zu betrachten:

- Sozial Benachteiligte, d. h. formal geringer Bildungsabschluss UND ein Haushalts-Nettoeinkommen unterhalb der Armutsgrenze gemäß EU-SILC*-Definition ODER formal geringer Bildungsabschluss UND Bezug staatlicher Unterstützung
- Personen mit (eher) geringer Gesundheitskompetenz gemäß HLS₁₉-Q12**

* EU-SILC: Europäische Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Union Statistics on Income and Living Conditions)

** HLS₁₉-Q12: Bielefeld University for HLS19 (2020): HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Bielefeld

Die Definition des Merkmals „soziale Benachteiligung“ ist identisch mit der im Jahr 2020 von com.X im Auftrag des IQWiG durchgeführten qualitativen Bedarfsanalyse zu Gesundheitsinformationen für schwer erreichbare Zielgruppen (GA 19-03).

Im Unterschied zum damaligen Projekt steht in der aktuellen Evaluation 2022 jedoch mit EU-SILC eine neue amtliche Hauptdatenquelle für die Messung von Armutgefährdung und Lebensbedingungen zur Verfügung. Diese Erhebung wird seit 2020 in Deutschland als Unterstichprobe in den Mikrozensus integriert. Sie bildet die Bevölkerung in Deutschland durch die generelle Teilnahmepflicht repräsentativer ab als die bis 2019 separat durchgeführte freiwillige Erhebung „Leben in Europa“.

Fragen zur Identifikation sozialer Benachteiligung

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

- **Kein Abschluss**
- **(erweiterter) Hauptschulabschluss / Berufsbildungsreife**
- Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, Abschluss der polytechnischen Oberschule (8./10. Klasse)
- Abitur, Fachhochschulreife, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule

„Kein Abschluss oder max. Hauptschule = Muss-Bedingung

UND Einkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle*

HH-Größe

Davon Kinder unter 14 Jahren

Einkommen netto (geglättete Zahlen zur Kategorienbildung)

- 1 Personen-HH **unter 1.300 €**
- 2 Personen ohne Kind unter 14 **unter 2.000 €**
- 3 Personen ohne Kind unter 14 **unter 2.600 €**
- 4 Personen ohne Kind unter 14 **unter 3.200 €**
- 2 Personen mit 1 Kind unter 14 **unter 1.700 €**
- 3 Personen mit 1 Kind unter 14 **unter 2.300 €**
- 4 Personen mit 1 Kind unter 14 **unter 2.900 €**
- 3 Personen mit 2 Kindern unter 14 **unter 2.000 €**
- 4 Personen mit 2 Kindern unter 14 **unter 2.600 €**

ODER (falls Einkommen nicht angegeben wird)

Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen für den Haushalt

- **Arbeitslosengeld I**
- **Arbeitslosengeld II bzw. Hartz 4**
- **Sozialhilfe**
- **Erwerbsminderungsrente oder Staatliche Grundsicherung bei Erwerbsminderung**
- **Wohngeld**

* Eine ausführliche Tabelle mit Armutsgrenzen findet sich im Armutsbericht 2022 des Paritätischen Gesamtverbands (Seite 31, Tabelle 8). Diese gibt die Grenzwerte für 12 Haushaltstypen (nach Anzahl Erwachsene und Anzahl Kinder unter/ab 14) an und basiert auf den Erstergebnissen des Mikrozensus 2021 (Statische Ämter des Bundes und der Länder).

Neuere Zahlen (von August 2022) finden sich nur für 1 Person und 4 Personen mit zwei Kindern unter 14 Jahren. Quelle: Statistisches Bundesamt

Diese Werte liegen 9% über denen von 2021. Auf dieser Basis wurden die Werte für die anderen Haushaltstypen berechnet und zum Zweck der Kategorienbildung geglättet.

Fragen zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz (HLS19-Q12)

Es ist nicht immer leicht, sich über das Thema Gesundheit klar und verständlich zu informieren. Oft kann es dabei auch zu kleineren Schwierigkeiten oder Problemen kommen. Mit den folgenden Fragen möchten wir nun herausfinden, welche Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit gewisse Schwierigkeiten bereiten können. Wie einfach oder schwierig finden Sie es ...

CORE-HL4 herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?
[Hinweis: z.B. bei einem Arzt, einer Pflegekraft, einem Apotheker oder Psychologen]

CORE-HL7 Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?

CORE-HL10 die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?

CORE-HL16 den Empfehlungen Ihres Arztes oder eines Apothekers zu folgen?

CORE-HL18 Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? *[Hinweis: z.B. Stress, Depression oder Angstzustände]*

CORE-HL23 Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen?
[Hinweis: z.B. Darmkrebsfrüherkennung, Blutzuckertest]

CORE-HL24 zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind?

CORE-HL31 aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?
[Hinweis: z.B. Zeitungen, Fernsehen oder Internet]

CORE-HL32 Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung?

CORE-HL37 Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?

CORE-HL42 zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann?

CORE-HL44 Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?

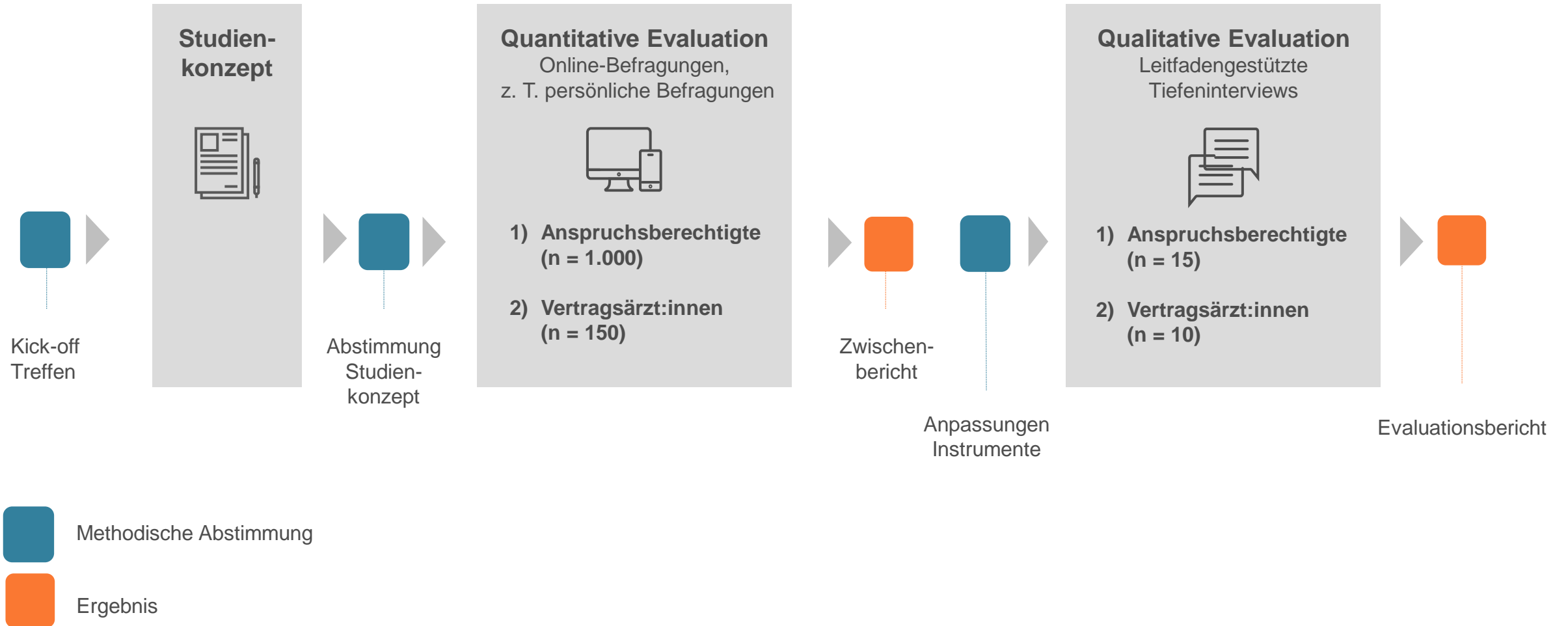
3. Zielgruppe der Evaluation: Vertragsärzteschaft

- Hausärzt:innen und Allgemeinmediziner:innen
- Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie

die in ihrer eigenen Praxis oder angestellt in einer Praxis gesetzlich Versicherte zur Darmkrebs-Früherkennung beraten oder Stuhltests oder Darmspiegelungen selbst durchführen

und die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung kennen.

4. Methodik und Ablauf der Evaluation im Überblick



5. Quantitative Evaluation im Detail

5.1 Stichprobe und methodische Umsetzung quantitativ: Anspruchsberechtigte (1)

Stichprobe

- n = 1.000 Anspruchsberechtigte gemäß Definition
 - die Erinnerung an den Erhalt des Einladungsschreibens zum Darmkrebs-Screening wird über eine Screening-Vorbefragung (vor Start der inhaltlichen Hauptbefragung) sichergestellt

Quotierung der Gesamtstichprobe nach

- Geschlecht (je 50% Frauen und Männer)
- Altersgruppen (je 25% pro Altersgruppe bzw. der relevanten Geburtsjahrgänge)
- formalem Bildungshintergrund (gemäß Mikrozensus 2019 bezogen auf die Altersgruppen: 32% Hauptschule oder kein Abschluss, 37% Realschulabschluss o.ä., 31% (Fach-)Abitur)
- mindestens n = 50 sozial Benachteiligte gemäß Definition
- Bundesland (Verteilung der Altersjahre* gemäß amtlicher Statistik 31.12.19)

Gesundheitskompetenz bzw. deren jeweilige Ausprägung ist kein Quotierungsmerkmal, sondern wird als Merkmal in der inhaltlichen Hauptbefragung unter Einsatz des Instruments HLS₁₉-Q12 erhoben.

Methode und Rekrutierungszugänge

Gemäß D21-Digital-Index* 2020/2021 ist die Internetnutzung (definiert als Personen, die das Internet mindestens ab und zu nutzen) in den relevanten Altersgruppen sehr hoch.

- Für die Geburtsjahre 1966 bis 1980 (hierzu gehören die Kohorten 1 und 2) ermittelt der Digital-Index einen Nutzeranteil von 98%
- Für die Geburtsjahre 1956 bis 1965 (hierzu gehören Kohorten 3 und 4) einen Nutzeranteil von 93%

Erst in der „Nachkriegsgeneration“ (Geburtsjahre 1946 bis 1955) sinkt die Internetnutzung auf 81%.

Daher nutzen wir **zwei Zugangswege** je nach Alterskohorte und Inzidenz der Online-Nutzung, Befragungsdauer je 15 min.

1. Der Anteil an Personen innerhalb der Altersgruppen, die das Internet prinzipiell nutzen, wird online befragt.
2. Der Anteil innerhalb der Altersgruppen 3 und 4, der das Internet nicht nutzt, wird im Rahmen einer Face-to-Face-Befragung durch eine/n Interviewer:in befragt.

* D21-Digital-Index: Die Studie D21-Digital-Index untersucht seit 2013 jährlich das Lagebild zur Digitalen Gesellschaft in Deutschland. Sie wird herausgegeben von der Initiative D21, einem gemeinnützigen Netzwerk für die Digitale Gesellschaft, bestehend aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft.

5.1 Stichprobe und methodische Umsetzung quantitativ: Anspruchsberechtigte (2)

(Fortsetzung)

1. Onlinebefragung via Online-Access-Panel (n = 950)

Aufgrund der hohen Online-Inzidenz in der Zielgruppe der Anspruchsberechtigten bietet es sich an, diese online unter Nutzung eines Online-Access-Panels zu befragen. Genutzt wird das Online-Access-Panel des ISO-zertifizierten Panel-Dienstleisters gapfish/CINT. Es umfasst rund 400.000 Personen, für die umfangreiche Profildaten hinterlegt sind. Die Selektion der Zielpersonen erfolgt anhand dieser a-priori bekannten Profilmerkmale und wird ergänzt sowie abgesichert durch eine ausführliche Screening-Vorbefragung vor der inhaltlichen Hauptbefragung.

In der so generierten Online-Substichprobe werden die Altersgruppen 60/61 und 65/66 sowie formal gering Gebildete und Frauen herunterquotiert, weil in diesen Gruppen der Anteil der Internetnutzer geringer ist und diese erwartbar vermehrt in der via Face-to-Face-Befragung generierten Stichprobe der Nicht-Internetnutzer zu finden sein werden (s. Punkt 2).

Die Quote der 50 sozial Benachteiligten soll möglichst bereits in der Online-Stichprobe erreicht werden. Weitere sozial Benachteiligte aus der face-to-face-Stichprobe können die Anzahl noch erhöhen. Die Erfüllung der Quotenmerkmale wird somit über die Gesamtstichprobe bzw. gespeist über beide Substichproben sichergestellt.

Die Befragten beantworten die Befragung für sich allein am Desktop / per Smartphone (ohne Begleitung durch einen/eine Interviewer:in). Sie erhalten eine geringfügige Incentivierung für ihre Teilnahme (1,50 €).

2. Face-to-Face-Befragung (n = 50)

Um innerhalb der Gesamtstichprobe auch Personen zu repräsentieren, die das Internet nicht nutzen, kommt zusätzlich eine Face-to-Face-Befragung zum Einsatz. Für diese werden durch die Partnerinstitute IMK (Erfurt) und Foerster & Thelen (Bochum und Mannheim) geeignete Proband:innen in den relevanten Altersgruppen rekrutiert, die den Erhalt des Anschreibens erinnern und das Internet nicht nutzen. Beide Institute sind auf die Rekrutierung von Proband:innen für Sozial- und Marktforschung spezialisiert. Die unterschiedliche regionale Herkunft der Institute hat darüber zudem den Vorteil, dass auch die Proband:innen innerhalb dieser Substichprobe regional zumindest über drei Bundesländer gestreut werden können.

Um die Rekrutierung dieser Gruppe der Internet-Nichtnutzer nicht unnötig zu erschweren, liegt der Fokus auf den Gruppen der 60/61- und vor allem 65/66-Jährigen (Personen aus den beiden anderen Altersgruppen – mit einem Nicht-Nutzeranteil von nur 2% - werden, sollten sie zu finden sein, jedoch nicht ausgeschlossen).

5.1 Stichprobe und methodische Umsetzung quantitativ: Anspruchsberechtigte (3)

(Fortsetzung)

Die Rekrutierung erfolgt auf der Grundlage von Proband:innen-Datenbanken der Partnerinstitute, über Schlüsselpersonen/ Multiplikator:innen mit vielen Kontakten in den relevanten Alters- und Zielgruppen (z. B. aus Vereinen, Tätige in Sozialberatungsstellen o. ä.) sowie bei Bedarf ergänzt durch Aufrufe, z. B. an Schwarzen Brettern an frequentierten Stellen oder in Tageszeitungen.

Da die rekrutierten Proband:innen das Internet per definitionem nicht nutzen, dürften sie mit dem selbständigen Ausfüllen der Befragung vor einem Desktop-Computer überfordert sein. Aus diesem Grunde finden die Interviews durch einen/eine Interviewer:in in den Studio-Räumlichkeiten der Rekrutierungspartner statt. Der/die Interviewer:in stellt die Fragen und füllt die Antworten der Proband:innen online aus. Um die Bedingungen so weit wie möglich analog zur Onlinebefragung zu halten (wo die Befragten allein sind und keine Hilfestellung durch Interviewer:innen möglich ist), werden die Interviewer:innen keinerlei Hilfestellungen oder Hinweise geben, die über den Fragetext hinausgehen. Die in der Befragung integrierten Bilder der Borschüre und des Anschreibens werden den Befragten via Bildschirm gezeigt.

Der Umfang der über die Face-to-Face-Befragung generierten Sub-Stichprobe liegt bei $n = 50$. Die Befragten erhalten eine Aufwandsentschädigung von 15 €.

Legt man den D21-Digital-Index 2020/2021 zugrunde, liegt der Anteil der Internet-Nichtnutzer (vgl. dazu die Ausführungen weiter oben)

- in den Altersgruppen 50/51, 55/56 bei 2%
- in den Altersgruppen 60/61 und 65/66 bei 7%

Umgerechnet auf die Gesamtstichprobe von 1.000 Personen bei einer Gleichverteilung der Altersgruppen ergibt sich damit ein Anteil von 45 Personen, die das Internet nicht nutzen.

Da Personen aus der höchsten Altersgruppe sich bereits an der Grenze zur im D21-Digital-Index 2020/2021 so bezeichneten „Nachkriegsgeneration“ befinden, wird die Zahl von 45 auf 50 Personen erhöht.

5.2 Stichprobe und methodische Umsetzung quantitativ: Vertragsärzteschaft

Stichprobe

- n = 150 Vertragsärzt:innen gemäß Definition
 - die Kenntnis der Broschüre zum Darmkrebs-Screening wird über eine Screening-Vorbefragung sichergestellt

Quotierung der Stichprobe

- Allgemeinmediziner:innen und als Hausärzt:in tätige Internist:innen: 60%
- Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie: 40%

Eine ausgewogene Streuung nach Region (Ost/West), Ortsgröße, Alter und Geschlecht wird angestrebt (Best Effort). Die Streuung der Kriterien Alter, Geschlecht und Region (West/Ost) können über das Einladungsmanagement zumindest teilweise gesteuert werden, das Merkmal Ortsgröße nicht. Sämtliche der genannten Merkmale werden in der Befragung selbst erhoben und fließen in die Auswertung ein.

Methode und Rekrutierungszugänge

- Online-Befragung
- Selektion und Rekrutierung über die Ärzt:innen-Datenbank des auf Felddienstleistungen für die Pharma- und Gesundheitsmarktforschung spezialisierten Instituts Medixline
- Selektion und Rekrutierung der Zielgruppe anhand einer Screening-Vorbefragung auf Grundlage der genannten Quotenmerkmale und -verteilung
- Die Befragten beantworten die Befragung für sich allein am Desktop / per Smartphone (ohne Begleitung durch eine/n Interviewer:in).
- Sie erhalten ein Incentive in Höhe von 35 €.

5.3 Quantitative Instrumente und Pretesting

Rolle der Informationsmaterialien in der quantitativen Befragung

In der Vorab-Screeningbefragung wird bei den Anspruchsberechtigten die Erinnerung an den Erhalt der Informationsmaterialien und bei den Ärzt:innen die Bekanntheit der Broschüre abgefragt und per Vorlage folgender Stimuli verifiziert:

1. Muster-Einladungsschreiben, Adressdaten abgedeckt (nur Anspruchsberechtigte)
2. Titelseite plus 3 Seiten der Broschüre (gefiltert nach Geschlecht die jeweilige Variante), darüber hinaus Link zur vollständigen Broschüre, um diese bei Bedarf ganz ansehen und die eigene Kenntnis verifizieren zu können)

Im weiteren Verlauf der Befragung ist es den Befragten nicht möglich, auf die Screeningfragen zurückzuspringen, d. h. die Beantwortung der Fragen erfolgt rein aus der Erinnerung.

Fragebogenkonstruktion und Pretesting

Die mit dem IQWiG abgestimmten Fragebogeninstrumente für beide Zielgruppen (Anspruchsberechtigte und Vertragsärzteschaft) werden unter der Nutzung der DSGVO-konformen Befragungssoftware LimeSurvey programmiert und zunächst hinsichtlich ihrer technischen Funktionsweise com.X-intern getestet.

Danach erfolgt ein zweistufiges Pretesting unter Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen. In der Zielgruppe der Anspruchsberechtigten wird mindestens eine sozial benachteiligte Person einbezogen.

1. Die Fragebögen werden zuerst durch jeweils 2-3 Online-Video-Interviews mit Zielgruppenvertreter:innen getestet. Dabei bittet der/die Interviewer:in die Testperson, ihren Bildschirm beim Ausfüllen der Befragung zu teilen und dabei laut zu denken (Think-Aloud-Technique). Auf diese Weise werden Verständnisprobleme oder Stolpersteine identifiziert. Anspruchsberechtigte erhalten für die Teilnahme am Pretest ein Incentive in Höhe von 25 €; Hausärzt:innen 70 € und Fachärzt:innen 90 €.
2. Zusätzlich geht der ggf. nach Stufe 1 angepasste Fragebogen vor Start der Hauptbefragung in einen sogenannten „Soft Launch“, indem zunächst nur eine Gruppe von ca. 10 bis 20 Personen online zur Befragung eingeladen wird, um die generierten Datensätze auf mögliche strukturelle Probleme hin überprüft.

Erst danach erfolgt der Start der Hauptbefragung. Die Ergebnisse des Pretestings werden im Evaluationsbericht dokumentiert.

Finale Fragebögen

Die finalen Fragebögen werden im Anhang des Evaluationsberichts dokumentiert. Sie beinhalten die Vorab-Screeningbefragung zur Selektion der Befragten und Quotensteuerung der Stichprobe und die inhaltliche Hauptbefragung zu den Informationsmaterialien. Beide Teile werden von den Befragten unmittelbar aufeinanderfolgend beantwortet.

5.4 Analyse der quantitativen Daten

Die Analyse der quantitativen Daten erfolgt via SPSS unter Nutzung deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren (Tests auf Signifikanz von Unterschieden zwischen Merkmalsgruppen).

Dabei werden die Daten mindestens nach folgenden Merkmalen für die beiden Zielgruppen analysiert.

Anspruchsberechtigte

- Alle Quotierungsmerkmale (s. o.)
- Gesundheitskompetenz
- Einstellung und Verhalten in Bezug auf Darmkrebs-Screening

Vertragsärzteschaft

- Medizinische Fachrichtung
- Alter, Geschlecht, Ost/West, Ortsgröße

5. Qualitative Evaluation im Detail

6.1 Stichprobe und methodische Umsetzung qualitativ: Anspruchsberechtigte

Stichprobe

n = 15 Anspruchsberechtigte gemäß Definition

Quotierung der Stichprobe

Vorläufiger Planungsstand: die Quotierung wird endgültig festgelegt auf Grundlage der Ergebnisse des Zwischenberichts zur quantitativen Evaluation.

- Ausgewogene Streuung nach Altersgruppen und Geschlecht
- Streuung nach Regionen (Ost und West)
- mind. 5 sozial Benachteiligte gemäß Definition
- mind. 5 Personen mit geringer Gesundheitskompetenz

Die beiden letztgenannten Kriterien liegen quer zueinander.

Methode und Rekrutierungszugänge

- Leitfadengestütztes Einzel-Tiefeninterview Online (Dauer 1h)
- Durchführung durch in qualitativer Interviewführung erfahrene Diplom-Psychologin
- Die Rekrutierung geeigneter den Quotenmerkmalen entsprechenden Proband:innen erfolgt durch die beiden Partnerinstitute, die bereits für die Rekrutierung der quantitativen Face-to-Face-Befragung der Anspruchsberechtigten zuständig waren. Beide Rekrutierungsvorgänge erfolgen jedoch unabhängig voneinander.
- Im Rahmen des Screenings wird geprüft, ob die rekrutierte Person über einen Internetzugang bzw. ausreichend digitale Kompetenz verfügt, um an dem Online-Interview teilzunehmen. Ist dies nicht der Fall, wird sie ins Teststudio eingeladen, um das Interview nach Einweisung unter Nutzung des dort vorhandenen Equipments allein durchführen zu können. Sollten im Verlauf des Interviews technische Hürden auftreten, stehen die Mitarbeitenden des Teststudios mit Hilfestellungen zur Verfügung. Hilfestellungen, die über rein technische Unterstützung hinausgehen, erfolgen nicht.
- Die Befragten erhalten für ihre Teilnahme ein Incentive zwischen 40 und 50 €.

6.2 Stichprobe und methodische Umsetzung qualitativ: Vertragsärzt:innen

Stichprobe

n = 10 Vertragsärzt:innen gemäß Definition

Quotierung der Stichprobe

Vorläufiger Planungsstand: die Quotierung wird endgültig festgelegt auf Grundlage der Ergebnisse des Zwischenberichts zur quantitativen Evaluation.

- Allgemeinmediziner:innen und als Hausärzt:in tätige Internist:innen: n = 6
- Fachärzt:innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie: n = 4

Eine ausgewogene Streuung nach Region (Ost/West), Ortsgröße, Alter und Geschlecht wird angestrebt (Best Effort).

Methode und Rekrutierungszugänge

- Leitfadengestütztes Einzel-Tiefeninterview Online (Dauer 1h)
- Durchführung durch in qualitativer Interviewführung erfahrene Diplom-Psychologin
- Selektion und Rekrutierung über die Ärzt:innen-Datenbank des auf Felddienstleistungen für die Pharma- und Gesundheitsmarktforschung spezialisierten Instituts Medixline
- Selektion und Rekrutierung der Zielgruppe anhand einer Screening-Vorbefragung auf Grundlage der genannten Quotenmerkmale und -verteilung
- Die Hausärzt:innen erhalten ein Incentive in Höhe von 160 €, die Fachärzt:innen 190 €.

6.3 Qualitative Instrumente und Pretests

Rolle der Informationsmaterialien in der qualitativen Befragung

In den qualitativen Interviews sind die Informationsmaterialien Gegenstand des Gesprächs und werden von dem /der Interviewer:in an geeigneter Stelle online per Bildschirm geteilt. Dies gilt gleichermaßen für die Befragten, die für sich allein zu Hause / am Arbeitsplatz an der Befragung teilnehmen wie für diejenigen, die das Interview nach vorheriger Einweisung vor Ort im Teststudio durchführen.

Darüber hinaus werden sie den Befragten im Vorfeld der Interviews in Printform zugeschickt, damit sie zusätzlich zur digitalen Ansicht im Interview die Original-Anmutung der Informationsmaterialien als haptisches Printprodukt kennen. Die Befragten werden gebeten, sich die Informationsmaterialien vorher anzusehen.

Anders als in den quantitativen Befragungen, in denen die Befragten aus der Erinnerung antworten sollen und diese bewusst nicht durch Vorlage der Materialien aufgefrischt werden soll (Ausnahme: Screeningfrage zu Beginn, um die Kenntnis sicherzustellen), sollen die qualitativ Befragten konkret Bezug auf die vorgelegten Informationsmaterialien nehmen. Sie können z. B. zur Verdeutlichung ihrer Aussagen mit der Maus auf entsprechende Stellen der online per Bildschirm geteilten Broschüre zeigen oder auch die zuvor zugesandte Print-Broschüre in die Kamera halten.

Konstruktion und Pretesting der Leitfäden

Der Leitfaden umfasst einen Katalog offen formulierter Leitfragen, die als Grundlage für die Interviews dienen. Er stellt sicher, dass alle relevanten Fragen über die Gesamtstichprobe hinweg ausreichend thematisiert werden. Er bietet jedoch bewusst Raum, Fragestellungen mit einzelnen Proband:innen selektiv zu vertiefen und ggf. durch Proband:innen im Interview neu aufgebracht und für die Forschungsfragen bedeutsamen Themen nachzugehen.

Für beide Zielgruppen dient das erste durchgeführte Interview als Pilotinterview und fungiert in diesem Sinne als Pretest. Das Pilotinterview wird live beobachtet durch die Projektleitung und die Codierer:innen, die das qualitative Datenmaterial im Nachgang analysieren. Zuvor wird dafür die Einwilligung der Testperson eingeholt.

Im unmittelbaren Anschluss werden die Erkenntnisse im Forscherteam (Projektleitung, qualitative Interviewerin, Codierer:innen) diskutiert und ggf. Anpassungen im Leitfaden vorgenommen. Erst danach startet die Durchführung der weiteren Interviews.

Finale Leitfäden

Die finalen Leitfäden werden im Anhang des Evaluationsberichts dokumentiert.

6.4 Dokumentation und Analyse der qualitativen Daten

Die Analyse der Interviews mit Anspruchsberechtigten und Vertragsärzt:innen erfolgt getrennt nach den beiden Gruppen jeweils in einem mehrstufigen Prozess:

- Audio- und Video-Aufzeichnung nach Einholung des Einverständnisses der Teilnehmenden
 - Vollständige wörtliche Transkription jedes Interviews
 - Anonymisierung der Daten, keine Zuordnung zu Einzelpersonen möglich
 - Zusätzlich notiert die Interviewerin direkt nach Beendigung der Interviews ihre Beobachtungen, insbesondere zu nonverbalen Äußerungen und Stimmungen.
 - Nach der ersten Hälfte der Interviews sowie nach Abschluss werden die Eindrücke aus allen bisher erfolgten Interviews im gesamten Forschungsteam diskutiert und zu ersten Hypothesen verdichtet.
 - Auf diesen und der Grundlage des Interviewleitfadens: Entwicklung eines Kategoriensystems, anhand dessen das Datenmaterial mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA analysiert wird (deduktive Vorgehensweise).
- Mithilfe der Software werden einzelne Aussagen dem Kategoriensystem zugewiesen, was Aussagen zu Häufigkeiten erlaubt. Dabei ist zentral, dass die Aussagen nicht exklusiv auf die jeweilige Textstelle beschränkt, sondern innerhalb ihres jeweiligen personenbezogenen und situativen Kontextes ausgewertet werden.
 - Das Kategoriensystem wird während des Analyseprozesses aus dem Datenmaterial heraus kontinuierlich weiter verfeinert (induktive Vorgehensweise).
 - Die Analyse der Transkripte anhand des Kategoriensystems erfolgt unter Supervision der Projektleitung durch zwei Codierer:innen.
 - Abschließende Interpretation der Ergebnisse in einem Auswertungsworkshop, an dem alle Teammitglieder inklusive der Interviewerin beteiligt sind und in dem wir die Ergebnisse der qualitativen Interviews im Kontext der quantitativen Ergebnisse reflektieren und synergetisch verdichten.
 - Aussagekräftige anonymisierte Originalzitate als Beleg runden die Analyse ab.

7. Berichtstellung

Zwischenbericht nach Abschluss der quantitativen Evaluation

- Der Zwischenbericht fasst die Analyseergebnisse der quantitativen Evaluation getrennt nach den Zielgruppen zusammen und leitet Schlussfolgerungen für die Finalisierung der Stichprobenzusammensetzung und Instrumente der qualitativen Evaluation ab.
- Die Ergebnisse werden nach den unter 5.4 dargestellten Merkmalen differenziert dargestellt bzw. wird im Falle signifikanter Unterschiede auf diese hingewiesen.
- Die Ergebnisdarstellung erfolgt anonymisiert.
- Die Gliederung des Zwischenberichts folgt der durch das IQWiG bereitgestellten Vorlage.
- Format des Zwischenberichts: Word bzw. textorientierter Bericht unterstützt durch Grafiken (nicht barrierefrei)

Evaluationsbericht nach Abschluss der qualitativen Evaluation

Der Evaluationsbericht baut inhaltlich und formal auf dem Zwischenbericht auf und fasst somit die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Evaluation zusammen.

Er enthält detaillierte Empfehlungen für die Optimierung der Materialien und deren Distribution.



8.2. Fragebogen quantitative Befragung Anspruchsberechtigte





Titel:	Fragebogen Anspruchsberechtigte
Auftraggeber:	IQWiG
Projekt:	Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening (P21-04A)

1. Methodensteckbrief

Methoden	Online-Befragung unter Nutzung des Online-Panels von gapfish/CINT Ergänzt im persönliche face-to-face-Befragung von Anspruchsberechtigten, die das Internet nicht nutzen
Zielgruppe	Deutschsprachige Bürger:innen in den vier Alterskohorten 50/51, 55/56, 60/61 und 65/66, die gesetzlich versichert sind und sich erinnern, in den letzten 12 Monaten das Schreiben zum Darmkrebscreening erhalten zu haben. Ausgeschlossen sind Personen, die bei Erhalt des Schreibens Darmkrebs hatten bzw. sich wegen der Diagnose Darmkrebs in ärztlicher Behandlung befanden oder ein erbliches Darmkrebsyndrom haben.
Stichprobe	$n_{\text{Gesamt}} = 1.000$, davon 950 Online und 50 persönlich (letztere vorrangig in Alterskohorte 65/66, 60/61 ist auch möglich)
Erhebungszeitraum	Pretest: 22.11.2022 Soft Launch: 28.11.2022 Haupterhebung: 29.11. bis 21.12.2022

2. Legende zum Lesen des Fragebogens

Schwarze Schrift fett	Fragen (so wie online zu lesen bzw. vorzulesen)
<i>Blaue Schrift kursiv</i>	Hinweise zum Ausfüllen (lesbar bzw. vorzulesen)
Rote Schrift	Technische Hinweise zur Programmierung oder zur Fragebogenstruktur (nicht lesbar)

3. Fragebogen

Block S – Screening

S1	Monatsgenaues Alter *Pflichtfrage
Wann sind Sie geboren?	
Monat	Dropdown
Jahr	Dropdown
Weiter wenn: Juli 1956 bis Dezember 1957 Juli 1961 bis Dezember 1962 Juli 1966 bis Dezember 1967 Juli 1971 bis Dezember 1972 Alle andere > Ende	

CALT	Codevariable Alter > Hintergrundvariable, in Befragung nicht zu sehen Die Zuordnung zu den Codes erfolgt über eine Gleichungsvariable auf Basis von S1 Z.B. 7/1971 bis 12/1972 = Kohorte 1	
1	50/51	n = 250
2	55/56	n = 250
3	60/61	n = 238
4	65/66	n = 218
5	Andere	> Ende

S2	Geschlecht *Pflichtfrage
Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?	
1	weiblich
2	männlich
3	divers

NUR IN persönlicher face-to-face-Befragung

Internet	Ausschluss Internetnutzer *Pflichtfrage		
Nutzen Sie persönlich zumindest ab und zu das Internet, ...			
		Ja	Nein
1	um nach Informationen zu suchen	1	2
2	um Verträge abzuschließen oder Bankgeschäfte zu tätigen	1	2
3	um Termine oder Buchungen vorzunehmen	1	2
4	zum einkaufen	1	2
5	zu Unterhaltungszwecken (spielen, streamen, soziale Medien etc.)	1	2

Wenn mindestens einmal „Ja“ > Ende



S3	Bundesland *Pflichtfrage
In welchem Bundesland wohnen Sie? Pull-Down-Auswahlmöglichkeit aller Bundesländer	

S4	Formale Bildung *Pflichtfrage
Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? <i>Außerhalb Deutschlands erlangte Abschlüsse bitte entsprechend zuordnen.</i>	
1	Keinen Abschluss
2	(erweiterter) Hauptschulabschluss / Berufsbildungsreife
3	Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, Abschluss der polytechnischen Oberschule (8./10. Klasse)
4	Abitur, Fachhochschulreife, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule

S5	Krankenversicherung *Pflichtfrage	
Wie sind Sie krankenversichert? Gemeint ist Ihre hauptsächliche Krankenversicherung. Zusatzversicherungen spielen hier keine Rolle.		
1	In einer gesetzlichen Krankenkasse	
2	Ich bin privat versichert	> Ende
3	Weiß nicht	> Ende

S6a	Haushaltsgröße *Pflichtfrage
Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, sie selbst mit eingeschlossen?	
1	1 Person
2	2 Personen
3	3 Personen
4	4 und mehr Personen

Wenn S6a > 1

S6b	Kinder u. 14 im Haushalt *Pflichtfrage
Leben in Ihrem Haushalt Kinder unter 14 Jahren?	
0	Nein, keine
1	Eins
2	Zwei oder mehr



S7	Einkommen *Pflichtfrage								
<p>Wenn Sie einmal alles zusammennehmen: Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt? Damit ist die Summe aus Lohn, Gehalt, staatlichen Zuwendungen oder selbständiger Tätigkeit nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung gemeint.</p> <p>Antwortoptionen gemäß der Filterung über S6a / S6b einspielen</p>									
	1 Pers	2 Pers, 1 Kind	2 Pers, 0 Kind	3 Pers, 2 Kind	3 Pers, 0 Kind	3 Pers, 1 Kind	4 Pers, 2 Kind	4 Pers, 0 Kind	4 Pers, 1 Kind
	S6a = 1	S6a = 2, S6b = 1	S6a = 2, S6b = 0	S6a = 3, S6b = 2	S6a = 3, S6b = 0	S6a = 3, S6b = 1	S6a = 4, S6b = 2	S6a = 4, S6b = 0	S6a = 4, S6b = 1
1	u. 1.300 €	u. 1.700 €	u. 1.900 €	u. 2.000 €	u. 2.500 €	u. 2.300 €	u. 2.700 €	u. 3.200 €	u. 2.900 €
2	1.300 bis u. 1.900 €	1.700 bis u. 2.400 €	1.900 bis u. 2.700 €	2.000 bis u. 2.900 €	2.500 bis u. 3.600 €	2.300 bis u. 3.300 €	2.700 bis u. 3.800 €	3.200 bis u. 4.500 €	2.900 bis u. 4.200 €
3	1.900 bis u. 2.500 €	2.400 bis u. 3.200 €	2.700 bis u. 3.600 €	2.900 bis u. 3.900 €	3.600 bis u. 4.900 €	3.300 bis u. 4.400 €	3.800 bis u. 5.100 €	4.500 bis u. 6.000 €	4.200 bis u. 5.600 €
4	2.500 bis u. 3.200 €	3.200 bis u. 4.100 €	3.600 bis u. 4.700 €	3.900 bis u. 5.000 €	4.900 bis u. 6.300 €	4.400 bis u. 5.700 €	5.100 bis u. 6.600 €	6.000 bis u. 7.800 €	5.600 bis u. 7.200 €
5	3.200 € und mehr	4.100 € und mehr	4.700 € und mehr	5.000 € und mehr	6.300 € und mehr	5.700 € und mehr	6.600 € und mehr	7.800 € und mehr	7.200 € und mehr
99	Weiß ich nicht / möchte ich nicht angeben								

Wenn Einkommen nicht angegeben (als weiterer Indikator für soziale Benachteiligung)

S8	Staatliche Unterstützung *Pflichtfrage
<p>Beziehen Sie für Ihren Haushalt folgende Leistungen? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus. Um eine Antwort abzuwählen klicken Sie diese erneut an.</p>	
1	Arbeitslosengeld I
2	Arbeitslosengeld II bzw. Hartz 4
3	Sozialhilfe
4	Erwerbsminderungsrente oder Staatliche Grundsicherung bei Erwerbsminderung
5	Wohngeld
88	Nein, nichts davon
99	Weiß ich nicht / möchte ich nicht angeben

Programmierung: Gleichungsvariable, Zusammenfassung der Fragen 6 bis 8 zu „Sozial benachteiligt“ / „Nicht sozial benachteiligt“ / „Nicht bekannt“

Filter: Frauen

S9f Erinnerung Schreiben *Pflichtfrage

Es geht in dieser Befragung um das Thema Darmkrebs-Früherkennung.

Erinnern Sie sich daran, in den letzten 12 Monaten von Ihrer Krankenkasse einen Brief mit Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten zu haben? (Siehe Musterbeispiel)
Tippen Sie auf die Bilder, um sie größer zu machen.
Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie die Broschüre kennen, werfen Sie gerne auch einen Blick hinein (der Link öffnet die Broschüre in einem neuen Fenster).

Musteranschreiben Broschüre (Beispielseiten) [\[Zur vollständigen Broschüre\]](#)

1	Ja, ich erinnere mich	
2	Nein	> Frage VN1, dann Ende

Filter: Männer

S9m Erinnerung Schreiben *Pflichtfrage

Es geht in dieser Befragung um das Thema Darmkrebs-Früherkennung.

Erinnern Sie sich daran, in den letzten 12 Monaten von Ihrer Krankenkasse einen Brief mit Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten zu haben? (Siehe Musterbeispiel)
Tippen Sie auf die Bilder, um sie größer zu machen.
Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie die Broschüre kennen, werfen Sie gerne auch einen Blick hinein (der Link öffnet die Broschüre in einem neuen Fenster).

Musteranschreiben Broschüre (Beispielseiten) [\[Zur vollständigen Broschüre\]](#)

1	Ja, ich erinnere mich	
2	Nein	> Frage VN1, dann Ende

Filter: divers

S9d Erinnerung Schreiben *Pflichtfrage

Es geht in dieser Befragung um das Thema Darmkrebs-Früherkennung.

Erinnern Sie sich daran, in den letzten 12 Monaten von Ihrer Krankenkasse einen Brief mit Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten zu haben? (Siehe Musterbeispiel)

Tippen Sie auf die Bilder, um sie größer zu machen.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie die Broschüre kennen, werfen Sie gerne auch einen Blick hinein (der Link öffnet die Broschüre in einem neuen Fenster).

Musteranschreiben



Broschüre für Männer (Beispielseiten) [\[Zur vollständigen Broschüre\]](#)



Broschüre für Frauen (Beispielseiten) [\[Zur vollständigen Broschüre\]](#)



1	Ja, ich erinnere mich	
2	Nein	> Frage VN1, dann Ende

Wenn S9 = Nein

V1N Persönliche Relevanz Thema

Wie stark interessieren Sie persönlich sich für Darmkrebs-Früherkennung?

1	Sehr stark
2	Eher stark
3	Weniger stark
4	Gar nicht

Block V – Vor Erhalt des Schreibens

ZSV	Zwischenseite V
Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit <u>bevor</u> Sie die Informationen Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung erhalten haben.	

Wenn S9 = Ja

S10	Ausschluss Darmkrebs *Pflichtfrage		
Bevor Sie diese Informationen erhalten haben: Bestand da bei Ihnen ...			
		Ja	Nein
1	... eine Darmkrebserkrankung bzw. waren sie vor diesem Zeitpunkt wegen Darmkrebs in ärztlicher Behandlung	1	2
2	... ein erbliches Darmkrebssyndrom (Hierzu gehören das hereditäre nicht polypöse kolorektale Karzinomsyndrom und die familiäre adenomatöse Polyposis)	1	2

Wenn mind. einmal „Ja“ > Ende

V1	Persönliche Relevanz Thema
Bevor Sie die Informationen erhalten haben: Wie stark interessierten Sie persönlich sich für Darmkrebs-Früherkennung?	
1	Sehr stark
2	Eher stark
3	Weniger stark
4	Gar nicht

V2	Vorher Stuhltest
Bevor Sie die Informationen erhalten haben: Hatten Sie schon einmal einen Stuhltest gemacht? Bei einem Stuhltest wird der Stuhl auf verstecktes Blut untersucht.	
1	Ja
2	Nein
99	Möchte ich nicht angeben

Stuhltest gemacht

V3	Grund für Stuhltest
Warum hatten Sie den Stuhltest gemacht? <i>Mehrere Antworten möglich</i>	
1	Wegen konkreter Beschwerden oder sichtbarer Blutspuren im Stuhl
2	Zur Vorsorge (ohne konkrete Beschwerden)
88	Anderer Grund, und zwar _____



V4	Vorher Darmspiegelung	
Bevor Sie die Informationen erhalten haben: Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung gemacht?		
Bei einer Darmspiegelung wird der Dickdarm mit einem speziellen Instrument (einem Endoskop) untersucht.		
1	Ja	
2	Nein	
99	Möchte ich nicht angeben	

Darmspiegelung gemacht

V5	Grund für Darmspiegelung	
Warum wurde die Darmspiegelung gemacht?		
Mehrere Antworten möglich		
1	Wegen konkreter Beschwerden oder sichtbarer Blutspuren im Stuhl	
2	Zur Vorsorge (ohne konkrete Beschwerden)	
3	Ich habe eine entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn)	
88	Anderer Grund, und zwar _____	

V6	Informationsstand vor Erhalt		
Bevor Sie die Informationen erhalten haben: War Ihnen bekannt, ...			
		Ja	Nein
1	dass es die Möglichkeit zur Darmkrebs-Früherkennung überhaupt gibt	1	2
2	dass Sie das Alter erreicht haben, um an der Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen	1	2



Block A – Anschreiben

ZSA	Zwischenseite A
<p>Die Information Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung bestand aus zwei Teilen: 1) einem Anschreiben und 2) einer Broschüre.</p> <p>In den folgenden Fragen geht es erstmal nur um das <u>Anschreiben</u> (nicht um die Broschüre).</p> <p>Bild</p>	

A1	Schreiben gelesen
<p>Haben Sie das Anschreiben Ihrer Krankenkasse gelesen?</p>	
1	Nein, nur kurz drauf geschaut
2	Teilweise
3	Ja, vollständig gelesen

Wenn A1 = 1 oder 2

A2	Warum Schreiben nicht vollständig gelesen
<p>Warum haben Sie das Anschreiben Ihrer Krankenkasse nicht bzw. nicht vollständig gelesen? <i>Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.</i> Antworten randomisieren</p>	
1	Ich bin ausreichend über Darmkrebs-Früherkennung informiert.
2	Ich habe nur in die Broschüre geschaut, das Anschreiben erschien mir nicht so wichtig.
3	Das Anschreiben hat mich nicht angesprochen.
4	Ich wollte mich nicht damit beschäftigen / kein Interesse.
5	Ich habe es damals zur Seite gelegt, werde es aber noch lesen.
88	Anderer Grund, und zwar _____

Wenn A1 = 2 oder 3

A3	Wirkung
<p>Welchen Eindruck hatten Sie beim Lesen des Anschreibens?</p> <p>Das Anschreiben ... Antworten randomisieren (außer „weiß nicht“)</p>	
1	rät zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung
2	rät ab von der Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung
3	informiert neutral über Darmkrebs-Früherkennung (rät weder dazu noch davon ab)
4	Weiß nicht

Wenn A1 = 2 oder 3

A4	Bewertung Anschreiben						
<p>Bitte beantworten Sie folgende Fragen aus Ihrer Erinnerung heraus. Es ist nicht schlimm, wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern. Antworten Sie nach Ihrem Gefühl.</p> <p>Welche Schulnote geben Sie dem Anschreiben für die folgenden Punkte?</p>							
Items randomisieren	1 = sehr gut			6 = ungenügend			<i>Kann ich nicht bewerten</i>
Länge	1	2	3	4	5	6	99
Verständlichkeit	1	2	3	4	5	6	99
Informationsgehalt / Nützlichkeit	1	2	3	4	5	6	99
Gestaltung / Übersichtlichkeit	1	2	3	4	5	6	99

Wenn Länge Wert 4 bis 6

A4b	Zu lang oder zu kurz
<p>Sie haben für die „Länge“ des Anschreibens die Note 4, 5 oder 6 vergeben. Ist das Anschreiben ... ?</p>	
1	viel zu kurz
2	etwas zu kurz
3	etwas zu lang
4	viel zu lang

Block B – Broschüre

Filter: Frauen

ZSBF	Zwischenseite B
<p>Kommen wir nun zur <u>Broschüre</u> (Beispieleseiten), die dem Brief Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung beilag.</p>	



Filter: Männer

ZSBM Zwischenseite B

Kommen wir nun zur **Broschüre (Beispieleiten)**, die dem Brief Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung beilieg.

Darmkrebs-Früherkennung für Männer ab 50 Jahren
Informationen zum Angebot der gesetzlichen Krankenkassen

und Vorbeugung

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Filter: divers

ZSBZD Zwischenseite B

Kommen wir nun zur **Broschüre (Beispieleiten)**, die dem Brief Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung beilieg.

Darmkrebs-Früherkennung für Männer ab 50 Jahren
Informationen zum Angebot der gesetzlichen Krankenkassen

und Vorbeugung

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Darmkrebs-Früherkennung für Frauen ab 50 Jahren
Informationen zum Angebot der gesetzlichen Krankenkassen

und Vorbeugung

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

Wichtigste Punkte:

- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).
- Man kann Darmkrebs vermeiden (Lifestyle) und ihn frühzeitig entdecken (Screening).

B1	Broschüre gelesen
Haben Sie die Broschüre gelesen?	
1	Nein, nur kurz drauf geschaut
2	Teilweise
3	Ja, vollständig gelesen

Wenn B1 = 1 oder 2

B2	Warum Broschüre nicht vollständig gelesen
Warum haben Sie die Broschüre nicht bzw. nicht vollständig gelesen? <i>Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.</i> Antworten randomisieren	
1	Ich bin ausreichend über Darmkrebs-Früherkennung informiert
2	Das Anschreiben hat mir gereicht, weitere Informationen brauchte ich nicht.
3	Die Broschüre hat mich nicht angesprochen.
4	Ich wollte mich nicht damit beschäftigen / kein Interesse.
5	Ich habe sie damals beiseitegelegt, werde sie aber noch lesen
88	Anderer Grund, und zwar _____

Wenn B1 = 2 oder 3

B3	Wirkung
Welchen Eindruck hatten Sie beim Lesen der Broschüre?	
Die Broschüre ... Antworten randomisieren (außer „weiß nicht“)	
1	rät zur Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung
2	rät ab von der Teilnahme an der Darmkrebs-Früherkennung
3	informiert neutral über Darmkrebs-Früherkennung(rät weder dazu noch davon ab)
4	Weiß nicht

Wenn B1 = 2 oder 3

B4	Bewertung Broschüre 1						
Bitte beantworten Sie folgende Fragen aus Ihrer Erinnerung heraus. Es ist nicht schlimm, wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern. Antworten Sie nach Ihrem Gefühl.							
Welche Schulnote geben Sie der Broschüre für die folgenden Punkte?							
Items randomisieren	1 = sehr gut			6 = ungenügend			Kann ich nicht bewerten
Länge	1	2	3	4	5	6	99
Verständlichkeit	1	2	3	4	5	6	99
Nützlichkeit / Hilfe für meine Entscheidungsfindung	1	2	3	4	5	6	99
Vertrauenswürdigkeit	1	2	3	4	5	6	99
Gestaltung / Lesbarkeit / Schriftgröße	1	2	3	4	5	6	99

Wenn Länge Wert 4 bis 6

B4b	Zu lang oder zu kurz
Sie haben für die „Länge“ der Broschüre die Note 4, 5 oder 6 vergeben. Ist die Broschüre ...?	
1	viel zu kurz
2	etwas zu kurz
3	etwas zu lang
4	viel zu lang

Wenn B1 = 2 oder 3

B5		Bewertung Broschüre				
Treffen folgende Aussagen Ihrer Meinung nach auf die Broschüre zu oder nicht zu?						
Die Broschüre ...						
Items randomisieren	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht bewerten	
hat mir gezeigt, dass ich mich frei für oder gegen die Darmkrebs-Früherkennung entscheiden kann.	1	2	3	4	99	
hat mich dazu gebracht, über Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung nachzudenken.	1	2	3	4	99	
hat mir gezeigt, dass meine Entscheidung davon abhängt, wie ich persönlich die Vor- und Nachteile beurteile.	1	2	3	4	99	
bereitet gut auf ein Gespräch mit meiner Ärztin / meinem Arzt vor.	1	2	3	4	99	

Wenn divers: Zufallsvariable (1,2)

Filter: Frauen und divers mit Zufallswert 1 (S2 = 1 oder zufall = 1)

B6F		Tabellenverständnis		
Wir möchten gerne wissen, ob die Tabellen in der Broschüre verständlich sind. Folgende Tabelle fasst Vor- und Nachteile der Darmspiegelung bei Frauen im Alter von 55 Jahren zusammen:				
Von 1000 Frauen im Alter von 55 Jahren ...				
	... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:	
ohne Früherkennung	2	8	0	
mit Darmspiegelung	1	3 bis 7	1	
Das heißt: Von 1000 Frauen ...	... stirbt 1 Frau weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Frauen weniger an Darmkrebs.	... hat 1 Frau Komplikationen.	
Bitte geben Sie an, ob folgenden Aussagen richtig oder falsch sind.				
Items randomisieren	Richtig	Falsch	Bin nicht sicher	
Von 1000 Frauen ohne Früherkennung erkranken 2 Frauen an Darmkrebs	1	2	99	
Mit Darmspiegelung stirbt 1 von 1000 Frauen an Darmkrebs	1	2	99	
Von 1000 Frauen mit Darmspiegelung haben 3 bis 7 Komplikationen	1	2	99	
Ohne Früherkennung erkranken 8 von 1000 Frauen an Darmkrebs	1	2	99	

Filter: Männer und divers mit Zufallswert 2 (S2 = 2 oder zufall = 2)

B6M Tabellenverständnis

Wir möchten gerne wissen, ob die Tabellen in der Broschüre verständlich sind. Folgende Tabelle fasst Vor- und Nachteile der Darmspiegelung bei Männern im Alter von 50 Jahren zusammen:

Von 1000 Männern im Alter von 50 Jahren ...			
	... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:
ohne Früherkennung	2	7	0
mit Darmspiegelung	1	2 bis 6	2
Das heißt: Von 1000 Männern...	... stirbt 1 Mann weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Männer weniger an Darmkrebs.	... haben 2 Männer Komplikationen.

Bitte geben Sie an, ob folgenden Aussagen richtig oder falsch sind.

Items randomisieren

	Richtig	Falsch	Bin nicht sicher
Von 1000 Männern ohne Früherkennung erkranken 2 Männer an Darmkrebs	1	2	99
Mit Darmspiegelung stirbt 1 von 1000 Männern an Darmkrebs	1	2	99
Von 1000 Männern mit Darmspiegelung haben 2 bis 6 Komplikationen	1	2	99
Ohne Früherkennung erkranken 7 von 1000 Männern an Darmkrebs	1	2	99

ZSI Zwischenseite I

Kommen wir nun zu den Informationsmaterialien Ihrer Krankenkasse zur Darmkrebs-Früherkennung insgesamt, also Anschreiben UND Broschüre.

Wenn A1 = 2 oder 3 ODER B1 = 2 oder 3

I1		Bewertung Infos				
Wie sehr treffen folgende Aussagen Ihrer Meinung nach auf die Informationsmaterialien zu?						
Die Informationsmaterialien haben ...						
Items randomisieren	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	<i>Kann ich nicht bewerten</i>	
mir gezeigt, was ich tun muss, um an einer Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen.	1	2	3	4	99	
mir gezeigt, dass ich selbst einen Termin für ein ärztliches Beratungsgespräch vereinbaren muss.	1	2	3	4	99	
mir gezeigt, wo ich den Termin für ein ärztliches Beratungsgespräch vereinbaren kann (bei welchem Arzt / Fachrichtung der Praxis).	1	2	3	4	99	
mir gezeigt, wie ich an weitere Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung gelangen kann (wenn ich diese benötige).	1	2	3	4	99	
mich daran <u>erinnert</u> , dass ich das Alter erreicht habe, um an der Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen.	1	2	3	4	99	

Wenn A1 = 1 UND B1 = 1

I1b		Bewertung Infos				
Wie sehr trifft folgende Aussage auf die Informationsmaterialien zu?						
Die Informationsmaterialien haben mich daran <u>erinnert</u>, dass ich das Alter erreicht habe, um an der Darmkrebs-Früherkennung teilzunehmen						
1	Trifft voll zu					
2	Trifft eher zu					
3	Trifft eher nicht zu					
4	Trifft gar nicht zu					
99	<i>Kann ich nicht bewerten</i>					

I2		Einstellung Darmkrebs-Früherkennung				
Nach Ihrem Informationsstand heute und ganz allgemein gefragt:						
Welche Einstellung haben Sie zum Angebot der Darmkrebs-Früherkennung?						
Es spielt keine Rolle, ob Sie persönlich teilgenommen haben oder teilnehmen wollen. Es geht allein darum, wie sinnvoll Sie das Angebot finden.						
1	Immer sinnvoll					
2	Oft sinnvoll					
3	Teils/teils					
4	Selten sinnvoll					
5	Nie sinnvoll					
99	<i>Weiß nicht</i>					

Wenn A1 = 2 oder 3 ODER B1 = 2 oder 3

I3	Einfluss Informationsmaterialien auf Einstellung
Hat sich Ihre Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung <u>durch die Informationsmaterialien</u> geändert?	
1	Ich hatte vorher keine Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung
2	Nein, hat sich nicht geändert
3	Ich bin <u>jetzt stärker für</u> die Darmkrebs-Früherkennung
4	Ich bin <u>jetzt stärker gegen</u> die Darmkrebs-Früherkennung
5	<i>Weiß nicht</i>

I4a	Einfluss Informationsmaterialien auf Verhalten			
Haben Sie, <u>nachdem</u> Sie die Informationsmaterialien erhalten haben, folgende Leistungen in Anspruch genommen oder haben Sie vor, das zu tun?				
	Ja, <u>habe ich</u> gemacht	Ja, <u>will ich</u> machen	Nein, will ich <u>nicht</u> machen	Weiß ich noch nicht
Beratungsgespräch mit einem Arzt / einer Ärztin zur Darmkrebs-Früherkennung	1	2	3	99
Stuhltest	1	2	3	99
Darmspiegelung (Koloskopie)	1	2	3	99

Beratungsgespräch gehabt (I4a1 = 1)

I4b	Einfluss Gespräch auf Einstellung
Hat sich Ihre Einstellung zur Darmkrebs-Früherkennung <u>durch das Beratungsgespräch mit dem Arzt / der Ärztin</u> geändert?	
0	Ich hatte vorher keine Meinung zur Darmkrebs-Früherkennung
1	Nein, hat sich nicht geändert
2	Ich bin <u>jetzt stärker für</u> die Darmkrebs-Früherkennung
3	Ich bin <u>jetzt stärker gegen</u> die Darmkrebs-Früherkennung
99	<i>Weiß nicht</i>

Beratungsgespräch gehabt (I4a1 = 1)

I4c	Broschüre mitgenommen
Haben Sie die Broschüre zum Beratungsgespräch mitgenommen?	
1	Ja
2	Nein



I5a	Bevorzugter Distributionsweg Anschreiben
Wie möchten Sie in Zukunft das Anschreiben zur Darmkrebs-Früherkennung von Ihrer Krankenkasse <u>am liebsten</u> erhalten?	
1	per Post
2	per E-Mail
3	per Nachricht auf mein Handy
4	Anders, und zwar _____

Wenn per Post

I5b	Bevorzugter Distributionsweg Informationen Post
Und wie möchten Sie die weiterführenden Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung <u>am liebsten</u> erhalten?	
1	Als beiliegende Broschüre
2	Als QR-Code oder Link im Anschreiben, um online zu lesen
3	Anders, und zwar _____

Wenn elektronisch

I5c	Bevorzugter Distributionsweg Informationen Elektronisch
Und wie möchten Sie die weiterführenden Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung <u>am liebsten</u> erhalten?	
1	Broschüre als PDF im Anhang
2	Als Link, um online zu lesen
3	Anders, und zwar _____

I6	Bevorzugter Distributionsweg andere
Möchten Sie zu anderen Krebsfrüherkennungs-Angeboten auf die gleiche Weise informiert werden wie zur Darmkrebs-Früherkennung oder auf eine andere Weise?	
1	Auf die gleiche Weise
2	Auf andere Weise

Wenn I6 = 2

I7a	Bevorzugter Distributionsweg andere offen
Auf welche Weise würden Sie gerne zu anderen Angeboten der Krebsfrüherkennung informiert werden?	

Block G – Gesundheit – Einstellung, Kompetenz, Zustand

ZSG	Zwischenseite G
Nun noch einige Fragen generell zum Thema Gesundheit.	

G1	Einstellung Früherkennung
Außer der Darmkrebs-Früherkennung gibt es ja noch weitere Früherkennungs-Untersuchungen, auf die gesetzlich Krankenversicherte Anspruch haben.	
Was halten Sie generell von Früherkennungs-Untersuchungen?	
1	Immer sinnvoll
2	Oft sinnvoll
3	Teils/teils
4	Selten sinnvoll
5	Nie sinnvoll
99	Weiß nicht



G2 Gesundheitskompetenz						
<p>Es ist nicht immer leicht, sich über das Thema Gesundheit klar und verständlich zu informieren. Oft kann es dabei auch zu kleineren Schwierigkeiten oder Problemen kommen.</p> <p>Mit den folgenden Fragen möchten wir nun herausfinden, welche Verhaltensweisen und Aktivitäten rund ums Thema Gesundheit gewisse Schwierigkeiten bereiten können.</p> <p>Wie einfach oder schwierig würden Sie sagen, ist es ...</p>						
Reihenfolge der Items ist fix!		Sehr einfach	Eher einfach	Eher schwierig	Sehr schwierig	Kann ich nicht bewerten
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (z.B. bei Arzt, Pflegekraft, Apotheker oder Psychologen)	1	2	3	4	99	
Informationen darüber zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?	1	2	3	4	99	
die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	1	2	3	4	99	
den Empfehlungen Ihres Arztes oder eines Apothekers zu folgen?	1	2	3	4	99	
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht? (z.B. Stress, Depression oder Angstzustände)	1	2	3	4	99	
Informationen über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen? (z.B. Darmkrebs-Früherkennung, Blutzuckertest)	1	2	3	4	99	
zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Bewegungsmangel oder übermäßiger Alkoholkonsum vertrauenswürdig sind?	1	2	3	4	99	
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (z.B. Zeitung, Fernsehen oder Internet)	1	2	3	4	99	
Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden, wie ausreichend Bewegung oder gesunde Ernährung?	1	2	3	4	99	
Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	1	2	3	4	99	
zu beurteilen, wie Ihre Wohnsituation Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden beeinflussen kann?	1	2	3	4	99	
Entscheidungen zu treffen, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden verbessern?	1	2	3	4	99	



G3	Einschätzung Gesundheitszustand
Wie schätzen Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand ein?	
Mein Gesundheitszustand insgesamt ist ...	
1	Sehr gut
2	Eher gut
3	Durchschnittlich
4	Eher schlecht
5	Sehr schlecht
99	Weiß nicht

Block D – Demografie

D1	Ortsgröße / Wohnumfeld
In was für einem Umfeld wohnen Sie?	
1	Metropole (ab 500.000 Einwohner)
2	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)
3	Mittelstadt (ab 20.000 Einwohner)
4	Kleinstadt / Eher ländlich (unter 20.000 Einwohner)

D2	Tätigkeit
Welche der folgenden Möglichkeiten trifft auf Sie zu?	
1	Vollzeit berufstätig (mehr als 30 Stunden pro Woche)
2	Teilzeit berufstätig
3	Geringfügig beschäftigt (weniger als 10 Stunden pro Woche)
4	Derzeit nicht berufstätig (z. B. Hausfrau/Hausmann, arbeitssuchend)
5	Im Ruhestand

D3	Bezug zum Gesundheitsbereich
Sind oder waren Sie selbst oder jemand, der Ihnen nahe steht (Familienmitglied, enge Freunde) im Gesundheitsbereich tätig? z.B. Arzt/Ärztin, Pflegekraft, Apotheker*in Mehrere Antworten möglich	
1	Ja, ich selbst
2	Ja, jemand der mir nahe steht
3	Nein

D4	Hausarzt
Wie lange sind Sie schon bei Ihrem/Ihrer aktuellen Hausarzt / Hausärztin?	
1	Ich habe aktuell keinen Hausarzt / keine Hausärztin
2	Weniger als 1 Jahr
3	Weniger als 5 Jahren
4	Mehr als 5 Jahre



D5		Migrationshintergrund	
Sind Sie selbst und Ihre Eltern in Deutschland geboren?			
		Ja	Nein
1	Ich selbst	1	2
2	Meine Mutter	1	2
3	Mein Vater	1	2

FO		Offene Frage zum Abschluss	
Gibt es abschließend noch etwas, dass Sie uns zum Thema der Befragung oder zur Befragung selbst mitteilen möchten?			

Schluss		Abschlussseite	
Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung.			



8.3. Fragebogen quantitative Befragung Vertragsärzteschaft





Titel:	Fragebogen Vertragsärzteschaft
Auftraggeber:	IQWiG
Projekt:	Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening (P21-04A)

1. Methodensteckbrief

Methoden	Online-Befragung unter Nutzung des Online-Panels von medixline
Zielgruppe der Erhebung	<p>$n_{\text{Gesamt}} = 150$ Vertragsärzt:innen, die in ihrer eigenen Praxis oder angestellt in einer Praxis gesetzlich Versicherte zur Darmkrebs-Vorsorge beraten oder Untersuchungen zur Darmkrebs-Vorsorge selbst durchführen und die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebsvorsorge kennen</p> <p>davon</p> <p>$n = 90$ Allgemeinmediziner*innen und als Hausärzt*in tätige Internist*innen</p> <p>$n = 60$ Fachärzt*innen aus den Bereichen Gastroenterologie, Gynäkologie und Urologie</p>
Erhebungszeitraum	<p>Pretest: 23. und 25.11.2022</p> <p>Soft Launch: 30.11. 2022</p> <p>Haupterhebung: 01.12. bis 14.12.2022</p>

2. Legende zum Lesen des Fragebogens

Schwarze Schrift fett	Fragen (so wie online zu lesen)
<i>Blaue Schrift kursiv</i>	Hinweise zum Ausfüllen (lesbar für Befragte)
Rote Schrift	Technische Hinweise zur Programmierung oder zur Fragebogenstruktur (nicht lesbar)

3. Fragebogen

Block S – Screening

S1	Praxis *Pflichtfrage	
Sind Sie als Ärztin/Arzt in einer Praxis tätig? (egal, ob selbstständig oder angestellt)		
1	Ja	
2	Nein	> Ende

S2	Vertragsarzt *Pflichtfrage	
Haben Sie eine kassenärztliche Zulassung bzw. behandeln Sie in Ihrer Praxis gesetzlich Krankenversicherte?		
1	Ja	
2	Nein	> Ende

S3	Fachrichtung *Pflichtfrage	
In welcher Fachrichtung sind Sie tätig?		
1	Allgemeinmedizin / innere Medizin mit Hausarztstätigkeit	Quote: 90
2	Gastroenterologie	Quote: 60
3	Gynäkologie	
4	Urologie	
88	Andere	> Ende

S4	Rolle Darmkrebsscreening *Pflichtfrage	
Führen Sie folgende ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen der organisierten Darmkrebs-Früherkennung durch? <i>Mehrere Antworten möglich</i>		
1	Ärztliches Beratungsgespräch zur Darmkrebs-Früherkennung (gemäß EBM-Ziffer 01740)	
2	Stuhltest – Ausgabe/Einsammeln und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	
3	Koloskopie	
88	Keine dieser Tätigkeiten	> Ende

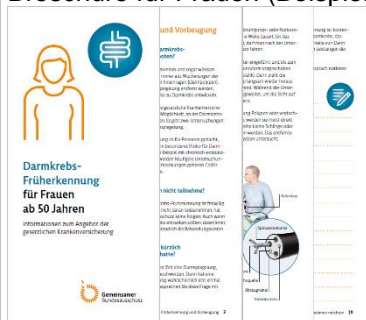
S5 Kenntnis Broschüre *Pflichtfrage

Gesetzlich Krankenversicherte ab 50 ¹ Jahren haben Anspruch auf eine kostenlose Darmkrebs-Früherkennung.
Kennen Sie diese Broschüre des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die die gesetzlichen Krankenkassen allen Anspruchsberechtigten zuschicken – sei es auch nur dem Ansehen nach?
Tippen Sie auf die Bilder, um sie größer zu machen.
Wenn Sie nicht sicher sind, ob Sie die Broschüre kennen, werfen Sie auch gerne einen Blick hinein. Der Link öffnet die Broschüre in einem neuen Fenster.

Broschüre für Männer (Beispielseiten) [Zur vollständigen Broschüre](#)



Broschüre für Frauen (Beispielseiten) [Zur vollständigen Broschüre](#)



1	Ja, kenne ich	
2	Nein	> Ende

¹ Text hinter dem anklickbaren „i“ zur weiterführenden Information:
 Frauen von 50 bis 54 Jahren können jährlich einen Stuhltest in Anspruch nehmen.
 Männer von 50 bis 54 Jahren können zwischen einem jährlichen Stuhltest und einer Koloskopie entscheiden. Ab 55 Jahre können alle zwischen einem Stuhltest alle zwei Jahre und maximal 2 Koloskopien im Abstand von 10 Jahren entscheiden. Außerdem besteht Anspruch auf eine ärztliche Beratung über Ziel und Zweck des Programms zur Darmkrebs-Früherkennung.



Block F – Inhaltliche Fragen

F1		Einfluss Schreiben				
Wenn Sie in Ihrer Praxis Tätigkeiten der organisierten Darmkrebs-Früherkennung (Beratungsgespräch, Stuhltest, Koloskopie) durchführen, wie häufig kommt es dann vor, dass ...						
Reihenfolge der Items fix		Immer/häufig	Manchmal	Selten	Nie	<i>Kann ich nicht bewerten</i>
... dies <u>auf Initiative der Patient/-innen</u> passiert, diese also von sich aus danach gefragt haben		1	2	3	4	99
... Patient/-innen die <u>Broschüre</u> zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung in die Praxis <u>mitbringen</u>		1	2	3	4	99
... Patient/-innen die <u>Broschüre</u> zur Darmkrebs-Früherkennung <u>erwähnen bzw. darauf Bezug nehmen</u> (ohne sie mitzubringen)		1	2	3	4	99

F2		Einsatz Broschüre	
Setzen Sie die Broschüre zur Darmkrebs-Früherkennung in Ihrer ärztlichen Tätigkeit ein?			
<i>Mehrere Antworten möglich</i>			
Itemreihenfolge fix!			
1	Sie liegt in der Praxis aus (z. B. im Wartebereich).		
2	Ich setze sie <u>von mir aus aktiv</u> in Gesprächen mit Patient/-innen ein.		
3	Wenn Patient/-innen die Broschüre von sich aus mitbringen und Fragen dazu stellen, beantworte ich diese.		
4	Ich empfehle sie Patient/-innen oder gebe sie ihnen mit.		
5	Auf andere Weise, und zwar _____		
99	Nichts davon		

Wenn aktiver Einsatz im Gespräch (F2.2 = Ja)

F3		Häufigkeit aktiver Einsatz Broschüre	
Wie häufig setzen Sie die Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung <u>von sich aus</u> im Gespräch mit Ihren Patient/-innen ein?			
1	(Fast) immer		
2	Häufig		
3	Manchmal		
4	Selten		
99	Kann ich nicht beantworten		

Wenn kein aktiver Einsatz aus Eigeninitiative (F2.2 = Nein)

F4	Warum wird die Broschüre nicht eingesetzt						
Warum nutzen Sie die Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung <u>nicht von sich aus</u> für Gespräche mit Ihren Patient/-innen? <i>Mehrere Antworten möglich</i>							
1	Sie ist zu umfangreich.						
2	Ich nutze andere Informationsmaterialien.						
3	Sie ist zu kompliziert / schwer verständlich.						
4	Ich sehe die Inhalte kritisch.						
88	Anderer Grund, und zwar _____						

F5	Globale Bewertung						
Wie gut eignet sich die Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung Ihrer Erfahrung nach ...							
	1 = sehr gut			6 = gar nicht			<i>Kann ich nicht bewerten</i>
... als Grundlage für Ihre ärztliche Beratungstätigkeit?	1	2	3	4	5	6	99
... für die Anspruchsberechtigten, um sich damit auf das ärztliche Beratungsgespräch vorzubereiten?	1	2	3	4	5	6	99

F6	Detail-Bewertung						
Wenn es um die Eignung der Broschüre für Ihre ärztliche Beratungstätigkeit geht: Wie bewerten Sie dann folgende Aspekte?							
	1 = sehr gut			6 = ungenügend			<i>Kann ich nicht bewerten</i>
Länge / Seitenumfang	1	2	3	4	5	6	99
Erklärungskraft der Tabellen	1	2	3	4	5	6	99
Komplexitätsniveau der Inhalte bzw. dessen Angemessenheit für medizinische Laien	1	2	3	4	5	6	99
Verständlichkeit der Texte für medizinische Laien	1	2	3	4	5	6	99
Veranschaulichung einer Koloskopie durch das Bild	1	2	3	4	5	6	99

Wenn Einsatz im Gespräch (F2.2 = ja oder F2.3 = ja)

F7	Häufigkeit Verständnisprobleme						
Wie häufig haben Ihre Patient/-innen Verständnisprobleme mit der Broschüre?							
1	(Fast) immer						
2	Häufig						
3	Manchmal						
4	Selten						
5	Nie						
99	<i>Kann ich nicht beantworten</i>						



Verständnisprobleme bekannt (F7 = 1 bis 3)

F8	Verständnisprobleme bei Patient*innen
Womit haben die Patient/-innen Verständnisprobleme? <i>Mehrere Antworten möglich</i>	
1	Formulierungen
2	Tabellen
3	Das Diagramm „Auf einen Blick“
4	Die bildhafte Erklärung einer Koloskopie
5	Anderes, und zwar _____

F9	Verwendungspflicht bekannt
Ist Ihnen bekannt, dass diese Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung bei einer Beratung gemäß EBM-Ziffer 01740 verwendet werden soll?	
Das ist in der oKFE-RL §5 (1) und §5 (2) festgehalten. Dort heißt es: „Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt berät die versicherte Person frühzeitig anhand der Versicherteninformation über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs“. „Die Beratung kann von allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten angeboten werden, die Darm-krebsfrüherkennung oder Gesundheitsuntersuchungen durchführen.“	
1	Ja
2	Nein

F10	Präferierte Form Infomaterialien Darmkrebsfrüherkennung
Wie wünschen Sie sich die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung <u>zukünftig am liebsten</u>, damit sie sich für Gespräche mit Patient/-innen eignen?	
1	in gedruckter Form / als Printprodukt
2	als digitales Angebot (Internetseite oder PDF)

Wenn als Printprodukt (F10 = 1)

F11	Umfang Print
Und welchen Umfang sollen die gedruckten Informationsmaterialien zukünftig haben, damit sie sich für Gespräche mit Patient/-innen eignen?	
Items randomisieren	
1	Umfang wie bei bestehender Broschüre (ist genau richtig so)
2	Kürzeres Printprodukt (z. B. Flyer, Schaubilder)
3	Ausführlicheres Printprodukt



F12	Gewünschte Bestandteile innerhalb der Informationsmaterialien
Und wie sollten die Informationen zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung zukünftig aufbereitet sein?	
Mehrere Antworten möglich	
1	Mehr Bilder / Zeichnungen
2	Größere Schrift / bessere Lesbarkeit
3	Fremdsprachliche Versionen
4	Videos, animierte Grafiken (Item nur einblenden, wenn in F10 = 2)
88	Sonstiges, und zwar _____
89	Keine Veränderung nötig, Aufbereitung ist gut so

F13	Bevorzugte Form Infos andere
Für die organisierte Darmkrebs-Früherkennung möchten sie die Informationen gerne [Antwort F10] haben.	
Bei anderen Programmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (z.B. Gebärmutterhalskrebs- oder Mammografie-Screening) erhalten Versicherte auch eine Informationsbrochüre.	
Wünschen Sie sich für diese Informationen die gleiche oder eine andere Form als für die Darmkrebs-Früherkennung?	
1	Gleiche Form
2	Andere Form
3	<i>Betrifft mich nicht</i>

Wenn F13 = 2

F14	Bevorzugte Form Infos andere
In welcher Form wünschen Sie sich die Informationen zu den anderen Krebs-Früherkennungen?	

Block D – Demografie

D1	Bundesland
In welchem Bundesland ist Ihre Praxis?	
Pull-Down-Auswahlmöglichkeit aller Bundesländer	

D2	Ortsgröße
Liegt Ihre Praxis in einer ...?	
1	Metropole (ab 500.000 Einwohner)
2	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)
3	Mittelstadt (ab 20.000 Einwohner)
4	Kleinstadt / eher ländlich (unter 20.000 Einwohner)



D3	Patientenstruktur 1
Was schätzen Sie, wie viele Ihrer Patient/-innen sozial benachteiligt* sind?	
* Hier definiert als: geringer formaler Bildungshintergrund und sehr geringes Haushaltseinkommen, z.B. Bezug staatlicher Unterstützungsleistungen	
<i>Verschieben Sie den Regler mit gedrückter Maustaste. Wenn Sie keine Einschätzung angeben können / möchten, überspringen Sie diese Frage.</i>	
Keine	Schieberegler von 0 bis 100, Startpunkt Mittelposition
	Alle

D4	Patientenstruktur 2
Und was schätzen Sie, wie viele Ihrer Patient/-innen einen Migrationshintergrund haben?	
<i>Verschieben Sie den Regler mit gedrückter Maustaste. Wenn Sie keine Einschätzung angeben können / möchten, überspringen Sie diese Frage.</i>	
Keine	Schieberegler von 0 bis 100, Startpunkt Mittelposition
	Alle

D5	Alter
Bitte geben Sie Ihr Alter an.	
Freitextfeld Zahlen	

D6	Geschlecht
Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?	
1	weiblich
2	männlich
3	divers

FO	Offene Frage zum Abschluss
Gibt es abschließend noch etwas, dass Sie uns zum Thema der Befragung oder zur Befragung selbst mitteilen möchten?	

Schluss	Abschlussseite
Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung.	



8.4. Leitfaden qualitative Befragung Anspruchsberechtigte





Titel:	Leitfaden Anspruchsberechtigte
Kunde:	IQWiG
Projekt:	Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening (P21-04A)
Datum:	2. März 2023

1. Methodensteckbrief

Methode	Leitfadengestützte Einzel-Tiefeninterviews (Online) Dauer 1 h
Zielgruppe der Erhebung	Deutschsprachige Bürger:innen in den vier Altersgruppen 50/51, 55/56, 60/61 und 65/66, die gesetzlich versichert sind und sich erinnern, in den letzten 12 Monaten das Schreiben zum Darmkrebs-screening erhalten zu haben. Ausgeschlossen sind Personen, die bei Erhalt des Schreibens Darmkrebs hatten bzw. sich wegen der Diagnose Darmkrebs in ärztlicher Behandlung befanden oder ein erbliches Darmkrebssyndrom haben.
Stichprobe	N = 15 Anspruchsberechtigte
Stimulusmaterial	Proband:innen haben im Vorfeld das Muster-Anschreiben und die Broschüre zur Ansicht erhalten mit der Bitte, sich Notizen zu machen: <ul style="list-style-type: none"> • Was gefällt gut? • Was gefällt weniger gut? <p>Während des Interviews werden das Musteranschreiben oder die Broschüre bei Bedarf per Bildschirm geteilt.</p>



2. Leitfaden

Begrüßung / Formalia

Max. 5 Min.

- Kurzvorstellung Thema: Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung
- Anonymität und Vertraulichkeit, Einverständniserklärung Tonbandaufzeichnung
- Kurze Vorstellung:
 - Alter und Lebenssituation
 - Tätigkeit / ggf. ehemaliger beruflicher Hintergrund

Vorbemerkung:

Die einzelnen Themenblöcke im Leitfaden werden durch offene Impulsfragen eingeleitet (jeweils fett gedruckt, erste Gliederungsebene).

Die jeweiligen Unterfragen (zweite Gliederungsebene) dienen der gestützten Nachfrage, werden jedoch nicht alle zwangsläufig gestellt. Ob und welche der dargestellten Vertiefungsfragen oder ob womöglich andere Vertiefungsfragen gestellt werden, hängt vom Antwortverhalten der Proband:innen auf die offene Impulsfrage ab.

1. Rekonstruktion Erhalt und Entscheidung

10 Min.

- **Gedanken und Eindrücke beim Erhalt:** Bitte beschreiben Sie als erstes, wie es damals war, als Sie den Brief der Krankenkasse (mit einem Anschreiben und einer Broschüre) Ihrer Krankenkasse erhalten haben:
 - An was erinnern Sie sich?
 - Vor oder beim Öffnen: Hatten Sie das Gefühl, der Brief beinhaltet was Wichtiges oder hatten Sie eher das Gefühl, es ist Werbung?
 - Was ist Ihnen beim Anschauen durch den Kopf gegangen? Bitte beschreiben Sie Ihre Eindrücke und Gefühle in der damaligen Situation.
 - Wie sind Sie mit dem Anschreiben und der Broschüre umgegangen (Leseverhalten)?
- **Entscheidung und Entscheidungshilfe:** Welche Entscheidung haben Sie damals zum Thema Darmkrebs-Früherkennung getroffen – und inwiefern haben Ihnen das Anschreiben oder die Broschüre bei der Entscheidung geholfen?
 - Welche Entscheidung haben Sie getroffen? Welche Rolle haben das Anschreiben oder die Broschüre für Ihre Entscheidung gespielt?
 - Hatten Sie alle Informationen zu haben, um eine Entscheidung zu treffen? Oder haben entscheidende Informationen gefehlt, um eine Entscheidung zu treffen?
 - Alles in allem: Wie hilfreich oder nützlich waren das Anschreiben und die Broschüre für Ihre Entscheidung?



- **Charakter des Briefs (mit Anschreiben und Borschüre):** Wie haben Sie die Materialien wahrgenommen? Als Empfehlung / Aufforderung zur Darmkrebs-Früherkennung oder komplett offen als reine Information dazu?

Block 2 und Block 3 sollen zusammengenommen die meiste Zeit im Interview einnehmen (35 bis 40 Minuten).

2. Exploration Materialien / Spontanes Feedback

Dann werfen wir jetzt einen genaueren Blick auf die Broschüre.

Beides kurz zur Auffrischung der Erinnerung per Bildschirm teilen zeigen.

Gesamtbewertung alles in allem: Wie finden Sie die Broschüre? Geben Sie mir bitte ein Handzeichen (von Daumen hoch bis Daumen runter).

Je nach Bewertungstendenz entweder mit dem Positiven oder dem Negativen starten und im zweiten Schritt auch die jeweilige Gegenseite abfragen.

- **Was finden Sie gut – und warum?**
- **Was finden Sie nicht so gut – und warum?**

Beispiele nennen lassen, diese auf dem Bildschirm teilen und erläutern lassen

3. Vertiefung: Umfang und Verständlichkeit

Je nach Interviewverlauf und Antworten der Proband:innen werden die beiden Vertiefungsthemen „Umfang / Länge“ und „Verständlichkeit“ bereits in Block 2 thematisiert. In diesem Fall sind die nachfolgenden Fragen bereits unter Block 2 zu behandeln.

Ist dies nicht der Fall, sind beide Vertiefungsthemen gestützt in Block 3 anzusprechen.

Umfang und Tiefe, mit denen die Vertiefungsthemen im Interview behandelt werden, können je nach Proband:in variieren.

Fokus Umfang / Länge

- **Umfang / Länge der Broschüre:** Wie ist Ihr spontaner Eindruck? Genau richtig? Zu viel? Zu wenig?
 - Wie sieht der ideale Umfang aus? Was wünscht man sich und was ist angemessen für den Zweck?
 - Falls zu viel: Wo wird es zu viel? Woran macht man das fest?
(Beispiele zeigen lassen)
 - Was kann kürzer sein und warum?
 - Gibt es Inhalte, die für Sie überflüssig sind und ganz wegkönnen? Warum?

- **Wegekürzte Inhalte: Was sollte damit passieren?**
 - Was ist, wenn man doch mehr Details wissen will?
 - Wo / Wie würde man diese finden wollen?
 - Inwiefern finden Sie eine Ergänzung im Internet / digital sinnvoll? ?



Fokus Verständlichkeit

- **Subjektiv empfundene Verständlichkeit:** Wie verständlich finden Sie die Broschüre?
 - Woran machen Sie Verständlichkeit fest? Gibt es gute oder weniger gute Beispiele für Verständlichkeit in der Broschüre?

- **Tabellenverständnis:** Lassen Sie uns nun ein Beispiel genauer anschauen (jeweils S. 8 in den Broschüren).
 - Wie gehen Sie persönlich mit solchen Tabellen und Zahlen um? Haben Sie sich das angeschaut oder nicht?
 - Welche Botschaft entnehmen Sie der Tabelle? Wie gehen Sie beim Lesen der Tabelle vor?
 - Hat die Darmkrebs-Früherkennung Vorteile? Was entnehmen Sie der Tabelle dazu?
 - Hat die Darmkrebs-Früherkennung Nachteile? Was entnehmen Sie der Tabelle dazu?
 - Wie hilfreich ist die Tabelle für Ihre Entscheidungsfindung?
 - Wie könnte die Tabelle besser gestaltet werden?

Seite 8 der Broschüre in der jeweiligen geschlechtsspezifischen Version teilen

Von 1000 Frauen im Alter von 55 Jahren ...				Von 1000 Männern im Alter von 50 Jahren ...			
	... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:		... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:
ohne Früherkennung	2	8	0	ohne Früherkennung	2	7	0
mit Darm Spiegelung	1	3 bis 7	1	mit Darm Spiegelung	1	2 bis 6	2
Das heißt: Von 1000 Frauen ...	... stirbt 1 Frau weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Frauen weniger an Darmkrebs.	... hat 1 Frau Komplikationen.	Das heißt: Von 1000 Männern ...	... stirbt 1 Mann weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Männer weniger an Darmkrebs.	... haben 2 Männer Komplikationen.



4. Ausblick

Max. 10 Min.

Wünsche für die Zukunft

- **Wie wünschen Sie sich die Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung in Zukunft? Würden Sie gerne etwas verändern und wenn ja, was wäre das?**
 - Umfang?
 - Vertiefte Informationen online?
 - Aufmachung / Gestaltung?
 - Anteil Text und Bild / Grafik?
 - ...

- **Wie / Auf welchem Weg möchten Sie die Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung in Zukunft erhalten – und warum?**
 - Weiter in schriftlicher Form
 - Digital (als Mail, in einer App Ihrer Krankenkasse oder Nachricht auf dem Handy)?



8.5. Leitfaden qualitative Befragung Vertragsärzteschaft



Titel:	Leitfaden Vertragsärzteschaft
Kunde:	IQWiG
Projekt:	Evaluation von Einladungsschreiben und Versicherteninformation zum Darmkrebs-Screening (P21-04A)
Datum:	2. März 2023

1. Methodensteckbrief

Methode	Leitfadengestützte Einzel-Tiefeninterviews (Online) Dauer 1 h
Zielgruppe der Erhebung	Vertragsärzt:innen, die in ihrer eigenen Praxis oder angestellt in einer Praxis gesetzlich Versicherte zur Darmkrebs-Vorsorge beraten und die Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebsvorsorge kennen
Stichprobe	N = 10 Vertragsärzt:innen, darunter <ul style="list-style-type: none"> • 6 Hausärzt:innen / Allgemeinmediziner:innen • 4 Fachärzt:innen
Stimulusmaterial	<p>Proband:innen haben (bei Bedarf) im Vorfeld die Broschüre zur Ansicht erhalten mit der Bitte, sich Notizen zu machen:</p> <p>Jeweils mit Blick auf die eigene Beratungstätigkeit und im Gespräch mit Patient:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was ist gut an der Broschüre? • Was ist weniger gut? <p>Während des Interviews wird die Broschüre bei Bedarf per Bildschirm geteilt.</p>



2. Leitfaden

Begrüßung / Formalia

Max. 5 Min.

- Kurzvorstellung Thema: Informationsmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung
- Anonymität und Vertraulichkeit, Einverständniserklärung Tonbandaufzeichnung
- Kurze Vorstellung:
 - Alter und kurze Vorstellung der Praxis
 - Wie lange schon in der Niederlassung tätig?

Vorbemerkung:

Die einzelnen Themenblöcke im Leitfaden werden durch offene Impulsfragen eingeleitet (jeweils fett gedruckt, erste Gliederungsebene).

Die jeweiligen Unterfragen (zweite Gliederungsebene) dienen der gestützten Nachfrage, werden jedoch nicht alle zwangsläufig gestellt. Ob und welche der dargestellten Vertiefungsfragen oder ob womöglich andere Vertiefungsfragen gestellt werden, hängt vom Antwortverhalten der Proband:innen auf die offene Impulsfrage ab.

1. Erfahrungshintergrund mit der Broschüre

10 Min.

- **Seit wann ist Broschüre bekannt?** Wann und wie wurden Sie das erste Mal mit der Broschüre zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung konfrontiert – und was waren damals Ihre ersten Eindrücke beim Durchblättern?
- **Rolle der Broschüre im Praxisalltag:** Welche Rolle spielt die Broschüre seitdem in Ihrer Tätigkeit?
 - Wo / an welchen Stellen / in welchen Situationen kommt sie in Ihrer Praxis bzw. in Ihrem Arbeitsalltag zum Einsatz?
 - Ist Ihnen geläufig, dass die Broschüre in der Beratung zur Darmkrebs-Früherkennung (gemäß EBM-Ziffer 01740) verwendet werden soll? (*Bei Bedarf ergänzen: geregelt in der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL). Dort heißt es: „Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt berät die versicherte Person frühzeitig anhand der Versicherteninformation über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs“.*)



- **Aktiver Einsatz in Beratungsgesprächen?**
 - Setzen Sie die Broschüre aktiv von sich aus in Beratungsgesprächen mit Ihren Patient:innen ein? Wenn ja, wie sieht das konkret aus?
 - Oder nur, wenn Patient:innen Sie darauf ansprechen?
Und falls dem so ist: Aus welchen Gründen nutzen sie sie nicht von sich aus aktiv?
- **Erfahrungen mit dem Einsatz der Broschüre in Gesprächen mit Patient:innen:**
Wie sehen Ihre Erfahrungen aus, wenn Sie anhand der Broschüre beraten (sei es aus eigener Initiative oder auf Nachfrage der Patient:innen)?

Block 2 und Block 3 sollen zusammengenommen die meiste Zeit im Interview einnehmen (35 bis 40 Minuten).

2. Exploration Materialien / Spontanes Feedback

Dann werfen wir jetzt einen genaueren Blick auf die Broschüre.

Broschüre zur Auffrischung der Erinnerung per Bildschirm teilen.

- **Gesamtbewertung alles in allem:** Wie eignet sich die Broschüre, um mit Ihrer Hilfe Patient:innen zur Darmkrebs-Früherkennung zu beraten?

Je nach Bewertungstendenz entweder mit dem Positiven oder dem Negativen starten und im zweiten Schritt auch die jeweilige Gegenseite abfragen.

- **Was finden Sie gut geeignet mit Blick auf den Einsatz im Beratungsgespräch – und warum?**
 - *Wenn aktiver Einsatz erfolgt:* Gibt es Teile der Broschüre, die Sie besonders gern nutzen, um anhand dieser Patient:innen zu beraten – und warum?
- **Was finden Sie nicht so gut geeignet mit Blick auf den Einsatz im Beratungsgespräch – und warum?**

Beispiele nennen lassen, diese auf dem Bildschirm teilen und erläutern lassen

3. Vertiefung: Umfang und Verständlichkeit

Je nach Interviewverlauf und Antworten der Proband:innen werden die beiden Vertiefungsthemen „Umfang / Länge“ und „Verständlichkeit“ bereits in Block 2 thematisiert. In diesem Fall sind die nachfolgenden Fragen bereits unter Block 2 zu behandeln.

Ist dies nicht der Fall, sind beide Vertiefungsthemen gestützt in Block 3 anzusprechen.

Umfang und Tiefe, mit denen die Vertiefungsthemen im Interview behandelt werden, können je nach Proband:in variieren.

Fokus Umfang / Länge

- **Umfang / Länge der Broschüre:** Wie bewerten Sie Umfang / Länge der Broschüre:
Genau richtig? Zu viel? Zu wenig?
 - Wie sieht der ideale Umfang aus? Was wünscht man sich und was ist angemessen für den Zweck?
 - Falls zu viel: Wo wird es zu viel? Woran macht man das fest?
(Beispiele zeigen lassen)
 - Was kann kürzer sein und warum?
 - Gibt es Inhalte, die für Sie überflüssig sind, die ganz weg sollten und warum

- **Wegekürzte Inhalte: Was sollte damit passieren?**
 - Was ist, wenn Patient:innen doch mehr Details wissen wollen?
 - Wo / Wie sollten diese dann bereitgestellt werden?
 - Inwiefern finden Sie eine Ergänzung im Internet / digital sinnvoll? ?



Fokus Verständlichkeit

- **Erfahrungen mit der Verständlichkeit:**
 - Für wie verständlich halten Sie die Broschüre aus Sicht Ihrer Patient:innen?
 - Wie häufig kommt es vor, dass Patient:innen Probleme haben, die Informationen in der Broschüre zu verstehen? Welche Stellen in der Broschüre betrifft das?
 - Wenn es Verständnisprobleme gibt: Ließen sich diese vermeiden, durch eine andere Art oder Aufmachung der Broschüre?

OPTIONALE VERTIEFUNG ANHAND DER BEISPIELTABELLE

Die Thematisierung des konkreten Tabellenbeispiels erfolgt nur bei Bedarf, falls Proband:innen nicht genug eigene Themen und Beispiele einbringen.

- **Tabellenverständnis:** Lassen Sie uns nun ein Beispiel genauer anschauen (jeweils S. 8 in den Broschüren).
 - Wie sind Ihre Erfahrungen im Einsatz dieser (oder ähnlicher) Tabellen im Gespräch mit Patient:innen?
 - Wie hilfreich sind diese Tabellen im Rahmen Ihrer Beratungsgespräche?
 - Wie könnte die Tabelle besser gestaltet werden?
 - Vor dem Hintergrund, dass die Patient:innen in die Lage versetzt werden sollen, eine informierte individuelle Entscheidung zu treffen: Was würden Sie ggf. anders / besser machen, um die Vor- und Nachteile der Darmkrebs-Früherkennung aufzuzeigen?

Seite 8 der Broschüre teilen, über die 10 Proband:innen hinweg werden 5 x die Version für Frauen und 5 x die Version für Männer geteilt

Von 1000 Frauen im Alter von 55 Jahren ...				Von 1000 Männern im Alter von 50 Jahren ...			
	... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:		... sterben an Darmkrebs:	... erkranken an Darmkrebs:	... haben Komplikationen:
ohne Früherkennung	2	8	0	ohne Früherkennung	2	7	0
mit Darmspiegelung	1	3 bis 7	1	mit Darmspiegelung	1	2 bis 6	2
Das heißt: Von 1000 Frauen ...	... stirbt 1 Frau weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Frauen weniger an Darmkrebs.	... hat 1 Frau Komplikationen.	Das heißt: Von 1000 Männern ...	... stirbt 1 Mann weniger an Darmkrebs.	... erkranken 1 bis 5 Männer weniger an Darmkrebs.	... haben 2 Männer Komplikationen.



4. Ausblick

Max. 10 Min.

- **Wünsche für die Zukunft:** Wie wünschen Sie sich die Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung in Zukunft? Wie sähe das optimale Material aus, um damit Ihre Patient:innen zum Thema Darmkrebs-Früherkennung zu beraten?
 - Was würden Sie an der bestehenden Broschüre verändern wollen?
 - Vermissen Sie ggf. noch etwas, was Ihnen im Beratungsgespräch helfen würde?

- **Welche Rolle könnte in Zukunft ein digitales Angebot spielen?** Wie müsste ein solches aussehen, damit es für Sie praktisch in der Beratung nutzbar wäre?

Anhang B Fragen für den Austausch mit den Krankenkassen zur technischen Weiterentwicklung der Informationsmaterialien

Austausch zur technischen Weiterentwicklung der Materialien für das Programm zur Früherkennung von Darmkrebs

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Beschluss vom 16.09.2021 mit der Überprüfung der Informationsmaterialien zur organisierten Darmkrebs-Früherkennung beauftragt. Die Informationsmaterialien werden derzeit vom IQWiG evaluiert und bei Bedarf in einem nächsten Schritt überarbeitet. Die Evaluation umfasst auch alternative Formate und Verteilungskanäle der Materialien. Die Ergebnisse der Evaluation werden in Form eines Rapid Reports an den Gemeinsamen Bundesausschluss (G-BA) übermittelt und veröffentlicht.

Unter Federführung des GKV-Spitzenverbands wurden bei einem virtuellen Treffen von Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und des IQWiG die technischen Voraussetzungen für alternative Formate und Verteilungskanäle der Informationsmaterialien bei den Krankenkassen beraten. Anhand dieser Beratungsergebnisse wurde vom IQWiG der Fragebogen entwickelt.

Ziel der Befragung

Mit dem Fragebogen sollen relevante praktische Aspekte erhoben werden, die für die Weiterentwicklung der Materialien und ihre spätere Einbettung in die Versorgung über die Krankenkassen wichtig sind. Themenblöcke betreffen die aktuelle Praxis, mögliche neue Kanäle und Systeme, den rechtlichen Rahmen sowie die weitere Versorgung im Zusammenhang mit der Darmkrebs-Früherkennung.

Aus den Ergebnissen der Befragung sollen Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Die Erkenntnisse der Befragung werden Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen vorgestellt. Es ist geplant, sie als Empfehlung an den G-BA im Rapid Report zu veröffentlichen.

Ausfüllhinweise

Bitte beantworten Sie die Fragen unter Beachtung der folgenden Anforderungen an das Einladungsverfahren zur Darmkrebs-Früherkennung. Es sollen

- alle anspruchsberechtigten Versicherten in Textform eingeladen werden.
- alle Versicherten durch ausreichend umfassende und verständliche Materialien über den Ablauf der Darmkrebs-Früherkennung informiert werden.
- alle Versicherten durch ausreichend umfassende und verständliche Materialien bei einer informierten Entscheidung für oder gegen die Teilnahme unterstützt werden.

2. Kombination verschiedener Kanäle

Es ist davon auszugehen, dass für die Übermittlung der Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung zukünftig eine Kombination aus postalischem und digitalem Kanal sinnvoll ist. Ein Beispiel hierfür ist eine Online-Geschäftsstelle.

- Halten Sie eine Kombination aus postalisch versendeten und digital verfügbaren Elementen für sinnvoll?
- Wie kann die Schnittstelle zwischen postalischen und digitalen Elementen aussehen?
- Welche Anforderungen sehen Sie an diese Kombinationen, zum Beispiel für die Informationstiefe, die technischen Formate/Dateitypen und die Kompatibilität mit anderen Systemen?
- Wie erfahren die Versicherten von den verschiedenen verfügbaren Elementen?
- Wie könnte der Zugriff für Versicherte auf die Elemente gestaltet werden?

3. Prognose aktive Nutzung

- Haben Sie ein Interesse, die Materialien zukünftig in bereits bestehende digitale Angebote zu integrieren?

- Welche Angebote wären das?

- Was wäre bei solch einer Integration zu beachten?

4. Rechtliches

- Welche rechtlichen Vorgaben müssen für Fragen 2 und 3 beachtet werden?

5. Gesamtrahmen der Versorgung

- Bieten Sie zusätzlich zu den GKV-Regelleistungen weitere Angebote zur Darmkrebs-Früherkennung an, zum Beispiel im Rahmen von IV-Verträgen oder Satzungsleistungen?

6. Welche **weiteren Hinweise** haben Sie an uns?

Anhang C Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen

Im Folgenden sind die Beziehungen der externen Sachverständigen zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“ mit Stand 03/2020. Das aktuelle Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Delasauce, Ricarda	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Hinterding, Susan	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein
Reimers, Jan	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Schall, Luisa	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Solbrig, Janna	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Warthun, Nicole	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ (Version 03/2020e) wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer

Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?