

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

betreut am
Zentrum der Gesundheitswissenschaften
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

**Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der hausärztlichen
Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Anna Katharina Sode

aus Hadamar

Frankfurt am Main, 2018

Dekan/in: Prof. Dr. Josef Pfeilschifter
Referent/in: Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Korreferent/in: Prof. Dr. med. Christine Solbach
Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.2018

Titelblatt

Inhaltsverzeichnis.....	I
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung	3
2.1. Die Krankheit Krebs - Epidemiologie und Mortalität	3
2.2. Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	4
2.2.1. Entwicklung von Inzidenz und Mortalität unter dem Einfluss von Screeningmaßnahmen	4
2.2.2. Überdiagnosen und Diagnosen ohne Effekt	8
2.2.3. Kosten-Nutzen-Verhältnis und Transparenz	9
2.2.4. Empfehlungen	11
2.3. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland	13
2.3.1. Inanspruchnahme	13
2.3.2. Einflussfaktoren	16
2.4. Rolle des Hausarztes bei der Krebsfrüherkennung	17
2.5. Einstellung des Hausarztes gegenüber Krebsfrüherkennungs- untersuchungen	18
2.5.1. Prostatakrebsfrüherkennung	19
2.5.2. Brustkrebsfrüherkennung	20
2.5.3. Darmkrebsfrüherkennung	20
2.5.4. Gebärmutterhals- und Hautkrebsfrüherkennung	22
2.6. Wissenschaftliche Grundlagen der Fragebogenkonstruktion	22
2.6.1. Fragenkonstruktion, Antwortskalen und Instruktionen	22
2.6.2. Stichprobe und kognitive Testung	25
2.6.3. Sicherung der Teilnahmemotivation	27

3. Material und Methoden	29
3.1. Entwicklung des Fragebogens	29
3.1.1. Inhaltliche Struktur: Erstellen eines Itempools und Anpassung an die Fragestellung	29
3.1.2. Fragenkonstruktion, Antwortskalen und Instruktionen	31
3.2. Äußere Aspekte: Titelseite, Anschreiben und Design	33
3.3. Pretest	34
3.3.1. Stichprobe einer ersten Fragebogenversion	34
3.3.2. Kognitive Interviews	35
3.3.3. Das Fragenbewertungssystem (FBS)	36
4. Ergebnisse	38
4.1. Fragebogen	38
4.2. Pretest-Ergebnisse	40
4.2.1. Stichprobe	40
4.2.2. Ergebnisse der kognitiven Testung	52
4.3. Bewertung anhand des FBS	57
4.3.1. Überblick	57
4.3.2. Bewertung einzelner Fragen	58
5. Diskussion	61
5.1. Kritische Beurteilung der Pretestung	61
5.1.1. Stichprobe	61
5.1.2. Kognitive Testung	62
5.2. Überprüfung der Fragenqualität mittels Fragebogenbewertungssystem	63
5.3. Qualität äußerer Aspekte: Titelseite, Anschreiben und Umfrageplanung	68
5.4. Der Fragebogen: Eignung als Instrument zur Erfassung der hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	69
6. Zusammenfassung	73
7. Summary	75

8. Literaturverzeichnis	77
9. Anhang	84
10. Schriftliche Erklärung	131

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Ansprüche auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	13
Tabelle 2: Themenbereiche des FBS.....	37
Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Stichproben-Teilnehmer	40
Tabelle 4: Antwortverteilung zu Frage 18 (Anhang 2)	42
Tabelle 5: Antwortverteilung zu Frage 19 (Anhang 2)	42
Tabelle 6: Antwortverteilung zu Frage 23 (Anhang 2)	44
Tabelle 7: Antwortverteilung zu Frage 25 (Anhang 2)	45
Tabelle 8: Antwortverteilung zu Frage 3 (Anhang 2)	47
Tabelle 9: Antwortverteilung zu Frage 7 (Anhang 2)	47
Tabelle 10: Antwortverteilung zu Frage 9 (Anhang 2)	48
Tabelle 11: Antwortverteilung zu Frage 11 (Anhang 2)	48
Tabelle 12: Antwortverteilung zu Frage 27 (Anhang 2)	49
Tabelle 13: Antwortverteilung zu Frage 28 (Anhang 2)	50

Abkürzungsverzeichnis

et al.	Et alii = und andere
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DRU	Digital-rektale Untersuchung
FBS	Fragebogen-Bewertungssystem
FOBT	Fäkaler okkultter Bluttest
GESIS	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e.V.
HPV	Humanes Papilloma Virus
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
RKI	Robert-Koch-Institut
USPTF	US Preventive Services Task Force

1. Einleitung

Diese Dissertationsschrift befasst sich mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, um einen Survey zu dieser Thematik durchzuführen. Die Notwendigkeit des Surveys ergab sich aus qualitativen Interviews, die im Rahmen des Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ mit Hausärzten durchgeführt wurden.¹ Nach der Auswertung der qualitativen Daten und einer Literaturrecherche ergaben sich folgende Forschungsfragen für den Survey:

- 1) Welche Einstellung haben Hausärzte gegenüber den gesetzlich empfohlenen, populationsbasierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?
- 2) Unterscheidet sich die hausärztliche Einstellung in Abhängigkeit davon, ob die jeweilige Untersuchung populationsbasiert oder auf definierte Risikogruppen angewandt wird?
- 3) Für welche Risikogruppen halten die Hausärzte die verschiedenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für sinnvoll?
- 4) Welche Gründe für oder gegen die Empfehlung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden angegeben?

Nach einer Literaturrecherche wurde deutlich, dass es keinen standardisierten Fragebogen zu dieser Thematik gibt, dieser also neu zu entwickeln war. Diese Doktorarbeit beschreibt die Schritte der Fragebogenentwicklung im Einzelnen, behandelt also die Fragestellung, wie ein entsprechender Fragebogen zur Nutzung in einem Survey unter Hausärzten nach strengen wissenschaftlichen Kriterien entwickelt und mehrfach getestet wurde.

Der Survey war insgesamt eingebettet in das am Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt/Main durchgeführte Projekt „Onkologie in der Hausarztpraxis“. In diesem

Projekt wurden zunächst qualitative Interviews durchgeführt²⁻⁵ und die gewonnenen Erkenntnisse in zwei Wellen von Surveys näher analysiert. Eine Welle behandelte allgemeine Fragen der hausärztlichen Betreuung onkologischer Patienten⁶ und eine zweite Welle behandelte das Thema Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.⁷ Diese zweite Welle basierte auf dem im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Fragebogen.

2. Stand der Forschung

Zunächst soll hier der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die Krankheit Krebs, die Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die hausärztliche Rolle und schließlich auch die bisherigen Studien zum Thema hausärztliche Einstellung zu und Empfehlung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen dargestellt werden. Zum Abschluss dieses Kapitels findet sich ein Überblick über die wissenschaftlichen Grundlagen der Fragebogenkonstruktion.

2.1. Die Krankheit Krebs - Epidemiologie und Mortalität

Laut Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes gehört die Krankheit Krebs nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland: Im Jahr 2014 sind 25,8 % der Verstorbenen an bösartigen Neubildungen verstorben.⁸ Von diesen knapp 224.000 krebsbedingten Todesfällen seien allein 11,4% auf bösartige Neubildungen des Dickdarms, Sigmoids, Rektums oder Analkanals zurückzuführen.⁸ Nach dem Zentrum für Krebsregisterdaten zählte Darmkrebs mit 62.000 Neuerkrankungen im Jahr 2012 zu den häufigsten Krebsarten in Deutschland. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate läge derzeit bei etwa 63 %.⁹

An der Spitze standen in Deutschland 2012 jedoch das Mammakarzinom (rund 70.000 Neuerkrankungen) bei den Frauen und das Prostatakarzinom (rund 63.700 Neuerkrankungen) bei den Männern. Obwohl das Prostatakarzinom eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von circa 93 % aufweise,⁹ sei es 2014 für rund 13.700 Todesfälle verantwortlich gewesen.⁸ Dies entspricht ca. 6,12 % der krebsbedingten Todesfälle. Das Zentrum für Krebsregisterdaten führt das auf späte Todesfälle nach langem Krankheitsverlauf zurück.⁹

Seltener tödlich verlaufe das maligne Melanom, welches eine 5-Jahres-Überlebensrate von über 90 % zeige. Bei einer Anzahl von 21.000 Neuerkrankungen 2012⁹ sind im Jahr 2014 nur knapp 3.100 Menschen an der Erkrankung verstorben.⁸

Das Cervixkarzinom hingegen zeige zwar eine geringere Inzidenz von 4.640 Erkrankten 2012, jedoch auch eine geringere 5-Jahres-Überlebensrate von 68 %.⁹ 2014 sind etwa 1.500 Frauen an dieser Krebsart verstorben.⁸

2.2. Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Um die objektive Sinnhaftigkeit von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu ergründen, soll hier eine Gegenüberstellung von Nutzen und Kosten erfolgen. Die daraus resultierende Bilanz soll am Ende dieses Kapitels mit den bestehenden Empfehlungen verglichen werden.

2.2.1. Entwicklung von Inzidenz und Mortalität unter dem Einfluss von Screeningmaßnahmen

Zur Darstellung eines möglichen Nutzens von Screeningmaßnahmen dient vor allem die Untersuchung der spezifischen Mortalitätsentwicklung der jeweiligen Erkrankungen. Screening-Verfahren sind nach Pschyrembel definiert als „Suchtest [...] zur Erfassung eines klinisch symptomlosen oder prämorbidem Krankheitsstadiums“.^{10(p1661)} Der Begriff umfasst also ausdrücklich nur Untersuchungen, die an klinisch unauffälligen Personen durchgeführt werden. Ziel einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung als Screeningmaßnahme ist somit die Diagnose der Erkrankung in einem früheren Stadium, verglichen mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, der sich durch das Auftreten von Symptomen ergeben hätte. Dies entspricht der Definition einer sekundären Präventionsmaßnahme.^{10(p1473)} Zur Überprüfung dieses Endpunktes und eines möglichen Zusammenhangs mit der Mortalitätsentwicklung soll an dieser Stelle auch der Verlauf der Inzidenzzahlen in den verschiedenen Stadien ergänzend betrachtet werden.

In Bezug auf Brustkrebs untersuchten Anderson et alii (et al.) jene zwei Aspekte in Connecticut unter dem Einfluss der Einführung des Mammographiescreenings zu Beginn der 1980er Jahre.¹¹ Sie konnten sowohl eine Senkung der altersspezifischen Mortalität von Brustkrebs als auch eine Steigerung der Inzidenz im genannten

Zeitraum feststellen, wobei die Zahl der In-situ-Karzinome schneller angestiegen sei als die Zahl invasiver Tumore. Allerdings habe sich die Anzahl der im Spätstadium diagnostizierten Karzinome nicht entscheidend verringert.¹¹ In Deutschland lassen die Zahlen des Zentrums für Krebsregisterdaten einen ähnlichen Verlauf erkennen.⁹ Hier erfolgte die Einführung des Mammographiescreenings im Jahr 2005. In den Folgejahren beobachtete man ebenfalls einen deutlichen Anstieg der Neuerkrankungen bei einer Senkung der spezifischen Mortalität, auch hier ohne deutliche Senkung der Inzidenz der im Spätstadium diagnostizierten Brustkrebserkrankungen. Das Zentrum für Krebsregisterdaten führt die Mortalitätssenkung daher auf eine insgesamt verbesserte Therapie, und nicht auf das Mammographiescreening zurück.⁹

Eine Reduktion der Brustkrebsmortalität nach Einführung eines Mammographiescreeningprogramms stellten allerdings auch Duffy et al. für England und Schweden¹² sowie Alexander et al. für Schottland¹³ fest. Letztere beurteilten ihre Ergebnisse jedoch als nur grenzwertig signifikant.¹³ Zusammenfassend lassen sich sowohl ein Anstieg von Diagnosen im Frühstadium, als auch eine Mortalitätssenkung mit zeitlichem Bezug zur Einführung von Mammographiescreeningprogrammen belegen, ohne jedoch eine klare Aussage darüber treffen zu können, ob diese Entwicklungen untereinander im Zusammenhang stehen. Der Nutzen eines Mammographiescreeningprogrammes ist somit nicht eindeutig belegt.

Für die Koloskopie und Sigmoidoskopie erscheint die Reduktion der Mortalität an Darmkrebserkrankungen deutlicher. Hierzu sei angemerkt, dass im Rahmen der genannten Untersuchungen auch Polypen entfernt werden können, die selbst nicht zwingend Karzinome darstellen, aber oftmals die Grundlage für die Entstehung eines Karzinoms bilden.¹⁴ In diesem speziellen Fall handelt es sich also nicht mehr um die oben beschriebene sekundäre Prävention, sondern um eine primäre Prävention, bei der eine Erkrankung vermieden wird.^{10(p1473)} Brenner et al. kommen in einer Metaanalyse verschiedener Studien aus Europa und den USA zu dem Schluss, dass Koloskopie und Sigmoidoskopie einen Großteil der Sterbefälle am distalen kolorektalen Karzinom verhindern, und auch die Mortalität des proximalen Kolonkarzinoms durch die Koloskopie gesenkt werde.¹⁵ Weiterhin beobachteten Brenner et al. in einer

eigenen Studie über die Effekte der Koloskopie als Screeningmethode in Deutschland, dass diese Früherkennungsmethode, angewandt im Alter zwischen 55 und 70 Jahren, das Erkrankungsrisiko für das kolorektale Karzinom deutlich senke. Zudem sei ersichtlich, dass, falls die Krankheit nicht verhindert werden könne, die Untersuchung den Zeitpunkt der Diagnose in fast jedem Fall vorverlege.¹⁶

Nishihara et al. untersuchten die Darmkrebs-Inzidenz nach Koloskopien und Sigmoidoskopien bei Mitarbeitern des Gesundheitssystems in den USA im Alter von 30 bis 75 Jahren.¹⁷ Ihnen zufolge habe sich stets ein verringertes Darmkrebsrisiko nach endoskopischer Untersuchung ergeben, wobei der Effekt variiert habe, je nachdem, ob Polypen entfernt worden wären, oder nicht, und ob nur eine Sigmoidoskopie, oder eine komplette Koloskopie durchgeführt worden sei. Für den speziellen Fall des proximalen Kolonkarzinoms sei jedoch nur bei durchgeführter Koloskopie eine signifikante Reduktion der Inzidenz verzeichnet worden.¹⁷

Für den Okkultbluttest, der eine Alternative zur invasiven Diagnostik darstellt, berichten Shaukat et al. auf der Basis einer Langzeitstudie, dass ein jährlicher Test die darmkrebspezifische Mortalität gegenüber der Gruppe ohne Screening um 32 % senke.¹⁸ Insgesamt sei in den letzten 10 Jahren in Deutschland eine Senkung der altersstandardisierten Sterberaten für Darmkrebs um mehr als 20 % zu verzeichnen, berichteten Kaatsch et al. in ihrer Gesundheitsberichtserstattung 2011/2012.⁹ Die Koloskopie als Screeningmaßnahme war in Deutschland im Jahr 2002 eingeführt worden.

Insgesamt ist der Nutzen des Okkultbluttests und vor allem der Koloskopie wesentlich ausführlicher und häufiger untersucht worden, als die restlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Der Nutzen dieser beiden Screeningmaßnahmen ist durch eine deutliche Mortalitätsreduktion und Inzidenzminderung belegbar.

Für das Hautkrebscreening ist die Datenlage hingegen widersprüchlich. Zunächst wurde es in Schleswig-Holstein im Jahr 2001 im Rahmen eines Pilot-Projektes eingeführt und von Katalinic et al. analysiert.¹⁹ Sie beschrieben eine Senkung der spezifischen Mortalität um 47 % bis 49 %, was sie als signifikante Reduktion beurteilten.¹⁹ 2008 erfolgte die Ausweitung des Screeningprogramms auf Gesamt-Deutschland. Auch dies beobachteten Katalinic et al.. Dabei habe sich bis 2012 eine

nahezu konstante hautkrebspezifische Mortalität in Deutschland und eine wieder ansteigende spezifische Mortalität in Schleswig Holstein gezeigt, die sich wieder ihrem Ausgangswert vor dem Pilotprojekt annäherte.²⁰ Diese Ergebnisse bestätigten Boniol et al., die die Entwicklung der hautkrebspezifischen Mortalität in Schleswig-Holstein und in Gesamt-Deutschland zwischen 1980 und 2012 untersuchten.²¹ Auch das Zentrum für Krebsregisterdaten registrierte insgesamt unveränderte Sterberaten für das maligne Melanom.⁹ Zum aktuellen Zeitpunkt besteht daher kein eindeutiger Hinweis auf einen Nutzen dieser Screeningmaßnahme.

Den Effekt des Gebärmutterhalsabstrichs untersuchten Carter et al. Hier sei eine verminderte Morbidität und Mortalität zu beobachten.²² Diese Aussage stützen Landy et al., laut denen die spezifische Mortalität des Zervixkarzinoms ohne das Screening im Alter von 35-64 Jahren vier bis über fünf Mal höher läge als mit Screening.²³ Weiterhin werde die Inzidenz des Zervixkarzinoms durch das Screening in allen Altersgruppen reduziert, wobei sich vor allem die Anzahl der Diagnosen in fortgeschrittenen Stadien verringere.²³ Insgesamt finden sich jedoch im Vergleich zur Darmkrebsfrüherkennung eher wenige Studien, die die Evidenz dieser Screeningmethode sichern.

Für das Prostatakrebscreening ist die Datenlage zur Mortalitätsentwicklung nicht eindeutig. Für das Screening mittels prostataspezifischem Antigen (PSA) geht das Robert-Koch-Institut (RKI) davon aus, dass die zunehmende Verbreitung des PSA-Screenings zu einer früheren Diagnosestellung des Prostatakarzinoms geführt hat. Jedoch sei fraglich, ob sich tatsächlich ein Effekt für den Sterbezeitpunkt ergäbe, da aus einer vorgezogenen Diagnose bei gleichem Sterbezeitpunkt eine rechnerisch höhere Überlebenszeit resultiert, ohne dass der Sterbezeitpunkt durch das Screening beeinflusst worden sein muss.²⁴ Busato et al. kamen in einem Review zu dem Schluss, dass das PSA-basierte Prostatakrebscreening zu verringerten Diagnosen in fortgeschrittenen Stadien führt.²⁵ Darüber hinaus erhielten sie aber widersprüchliche Ergebnisse bezüglich der Mortalitätsreduktion, die sich zwar in einigen Studien belegen lassen, in anderen aber wiederum nicht. Vor allem durch eine zu kurze Laufzeit seien die betrachteten Studien jedoch mit Mängeln behaftet.²⁵ Ilic et al. kommen zu vergleichbaren Ergebnissen.²⁶ Pron et al. konnten 2015 in einem systematischen

Review zur Evidenz des PSA-Tests als Prostatakrebscreening keine signifikante Senkung von spezifischer oder allgemeiner Mortalität feststellen.²⁷

Etzioni et al. fassten die Ergebnisse zweier unabhängiger Analysen der Inzidenz von Prostatakrebs sowie der spezifischen Mortalität in An- und Abwesenheit des PSA-Screenings zusammen.²⁸ Dabei habe sich von 1985 bis Anfang der 1990er Jahre unabhängig vom Screening ein Anstieg der Mortalität bei insgesamt steigender Inzidenz gezeigt. Danach sei jedoch in beiden Modellen ein Abfall der Mortalität im Falle von Screening und ein Anstieg der Mortalität ohne Screening aufgetreten. Je nach Modell führen die Autoren diese Reduktion zu 45 - 70 % auf das Screening zurück.²⁸

Ähnlich wie für das Mammographiescreening lassen sich also in Bezug auf das Prostatascreening eine frühere Diagnosestellung und in manchen Studien auch eine Senkung der spezifischen Mortalität beobachten, ohne dass aber ein klar belegbarer Nutzen dieser Screeningmaßnahme ersichtlich ist.

2.2.2. Überdiagnosen und Diagnosen ohne Effekt

Bei Betrachtung von erhöhten Inzidenzen infolge von Screeningmaßnahmen stellt sich die Frage, ob Diagnosen in allen Fällen hilfreich sind, oder ob sich in manchen Fällen auch Diagnosen ergeben, die nicht behandlungsbedürftig sind und ohne Screeningmaßnahme eventuell nie entdeckt worden wären. Auch hierzu zeigt die Studienlage einige Hinweise. So beobachteten Duffy et al., dass in Schweden von elf diagnostizierten Brustkrebsfällen ein Fall überdiagnostiziert gewesen sei. In England seien von 28 Brustkrebsdiagnosen eine überdiagnostiziert gewesen.¹² Das Zentrum für Krebsregisterdaten vermutet ebenfalls anhand deutlich gestiegener Inzidenzen besonders im Frühstadium, dass einige dieser Fälle ohne Screening lebenslang unerkannt geblieben wären, kann dies aber zum aktuellen Forschungsstand noch nicht belegen.⁹

Für die Koloskopie sei die Rate der Überdiagnosen laut Brenner et al. in Deutschland jedoch gering, nämlich unter einem Promille. Es sei in etwa eine Überdiagnose bei 1.089 Koloskopien zu beobachten.¹⁶

Im Falle des Hautkrebscreenings ist in verschiedenen Studien eine erhöhte Inzidenz nach flächendeckender Untersuchung nachgewiesen worden, wobei eine Senkung der Mortalität unklar erscheint.^{9, 20, 29} Die S3-Leitlinie zur Prävention von Hautkrebs kritisiert zudem falsch positive Befunde mit entsprechend nachfolgenden Exzisionen.³⁰

Besonders kritisiert wird die hohe Rate von Überdiagnosen durch das PSA-Screening. Nach Alberts et al. lägen diese Raten je nach Studiendesign bei bis zu 67 %.³¹ Auch Busato et al. und Ilic et al. kritisierten unnötige Therapien und Überdiagnosen.^{25, 26}

2.2.3. Kosten-Nutzen-Verhältnis und Transparenz

Um zu entscheiden, ob ein flächendeckendes Screening sinnvoll ist oder nicht, erscheint ein Vergleich der Vor- und Nachteile einer jeden Krebsfrüherkennungsuntersuchung angebracht. Die beiden vorangegangenen Kapitel haben den nur teilweise belegten Nutzen, nämlich eine Mortalitäts- und im Falle der Koloskopie auch eine Inzidenzsenkung, sowie für die Patienten entstehende Kosten in Form von unnötigen Diagnosen mit entsprechenden psychischen und physischen Folgen erläutert. Weitere denkbare Kosten sind finanzieller und zeitlicher Aufwand. Laut Freund et al. ist ein Vergleich solcher Investitionen gegenüber dem Nutzen der Screeningmaßnahmen in Deutschland bisher nicht ausreichend erfolgt.³² Wichtig sei eine Transparenz von gesammelten Daten zur Qualitätssicherung. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis könne darüber hinaus durch eine Anpassung auf Risikogruppen der jeweiligen Krebsart verbessert werden.³² Auch Carter et al. fordern eine höhere Transparenz von Daten und die Beobachtung von den durch die Untersuchungen entstehenden Schäden. Nur so könne auf Basis einer ausreichenden Evidenz eine gute Aufklärung und Beratung der Patienten durch Ärzte erfolgen. Sie kritisierten außerdem eine mangelnde Vergleichbarkeit von verschiedenen Studien durch unterschiedliche angewandte Verfahren.²²

Im Fall der Mammographie ist der Nutzen eines flächendeckenden Screenings bisher nur unzureichend belegt (siehe Kapitel 2.1.1), während neben Überdiagnosen (siehe Kapitel 2.1.2) auch das Risiko von Spätschäden durch Röntgenstrahlung sowie der finanzielle und zeitliche Aufwand als Nachteile der Untersuchung zu nennen sind. Eine

klare positive Bilanz für die Mammographie kann in diesem Vergleich somit nicht gezogen werden.

Etwas anders verhält es sich bei der Darmkrebsfrüherkennung, deren Nutzen eindeutig belegt ist (siehe Kapitel 2.1.1). Aufgrund der Invasivität von Koloskopie und Sigmoidoskopie stellt sich jedoch auch hier die Frage, ob der genannte Nutzen die Kosten, also die entstehenden Nachteile und Risiken, wirklich übersteigt. Wie in Kapitel 2.1.2 erläutert, ist die Rate der Überdiagnosen in diesem Fall als gering zu bewerten. Als relevantestes Risiko einer Koloskopie ist eine mögliche Darmperforation zu nennen. Dieses Risiko liegt laut Herold et al. bei ca. einer bis zwei Promille.¹⁴ Van Hees et al. versuchten, die Kosteneffektivität der Darmkrebsfrüherkennung anhand des Verlustes von Lebensjahren mit uneingeschränkter Lebensqualität darzustellen. Ihnen zufolge steigen diese mit persönlichem Darmkrebsrisiko an, fallen aber durch eine vor zehn Jahren bereits negative Koloskopie ab.³³ Laut Brenner et al. sei die Chance, durch die Koloskopie ein kolorektales Karzinom zu verhindern, im Alter um etwa 60 Jahre am größten.¹⁶ Beide Quellen stützen somit die These von Freund et al., dass sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis durch eine Anpassung auf Risikogruppen verbessern ließe³² (siehe oben). Die S3-Leitlinie zur Darmkrebsfrüherkennung kommt zu dem Schluss, dass die Kosteneffektivität sowohl für Sigmoidoskopie und Koloskopie als auch für den Okkultbluttest und dessen Kombination mit der Sigmoidoskopie nachgewiesen ist.³⁴

Bezüglich des Hautkrebsscreenings herrscht, wie in Kapitel 2.2.1, eine widersprüchliche Datenlage zur Mortalitätssenkung. Der Nutzen dieser Untersuchung ist somit nicht klar belegt. Dem gegenüber stehen die bereits genannten Aufwendungen von Zeit und Geld sowie physische und psychische Folgen von eventuell vorverlegten Diagnosen und falsch positiven Befunden (vergleiche Kapitel 2.2.2). Die Bilanz für diese Screeningmaßnahme ist daher derzeit als negativ zu bezeichnen.

Für den Abstrich des Gebärmutterhalses ergaben sich zwar deutlichere Hinweise für einen Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen, jedoch zeigte sich dieser im Vergleich zur Darmkrebsfrüherkennung als noch wenig erforscht. Auch in der Literatur zeigt sich dazu kein Konsens. Petry et al. erklärten 2014, es gäbe keine Evidenz für die Effektivität eines Zytologie-Screeningprogramms.³⁵ Peirson et al. hingegen kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl Tests auf Humanes Papilloma Virus (HPV) als auch das

zytologische Screening einen präventiven Effekt aufzeigen.³⁶ Allerdings fügen sie an, dass es anhand der Forschungslage nicht möglich sei, haltbare Aussagen zur optimalen Altersspanne und zu sinnvollen Screeningintervallen zu treffen.³⁶

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer PSA-Wert-Bestimmung zur Detektion des Prostatakarzinoms wird wesentlich durch die hohe Rate von Überdiagnosen beeinträchtigt (siehe Kapitel 2.2.2). Darüber hinaus bleibt der Effekt auf den Sterbezeitpunkt der Patienten unklar. Alberts et al. kommen zu dem Schluss, dass für das Screening aufgrund der hohen Rate von Überdiagnosen und unnötigen Therapien die Kosten höher sind als der Nutzen.³¹ Darüber hinaus sei es schwierig, den Patienten die genannten Vor- und Nachteile transparent darzustellen, wie es in den Leitlinien aber empfohlen wird.³⁷

2.2.4. Empfehlungen

An dieser Stelle soll nun eine Zusammenfassung aktueller, offizieller Empfehlungen erfolgen, die anhand der Studienlage zu den jeweiligen Untersuchungen verfasst wurden.

Laut S3-Leitlinie zu Brustkrebs aus dem Jahr 2017 sollen alle Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr eine Empfehlung zur Mammographie im zweijährlichen Abstand erhalten.³⁸ Auch Patientinnen ab 70 Jahren könne die Mammographie angeboten werden, wobei allerdings der aktuelle Gesundheitsstatus, individuelle Risikofaktoren und die Lebenserwartung der Patientin in die Entscheidung einbezogen werden sollen. Im Alter zwischen 40 und 49 Jahren überwiege für die Mammographie ebenfalls die Reduktion der Brustkrebssterblichkeit gegenüber den Risiken durch die Strahlenexposition. Jedoch solle hier aufgrund einer erhöhten Rate von falsch-positiven und falsch-negativen Befunden eine Entscheidung je nach individuellen Wünschen und Risiken getroffen werden. Grundsätzlich empfiehlt die Leitlinie eine Aufklärung über mögliche physische und psychische Belastungen durch das Screening mit partizipativer Entscheidungsfindung, die im Rahmen eines persönlichen ärztlichen Gespräches erfolgen solle.³⁸

Die regelmäßige Tastuntersuchung der Brust durch Patientinnen sowie die Sonographie der Brust zeigten laut Leitlinie als jeweils alleinige Maßnahme keine Senkung der Mortalität.³⁸ Die jährliche ärztliche Inspektion und Palpation der Brust sowie deren Lymphabflusses solle allen Frauen ab 30 Jahren angeboten werden, sei jedoch als alleinige Früherkennungsmaßnahme ebenfalls nicht zu empfehlen.³⁸

Weiterhin fordert die Leitlinie, die Ergebnisse der Untersuchungen sowie deren Risiken aufzuzeichnen und zu bewerten.³⁸

Zur Darmkrebsfrüherkennung empfiehlt die S3-Leitlinie die Koloskopie als Standard mit einer Wiederholung nach zehn Jahren bei negativem Ergebnis.³⁴ Als alternative Möglichkeit solle bei Ablehnung eine Sigmoidoskopie in Kombination mit einem jährlichen Test auf okkultes Blut, dem fäkalen okkulten Bluttest (FOBT), angeboten werden. Diese Maßnahmen werden ab dem 50. Lebensjahr ohne obere Altersbegrenzung empfohlen.³⁴

Auch das Hautkrebscreening wird in der S3-Leitlinie in Form einer standardisierten Ganzkörperinspektion durch speziell geschulte Ärzte empfohlen, wobei allerdings keine wissenschaftlich begründeten Empfehlungen zu Untersuchungsintervallen gegeben werden können.³⁰ Für Risikopatienten empfiehlt die Leitlinie eine Schulung zur Selbstuntersuchung und eine ausführliche Information über ihr Risiko, sowie eine Ganzkörperinspektion durch einen geschulten Arzt in regelmäßigen, angemessenen Zeitabständen. Ein Sondervotum der DEGAM bewertet die Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings als nicht ausreichend, und empfiehlt es nur im Ausnahmefall nach ausreichender Aufklärung.³⁰

Eine S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms ist zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Arbeit zwar geplant, aber bisher nicht fertiggestellt. Daher kann an dieser Stelle kein Überblick zu offiziellen Empfehlungen gegeben werden.

Zur Prostatakrebsfrüherkennung wird in der interdisziplinären S3-Leitlinie des Leitlinienprogramms Onkologie vor allem eine umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten der Früherkennung für alle Männer ab 45 Jahren empfohlen, bei familiärem Risiko bereits ab 40 Jahren.³⁷ Falls der Patient danach eine Untersuchung wünsche, sollen PSA-Bestimmung und digital-rektale Untersuchung (DRU) angeboten

werden.³⁷ Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat dazu ein Sondervotum verfasst, in dem es heißt, dass keine aktive Ansprache des PSA-Screenings erfolgen soll, sofern der Patient nicht selbstständig danach fragt.³⁷

Die von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen richten sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses³⁹ und sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Übersicht der Ansprüche auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses³⁹

Untersuchung	Geschlecht	Untersuchungsintervall/ -häufigkeit	Alter
Koloskopie	beide	zwei Mal im Abstand von zehn Jahren	ab 55 Jahren
FOBT	beide	jährlich alle zwei Jahre	50 – 54 Jahre ab 55 Jahren
Hautkrebscreening	beide	alle zwei Jahre	ab 35 Jahren
Mammographie	weiblich	alle zwei Jahre	50 - 69 Jahre
Palpation der Brust	weiblich	jährlich	ab 30 Jahren
Abstrich des Gebärmutterhalses	weiblich	jährlich	ab 20 Jahren
DRU	männlich	jährlich	ab 45 Jahren

2.3. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland

Nach Betrachtung der aktuellen Evidenzlage und der offiziellen Empfehlungen zur Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen soll nun die Umsetzung dieser Empfehlungen in Deutschland betrachtet werden.

2.3.1. Inanspruchnahme

Die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland wurde von Starker et al. mittels computergestützten ärztlichen Interviews mit Teilnehmern aus

der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren analysiert.⁴⁰ Betrachtet wurde die Teilnahme an den von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Untersuchungen Koloskopie (ab 55 Jahren), FOBT (ab 50 Jahren bis 54 Jahre), Hautkrebsfrüherkennung (ab 35 Jahren), Abstrich des Gebärmutterhalses (ab 20 Jahren), Palpation der Brust (ab 30 Jahren) und Mammographie (ab 50 Jahren bis 69 Jahre), sowie die Inanspruchnahme des von den Versicherungen nicht erstatteten PSA-Screenings (ab 45 Jahren). Dabei haben etwa zwei Drittel der befragten Frauen im Alter ab 20 Jahren und 40 % der befragten Männer im Alter ab 35 Jahren angegeben, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen. Dazu kamen jeweils knapp ein Fünftel an unregelmäßigen Teilnehmern.⁴⁰

Auch die Teilnahme an einzelnen Untersuchungen in Deutschland ist in verschiedenen Studien untersucht worden. Stock et al. beispielsweise analysierten die Teilnahmeraten an Koloskopie und FOBT von gesetzlich Versicherten in Hessen in den Jahren 2000 bis 2008.⁴¹ Dabei wurden abgerechnete Untersuchungen zur Datenanalyse herangezogen. Zum Studienende 2008 hatten etwa ein Viertel der Versicherten über 50-Jährigen innerhalb der letzten zehn Jahre eine Koloskopie durchführen lassen. Dazu sei erwähnt, dass die Koloskopie erst ab 55 Jahren empfohlen wird. Den Okkultbluttest hatten innerhalb des vorangegangenen Jahres ein knappes Fünftel durchgeführt. Insgesamt hätten 37,1 % der Anspruchsberechtigten eine Darmkrebsfrüherkennung nach Empfehlungen erhalten, wozu die Autoren entweder eine Koloskopie innerhalb der letzten zehn Jahre oder ein FOBT innerhalb der letzten zwölf Monate zählten. Dabei habe es sich nicht ausschließlich um Screeningmaßnahmen gehandelt, sondern auch um aus anderen Gründen durchgeführte diagnostische Maßnahmen.⁴¹

In einer weiteren Studie von Stock et al., die auf eigenen Angaben der Anspruchsberechtigten beruht, geben sie für Deutschland vergleichbare Werte für die Koloskopie an,⁴² während die Raten bei Starker et al. in der oben beschriebenen Studie etwas höher lagen, nämlich bei über 50% der Anspruchsberechtigten.⁴⁰ Auch für den FOBT berichteten Starker et al. etwas höhere Zahlen.⁴⁰ Vogt et al. analysierten die Teilnahmeraten in Deutschland in den Jahren 2008 bis 2011 auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenkassen, und beobachteten für die Koloskopie eine Teilnahmerate

von 0,5 % bis 3,2 % der Anspruchsberechtigten (ab 55 Jahren) pro Jahr.⁴³ Aufgrund der jährlichen Werte lassen sich diese Zahlen nur schwer vergleichen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in allen Studien ein großer Teil der Anspruchsberechtigten keine Darmkrebsfrüherkennung entsprechend der S3-Leitline³⁴ erhalten hat.

Ähnlich verhält es sich mit dem Abstrich des Gebärmutterhalses. Diesen hatten laut Vogt et al. zwischen 24 % und 56 % der anspruchsberechtigten Frauen durchführen lassen,⁴³ nach Starker et al. etwa die Hälfte.⁴⁰

Etwas höher liegen die Teilnahmeraten bei der Mammographie, zu der anspruchsberechtigte Frauen nach Krebsfrüherkennungs-Richtlinie schriftlich eingeladen werden.³⁹ Dieses Angebot hatten nach Vogt et al. zwischen 5 % und 29 % der Anspruchsberechtigten innerhalb eines Jahres wahrgenommen.⁴³ Bei Starker et al. hatten gut 70 % der anspruchsberechtigten Frauen angegeben, innerhalb der letzten zwei Jahre mammographiert worden zu sein.⁴⁰ Die Differenzen zwischen den Zahlen könnten zum Einen im Beobachtungszeitraum und zum Anderen im Studiendesign begründet sein. Während Vogt et al. sich auf Krankenkassendaten berufen,⁴³ hatten Starker et al. eigene Angaben von Anspruchsberechtigten analysiert.⁴⁰

Das PSA-Screening hatten laut Starker et al. knapp ein Drittel der Männer ab 45 Jahren innerhalb der letzten zwölf Monate gemacht, wobei in den meisten Fällen im gleichen Zeitraum eine DRU erfolgt war.⁴⁰ Diese jährlich empfohlene Untersuchung³⁹ sei nach den Angaben der Befragten bei insgesamt fast 40% der Männer ab 45 Jahren durchgeführt worden.⁴⁰ Vogt et al. fanden für das PSA-Screening zum Teil niedrigere und zum Teil mit Starker vergleichbare Raten.⁴³ Obwohl diese Maßnahme nicht empfohlen und nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird,³⁹ wird sie also, ausgehend von diesen Daten, in ähnlicher Häufigkeit durchgeführt, wie die rektale Tastuntersuchung.

Für das Hautkrebsscreening ergeben sich nach aktueller Studienlage einheitlich niedrige Teilnahmeraten bis zu maximal etwa einem Viertel der Anspruchsberechtigten^{29, 40, 43} innerhalb des empfohlenen Intervalls von zwei Jahren.³⁹

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass das Angebot zur Krebsfrüherkennung von einem großen Teil derer, die zur Inanspruchnahme berechtigt wären, nicht angenommen wird.

2.3.2. Einflussfaktoren

Die oben genannten Studien geben zum Teil auch Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren auf die Teilnahmeraten. So berichteten Vogt et al., dass sich regionale Unterschiede abhängig von der Dichte der anbietenden Ärzte ergaben, wobei eine höhere Dichte zu höheren Quoten geführt hat.⁴³ Weiterhin hatte ein langer Anfahrtsweg einen negativen Einfluss.

Stock et al., die die Teilnahmeraten an Koloskopie und Okkultbluttest innerhalb der letzten zehn Jahre in Europa untersuchten, vermuten mehrere Faktoren: Signifikanten Einfluss hätten Alter (steigende Teilnahme mit dem Alter bis ca. 80 Jahre), Nikotinabusus (erhöhte Teilnahme bei Ex-Rauchern und verringerte bei gegenwärtigen Rauchern), Einkommens- und Bildungsstatus (beides steigernd) sowie die Region. Außerdem differiere gerade in Deutschland die Teilnahmerate je nach Geschlecht (erhöhte Rate bei Frauen). Außerdem nähmen Menschen eher teil, wenn sie sich selbst für nicht gesund hielten.⁴²

Auch in der Studie zu den Teilnahmeraten in Hessen habe sich eine deutlich höher frequentierte Nutzung der Darmkrebsfrüherkennung durch Frauen gezeigt, wobei sich dieses Verhältnis im Alter angleiche. Der größte Anteil der Okkultbluttests sei dabei beim Gynäkologen durchgeführt worden, nämlich insgesamt 56,3 %. Auch beim Urologen seien 16,2 % der FOBT durchgeführt worden. In der allgemeinmedizinischen Praxis seien nur 24,2 % der gesamten Tests auf okkultes Blut erfolgt.⁴¹

Nach Starker et al. lässt sich vermuten, dass die Menschen in Deutschland größtenteils Kenntnis vom Angebot der Krebsfrüherkennung haben. Hier hätten 88,5 % der befragten Frauen und 75,7 % der befragten Männer angegeben, über die Empfehlungen zur Teilnahme an Screeningmaßnahmen informiert zu sein.⁴⁰

2.4. Rolle des Hausarztes bei der Krebsfrüherkennung

Zur Erforschung der Einstellung von Hausärzten gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist zunächst dienlich, sich vor Augen zu führen, welche Rolle Hausärzte grundsätzlich und in Bezug auf Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen einnehmen. Ergänzend dazu sollen die speziellen Aufgaben des Hausarztes in Bezug auf Screeningmaßnahmen betrachtet werden.

Zur allgemeinen Rolle des Hausarztes berichten Frederiksen et al., die von ihnen interviewten Patienten in Dänemark hätten sich eine persönliche Beziehung zu ihrem Hausarzt sowie regelmäßigen Kontakt gewünscht. Sie seien von seiner Expertenmeinung abhängig.⁴⁴ Dahlhaus et al. untersuchten das Rollenverständnis von Hausärzten in Deutschland in Bezug auf onkologische Erkrankungen.⁵ Dabei sahen Hausärzte sich selbst vor allem als Begleiter während der gesamten Therapie und als Anlaufstelle bei sämtlichen Fragen rund um die onkologische Diagnose und deren Konsequenzen. Somit ergäbe sich durch langjährige Beziehung zu den Patienten ein besonderes Verständnis für deren Situation.⁵ In einer weiteren Studie beschrieben Dahlhaus et al. ein Zuständigkeitsgefühl der Hausärzte für die Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Bei dieser ließen die Befragten nach eigenen Angaben auch ihre eigene Meinung einfließen.¹

Laut López-Torres-Hidalgo et al. halten 98,8 % der Hausärzte in Albacete (Spanien) ihre Rolle bei der Umsetzung des Darmkrebsscreeningprogramms für wichtig bis sehr wichtig.⁴⁵ Die Autoren beschreiben außerdem eine Abhängigkeit zwischen der Häufigkeit von hausärztlichen Empfehlungen und der Anzahl der zugewiesenen Patienten.⁴⁵ Hawley et al. vermuteten aufgrund ihrer Studienergebnisse in Michigan, dass Patienten Hilfestellung seitens ihres Hausarztes bei ihrer Entscheidung über die Teilnahme an Darmkrebsscreenings brauchen.⁴⁶ Am höchsten seien die Teilnahmeraten an Screeningmaßnahmen gewesen, wenn die Patientenpräferenz vor dem Arztgespräch und Empfehlung des Arztes übereinstimmten.⁴⁶ Gupta et al. fanden unterschiedliche Teilnahmeraten am Darmkrebsscreening in San Francisco, abhängig vom Vertrauen der Patienten in ihren Hausarzt. Ihre Studie war allerdings auf eine geringverdienende Population begrenzt.⁴⁷

Lafata et al. hingegen kamen zu dem Schluss, dass Empfehlungen des Arztes in Form einer Überredung alleine keinen Einfluss auf die Teilnahmerate am Darmkrebsscreening haben. Die Daten dazu stammen ebenfalls aus Michigan.⁴⁸ In einer Studie von Hudson et al. hatten nur 59 % der befragten Patienten in New Jersey angegeben, bei der Darmkrebsfrüherkennung auf dem aktuellen Stand zu sein, obwohl 82 % der Befragten eine Empfehlung dazu erhalten hatten.⁴⁹ Hier wurde der ärztliche Rat also nicht immer befolgt. Aufgrund der unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme lassen sich die Ergebnisse aus anderen Ländern jedoch nicht exakt auf die Situation in Deutschland übertragen.

In der Literatur sowie in Leitlinien werden einige Forderungen an Ärzte bezüglich Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung verfasst, die vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Situation vor allem für Hausärzte gelten. So wird beispielsweise eine aktuelle, verständliche und unabhängige Information der Patienten über Nutzen und Risiken³² sowie ein besserer Einbezug der Patientenwünsche thematisiert.⁴⁶ Die S3-Leitlinien fordern im Falle der Prostatakrebsfrüherkennung und der Mammakarzinomfrüherkennung eine umfassende Aufklärung über Vor- und Nachteile der Untersuchungen sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Arzt.^{37, 38} Zur Hautkrebsfrüherkennung und zur Prostatakrebsfrüherkennung hat die DEGAM jeweils ein Sondervotum verfasst, in dem in beiden Fällen die ausführliche und ergebnisoffene Information über positive und negative Aspekte der Untersuchungen Erwähnung findet.^{30, 37} Lafata et al. warnen jedoch davor, die hausärztliche Überzeugung zu sehr zurückzustellen, da gemeinsam mit deren persönlicher Einstellung oft auch viele Informationen an den Patienten weitergegeben würden, die nicht verloren gehen dürften.⁴⁸

2.5. Einstellung des Hausarztes gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Die Datenlage zur hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist lückenhaft. Da dieses Thema durch den geplanten Fragebogen

abgefragt werden soll, erfolgt an dieser Stelle eine ausführliche Übersicht der bisherigen Ergebnisse.

Dahlhaus et al. fanden in einer Studie zum Umgang mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Hausarztpraxen in Deutschland Hinweise auf eine Skepsis der Ärzte gegenüber der medizinischen Sinnhaftigkeit von Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung.¹ Weitere Studien befassten sich mit der Meinung und Empfehlung zu den einzelnen Untersuchungen, sodass diese nun gesondert dargestellt werden.

2.5.1. Prostatakrebsfrüherkennung

Zum Thema Prostatakrebsfrüherkennung fanden Lebentraut et al. heraus, dass nur etwa 14 % der Hausärzte und hausärztlich tätigen Internisten in Deutschland die Mortalitätssenkung durch das PSA-Screening als erwiesen betrachten.⁵⁰ Etwa vier Fünftel der Hausärzte bzw. hausärztlich tätigen Internisten führten aber eine PSA-basierte Prostatakrebsfrüherkennung durch. 50 % der Befragten hielten eine Senkung der spezifischen Mortalität des Prostatakarzinoms durch das PSA-Screening für möglich, hätten jedoch eine belastbarere Datenlage gefordert. Anhand einer hohen Rücklaufquote von etwa zwei Dritteln schlossen die Autoren auf ein hohes Interesse an der Forschung zur PSA-basierten Prostatakrebsfrüherkennung.⁵⁰

In den USA wurde 2012 eine Guideline herausgegeben, die sich deutlich gegen die PSA-basierte Früherkennung ausspricht.⁵¹ Diese hat laut Perez et al. keinen Einfluss auf die Anzahl der Patienten gehabt, die mit erhöhtem PSA-Wert zum Urologen überwiesen wurden.⁵² Dies könnte ein Hinweis auf Widerstand seitens der Hausärzte gegenüber dieser Guideline sein.

Feng et al. untersuchten, inwiefern eine Schulungsmaßnahme die Anwendung von Shared Decision Making bei der Empfehlung zur PSA-basierten Prostatakrebsfrüherkennung in Kalifornien beeinflusste. Hierbei hätten 31 % der Schulungsteilnehmer und 60 % der Kontrollgruppe angegeben, dass sie den PSA-Test in der Situation des Patienten durchführen lassen würden. Jedoch hätten etwa 90 % aller

Ärzte über die Unsicherheit des PSA-Tests aufgeklärt. Die Mehrheit hätte auch weitere Nachteile erwähnt.⁵³

2.5.2. Brustkrebsfrüherkennung

Auch zur Brustkrebsfrüherkennung existiert eine Guideline der US Preventive Services Task Force (USPTF), die eine zweijährliche Mammographie für Frauen zwischen 40 und 74 Jahren empfiehlt.⁵⁴ Eine Studie von Corbelli et al. weist auf eine mangelnde Befolgung dieser USPSTF-Guideline hin.⁵⁵ Hinz et al. fanden dazu übereinstimmend heraus, dass etwa 75 % der Gynäkologen gar nicht oder teilweise nicht mit der Guideline einverstanden sind, wobei sie gleichzeitig aber auch feststellten, dass weniger als die Hälfte der Ärzte Fragen zu den Empfehlungen der Guideline bzgl. Einstiegsalter und Häufigkeit richtig beantworteten.⁵⁶

In Großbritannien untersuchten Damery et al. die Einstellung von Hausärzten gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, wobei 96,7 % der Ärzte angegeben hatten, die Mammographie für sehr oder etwas effektiv zu halten, und 87,2 % der Befragten angegeben hatten, sie fast immer zu empfehlen.⁵⁷

2.5.3. Darmkrebsfrüherkennung

Zur Darmkrebsfrüherkennung ist die Einstellung der Hausärzte vergleichsweise gut untersucht. Bei López-Torres-Hidalgo et al. gaben 76 % der befragten Hausärzte in Albacete an, den Okkultbluttest als Darmkrebsfrüherkennungsmaßnahme für effektiv oder sehr effektiv zu halten.⁴⁵ 19,5 % der befragten Ärzte hielten die Kosteneffektivität von Darmkrebsscreenings insgesamt für hoch. Trotzdem empfahlen nur 9,7 % der Hausärzte asymptomatischen Patienten regelmäßig den Test auf okkultes Blut, 57,6 % taten dies gelegentlich. Als populationsbasierte Screeningmaßnahme für Patienten ab 50 Jahren würden jedoch die meisten befragten Ärzte den Okkultbluttest empfehlen, und wenn nötig eine Koloskopie nachfolgen lassen.⁴⁵

Hawley et al. hingegen berichteten, dass Ärzte in Michigan in der Regel eine Koloskopie als Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung empfahlen. Falls ein Okkultbluttest angeraten worden sei, sei dieser fast immer in Kombination mit einer

Koloskopie empfohlen worden. Gerade Ärzte mit viel praktischer Erfahrung hätten am ehesten eine Koloskopie empfohlen. Niedrige Teilnahmeraten erklären Hawley et al. daher mit einem differierenden Patientenwunsch.⁴⁶

Schroy et al. führten in Boston Interviews mit Ärzten durch, von denen die meisten angaben, bei der Empfehlung von Screenings professionelle Guidelines zu befolgen.⁵⁸ Jedoch habe keiner der Befragten eine bestimmte Guideline oder Organisation benennen können. 86 % der Befragten hätten angegeben, allen Patienten eine Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung zu empfehlen. Dabei sei eine grundsätzliche Tendenz der Ärzte zur Koloskopie zu erkennen. Dennoch hätten die Befragten angegeben, dass familiäre Vorbelastung einen Einfluss auf ihre Empfehlung hätte, wobei weitere Faktoren wie Alter oder Rauchen in der Regel nicht in die Empfehlung einbezogen würden. Auch Komorbiditäten spielten eine Rolle, wobei in diesem Fall eher ein Okkultbluttest empfohlen werde. Schließlich sei auch der eigene Wunsch des Patienten ein Einflussfaktor der Empfehlung. Die Risikofaktoren für Darmkrebs seien wie folgt bewertet worden: 65 % sahen das Alter als Risikofaktor, 19 % hielten Ernährung und Übergewicht für relevant. Rauchen, Aspirineinnahme, Alkoholgenuss, ethnische Herkunft, körperliche Aktivität, postmenopausale Hormoneinnahme und Geschlecht hielten weniger als 15 % für einflussreich.⁵⁸

Laut Hudson et al. hatten in ihrer Studie in New Jersey männliches Geschlecht, hoher Bildungsstatus, Nicht-Rauchen, Ehe und eine Krankenversicherung positiven Einfluss auf die Empfehlung zur Darmkrebsfrüherkennung.⁴⁹

Damery et al. zufolge halten 77,7 % der befragten Hausärzte im Vereinten Königreich den Okkultbluttest für sehr oder etwas effektiv.⁵⁷ Er werde von den meisten Befragten als geeignete Screeningmaßnahme angesehen. Allerdings werde er deutlich seltener empfohlen als andere Screeningmaßnahmen. Der Großteil der Ärzte halte eine zweijährliche Testung für zu häufig. Die Sigmoidoskopie und die Koloskopie hätten die Befragten größtenteils als weniger geeignet eingestuft. Als Einflussfaktoren auf ihre Meinung zum Darmkrebscreening seien am häufigsten Evidenz und nationale Politik genannt worden. Eigene Erfahrung mit Darmkrebscreening habe die Meinung zum Okkultbluttest positiv beeinflusst.⁵⁷

2.5.4. Gebärmutterhals- und Hautkrebsfrüherkennung

In der oben genannten Studie von Damery et al. haben 95,1 % der befragten Hausärzte angegeben, das Screening auf Zervixkarzinom für sehr oder etwas effektiv zu halten. 96,5 % empfehlen es fast allen asymptomatischen Patientinnen mit durchschnittlichem Risiko.⁵⁷

Die Forschungslage zur hausärztlichen Meinung über Hautkrebscreenings ist mangelhaft und lässt an dieser Stelle keine Beschreibung zu. Hier soll der geplante Survey helfen, neue Erkenntnisse zu gewinnen.

2.6. **Wissenschaftliche Grundlagen der Fragebogenkonstruktion**

Da sich diese Arbeit vorrangig mit der Entwicklung eines Fragebogens beschäftigt, sollen nun die Grundlagen hierzu erläutert werden.

2.6.1. Fragenkonstruktion, Antwortskalen und Instruktionen

Die Erwartung eines Forschers an einen guten Survey ist, dass durch ihn eine Fragestellung an eine bestimmte Zielgruppe möglichst wahrheitsgemäß beantwortet werden kann. Hierzu müssen zum einen Fehlerquellen beachtet werden, die zu verfälschten Antworten führen können, und zum anderen muss die Zielgruppe zur Beantwortung motiviert werden. Entscheidend für die Teilnahmemotivation sei die Einstiegsfrage, die laut Porst spannend und themenbezogen sowie technisch einfach formuliert sein sollte. Sie solle die Zielperson betreffen und von dieser problemlos zu beantworten sein.⁵⁹ Ähnliche Empfehlungen gibt auch die Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen e.V. (GESIS) zur Einstiegsfrage.⁶⁰

Nach Tourangeau et al. sind für einen Befragten beim Beantworten einer Frage vier kognitive Aufgaben zu bewältigen. Zunächst sei das Verstehen der Frage und ihres Zieles notwendig, bevor im zweiten Schritt für die Antwort relevante Informationen erinnert werden müssen. Diese Informationen müsse die Person dann zu einem Urteil

verarbeiten, welches wiederum in das vorgegebene Antwortformat eingepasst werden müsse.⁶¹

Um Verfälschungen von Fragebogenergebnissen zu vermeiden, sollte also jeder dieser kognitiven Vorgänge einzeln betrachtet und auf Fehlerquellen untersucht werden.

Fragenverständnis

Zum Fragenverständnis nennt Porst zwei Aspekte. Zum einen sei wichtig, dass Formulierungen klar verständlich seien, und unklare Begriffe deutlich definiert würden, wodurch das semantische Verständnis ermöglicht werde. Der zweite Gesichtspunkt sei das pragmatische Verständnis. Der Befragte ergründe bei der Beantwortung einer Frage, welches Ziel der Interviewer oder der Ersteller des Fragebogens mit der Frage verfolge, um darauf passend zu antworten. Dazu werde der Kontext der Frage mit einbezogen. In der Folge würden in der Antwort diejenigen Informationen weitergegeben, die der Befragte für dieses Ziel als relevant betrachte, wodurch Informationen verloren gehen könnten.⁵⁹

Auch Faulbaum et al. beschreiben solche Probleme des Fragenverständnisses. In ihrer "Checkliste zur Fragebogenevaluation" (Beschreibung siehe Kapitel 3.3.3) widmen sie diesem Thema eigene Kategorien mit dem Titel: "Probleme mit Worten/Texten", also die Entsprechung von Porsts semantischem Verständnis, und "Kontext der Frage/Fragensukzession", entsprechend dem pragmatischen Verständnis.⁶²

Die GESIS-Guideline zur Fragenformulierung gibt einige Hilfestellungen, die zur Verständlichkeit einer Frage beitragen sollen. Begriffe, die entweder nicht geläufig, unbekannt, unklar oder unpräzise seien, sollen diesen zufolge grundsätzlich vermieden werden. Sei dies nicht möglich, solle eine klare Definition erfolgen. Dies gelte auch für Zeitangaben, zeitliche Bezüge und abstrakte Begriffe. Grammatikalisch seien die Fragen einfach zu halten, und sollen immer nur einen inhaltlichen Sachverhalt behandeln. Daher könne es auch sinnvoll sein, eine komplexe Frage in mehrere Teilfragen aufzugliedern. Doppelte Verneinungen böten eine hohe Gefahr der Verwirrung und sollen ebenfalls nicht eingesetzt werden.⁶³

Erinnern

Auch zum Schritt des Abrufens von Erinnerungen finden sich in der Literatur Hinweise auf mögliche Fehlerquellen. Gerade bei Einstellungsfragen werden zur Beantwortung eigene Erfahrungen sowie Erfahrungen Dritter herangezogen, beschreibt Porst. Dabei seien aus zeitlichen Gründen in der Regel diejenigen Informationen ausschlaggebend, die dem Antwortenden gerade am meisten präsent seien.⁵⁹ Faulbaum et al. weisen darauf hin, dass der Zugriff auf bestimmte Daten aus dem Gedächtnis zum Teil schwierig sein kann. Im von ihnen entwickelten Fragebogen-Bewertungssystem (FBS) widmen sie dieser Thematik die Kategorien „Erinnerungsvermögen“, „Berechnung/Schätzung“ und „Komplexität der mentalen Leistung“.⁶² Hypothetische Fragen erhöhen laut GESIS die mentale Anforderung, weshalb sie vermieden werden sollen.⁶³

Antwort anpassen

Über den Vorgang der Urteilsfindung gibt es keine klaren Aussagen in der Literatur. Umso mehr haben sich jedoch einige Autoren mit der Frage auseinander gesetzt, welche Probleme beim Einpassen eines Urteils in vorgegebene Antwortoptionen entstehen können. Sowohl die GESIS als auch Faulbaum et al. warnen vor unzutreffenden Annahmen über die befragten Personen. In diesem Fall seien verfälschte Informationen zu erwarten, da der Befragte bei der Antwortanpassung Schwierigkeiten habe.^{62, 63} Weiterhin hätten auch schriftliche Aufgabenbeschreibungen Einfluss auf die Anpassung, weshalb diese mit Bedacht formuliert werden sollten.⁶²

Entscheidend sind darüber hinaus die Antwortoptionen selbst. Nach GESIS sollen sie zur Frage passen und sich nicht überschneiden, jedoch umfassend sein. Zudem sei eine möglichst logische Anordnung wünschenswert.⁶³

Unklarheit besteht über die Frage, ob eine „Weiß-nicht-Kategorie“ als Antwortoption hilfreich ist, oder nicht. Gibt man sie vor, haben laut Faulbaum et al. Personen ohne Meinung eine passende Option zur Verfügung, allerdings werde die Kategorie in diesem Fall auch von Befragten mit schwacher Meinung gewählt, die in Wahrheit eine Meinung haben. Dies könne nur durch Weglassen der Option verhindert werden,

wodurch wiederum den Personen ohne Meinung die passende Kategorie genommen werde.⁶² Auch die GESIS kommt hier zu keinem klaren Urteil.⁶⁴

Werden Ratingskalen als Antwortoptionen genutzt, empfiehlt die GESIS eine Anzahl von fünf bis sieben Antwortkategorien, die im Idealfall vollverbalisiert formuliert werden sollen. Allerdings könne man weder zur Skalenpolarität noch zur Skalenorientierung klare Aussagen treffen. Einzig werde deutlich, dass keine numerischen Marker unter null verwendet werden sollen. Optisch sei eine horizontale Anordnung sinnvoll. Graphische Effekte seien unter Berücksichtigung einer möglichen Einflussnahme auf die Antwort mit Vorsicht einzusetzen.⁶⁴

Bei der Entwicklung von Antwortoptionen sollen laut GESIS grundsätzliche Antworttendenzen beachtet werden, die die erhobenen Daten verfälschen können. Dazu zählen die Tendenz zur Zustimmung, die besonders bei Suggestivfragen Einfluss nehme, sowie die Tendenz zur Mitte und die Tendenz zu Extremantworten. Welche der beiden letztgenannten eher zum Tragen komme, sei vom Befragten und seiner Sicherheit bezüglich seiner Einstellung abhängig. Weiterhin sei die soziale Erwünschtheit zu nennen, also die Tendenz zu einer den sozialen Normen entsprechenden Antwort.⁶⁵ Porst zufolge hängt die Stärke der Einflussnahme hier auch davon ab, ob die Befragung als persönliches Interview oder schriftlich-postalisch durchgeführt wird.⁵⁹ Zusätzlich ist laut GESIS die Fragenreihenfolge als Einflussfaktor zu sehen, da sich Befragte an vorherigen Antworten orientieren. Zur Vermeidung dieses Effektes könne eine variable Reihenfolge verwendet werden.⁶⁵

2.6.2. Stichprobe und kognitive Testung

Nach Porst hat eine Stichprobe das Ziel, Informationen über folgende Aspekte des Fragebogens zu erhalten: die Verständlichkeit der Fragen, ihre Reihenfolge, Kontexteffekte, das Zustandekommen von Antworten, die Häufigkeitsverteilung der Antworten, Probleme der Befragten bei der Beantwortung, Interesse und Aufmerksamkeit der Befragten bei einzelnen Fragen, Wohlbefinden der Befragten, technische Probleme bei Fragebogen und Befragungshilfen sowie Zeitdauer der Beantwortung.⁵⁹

Zur Durchführung einer Stichprobe gibt Porst ebenfalls Hinweise. So solle der Standard-Pretest unter möglichst realistischen, der Hauptstudie entsprechenden Bedingungen durchgeführt werden. Daher sollen die Befragten auch nicht über den Testcharakter dieser Umfrage informiert werden. Der Umfang der Stichprobe solle dabei zwischen 20 und 50 Teilnehmern liegen.⁵⁹ Auch Faulbaum et al. empfehlen einen Umfang von 20 bis 50 Stichproben.⁶²

Die Stichprobe liefert laut Porst meist verlässliche Informationen zu technischen Problemen und zur Befragungsdauer, allerdings nur oberflächliche Auskünfte zum Fragenverständnis.⁵⁹ Eine Kombination aus Stichprobe und kognitiver Testung erscheint daher sinnvoll.

Zu kognitiven Interviews empfiehlt Porst eine Dauer von maximal 60 bis 90 Minuten. Am ehesten sei ein semistrukturiertes Vorgehen sinnvoll, bei dem zwar die zu testenden Fragen und mögliche Techniken der Testung im Vorfeld festgelegt seien, jedoch genug Platz bzw. Zeit für Kommentare und Eingehen auf mögliche Probleme der Testperson bleibe. Wichtig sei eine Aufzeichnung der Testung, am besten mittels Videokamera, jedoch mindestens als Audio-Aufnahme. Eine Mindestanzahl von fünf Testpersonen sei ratsam, mehr als 30 seien nicht nötig. Wenn möglich, sei ein Honorar für die Testpersonen anzusetzen.⁵⁹

Ziel von kognitiven Interviews sei die Information über den Ablauf der Beantwortung, also zunächst über das Fragenverständnis, aber auch über das Abrufen von Erinnerungen, die Entscheidungsfindung und die Anpassung des Urteils an die Antwortvorgaben.⁵⁹

Nützliche Techniken seien das "laute Denken", bei dem Testpersonen den Antwortprozess verbalisieren sollen, das "Paraphrasieren", bei dem die Frage in eigenen Worten wiedergegeben werden soll, das "Sorting", bei dem Items oder Begriffe vorgegebenen oder selbst gewählten Kategorien zugeordnet werden sollen, und das "Probing", bei dem Antworten durch den Interviewer mittels Zusatzfragen hinterfragt werden.⁵⁹ Faulbaum et al. führen darüber hinaus noch das sogenannte "Confidence Rating" an, bei dem die Testperson den Grad der Verlässlichkeit ihrer Antwort selbst bewerten soll.⁶²

In der GESIS-Guideline zum kognitiven Pretesting finden sich vergleichbare Empfehlungen zu Stichprobe und kognitiven Interviews.⁶⁶

Zur Auswertung empfiehlt die GESIS eine vorherige Transkription der Aufzeichnungen. Die Analyse könne daraufhin informell oder formell erfolgen. Die informelle Analyse sei schnell und einfach durchführbar, jedoch auch subjektiv und nicht gut nachvollziehbar. Die formelle Analyse könne in quantitativer Form mittels Coding-Schemata erfolgen, was zwar systematische, objektive und quantitativ verwertbare Ergebnisse liefere und eine Prüfung der Reliabilität unterschiedlicher Interviewer zulasse, jedoch die Gefahr von Informationsverlust erhöhe. Außerdem seien Verbesserungsvorschläge nicht kodierbar. Eine weitere Möglichkeit der formellen Analyse seien qualitative Methoden, wie zum Beispiel die Constant Comparative Method. Hier würden verbale Daten nach Themen kodiert, in Kategorien sortiert und daraus eine Theorie formuliert, welche die erfassten Phänomene einer Survey-Frage beschreibt.⁶⁶

2.6.3. Sicherung der Teilnahmemotivation

Die GESIS-Guideline zur schriftlich-postalischen Befragung unterteilt die Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft in drei Untergruppen, nämlich den subjektiven Nutzen zu erhöhen, die subjektiven Kosten zu senken, und Vertrauensbildung.⁶⁰

Die subjektiven Kosten ließen sich senken, indem der Survey kurz, unkompliziert und einfach gehalten werde. Dazu gehöre auch eine eindeutige, thematisch klare optische Gestaltung und Gliederung mit kurzem und prägnantem Titel. Als maximale Länge empfiehlt die GESIS zwölf Seiten und eine Bearbeitungszeit von zehn Minuten. Instruktionen zur technischen Vorgehensweise sollen direkt an der Frage, und nicht separat platziert werden. Sensible und persönliche Fragen seien in möglichst geringer Anzahl zu halten und ans Ende zu stellen. Der Sprachstil solle auf Augenhöhe mit der Zielgruppe sein.⁶⁰ Ähnliche Empfehlungen zu Layout, Gliederung und Platzierung heikler Fragen finden sich auch bei Porst.⁵⁹

Der subjektive Nutzen ließe sich durch umfassende Information über die Umfrage und ihr Ziel erhöhen. Weiterhin solle Dankbarkeit gezeigt werden, wenn möglich auch in Form eines Incentives. Durch Verdeutlichung, dass nicht jeder teilnehmen dürfe, könne ebenfalls die Teilnahmemotivation gesteigert werden. Vertrauensbildende Maßnahmen seien die Vermittlung von Seriosität, die Zusicherung von vertraulichem Umgang mit Daten, sowie die Verdeutlichung der Wichtigkeit der Beantwortung. Das Anschreiben könne entscheidend zur Verwirklichung der oben genannten drei Maßnahmen beitragen. Um den Rücklauf des Surveys zu erhöhen, seien jedoch mehrere Kontaktierungen unerlässlich.⁶⁰

Ein mögliches Schema zur Kontaktierung der Zielpersonen bietet Dillman. Er empfiehlt folgendes:

Erstversand mit Fragebogen => nach einer Woche Postkarte an alle mit Dank und Erinnerung => drei Wochen nach Erstversand zweiter Versand des Fragebogens mit Erinnerung => sieben Wochen nach Erstversand dritter Versand des Fragebogens mit Erinnerung⁶⁷

3. Material und Methoden

Im nun folgenden Kapitel sollen zunächst die einzelnen Schritte bei der Entwicklung des Fragebogens erläutert werden, bevor anschließend die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur Prüfung der finalen Version vorgestellt werden.

3.1. Entwicklung des Fragebogens

Bevor die endgültige Ausarbeitung der einzelnen Fragen beginnen konnte, war eine inhaltliche Fokussierung notwendig, die an dieser Stelle zuerst beschrieben wird.

3.1.1. Inhaltliche Struktur: Erstellen eines Itempools und Anpassung an die Fragestellung

Thematische Grundlage des Itempools waren zunächst qualitative Telefoninterviews, welche im Vorfeld der Doktorarbeit im Rahmen des Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt geführt wurden. Es handelte sich dabei um eine semistrukturierte Befragung hessischer Hausärzte über ihren Umgang mit gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.¹ Eine weitere Basis für den Itempool wurde mittels einer ausführlichen Literaturrecherche geschaffen, um den aktuellen Forschungsstand zu erfassen und die Fragestellung zu konkretisieren.

Die gefundenen Items ließen sich in verschiedene Kategorien einordnen. Anhand der in Kapitel 1 genannten Forschungsfragen ließen sich die Aspekte „Einstellung“ und „Risikogruppenidentifikation“ sowie „Empfehlung“ als Fokus für den Survey herausarbeiten, wobei das Thema „Einstellung“ hauptsächlich im Vordergrund stehen sollte.

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass die Fragen zum Aspekt „Durchführung“, die in der finalen Version des Fragebogens (Anhang 3) zu finden sind, nicht von der Doktorandin bearbeitet wurden, da der Fokus der Dissertation auf den oben

genannten Themenbereichen liegt. Diese Fragen wurden von Frau Dr. med. Anne Dahlhaus im Rahmen eines weiteren Teilprojektes entwickelt und aus logistischen Gründen in gemeinsamer Absprache in den Fragebogen eingefügt. Sie werden nicht im Einzelnen diskutiert, sondern nur im Rahmen der inhaltlichen Fragebogenstruktur betrachtet.

Der Aspekt „Risikogruppenidentifikation“ wurde im Hinblick auf die Forschungsfragen zwei und drei in den Themenbereich „Einstellung“ eingegliedert. Es sollte die Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen bei Risikogruppen im Unterschied zur Einstellung gegenüber populationsbasierten Screeningmaßnahmen erfasst werden. Hiermit lässt sich für die im Fragebogen erwähnten Populationen indirekt auf die Identifikation als Risikogruppe schließen.

Die beschriebene Fokussierung auf bestimmte Teilaspekte war notwendig, um den Fragebogen auf eine angemessene Länge zu begrenzen. Wie in Kapitel 2.6.3 beschrieben, empfiehlt die GESIS eine Länge von zwölf Seiten bzw. zehn Minuten als maximalen Umfang. Anderenfalls sei mit einer Abnahme der Teilnahmemotivation zu rechnen.⁶⁰

Zur Erhöhung dieser Motivation trage außerdem eine klare inhaltliche Struktur und genaue Handlungsanweisungen bei.⁶² Hierfür wurde das Hauptthema des Fragebogens, also die Einstellung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, im ersten inhaltlichen Block (Fragen 1 - 9) behandelt, wobei zur optischen Gliederung Überschriften eingesetzt wurden, um die ähnlich anmutenden Fragen klar voneinander abzugrenzen. Der zweite Block (Fragen 10 - 13) enthält Fragen zur eigenen Umsetzung der offiziellen Empfehlungen. Fragen 14 - 16 beschäftigen sich mit einzelnen möglichen Hindernissen in der derzeitigen Situation (Vergütung und Verantwortlichkeit), während die Fragen 17 und 18 die Durchführung der Untersuchungen abdecken. Kritik darf in der letzten inhaltlichen Frage (Frage 19) geäußert werden. Solche „heiklen“ Fragen ans Ende eines Fragebogens zu stellen, entspricht der Meinung von Experten.^{59, 60}

3.1.2. Fragenkonstruktion, Antwortskalen und Instruktionen

Die Fragenkonstruktion sowie die Ausarbeitung der Antwortskalen erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. med. Anne Dahlhaus (Ärztin) und Dr. phil. Corina GÜthlin (Psychologin). Frau Dr. med. Dahlhaus entspricht als Ärztin zum Teil der Zielgruppe des Fragebogens, und hat als Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin darüber hinaus bereits Erkenntnisse mit Hausärzten gesammelt, die für eine zielgruppengerechte Formulierung hilfreich waren. Frau Dr. phil. GÜthlin brachte ihrerseits Erfahrungen und Wissen über die Fragebogenkonstruktion in die Diskussionen ein.

Eine tabellarische Übersicht der Fragenentwicklung für die Fragen des endgültigen Fragebogens findet sich in Anhang 10. Wie bereits in Kapitel 2.6.1 beschrieben, mussten verschiedene Aspekte beachtet werden. Zunächst wurde auf eine verständliche und eindeutige Formulierung der Fragen geachtet, um ein korrektes semantisches Verständnis zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde der erste Itempool Frage für Frage auf Verständlichkeit geprüft, und deren Ausformulierung angepasst.

So wurde unter anderem in allen Fragen der Begriff „Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung“ verwandt, um die Untersuchungen eindeutig zu beschreiben. Ein Screening ist dadurch definiert, dass ein gesundes, symptomfreies Kollektiv getestet wird. Um diese Definition nochmals zu verdeutlichen, wurde der Begriff auf dem Deckblatt des Surveys entsprechend erklärt.

Auch die Definition von Personengruppen wurde überdacht. In Fällen, in denen eine genaue Abgrenzung nicht möglich war (z.B. „Raucher“), wurde im Rahmen der kognitiven Interviews erfragt, welche Assoziationen mit den entsprechenden Begriffen bei der Zielgruppe geweckt werden.

Sowohl Porst, als auch Faulbaum et al. und die GESIS weisen auf mögliche Schwierigkeiten beim Erinnern von relevanten Informationen und deren Verarbeitung hin.^{59, 62, 65} Diese mögliche Problemquelle wurde bei der Frage nach der eigenen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Anhang 2, Frage 18 bzw. Anhang 3, Frage 10) sowie der Frage nach der Einstellung gegenüber der Vergütung

von Beratung und Durchführung der Untersuchungen (Anhang 2, Frage 23 bzw. Anhang 3, Frage 14) bedacht und diskutiert.

Im ersten Fall soll beurteilt werden, ob die Untersuchungen, die der Befragte durchführen ließ, in ihrer Häufigkeit den offiziellen Empfehlungen entsprechen. Dazu muss der Befragte die offiziellen Empfehlungen kennen, die eigene Inanspruchnahme erinnern und die Informationen miteinander vergleichen. Im zweiten Fall soll eingeschätzt werden, ob das verdiente Geld für die erbrachte Leistung angemessen ist, oder nicht. Hier muss die Kenntnis des Verdienstes vorhanden sein, der erbrachte Aufwand erinnert werden und ein Urteil über die Angemessenheit getroffen werden. Auch hier wurde die kognitive Testung eingesetzt, um zu ergründen, ob der erwartete Denkprozess zu komplex ist, oder ob ihn die Zielgruppe problemlos bewältigen kann.

Der Vorgang der Antworteinpassung in vorgegebene Antwortoptionen wurde bei allen Fragen durchdacht. Zunächst wurden die Antwortoptionen der Einstellungsfragen (Fragen 1 - 9 in Anhang 3) eingehender betrachtet. Diese sind als „Ratingskala“ zu bezeichnen. Die GESIS empfiehlt in diesem Fall eine Anzahl von fünf bis sieben Antwortoptionen, die nicht nur mit Nummern, sondern mit verbalisierten Antwortoptionen versehen sein sollten.⁶⁴ Dabei gibt die GESIS ebenso wie Faulbaum et al. kein klares Urteil zur Vorgabe einer „Weiß-nicht“-Kategorie ab.^{62, 64}

Diese Verbalisierung wurde im gesamten Survey durchgeführt. Bezüglich der Anzahl wurde jedoch auf eine geringfügig niedrigere Zahl von drei bzw. vier Optionen abgewichen. Da es sich um Einstellungsfragen handelt, ist zu erwarten, dass Abstufungen in einer höheren Anzahl von Antwortoptionen immer unklarer definiert sind, sodass jeder Befragte unterschiedliche Assoziationen zu den einzelnen Optionen hat. Im Falle der Fragen 1, 2, 4, 6 und 8 (Anhang 3) wurde auf eine „Weiß-nicht“-Kategorie verzichtet, um Personen mit schwacher Meinung zu einer Aussage zu zwingen. Die Fragen 3, 5, 7 und 9 (Anhang 3) hingegen wurden mit ausbalancierter bipolarer Antwortskala mit Mittelpunkt formuliert.

Für die weiteren Fragen galten ähnliche Überlegungen. Hier wurden ebenfalls entweder vollverbalisierte Ratingskalen mit drei bis vier Antwortoptionen oder ausbalancierte bipolare Skalen mit Mittelpunkt eingesetzt. Schließlich wurden noch

fünf Fragen formuliert, die nur die Entscheidung „ja“ oder „nein“ bzw. „Kreuz“ oder „kein Kreuz“ abverlangten.

Sowohl Faulbaum et al. als auch GESIS raten dazu, Anweisungen zur technischen Vorgehensweise direkt an den Fragen, und nicht separat, beispielsweise zu Beginn eines Surveys, zu platzieren.^{60,62} Diese Forderung wurde im Survey umgesetzt, indem jeder Frage ein Satz zur Vorgehensweise vorangestellt wurde.

3.2. Äußere Aspekte: Titelseite, Anschreiben und Design

Wie in Kapitel 2.6.3 beschrieben, sollten die subjektiven Kosten für den Befragten eines Surveys möglichst gering sein.⁶⁰ Das Ziel, den Fragebogen möglichst kurz zu halten, wurde daher während des gesamten Entwicklungsprozesses verfolgt. Die GESIS fordert weiterhin eine optisch klare Gestaltung und Gliederung.⁶⁰ Dem wurde durch verschiedene Maßnahmen Rechnung getragen. Zunächst wurde das Thema des Surveys als Überschrift im Anschreiben (Anhang 6) und auf dem Deckblatt (Anhang 1) farblich und durch Fettdruck hervorgehoben. Der Titel lautete „Hausärztliche Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung“. Der Begriff „Screeningmaßnahmen“ wurde dazu auf dem Deckblatt definiert, um keine Missverständnisse zu riskieren.

Darüber hinaus wurde ein möglichst neutrales Layout erstellt, das durch Hervorhebungen und farbliche Abhebungen eine klare Verständlichkeit und eine einfache Beantwortung ermöglichen sollte. Die Praxisvariablen, die später zur Interpretation der Ergebnisse notwendig sind, wurden analog zum umfangreicheren Hauptsurvey des Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ eingefügt.

Deckblatt (Anhang 1) und Anschreiben (Anhang 6) des Fragebogens enthielten Informationen über das Ziel der Umfrage mit der ausdrücklichen Bitte zur Teilnahme. Es wurde betont, dass die Daten aus dem Survey nicht persönlich zugeordnet werden. Mithilfe des Layouts des Instituts für Allgemeinmedizin sowie des Logos der Deutschen Krebshilfe sollte ein seriöser Eindruck geschaffen werden. Es wurde eine Bearbeitungszeit von 10 - 15 Minuten angegeben.

3.3. Pretest

Ziel des Pretests war, sicherzustellen, dass der Fragebogen wirklich die Aspekte abfragt, die abgefragt werden sollten. Außerdem sollten mögliche Verständnisprobleme aufgedeckt werden, um sie beheben zu können.

3.3.1. Stichprobe einer ersten Fragebogenversion

Porst und Faulbaum empfehlen übereinstimmend eine Anzahl von 20 bis 50 Teilnehmern für einen Stichprobentest.^{59, 62} Wie in Kapitel 2.6.2 beschrieben, habe die Stichprobe unter möglichst realen Bedingungen stattzufinden, weshalb den Teilnehmern der Testcharakter nicht vermittelt werden sollte.⁵⁹

Für den Stichprobentest wurden 35 Lehrärzte des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt befragt. Die Lehrärzte sind ausnahmslos hausärztlich tätig und entsprechen in diesem Merkmal der Zielpopulation des Surveys. Die Teilnehmer wurden über den Stichprobencharakter der Studie informiert. Diese Anmerkung wurde bewusst formuliert, um schriftliche Kommentare und Zeitangaben der Teilnehmer zu erbitten. Weiterhin wurden Mitwirkende der Stichprobe dazu aufgerufen, an kognitiven Interviews teilzunehmen.

Der Fragebogen wurde am 2. und 3. Dezember 2014 jeweils im Rahmen eines Lehrärztetreffens im Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt ausgeteilt. Vorher wurde die Studie kurz vorgestellt, ohne genauer auf ihr Ziel einzugehen und ohne genaue Handlungsanweisungen zum Fragebogen zu erteilen. Das Antwortverhalten der Befragten sollte möglichst unbeeinflusst von Erklärungen durch die Doktorandin bleiben. Die Lehrärzte wurden gebeten, den beantworteten Fragebogen innerhalb von 14 Tagen in einem bereits frankierten Rückumschlag zurückzusenden. Die Auswertung erfolgte pseudonymisiert, worauf die Teilnehmer auch ausdrücklich hingewiesen wurden.

Die vorläufige Version des Fragebogens (Anhang 2), die für den Pretest verteilt wurde, enthielt 35 Fragen, von denen sieben der Erfassung von Praxisvariablen dienten.

Die Dateneingabe und Auswertung erfolgte mithilfe des Datenverarbeitungsprogramms SPSS. Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk auf nicht beantwortete Fragen gelegt. In solchen Fällen wurde die Formulierung der Frage überarbeitet, das Design der Antwortskalen angepasst oder die Handlungsanweisung nochmals klarer formuliert. An manchen Stellen hatten die Befragten Fragezeichen oder Notizen hinzugefügt. Diese Items wurden noch einmal auf Verständlichkeit und Eindeutigkeit überprüft und gegebenenfalls überarbeitet.

3.3.2. Kognitive Interviews

Wie in Kapitel 2.6.2 bereits beschrieben, ist die kognitive Testung ein anerkanntes Mittel zur Erstellung eines validen Fragebogens, welches ergänzend zum Stichprobentest wichtige Informationen zum Fragenverständnis liefern kann.⁵⁹ Sowohl GESIS als auch Porst empfehlen ein semistrukturiertes Vorgehen anhand eines Leitfadens, der genügend Raum für Kommentare und Ermittlung von Verständnisproblemen lassen solle.^{59, 66}

Mit diesem Ziel entstand der Leitfaden zu den Interviews (Anhang 4). Im Verlauf der Fragebogenentwicklung hatten sich einige „kritische“ Fragen ergeben, bei denen unklar blieb, ob sie die Assoziationen hervorrufen würden, die erreicht werden sollen. Diese Stellen bildeten nun die inhaltliche Grundlage für die kognitiven Interviews. Um den in Kapitel 2.6.1 erläuterten Denkprozess beim Beantworten der Fragen zu ergründen, wurden verschiedene Techniken angewandt, die in der Literatur dazu empfohlen werden: das „laute Denken“, das „Paraphrasieren“ und das „Probing“.^{59, 62, 66}

Nach Porst und GESIS ist eine Mindestanzahl von fünf Interviews sinnvoll,^{59, 66} Faulbaum et al. empfehlen sogar 10 - 20 Gespräche.⁶² Zur Teilnehmersuche wurden im Rahmen des oben genannten Lehrärztetreffens Listen gereicht, auf denen sich freiwillige Teilnehmer mit Kontaktdaten eintragen konnten. Zunächst konnte somit eine ausreichende Anzahl Freiwilliger gewonnen werden. Bei Kontaktaufnahme zu Beginn des Jahres 2015 lehnte jedoch ein Großteil der eingetragenen Ärzte ein Interview ab. Es konnten drei Interviews mit Lehrärzten des Instituts für Allgemeinmedizin vereinbart und durchgeführt werden. Um die Anzahl der Interviews

zu erhöhen, konnte ein weiterer Allgemeinmediziner für ein Interview gewonnen werden, der nicht als Lehrarzt für das Institut tätig ist.

Die Gespräche zur kognitiven Testung fanden im Zeitraum vom 15.01.2015 bis 16.02.2015 statt. Experten raten zu einer Dauer von maximal 60 - 90 Minuten.^{59, 66} Aufgrund des immer wieder durch die Teilnehmer angesprochenen Zeitmangels wurde eine geringere Dauer angestrebt. Im Vorfeld eines jeden Telefonats wurde der Fragebogen per E-Mail an die Teilnehmer verschickt und von diesen ausgefüllt zurückgeschickt, sodass in der Interviewsituation beiden Gesprächspartnern der vom Teilnehmer beantwortete Survey vorlag. Als Interviewer fungierte die Doktorandin.

Wie in Kapitel 2.6.1 erläutert, sollen kognitive Interviews mindestens akustisch, aber am besten mittels Videokamera aufgezeichnet und anschließend transkribiert werden.^{59, 66} Da die Gespräche aus logistischen Gründen telefonisch stattfanden, war nur eine Audioaufnahme möglich, welche mit der Aufnahmefunktion eines iPhone 4S durchgeführt wurde. Mithilfe des Programms I-Funbox wurde die Aufnahme auf einen Laptop übertragen und elektronisch abgesichert. Mit der Transkription wurde eine Firma beauftragt. Die Kosten hierfür trug die Doktorandin.

Zur Analyse wurden in einem Dokument zu jeder Frage die jeweils relevanten Stellen aus den Interviews direkt unter der Frage platziert. Somit waren Gedanken und Probleme jeweils übersichtlich zusammengefasst. Dieses Dokument und die Ergebnisse des Pretests dienten der Expertengruppe als Grundlage für die Ausarbeitung des endgültigen Surveys.

3.3.3. Das Fragenbewertungssystem (FBS)

Das FBS, oder auch die FBS-Checkliste (Anhang 5), wurde von Frank Faulbaum, Peter Prüfer und Margrit Rexroth zur Evaluation der Fragenqualität entwickelt. Es basiert auf einem von Gordon Willis und Judith Lessler 1999 veröffentlichten „Question Appraisal System“. Ziel des FBS ist die systematische Überprüfung der Frage auf mögliche Qualitätsmängel, um diese Mängel auf ein möglichst geringes Maß reduzieren zu können. Auch eignet es sich zur Identifizierung problematischer Aspekte, die in einem Pretest und/oder mittels kognitiver Techniken genau analysiert werden sollten.⁶²

Die FBS-Checkliste wird für jede Frage einzeln angewandt. Aufgrund dessen wird die Reihenfolge der Fragen sowie die inhaltliche Struktur des Surveys nicht betrachtet. Auch durch das Layout hervorgerufene Probleme werden nicht berücksichtigt.⁶² Die Qualität dieser Aspekte wurde mithilfe der weiteren qualitätssichernden Maßnahmen kontrolliert. Die Checkliste gliedert sich in zwölf Teilbereiche⁶²:

Tabelle 2: Themenbereiche des FBS⁶²

Bereich	Thematik	Anzahl der möglichen Fehlerpunkte
A	Probleme mit Worten/Texten	11
B	Unzutreffende Annahmen über Befragte	1
C	Erinnerungsvermögen	1
D	Berechnung/Schätzung	1
E	Komplexität der mentalen Leistung	1
F	Nicht intendierte Nebeneffekte	3
G	„Weiß-nicht“-Kategorie bei	1
H	Kontext der Frage/Fragensukzession	2
J	Antwortvorgaben/Antwortskalen	9
K	Offene Fragen	2
L	Instruktionen bei Interviewer-administrierten Fragen	4
M	Probleme im Zusammenhang mit der Aufgabenbeschreibung in selbst-administrierten Fragen	4

In dieser Dissertation soll das FBS dazu dienen, den fertigen Fragebogen (Anhang 3) kritisch zu prüfen und mögliche Fehlerquellen zu diskutieren. Außerdem wurde es auch an die vorläufige Version des Fragebogens (Anhang 2) angelegt, um in einer Gesamtübersicht Veränderungen zwischen den Versionen nachzuweisen.

4. Ergebnisse

Das Ergebnis dieser Arbeit stellt der finale Fragebogen dar, der daher in seiner endgültigen Form beschrieben werden soll. Auch die Veränderungen, die sich während seiner Entwicklung ergeben haben, und die Ergebnisse des Pretests sollen an dieser Stelle ausführlich beschrieben werden. Zuletzt erfolgt die Betrachtung mithilfe des FBS, die mögliche verbleibende Kritikpunkte aufdecken und die bestehende Qualität des Fragebogens nachweisen soll.

4.1. Fragebogen

Der endgültige Fragebogen (Anhang 3) enthält 28 Fragen. Davon sind 19 Fragen inhaltlich, und neun Fragen erheben personenbezogene Daten. Die Fragen verteilen sich auf acht DIN-A4-Seiten, dazu kommt eine Seite Deckblatt. Somit ergibt sich für den Survey eine Gesamtlänge von neun Seiten. Die Dauer des Surveys kann nur anhand der Zeitangaben abgeschätzt werden, die die Befragten im Standard-Pretest gemacht haben. Dieser beinhaltete noch 28 inhaltliche Fragen. Zeitangaben wurden auf sechs der insgesamt 29 beantworteten Fragebögen gemacht. Sie variierten in einem Bereich von 15 bis 30 Minuten, im Durchschnitt ergaben sich 22,5 Minuten. Aufgrund dessen, dass der finale Survey neun inhaltliche Fragen weniger enthielt, und die Aufgabenstellungen vereinfacht wurden, ist eine Bearbeitungszeit von 10 bis 15 Minuten zu erwarten, was der auf dem Deckblatt angegebenen Dauer entspricht.

Eine tabellarische Übersicht zur Entstehung der endgültigen Fragen findet sich in Anhang 14. Folgende Fragen aus der vorläufigen Fragebogenversion (Anhang 2) wurden in der Finalversion (Anhang 3) komplett herausgenommen: Frage 4, Frage 5, Frage 14, Frage 15, Frage 16, Frage 17 und Frage 22. Die Fragen 1, 19, 21 und 24 (Anhang 2) wurden im genauen Wortlaut belassen, wobei Frage 24 (Anhang 2) in ihrer Position im Survey verändert wurde.

Die Fragen 2, 6, 8 und 12 (Anhang 2), die sich in Ihrem Aufbau stark ähneln, wurden wie folgt verändert: Die jeweilige Untersuchung wurde durch Unterstreichen hervorgehoben. Außerdem wurden die Altersangaben einheitlich verändert. Statt „jüngere Menschen (unter ... Jahren)“ wurden nun „Menschen im Alter von ... bis ... Jahren“ definiert, wobei die Angabe „von ... bis ...“ die zehn Jahre vor Beginn der gesetzlichen Empfehlung abdeckt. Ausnahme ist hier das PSA-Screening, da dies grundsätzlich nicht empfohlen ist.²⁹ Hier wurde die Definition dennoch möglichst ähnlich gehalten (siehe Frage 6, Anhang 3). Weiterhin heißt es nun statt „ältere Menschen (über 80 Jahren)“ „Menschen im Alter über 80 Jahren“. In Frage 8 wurde zusätzlich die Option „Männer mit vorangegangenen Malignomen“ entfernt, in Frage 12 wurden die Punkte „Frauen mit vorangegangener Bestrahlung der Brust“ und „Raucherinnen“ nicht mehr angeführt.

Auch die Fragen 3, 7, 9 und 11 (Anhang 2) ähneln sich in Ihrer Struktur. Hier wurde ebenfalls die jeweilige Untersuchung zur Differenzierung durch Unterstreichen verdeutlicht. Die Aspekte „Gespräche mit Kollegen“, „bürokratischer Aufwand“ und „Vergütungssituation“ kommen in der Finalversion des Fragebogens nicht mehr vor. Darüber hinaus wurde die Formulierung der Fragen abgeändert (siehe Anhang 10).

Frage 18 (Anhang 2) wurde durch Unterstreichen der Worte „nehmen Sie selbst“ verändert, und durch eine genauere Definition der Inanspruchnahme ergänzt (siehe Anhang 9). Auf die Option „betrifft mein Geschlecht nicht“ wurde in der Finalversion des Surveys (Anhang 3) verzichtet.

In Frage 12 (Anhang 3) wurden gegenüber Frage 20 (Anhang 2) die Häufigkeitsangaben unterstrichen und ergänzt (siehe Anhang 10).

In den Antwortoptionen zu Frage 23 (Anhang 3) wurden die Optionen „Durchführung Koloskopie“, „Durchführung Mammographie“ und „Durchführung Abstrich des Gebärmutterhalses“ grau eingefärbt und die jeweiligen Antwortkästchen entfernt, sodass diese Optionen nicht mehr angekreuzt werden können.

Frage 25 (Anhang 2) wurde in der Finalversion in zwei Einzelfragen aufgeteilt (Fragen 15 und 16, Anhang 3). Dabei hat sich auch die Fragenformulierung und die Anweisung zur technischen Vorgehensweise verändert (siehe Anhang 10).

Aus den Fragen 27 und 28 (Anhang 2) wurden 6 der ursprünglich 12 Kritikpunkte entfernt, sodass nur noch eine Frage (Frage 19, Anhang 3) gestellt wird. Die Formulierung wurde darüber hinaus vereinfacht (siehe Anhang 10).

Die Fragen zu persönlichen Daten der Teilnehmer wurden denen eines umfangreicheren Fragebogens angepasst, welcher parallel im Rahmen des Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ entwickelt wurde.

4.2. Pretest-Ergebnisse

Der Pretest bestand aus zwei Teilen, nämlich der Stichprobe und den kognitiven Interviews, die mit ihren Ergebnissen in den nun folgenden Kapiteln beschrieben werden.

4.2.1. Stichprobe

Die Auswertung der Stichprobe gliedert sich wiederum in zwei Teilbereiche. Zunächst soll die Antwortverteilung zu den einzelnen Fragen betrachtet werden. Im Anschluss werden die handschriftlichen Kommentare der Teilnehmer ausgewertet.

4.2.1.1. Statistische Auswertung

Von 35 ausgeteilten Fragebögen wurden 29 beantwortet, was einer Rücklaufquote von 82,86 % entspricht. 34,5 % der Teilnehmer waren weiblich, und 62,1 % der Teilnehmer waren männlich. Die durchschnittlich angegebene Berufserfahrung als Hausarzt betrug 19,95 Jahre.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Stichproben-Teilnehmer

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Gültig	weiblich	10	34,5	35,7
	männlich	18	62,1	64,3
	Gesamtsumme	28	96,6	100,00
Fehlend		1	3,4	
Gesamtsumme		29	100,0	

Im Rahmen der Stichprobe fielen mehrere Fragen durch besondere Schwierigkeiten bei der Antwortanpassung auf. Dies war zunächst die Frage nach der eigenen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Anhang 2, Frage 18 bzw. Anhang 3, Frage 10). Problematisch war, dass einige der Untersuchungen nur für jeweils ein Geschlecht relevant sind, wie z.B. die Mammographie. Aus diesem Grund wurde zuerst die Option „betrifft mein Geschlecht nicht“ angeboten. Im Pretest fiel jedoch auf, dass diese Option oftmals nicht wahrgenommen wurde.

Anhand der persönlichen Daten lässt sich sagen, dass 18 Studienteilnehmer männlich und 10 weiblich waren, bei einem Fragebogen fehlte die Angabe (Tabelle 3). Bei Betrachtung der Ergebnisse von Frage 18 (Tabelle 4) fällt jedoch auf, dass bei Mammographie, Palpation der Brust und Abstrich des Gebärmutterhalses jeweils nur 13 Teilnehmer die Option „betrifft mein Geschlecht nicht“ wählten. Es verbleiben also mindestens fünf Teilnehmer, die die Option nicht wahrgenommen haben. Bei jeweils vier der Fragebögen fehlte die Antwort komplett.

Bei der DRU, die im Fragebogen mit „(bei Männern)“ genauer definiert war, haben nur fünf von mindestens zehn weiblichen Antwortenden die Antwort „betrifft mein Geschlecht nicht“ ausgewählt (Tabelle 4). Hier fehlten zwei Antworten, allerdings antworteten neun Teilnehmer mit „gar nicht“, sodass möglich ist, dass die verbliebenen weiblichen Teilnehmer diese Option ersatzweise genutzt haben. Gewollt war dies bei Frage 19 (Anhang 2) bzw. Frage 11 (Anhang 3), wo für das PSA-Screening nur die Antworten „ja“ oder „nein“ zur Verfügung standen. Hier haben neun Teilnehmer „ja“ und 19 Teilnehmer „nein“ angekreuzt. Unterstellt man, dass alle Frauen „nein“ wählten, verblieben hier noch ebenso viele Männer, die „nein“ wählten, wie solche, die „ja“ wählten. Die Antworten entsprechen somit den Erwartungen.

Ein vergleichbares Problem ergibt sich bei dieser Frage auch für die Teilnehmer, für die die jeweilige Untersuchung aufgrund ihres Alters nicht empfohlen wird. Die Optionen „betrifft mein Geschlecht nicht“ und „betrifft mein Alter nicht“ wurden aufgrund der beschriebenen Ergebnisse nicht eingesetzt, um die Antworten nicht weiter zu verfälschen und die Non-Response-Rate zu senken. Unter „gar nicht“ fallen somit sowohl die Personen, die aufgrund von Geschlecht und/oder Alter nicht betroffen sind, als auch die Personen, die in Frage kämen, die Untersuchungen aber nicht

wahrnehmen. Anhand der persönlichen Daten kann diese Gruppe jedoch bei der Auswertung aufgetrennt werden. Während der Fragebogen der Stichprobe (Anhang 2) noch keine Altersangabe abfragte, wurde diese im finalen Survey (Anhang 3) hinzugefügt.

Wie häufig nehmen Sie selbst die genannten Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

Tabelle 4: Antwortverteilung zu Frage 18 (Anhang 2)

	betrifft mein Ge- schlecht nicht	gar nicht	seltener als empfoh- len	so oft wie empfoh- len	häufiger als empfohlen	Feh- lend
Koloskopie	6,9 %	31,0 %	13,8 %	27,6 %	17,2 %	3,4 %
Okkultbluttest	6,9 %	44,8 %	10,3 %	24,1 %	10,3 %	3,4 %
Hautkrebs- Screening	3,4 %	27,6 %	31,0 %	34,5 %	3,4 %	0 %
digital-rektale Untersuchung (bei Männern)	20,6 %	31,0 %	20,7 %	17,2 %	3,4 %	6,9 %
Mammographie (bei Frauen)	51,7 %	10,3 %	10,3 %	10,3 %	3,4 %	13,8 %
Palpation der Brust (bei Frauen)	48,2 %	3,4 %	6,9 %	17,2 %	10,3 %	13,8 %
Abstrich des Gebärmutterhalses (bei Frauen)	48,2 %	10,3 %	6,9 %	20,7 %	0 %	13,8 %

Nehmen Sie noch weitere Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz**.

Tabelle 5: Antwortverteilung zu Frage 19 (Anhang 2)

	ja	nein	fehlend
PSA-Screening	31,9 %	65,5 %	3,4 %

Eine weitere auffällige Frage war Frage 23 (Anhang 2) bzw. Frage 14 (Anhang 3). Auch hier bestand das Problem, dass einige Antwortoptionen auf die Befragten nicht zutreffen. Dies betraf vor allem die Beurteilung der Vergütung der Durchführung von Koloskopie, Mammographie und Abstrich des Gebärmutterhalses. Diese

Untersuchungen werden von Hausärzten in aller Regel nicht durchgeführt, sodass die Zielgruppe Schwierigkeiten hat, über deren Vergütung zu urteilen. Insgesamt war die Non-Response-Rate bei dieser Frage hoch, sie schwankte zwischen 10,3 % und 58,6 % (siehe Tabelle 6). Die höchste Rate zeigte sich bei der Frage nach dem Urteil über die Vergütung der Durchführung einer Mammographie. Eine „Weiß-nicht“-Option existierte nicht. Die Antwortfelder zur Beurteilung der Vergütung der Durchführung einer Koloskopie, Mammographie oder eines Gebärmutterhalsabstriches wurden in der endgültigen Version geschwärzt, sodass sie nicht mehr beantwortet werden müssen (siehe Anhang 9).

Obwohl die Beratung zu Untersuchungen wie PSA-Screening, Mammographie, Palpation der Brust und Abstrich des Gebärmutterhalses ohne Hilfsmittel möglich ist, war auch hier die Non-Response-Rate hoch. Sie variierte zwischen 17,2 % (Beratung zu PSA-Screening) und 41,4 % (Beratung zur Mammographie). Möglich wäre, dass sich Hausärzte hierfür nicht verantwortlich sehen (siehe unten und Tabelle 7). Die Frage wurde in ihrer Form belassen.

Wie beurteilen Sie die Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten im Bezug auf Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit **zwei Kreuzen** pro **Zeile** (je eines pro Untersuchung für jeden Aspekt).

Tabelle 6: Antwortverteilung zu Frage 23 (Anhang 2)

	Vergütung der Beratung				Vergütung der Durchführung			
	zu gering	angemessen	zu hoch	Fehlend	zu gering	angemessen	zu hoch	Fehlend
Koloskopie	41,4 %	55,2 %	0 %	3,4 %	34,5 %	24,1 %	3,4 %	37,9 %
Okkultbluttest	55,2 %	37,9 %	0 %	6,9 %	48,3 %	37,9 %	0 %	13,8 %
Hautkrebs-screening	48,3 %	44,8 %	0 %	6,9 %	41,4 %	48,3 %	0 %	10,3 %
PSA-Screening	65,5 %	17,2 %	0 %	17,2 %	41,4 %	27,6 %	3,4 %	27,6 %
digital-rectale Untersuchung	55,2 %	34,5 %	0 %	10,3 %	55,2 %	27,6 %	0 %	17,2 %
Mammographie	37,9 %	20,7 %	0 %	41,4 %	17,2 %	24,1 %	0 %	58,6 %
Palpation der Brust	51,7 %	17,2 %	0 %	31,0 %	44,8 %	13,8 %	0 %	41,3 %
Abstrich des Gebärmutterhalses	41,4 %	20,7 %	0 %	37,9 %	31,0 %	17,2 %	0 %	51,7 %

Bei welcher der genannten Screeningmaßnahmen sehen Sie die Verantwortlichkeit eher bei einem spezialisierten Facharzt (e.g. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe)? Bitte beantworten Sie diese Frage für die Empfehlung bzw. Durchführung getrennt voneinander.

Bitte markieren Sie mit bis zu zwei Kreuzen pro Zeile.

Tabelle 7: Antwortverteilung zu Frage 25 (Anhang 2)

	Empfehlung	Durchführung
Koloskopie	13,8 %	93,1 %
Okkultbluttest	20,7 %	6,9 %
Hautkrebsscreening	13,8 %	20,7 %
PSA-Screening	17,2 %	17,2 %
digital-rektale	17,2 %	6,9 %
Mammographie	17,2 %	89,7 %
Palpation der Brust	17,2 %	62,1 %
Abstrich des Gebärmutterhalses	24,1 %	89,7 %

Bei Betrachtung der Ergebnisse zu Frage 25 (Anhang 2) deckt sich die Anzahl derer, die die Verantwortung zur Beratung über das PSA-Screening bei einem Facharzt sehen, mit der Anzahl derer, die über die Vergütung dieser Beratung kein Urteil abgaben. Die Aufgabe der Empfehlung eines Abstriches vom Gebärmutterhals sahen sieben Teilnehmer beim Facharzt, einer antwortete nicht. Hier hatten elf Teilnehmer kein Urteil über den Verdienst an der Beratung abgeben wollen. Für die Empfehlung zur Mammographie sahen fünf Antwortende den Facharzt in der Verantwortung, während zwölf Teilnehmer die Frage nach angemessener Vergütung hierzu nicht beantworteten. Ähnliches gilt für die Palpation der Brust, hier schrieben ebenfalls fünf Ärzte dem Facharzt die Aufgabe der Empfehlung zu, einer antwortete nicht. Dabei hatten neun kein Urteil über die Vergütung abgegeben.

Frage 25 (Anhang 2) soll auch aufgrund der Kommentare (siehe Kapitel 4.2.1.2) näher betrachtet werden. Hier wurden zwei Teilaspekte in einer Frage abgefragt, nämlich, bei wem die Verantwortung für die Empfehlung, und bei wem die Verantwortung für die Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegen sollte. Dabei wurde die Antwort „Kreuz gesetzt“ als „Die Verantwortung liegt beim Facharzt.“ und die Antwort „kein Kreuz gesetzt“ als „Die Verantwortung liegt beim Hausarzt.“ definiert.

Hier stellt sich die Frage, ob der mentale Denkprozess, der zur Beantwortung der Frage notwendig ist, umgesetzt werden konnte. Leider lässt sich jedoch bei „kein Kreuz“ nicht klar sagen, ob die Frage nicht beantwortet wurde, oder ob der Teilnehmer die Verantwortung für die entsprechende Aufgabe bei sich selbst sieht. Zur Klärung, ob die Frage richtig verstanden wurde, soll daher ein Vergleich der erwarteten Antworten mit den tatsächlichen Antworten stattfinden. Hierzu wurden im Vorfeld bewusst auch Fragestellungen formuliert, bei denen die zu erwartende Antwort klar erscheint. So kann man zum Beispiel davon ausgehen, dass Hausärzte die Verantwortung für die Durchführung einer Koloskopie bei einem Facharzt sehen, da Hausärzte zwar eventuell als hausärztlich tätige Internisten die nötige Ausbildung, jedoch in aller Regel nicht das notwendige Equipment besitzen, um eine Koloskopie durchzuführen.

Das Ergebnis lautet wie folgt (siehe Tabelle 7): 27 von 29 Teilnehmern (93,1 %) haben ein Kreuz gesetzt, und somit der Erwartung entsprochen. 2 Teilnehmer haben kein Kreuz gesetzt. Bei diesen zwei bestehen nun drei Möglichkeiten der Interpretation: Entweder haben sie die Frage nicht korrekt verstanden, oder sie haben die Frage gar nicht beantwortet, oder sie sehen die Verantwortung für die Durchführung tatsächlich bei sich selbst. Letzteres wäre möglich, falls es sich um hausärztlich tätige Internisten handelt, die über die nötige Praxisausstattung für die Durchführung einer Koloskopie verfügen.

Eine ähnliche Prüfung des Fragenverständnisses stellen die Fragen nach der Verantwortlichkeit für die Durchführung einer Mammographie sowie die Durchführung eines Gebärmutterhalsabstriches dar (Tabelle 7). Hier haben jeweils 26 von 29 Teilnehmern (89,7 %) ein Kreuz gesetzt, und somit die erwartete Antwort gegeben.

Die Frage wurde in der endgültigen Version in zwei Fragen aufgeteilt (Fragen 15 und 16, Anhang 3), sodass nun zu jedem Teilaspekt entweder „Hausarzt“ oder „Facharzt“ angekreuzt werden konnte (siehe hierzu auch Anhang 9).

Zur Kürzung wurden in der Finalversion des Surveys (Anhang 3) einige Aspekte der Fragen 3, 7, 9 und 11 (Anhang 2) entfernt. Dies betrifft die Punkte „Gespräche mit Kollegen“, „bürokratischer Aufwand“ und „Vergütungssituation“. Für die letzten beiden genannten gaben durchschnittlich 93,13 % (bürokratischer Aufwand) bzw. durchschnittlich 82,78 % (Vergütungssituation) der Teilnehmer an, dass diese Faktoren

keinen Einfluss auf ihre Einstellung gegenüber den jeweiligen Screeningmaßnahmen gehabt hätten. Gespräche mit Kollegen nahmen nach eigenen Angaben einen größeren Einfluss. Mit durchschnittlich 59,48 % der Teilnehmer haben dennoch im Vergleich zu den anderen Faktoren immer noch viele „keinen Einfluss“ angekreuzt. Die entsprechenden Raten lagen für die anderen Faktoren bei durchschnittlich 11,18 % (Erfahrungen mit Krebspatienten), 31,03 % (neue Forschungsergebnisse) und 20,65 % (Fortbildung).

Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der Koloskopie als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

Tabelle 8: Antwortverteilung zu Frage 3 (Anhang 2)

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	fehlend
Erfahrungen mit Krebspatienten	3,4 %	6,9 %	89,7 %	0 %
neue Forschungsergebnisse	0 %	6,9 %	93,1 %	0 %
Fortbildung	0 %	3,4 %	93,1 %	3,4 %
Komplikationen infolge von Koloskopie	17,2 %	79,3 %	3,4 %	0 %
Gespräche mit Kollegen	0 %	58,6 %	37,9 %	3,4 %
bürokratischer Aufwand	3,4 %	96,6 %	0 %	0 %
Vergütungssituation	6,9 %	86,2 %	6,9 %	0 %

Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem Hautkrebscreening?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

Tabelle 9: Antwortverteilung zu Frage 7 (Anhang 2)

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	fehlend
Erfahrungen mit Krebspatienten	3,4 %	10,3 %	86,2 %	0 %
neue Forschungsergebnisse	0 %	31,0 %	69,0 %	0 %
Fortbildung	0 %	17,2 %	82,8 %	3,4 %
Gespräche mit Kollegen	0 %	58,6 %	41,4 %	0 %
bürokratischer Aufwand	10,3 %	86,2 %	3,4 %	0 %
Vergütungssituation	10,3 %	72,4 %	17,2 %	0 %

Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem PSA-Screening?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

Tabelle 10: Antwortverteilung zu Frage 9 (Anhang 2)

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	fehlend
Erfahrungen mit Krebspatienten	13,8 %	17,2 %	69,0 %	0 %
neue Forschungsergebnisse	20,7 %	31,0 %	48,3 %	0 %
Fortbildung	27,6 %	17,2 %	55,2 %	0 %
Gespräche mit Kollegen	6,9 %	62,1 %	31,0 %	0 %
bürokratischer Aufwand	3,4 %	93,1 %	3,4 %	0 %
Vergütungssituation	10,3 %	89,7 %	0 %	0 %

Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der digital-rektalen Untersuchung als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

Tabelle 11: Antwortverteilung zu Frage 11 (Anhang 2)

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	fehlend
Erfahrungen mit Krebspatienten	3,4 %	10,3 %	86,2 %	0 %
neue Forschungsergebnisse	3,4 %	55,2 %	41,4 %	0 %
Fortbildung	3,4 %	44,8 %	51,7 %	0 %
Gespräche mit Kollegen	3,4 %	58,6 %	37,9 %	0 %
bürokratischer Aufwand	0 %	96,6 %	3,4 %	0 %
Vergütungssituation	10,3 %	82,8 %	6,9 %	0 %

Die Fragen 27 und 28 (Anhang 2) wurden in besonderer Weise betrachtet, um herauszufinden, welche Kritikpunkte für die Zielgruppe nicht relevant sind, um die Fragen somit auf ein angemessenes Maß zu kürzen und zu einer übersichtlichen Frage zusammenführen zu können (Frage 19, Anhang 3).

Herausgenommen wurden die folgenden Aspekte: „Kosten“ (angekreuzt von durchschnittlich 5,59 % der Teilnehmer), „eigene Termindichte“ (angekreuzt von durchschnittlich 1,71 % der Teilnehmer), „zu häufig“ (angekreuzt von durchschnittlich 5,59 % der Teilnehmer), „zu selten“ (angekreuzt von durchschnittlich 17,21 % der

Teilnehmer), „Empfehlungen entsprechen nicht den Risikogruppen“ (angekreuzt von durchschnittlich 10,33 % der Teilnehmer), und „physische Belastung durch die Untersuchung (auch Spätschäden)“ (angekreuzt von durchschnittlich 6,88 % der Teilnehmer). Der Aspekt „Komplikationen“ wurde ergänzt zu „Komplikationen (auch Spätschäden)“.

Folgende Kritikpunkte an Screeningmaßnahmen werden immer wieder öffentlich diskutiert. Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch in Bezug auf die jeweiligen Untersuchungen?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

Tabelle 12: Antwortverteilung zu Frage 27 (Anhang 2)

	Komplikationen	psychische Belastung durch		physische Belastung durch	
		die Untersuchung	falsch positive Befunde	die Untersuchung (auch Spätschäden)	Diagnostik und Therapie bei falsch positiven Befunden
Koloskopie	34,5 %	20,7 %	13,8 %	24,1 %	13,8 %
Okkultbluttest	0 %	3,4 %	41,1 %	0 %	24,1 %
Hautkrebs-screening	0 %	6,9 %	27,6 %	0 %	13,8 %
PSA-Screening	3,4 %	0 %	65,5 %	10,3 %	65,5 %
digital-rektale Untersuchung	0 %	13,8 %	10,3 %	3,4 %	10,3 %
Mammographie	0 %	13,8 %	58,6 %	13,8 %	44,8 %
Palpation der Brust	0 %	6,9 %	34,5 %	0 %	13,8 %
Abstrich des Gebärmutterhalses	0 %	10,3 %	34,5 %	3,4 %	27,6 %

Die folgenden Kritikpunkte an den Durchführungsempfehlungen der Screeningmaßnahmen werden immer wieder öffentlich diskutiert. Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

Tabelle 13: Antwortverteilung zu Frage 28 (Anhang 2)

	Mang- elnde Evi- denz	Kosten	eigene Ter- min- dichte	Ter- min- dichte beim Fach- arzt	zu häufig	zu selten	Empfeh- lungen entspre- chen nicht den Risiko- gruppen
Koloskopie	6,9 %	13,8 %	0 %	31,0 %	3,4 %	24,1 %	20,7 %
Okkultblut- test	37,9 %	0 %	0 %	0 %	3,4 %	17,2 %	3,4 %
Hautkrebs- screening	6,9 %	0 %	10,3 %	10,3 %	0 %	24,1 %	13,8 %
PSA- Screening	65,5 %	10,3 %	0 %	3,4 %	17,2 %	17,2 %	17,2 %
digital- rektale Unter- suchung	17,2 %	0 %	3,4 %	0 %	0 %	17,2 %	3,4 %
Mammo- graphie	24,1 %	17,2 %	0 %	6,9 %	13,8 %	3,4 %	13,8 %
Palpation der Brust	13,8 %	0 %	0 %	10,3 %	0 %	20,7 %	3,4 %
Abstrich des Gebärmu- terhalses	10,3 %	3,4 %	0 %	10,3 %	6,9 %	13,8 %	6,9 %

4.2.1.2. Kommentare

Auf einigen Bögen wurden, entsprechend der Bitte beim Austeilen, Notizen angefügt. Eine genaue Auflistung findet sich in Anhang 7. Zum gesamten Survey findet sich nur ein Kommentar, welcher bemängelt, dass eine korrekte Antwort bei manchen Fragen nicht möglich sei, dass also eine „Weiß-nicht“-Kategorie bzw. eine „Betrifft-mich-nicht“-Kategorie fehlt.

Zu Frage 8 (Anhang 2) wurde bei „Männer mit vorangegangenen Malignomen“ einmal „der Prostata?“ angefügt, es war also fraglich, wie „vorangegangene Malignome“ definiert seien. Das gleiche Problem ergab sich noch einmal bei Frage 22. Diese Option kommt im finalen Survey nicht mehr vor.

Die Fragen 18 und 19 (Anhang 2) boten, wie bereits in Kapitel 4.2.1.1 beschrieben, das Problem, dass einige Optionen auf Alter oder Geschlecht der Befragten nicht zutreffen. Dies wurde durch Kommentare verdeutlicht. Ein Teilnehmer fügte mit Sternchen an die Option „betrifft mein Geschlecht nicht“ noch „betrifft mein Alter nicht“ an, ein weiterer Teilnehmer strich die Kästchen durch und schrieb dazu: „erst 34 Jahre alt“, und ein dritter Antwortender strich das Kästchen bei „digital-rektale Untersuchung“ durch.

Auch Frage 23 (Anhang 2) wird mit ihren Schwierigkeiten der Antworteinpassung bereits in Kapitel 4.2.1.1 beschrieben. Der erwähnte Kritikpunkt, dass Hausärzte über die Vergütung der Durchführung einer Koloskopie, Mammographie oder eines Gebärmutterhalsabstriches nicht informiert sind, wurde hier mehrfach durch Notizen wie „Internist“, „machen meine Kollegen“ oder „ÜW Gyn“ ersichtlich. Darüber hinaus wurde mehrfach der Kommentar „gar nicht vergütet“ oder „gibt es nicht“ angefügt.

Frage 25 wurde den Kommentaren nach nicht von jedem Befragten verstanden. Die Notizen hier lauteten „eine anspruchsvoll gestellte Frage“, „verstehe die Frage nicht“ sowie „?“. Aus diesem Grund wurde die Frage im finalen Survey in zwei Einzelfragen aufgetrennt. Somit wurde nun einzeln gefragt, bei wem die Verantwortlichkeit für Beratung und bei wem die Verantwortlichkeit für die Durchführung der Untersuchungen liegen sollte, statt beide Aspekte in einer Frage abzuhandeln.

Die Fragen 27 und 28 boten die Schwierigkeit, dass kein Kreuz gesetzt werden sollte, falls der Befragte keine Kritik üben möchte. Dies hat dazu geführt, dass hier zusätzlich der Kommentar "keine" neben der Frage platziert wurde. Im finalen Fragebogen wurden diese beiden Fragen zu einer Frage zusammengeführt, indem einige Kritikpunkte herausgenommen wurden (Anhang 3, Frage 19), die nach Auswertung des Stichprobentests sowie im Hinblick auf die Fragestellung weniger relevant erschienen.

4.2.2. Ergebnisse der kognitiven Testung

Die Gespräche fanden im Zeitraum vom 15.01.2015 bis zum 16.02.2015 statt und dauerten zwischen 22 und 75 Minuten. Der Leitfaden zu den Gesprächen findet sich in Anhang 4. Betrachtet werden sollen hier die Besprechungen zu den kritischen Fragen, die bereits in Kapitel 4.2 angesprochen wurden.

Zunächst ist dies Frage 18 (Anhang 2). Sie war in der Stichprobe dadurch aufgefallen, dass sie für Teilnehmer, deren Alter oder Geschlecht nicht zu den gesetzlichen Empfehlungen der Untersuchungen passt, keine passende Antwortmöglichkeit bietet, bzw. eine entsprechende Möglichkeit („betrifft mein Geschlecht nicht“) nicht wahrgenommen wurde. Im Vorfeld der Interviews wurde die Möglichkeit „betrifft mein Geschlecht nicht“ bereits herausgenommen.

Hierzu gab es einen Kommentar eines männlichen Interviewpartners: „-Interviewer: Logisch, bei Frauenuntersuchungen kein Kreuz. Für mich ist jetzt die Frage, wäre es sinnvoller, da vielleicht noch eine Spalte hinzumachen "Betrifft mein Geschlecht nicht"? Die hatte ich ursprünglich einmal drinnen, wurde dann aber oft übersehen, ähm – wäre das jetzt...?“ -Teilnehmer: „Ja, das wäre ganz gut gewesen, weil ich mir gedacht hab, ja gut, diese Frage kommt ah so, die ist vielleicht anders, wenn ich jetzt eine, eine Kollegin habe, die das macht. (...)Für die ist dann was anderes. Weil so – wenn du die Frage selbst alleine siehst, aus dem geht ja gar nicht direkt hervor, dann hätte man vielleicht, uhm ein Kreuz gemacht männlich/weiblich. Da hätte was sein müssen, dass ich es erkennen kann.“

Ein weiteres Problem dieser Frage wurde erst durch die Interviews auffällig, nämlich, ob die Untersuchung auch als solche zählt, wenn der Teilnehmer sie an sich selbst durchgeführt hat. Zum Hautkrebsscreening gab es folgenden Kommentar: „Mache ich überhaupt nicht. Ich kenne meine Haut. Wenn was auffällig ist, selbstverständlich. Hätte ich geschrieben seltener als empfohlen. Aber das wissen Sie, Sie sind Mediziner, Sie gucken sich Ihre Haut an. Also bei Mediziner, diese Frage ist schwierig zu beantworten. Aber wenn wir Kreuz machen bei so häufig wie empfohlen würde ich hier sagen ja okay. Oder häufiger als empfohlen. Schreiben Sie bei Hautkrebsscreening bei mir machen Sie bitte noch ein Kreuz bei häufiger als empfohlen. Weil automatisch

wenn Sie einen Befund haben, gucken Sie sich das schonmal richtig an.“ Daraufhin wurde die Frage durch einen erklärenden Satz (siehe Anhang 9) ergänzt.

Weitere Analysen dieser Frage bezogen sich auf den Denkprozess, der während der Fragenbeantwortung durchgeführt werden muss. Dieser vollzog sich jedoch bei allen Interviewpartnern erwartungsgemäß, weshalb die Komplexität der Fragestellung als angemessen eingeschätzt wurde. Schließlich blieb noch ein weiterer möglicher Kritikpunkt, dass die Vorbildfunktion des Hausarztes gegenüber seinen Patienten die Beantwortung der Frage beeinflussen könnte.

Dass dieser Faktor eine Rolle spielt, war erkennbar: „Ich habe auch 45 als Schallmauer schon genommen, um mich selbst als Mann einer Krebsvorsorge zu unterziehen und ich sag jetzt mal in gewisser Weise mit gutem Beispiel voran zu gehen. Wenn Patienten mich fragen, würden Sie selber zur Vorsorgeuntersuchung gehen, kann ich guten Gewissens sagen, ja habe ich gemacht. Das versuche ich eigentlich auch jährlich zu machen.“ Ob die Beantwortung der Frage dadurch jedoch beeinflusst wird, hängt vom Teilnehmer ab. „Erste Frage habe ich beantwortet. In 10 Tagen habe ich. Aber selbstkritisch, fünf Jahre, ich bin jetzt 60 dieses Jahr. Das heißt, seit fünf Jahren schiebe ich das hinaus.“ –Mod.: „Deswegen seltener als empfohlen?“ –„Ja. Selbstkritisch. Ein Doktor, wenn ein Doktor das schon empfiehlt, dann soll er sich an die Spielregeln halten, ab 55. Ich bin jetzt 60 dieses Jahr, ich habe das rausgeschoben fünf Jahre lang.“

Auch die Beantwortung vorangegangener Fragen, wie beispielsweise die Frage nach der Einstellung zu den Untersuchungen, nimmt möglicherweise Einfluss. So lautete ein Kommentar zum Okkultbluttest: „Ich werde auch jetzt/ muss ich nicht jedes Mal einen Stuhltest machen, weiß ich nicht, naja, gut. Halte den ja im Prinzip sowieso nicht für ganz (.) toll. Ich finde das ist so der Einstand für die Leute, dass sie sich einmal ein bisschen mit der Sache beschäftigen können, dann okay.“

Für Frage 20 (Anhang 2) waren vordringlich die Definitionen der Häufigkeitsangaben relevant. Folgende Antworten gaben die Interviewpartner auf die Frage, wie eine regelhafte Integration in den Praxisablauf bei ihnen aussieht: „Wir machen das so, dass wir die Patienten wirklich, ja ich sage mal relativ systematisch alle zwei Jahre auf Hautkrebscreening ansprechen bzw. dies durchführen. Das machen wir eigentlich flächendeckend. Flächendeckend heißt, wir versuchen es eigentlich bei allen Patienten

über 35 durchzuführen. Das gelingt natürlich nicht, aber wir machen schon 70 - 100 Hautkrebsscreeninguntersuchungen pro Quartal.“, „Das sieht so aus, dass wenn ein Patient im entsprechenden Alter kommt und ich sehe, ich hab da so ein Recallsystem, a hat schon eine Koloskopie gehabt oder b hat er noch keine gehabt und wie alt ist der, hat er eine positive Familienanamnese, um dann eventuell eine Empfehlung auszusprechen, um das neu zu tun oder wieder zu tun.“, „Koloskopie habe ich tausende Leporellos kriegen die Patienten ab 55.“ und „Ich erinnere regelrecht daran, und das im Rahmen einer Vorsorge. In meiner Vorsorge kucke ich mir den Patienten an, ..., die Koloskopie mache ich nicht selbst, da habe ich ja nur die Verpflichtung, die Leute daran zu erinnern. Und das mache ich dann mit dem erinnern dann immer eigentlich im Rahmen der Vorsorge und dann denke ich eher dran.“

„Unregelmäßig“ wurde wie folgt definiert: „Da sehe ich auch die Gynäkologen natürlich mehr in der Verantwortung, das anzusprechen. Genauso wie Palpation der Brust und auch Abstriche.“, „Mammografie frage ich, waren Sie beim Frauenarzt, ja oder nein. Wann hat der Frauenarzt zuletzt untersucht die Brust. Vor 30 Jahren. Wären Sie einverstanden, wenn ich die jetzt untersuche, ja nein brauchen Sie nicht.“ –Mod.: „Das machen Sie bei jeder Frau?“ –„Frage ich nach....Wie empfehlen dann bei Gesundheitscheck, liebe Frau, immer nach der Menstruation nach drei vier Tagen palpieren Sie mal bitte Ihre Brust? Machen Sie das ja oder nein. Wenn sie sagt, ja, ich mache das, dann ist das okay. Wenn sie sagt nein, dann kriegt sie von mir so ein Leporello.“ und „bei einer Frau, bei einer Frau mache ich das regelhaft so, dass ich sie frage, ob sie auch regelmäßig in gynäkologischer Behandlung ist.“

Zu „gar nicht“ gab es folgende Kommentare: „Ansprechen primär nicht. Wenn dann weise ich vielleicht die Frauen drauf hin, wenn sie lange nicht bei der Vorsorge waren. Dass ich das zur Kenntnis bekomme, dass ich sie auffordere hinzugehen. Aber dass ich sie primär auffordere, zur Mammografie zu gehen, das nicht.“, „Ich frage, sind Sie beim Frauenarzt, ja oder nein. Wann hat der Frauenarzt zuletzt Abstrich genommen. Ich war seit fünf Jahren nicht da. Dann gehen Sie mal hin, Sie sind berechtigt, eine Gebärmutterhalsuntersuchung mit Abstrich zu bekommen. Ich spreche das kurz an in einem Satz.“ Hier zeigt sich möglicherweise auch eine ungenaue Definition der Worte „ansprechen“ und „aussprechen“.

Wie bereits in Kapitel 4.2.1.2 deutlich wurde, bot Frage 23 (Anhang 2) vorrangig das Problem, dass Hausärzte einige der Untersuchungen nicht selbst durchführen, und somit über deren Vergütung keine Informationen haben: „Die Koloskopie ist die Durchführung, ich mache das ja nicht selbst.“, „Weil ich nicht weiß die gynäkologischen Kollegen das abrechnen.“, „Weil ich es nicht mache, eigentlich hätte ich die dann gar nicht beantworten dürfen/können.“ und „Ich bin kein Koloskopeur. Ich bin kein Endoskopist, ich bin hausärztlich tätiger Mediziner, habe nie eine Koloskopie durchgeführt.“

Ersatzweise wurden Gespräche mit internistischen Kollegen zur Bewertung herangezogen: „...weil ich auf einer Fortbildung mit einem Kollegen, der ist niedergelassener hausärztlicher Internist, ...und da habe ich ihn gefragt, was verdienen Sie pro Gastro und was pro Kolo?“ und „weiß ich nicht. Ich denke aber, die ist zu gering, weil ich mit Kollegen gesprochen habe,...Da hat er gesagt, ‚Dieser Aufwand, den wir da betreiben müssen, der ist so hoch, und da kommt nicht bei rum‘“.

Weiterhin merkten Interviewpartner an, dass sich die Vergütung einzelner Beratungen gar nicht genau abgrenzen ließe: „...dass viele Dinge heutzutage in den normalen Gebührenordnungen in so einer Pauschale integriert sind. Was schwierig ist zu differenzieren heutzutage.“

Dennoch entsprach das mentale Vorgehen der Befragten den Erwartungen. Sie wogen den Aufwand und alle vorhandenen Kosten gegenüber dem Verdienst ab und beurteilten anhand dieser Daten die Vergütung der aufgeführten Aufgaben: „Sie haben normalerweise in einer Einzelpraxis sollte man eigentlich einen kalkulierten Arztlohn erzielen, denn Sie sind der Einzige, der Lohn erzielt, nicht ihre Mitarbeiter, also die Arzthelferinnen, die arbeiten Ihnen ja zu. Der sollte weit über 200 Euro pro Stunde liegen, um kostendecken zu können. Und angenommen, Sie machen hier vier Hautkrebsscreenings in der Stunde, gut dann haben Sie den Hautkrebsscreening gründlich gemacht. Aber das machen Sie nicht jeden Tag und eine ganze Stunde für Hautkrebsscreening und dann 108 Euro verdient. Das klingt nach einem hohen Stundensatz, aber wenn Sie die Praxisminute rechnen, also die Praxisstunde, aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist das zu wenig. Deshalb muss man sagen, ist das Hautkrebsscreening auch unterbezahlt.“

Frage 25 zeigte ebenfalls bereits in den Kommentaren (siehe Kapitel 4.2.1) Verständnisprobleme, die von Teilnehmer zu Teilnehmer variierten. Ein Teil hatte große Probleme: „Das heißt, wenn alle Patienten jetzt zum Gastroenterologen Urologen Gynäkologen rennen würden ohne Überweisungsverfahren, wie sehe ich das als Hausarzt. Kann man das so übersetzen? ...das war eine schwere Frage, auch in der Semantik, das hier dezidiert zu verstehen. ...Dann habe ich das an diesem Abend falsch verstanden. ...Das ist doppelte Negativierung....Jetzt haben Sie mich durcheinander gebracht.“

Ein Teil jedoch hatte die Aufgabe korrekt verstanden: „Die Frage zielt darauf ab, welche Vorsorgemaßnahmen der von den Fachärzten, wo die Fachärzte eher in der Pflicht sind, oder dass man im Prinzip, sowohl die Empfehlung als auch die Durchführung der Screeningmaßnahme angeht.“ Auch die spätere Veränderung der Frage wurde in den Interviews bereits angesprochen: „Interviewer: Wäre die Frage vielleicht einfacher wenn man sie anders strukturieren würde, und sagen würde: (.) "Bei wem sehen Sie die Verantwortung für die Empfehlung?" Und würde dann Spalten machen – Facharzt und Hausarzt?“ -Teilnehmer: „Ja. (...) -klarer und verständlich.“

Fragen 27 und 28 (Anhang 2) führten durch ihre Formulierungen zu Verwirrung: „Einmal fragen Sie nach den Kritikpunkten bzw. Durchführungsempfehlungen, die öffentlich diskutiert werden, welche Aspekte da problematisch sein könnten. Und bei 27 fragen Sie in Bezug auf die Untersuchung auf die Probleme. Komplikation physisch, psychische Belastung. Beide Fragen sind halt unterschiedlich konstruiert.“

„Ja gut, es geht ja einmal um die Durchführungsempfehlungen. Es geht um die Screeningmaßnahmen. Wobei wenn ich mich ein bisschen mehr damit befasse, ist die Frage, ob ich wirklich das so sinnvoll finde, die Fragen so zu formulieren. Weil es ein bisschen auf den ersten Blick nicht wirklich klar ist, warum man da so eine Unterscheidung macht.“

„Die folgenden Kritikpunkte an den Durchführungsempfehlungen der Screeningmaßnahmen werden immer wieder öffentlich diskutiert. Öffentlich... Öffentlich heißt auch Bildzeitung. Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch? ...Mehrere Kreuze oder keine, Frage. Keine Kreuze oder mehrere?...Problematisch anhand der öffentlichen Diskussionen? ...Warum wird hier das öffentliche eingebaut in

der Fragestellung? Verwirrt mich. (...) Was sind hier die Zusammenhänge? Öffentlich und dann kommt die Problematik. Erster Teil ist öffentlich wird diskutiert. Im selben Atemzug wird gesagt, welche dieser Aspekte halten Sie für Sie problematisch? Ich bin Mediziner. Ich bin ein bisschen fachlicher und nicht öffentlich und diese Sachen werden zusammen gemischt und dann kommen andere Fragen hier klar gestellt.“

„Äh, eigentlich, gestört hat mich, (.) ähm, (.) "problematisch". Das Wort "problematisch"... Das war so, äh, der (..) da war zunächst erst einmal für mich nicht klar, wo Patienten ein Problem haben, oder wer ein Problem hat. ...Am Anfang habe ich davor gesessen und gesagt, (.) "Was bedeutet das denn jetzt eigentlich so?" ... Das war wahrscheinlich ein Missverständnis...“

4.3. Bewertung anhand des Fragebogenbewertungssystems

Anhand des in Kapitel 3.3.3 vorgestellten FBS soll nun der finale Fragebogen in seiner Qualität eingeschätzt werden sowie die Problemquellen einzelner Fragen und die durchgeführten Lösungsansätze betrachtet werden.

4.3.1. Überblick

Die Version des Surveys, die am 2. und 3. Dezember 2014 zur Pilotierung herausgegeben wurde (Anhang 2), enthielt 28 inhaltliche Fragen plus sieben Fragen zu persönlichen Variablen des Befragten. Diese 28 Fragen wurden im Durchschnitt mit 9,29 Fehlerpunkten bewertet, es wurden also im Mittel 25,79 % der möglichen Kritikpunkte als zutreffend eingeschätzt. Hier sollen die fünf häufigsten Kritikpunkte aufgelistet werden. Bei 100 % der Fragen wurden wichtige Zusatzinformationen nicht im Fragetext integriert, sondern waren getrennt aufgeführt. Die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird, bestand bei 96,43 % der Fragen. Je 67,86 % der Fragen erfüllten folgende Kritikpunkte: Sie enthielten unpräzise Worte oder Formulierungen, es bestand die Gefahr einer unehrlichen oder gar keiner Beantwortung, und es bestand die Gefahr,

dass die Frage aufgrund vorangegangener Fragen nicht in der intendierten Weise interpretiert wird.

Der finale Fragebogen (Anhang 3) enthielt 19 inhaltliche Fragen plus neun Fragen zu persönlichen Variablen des Befragten. Im Mittel wurden die 19 Fragen mit 6,74 Fehlerpunkten bewertet, es wurden also durchschnittlich 18,71 % der Kritikpunkte als zutreffend angesehen. Die sieben häufigsten Kritikpunkte waren dabei die getrennte und nicht im Fragentext integrierte Aufführung von Zusatzinformationen (94,74 % der Fragen), die Beeinflussung der Antwort durch die Beantwortung vorangegangener Fragen (89,47 % der Fragen), die Gefahr, dass die Frage nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird (57,89 % der Fragen), die Unvollständigkeit des Fragentextes (52,63 % der Fragen) und mit je 47,37 % der Fragen unpräzise Worte oder Formulierungen, ungenaue Häufigkeitsangaben und Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie.

Vergleichend lassen sich einige Veränderungen feststellen. Zuerst ist zu sagen, dass sich die Fragenanzahl von 28 inhaltlichen Fragen auf 19 inhaltliche Fragen reduziert hat. Die Fehlerpunkte nach FBS haben sich von durchschnittlich 9,29 Fehlerpunkten auf durchschnittlich 6,74 Fehlerpunkte in der finalen Version (Anhang 3) reduziert. Die Hauptkritikpunkte der Fragebögen ergaben sich aus der inhaltlichen Struktur der Surveys. Der Kritikpunkt „unpräzise Worte oder Formulierungen“ wurde mittels kognitiver Testung näher analysiert, und durch einige Anpassungen deutlich reduziert. Auch die Verständnisprobleme durch die Ähnlichkeit der Fragen untereinander konnten durch Hervorhebungen und veränderte Formulierungen verringert werden. Der häufigste Kritikpunkt in beiden Versionen (Anhang 2 und 3) war die separate Aufführung von Zusatzinformationen, welche konkret die Definition des Begriffes „Screeningmaßnahmen“ meint. Diese ist auf dem Deckblatt gegeben, jedoch nicht direkt bei jeder Frage.

4.3.2. Bewertung einzelner Fragen

An dieser Stelle sollen einige Fragen näher betrachtet werden, die bereits in den vorangegangenen Kapiteln aufgrund von Bearbeitungsproblemen beschrieben wurden.

Dies ist zunächst Frage 10 (Anhang 3). Anhand des FBS ergeben sich für diese Frage zehn mögliche Kritikpunkte. Sie betreffen die Formulierung der Frage und ihre kognitive Anforderung, die sich durch die unvollständige Anweisung zur technischen Vorgehensweise noch erhöht. Diese Probleme entstehen dadurch, dass die möglichen Antworten auf einige Teilnehmer aufgrund des Geschlechts und/oder Alters nicht zutreffen. Weiterhin wird die Beantwortung durch die „soziale Erwünschtheit“ beeinflusst, da vom Hausarzt als Vorbild gefordert wird, alle Untersuchungen gemäß den offiziellen Empfehlungen machen zu lassen. Eine alternative Interpretation des sozial erwünschten Verhaltens wäre, dass der Hausarzt alles genau so durchführen lässt, wie er es auch seinen Patienten empfiehlt. Eine Auflistung der einzelnen Kritikpunkte findet sich in Anhang 8.

Frage 12 (Anhang 3) wird mit ihren Veränderungen in Kapitel 3.1 beschrieben. Sie bietet nach der Veränderung noch elf mögliche Kritikpunkte. Dabei beziehen sich mehrere Kritikpunkte auf die ungenauen Häufigkeitsformulierungen „regelmäßig“, „unregelmäßig“ und „gar nicht“, welche durch die Veränderung der Formulierung genauer definiert und abgegrenzt werden sollten. Dennoch bleiben sie unscharf definiert, weshalb die meisten Kritikpunkte bestehen bleiben (siehe Anhang 8).

Frage 14 (Anhang 3) zeigt sieben Kritikpunkte, die sich zum einen auf ihren Charakter als Einstellungsfrage beziehen, wodurch sich die Frage nach einer „Weiß-nicht“-Kategorie und Einflussfaktoren wie soziale Erwünschtheit und finanzielle Bestrebungen ergeben. Zum anderen setzt die Frage das Wissen über Vergütungen und die Erfahrung über deren Aufwand voraus, welches für manche Untersuchungen bei Hausärzten nicht vorhanden ist. Nähere Erläuterungen zu den Kritikpunkten finden sich in Anhang 13.

Frage 15 (Anhang 3) enthält sieben, Frage 16 (Anhang 3) enthält drei Fehlerquellen. Verbleibende Kritikpunkte beziehen sich auf die unklare Definition des Wortes „Empfehlung“ sowie auf den Charakter als Einstellungsfrage, bei der die Antwort durch Einflüsse wie soziale Erwünschtheit und vorangegangene Fragen verfälscht werden könnte.

Für Frage 19 (Anhang 3) verbleiben elf mögliche Probleme. Die Kritik bezieht sich auf unklare Formulierungen der Fragentexte sowie der angesprochenen Kritikpunkte.

Letztere ließen sich zum Teil nicht klar voneinander abgrenzen. Der sprachliche Ausdruck konnte jedoch durch die Veränderungen (siehe Kapitel 3.1.2) etwas vereinfacht werden. Ein bleibendes Analyseproblem ist, dass im Falle von „kein Kreuz“ unklar bleibt, ob die Antwort verweigert wurde, oder ob der angesprochene Kritikpunkt nicht als relevant angesehen wird.

Nähere Erläuterungen zu den verbleibenden Kritikpunkten sowie deren Bedeutung für die Verwendung des Fragebogens als wissenschaftliches Instrument sollen in Kapitel 5 erfolgen.

5. Diskussion

Das Ergebnis dieser Dissertation ist ein Fragebogen, der der Erforschung der hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsmaßnahmen dienen soll. Im Rahmen dieser Diskussion soll nun beleuchtet werden, ob die Vorgehensweise bei der Entwicklung dieses Fragebogens dem aktuellen Forschungsstand zur Fragebogenkonstruktion entspricht, und ob seine Inhalte die zu Beginn gesetzten Forschungsfragen angemessen abdecken.

5.1. Kritische Beurteilung der Pretestung

Bevor die inhaltliche Qualität des Fragebogens kritisch hinterfragt wird, soll an dieser Stelle zunächst die technische Arbeitsweise bei seiner Entwicklung betrachtet werden. Hierzu gibt es klare Empfehlungen, die mit der in diesem Fall angewendeten Vorgehensweise verglichen werden sollen.

5.1.1. Stichprobe

Betrachtet wird zuerst die Stichprobe. Porst zufolge liefert eine Stichprobe verlässliche Informationen bezüglich technischer Probleme bei der Fragenbeantwortung. Die Aussagen bezüglich des Fragenverständnisses seien jedoch unzureichend (siehe auch Kapitel 2.6.2).⁵⁹ Aus diesem Grund wurde die Stichprobe hier nicht als alleiniges Mittel der Pretestung eingesetzt, sondern in Kombination mit einer kognitiven Testung verwendet und analysiert. Bezüglich eines geeigneten Stichprobenumfangs sind sich Porst und Faulbaum et al. über eine Anzahl von 20 bis 50 Teilnehmern einig.^{59, 62} Der Umfang der hier durchgeführten Stichprobe lag mit 35 angesprochenen Personen und 29 antwortenden Teilnehmern in diesem Bereich.

Jedoch entsprach das Befragungskollektiv nicht, wie empfohlen, in allen Aspekten dem Kollektiv der geplanten Hauptstudie.⁵⁹ Die Teilnehmer waren zwar, wie die Zielgruppe auch, Hausärzte, sodass die Ausbildung der Teilnehmer vergleichbar ist. Allerdings

handelte es sich durch die Tatsache, dass sie Lehrärzte am Institut für Allgemeinmedizin waren, um eine vorselektierte Gruppe mit vermutlich verstärkter Teilnahmemotivation.

Der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen lag in der Stichprobe bei 34,5 %, der der männlichen Teilnehmer bei 62,1%. In der später mittels des Fragebogens durchgeführten Studie lauten die Zahlen 35 % (Teilnehmerinnen) und 65 % (Teilnehmer),⁷ das Geschlechterverhältnis stimmt also nahezu überein. Zum Alter wurden in der Stichprobe keine Angaben erhoben, jedoch könnte man unter Lehrärzten von einem leicht erhöhten Altersdurchschnitt gegenüber der gesamten Hausärzteschaft ausgehen, da Lehrärzte in der Regel eine gewisse Berufserfahrung vorweisen.

Eine Stichprobe sollte nicht nur bezüglich ihrer Teilnehmer, sondern auch bezüglich ihrer Befragungsbedingungen der Hauptstudie entsprechen.⁵⁹ Dies galt für die durchgeführte Stichprobe insofern, dass sie entsprechend der Hauptstudie schriftlich durchgeführt wurde. Obwohl für diese Pretestung keine Erinnerungsschreiben versandt wurden, wie es für die Hauptstudie geplant war, lag die Rücklaufquote mit 82,86% sehr hoch, was die Qualität der gewonnenen Information erhöht.

5.1.2. Kognitive Testung

Die kognitive Testung liefert laut Porst einen tieferen Einblick in gedankliche Prozesse, die während der Fragenbeantwortung ablaufen. Als geeigneten Umfang nennt er mindestens fünf und maximal 30 Teilnehmer.⁵⁹ Faulbaum et al. sehen eine ideale Anzahl von Interviewteilnehmern im Bereich zwischen zehn und 20.⁶² Diese Anzahl konnte im Rahmen des durchgeführten Pretests mit N = 4 nicht ganz erreicht werden.

Die Interviewteilnehmer wurden über Listen gewonnen, die beim Austeilen der Fragebögen für die Stichprobe gereicht wurden. Zunächst erklärten sich hierfür ausreichend viele Lehrärzte bereit. Bei erneuter, telefonischer Kontaktaufnahme lehnte jedoch ein Großteil dieser Freiwilligen ein Gespräch ab. Als Gründe wurden Zeitmangel und Krankheit angeführt. Dennoch lieferte die kognitive Testung

entscheidende Hinweise zum Fragenverständnis, die zu einigen Änderungen im Fragebogen geführt haben und unklare Ergebnisse der Stichprobe erklären konnten.

Die Dauer der Interviews entsprach dabei mit zwischen 22 und 75 Minuten den Empfehlungen von Porst.⁵⁹ Aufgrund der großen Entfernungen wurden die Interviews telefonisch durchgeführt, weshalb nur eine akustische und keine optische Aufnahme möglich war. Diese ist laut Porst anzustreben, mit einer akustischen Aufnahme sei aber die Mindestanforderung erfüllt.⁵⁹ Der Leitfaden zu den Interviews (Anhang 4) wurde in semistrukturierter Form entwickelt, sodass genügend Raum für persönliche Anmerkungen blieb. Dieses Vorgehen deckt sich mit Porsts Empfehlungen.⁵⁹ Auch die angewandten Techniken Think aloud, Paraphrasing und Probing entsprechen dem nach Expertenmeinungen geeigneten Vorgehen.^{59, 62, 66}

Zur Auswertung wurden die Interviews zunächst transkribiert und dann aus den Antworten Änderungen abgeleitet. Dieses Vorgehen entspricht einer der von der GESIS vorgeschlagenen Möglichkeiten der Analyse.⁶⁶

Die Interviews haben trotz ihrer niedrigen Teilnehmerzahl zu wertvollen Erkenntnissen bezüglich der kognitiven Anforderungen während der Fragenbeantwortung geführt (siehe Kapitel 4.2.2). Es ist davon auszugehen, dass die darauf basierenden Veränderungen zur Verbesserung des Fragebogens beigetragen haben. So wurden beispielsweise die verschiedenen Formulierungen der Antwortmöglichkeiten zu der Frage nach der eigenen Inanspruchnahme von Screeningmaßnahmen gemeinsam mit den Interviewpartnern diskutiert, um so die verständlichste und einfachste Variante auswählen zu können.

5.2. Überprüfung der Fragenqualität mittels Fragebogenbewertungssystem

Beim FBS von Faulbaum et al. handelt es sich um eine Checkliste, die mögliche Fehlerquellen einer Frage auflistet.⁶² Bei den meisten Fragen konnten durch Pretest und kognitive Interviews alle Fehlerquellen erfolgreich ausgeschaltet werden. Lediglich

bei einigen wenigen Fragen müssen bei der Auswertung des fertigen Fragebogens mögliche Kritikpunkte bedacht werden.

Für einige Fragen ergibt sich aus ihrem Charakter als Einstellungsfrage das Problem, ob eine „Weiß-nicht“-Kategorie sinnvoll wäre oder nicht. Die Empfehlungen hierzu sind jedoch ebenfalls nicht eindeutig, sodass dieser Punkt zwar eine mögliche Fehlerquelle darstellt, aber nicht behoben werden kann.^{62, 64} Weiterhin ist möglich, dass diese Fragen aus sozialer Erwünschtheit oder Pflichtgefühl nicht ehrlich beantwortet werden. Dieses Problem lässt sich jedoch bei Einstellungsfragen, gerade im Hinblick auf die Ausübung von Kritik, nie gänzlich beheben. Durch Zusicherung von Vertraulichkeit und Vermittlung von Seriosität (siehe Kapitel 5.4) wurde hier versucht, diese Einflüsse möglichst gering zu halten.

Bei beinahe allen Fragen tritt der Kritikpunkt auf, dass die Definition von „Screeningmaßnahmen“ nicht direkt im Fragetext integriert, sondern zu Beginn des Surveys zu finden ist. Diese Tatsache besteht aufgrund der häufigen Verwendung des Wortes innerhalb des Fragebogens. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass die Definition durch die häufige Wiederholung beim Teilnehmer dennoch präsent genug ist, um die Frage beantworten zu können.

Die Antwortskalen der Einstellungsfragen sind mit ihren nicht gänzlich gleichen Abständen eine weitere Abweichung von generellen Empfehlungen. Dieser Umstand resultiert aus der Vollverbalisierung der Antwortskala, für die man sich aufgrund der Expertenmeinungen⁶⁴ entschieden hat.

Darüber hinaus fehlt in der Einstiegsfrage die Angabe, in welcher Häufigkeit die Screeningmaßnahmen hier beurteilt werden sollen. Es wäre denkbar, dass ein Teilnehmer eine Untersuchung grundsätzlich für sinnvoll empfindet, sie aber in der aktuell empfohlenen Häufigkeit für zu selten und somit nicht effektiv erachtet. Die Erwähnung der offiziellen Empfehlungen hätte allerdings die Schwierigkeit beinhaltet, dass das PSA-Screening nicht empfohlen wird, und daher gesondert hätte abgefragt werden müssen. Da eine Einstiegsfrage außerdem Experten zufolge möglichst allgemein gehalten werden sollte,⁶⁰ wurde hier auf genauere Definitionen verzichtet.

In einigen Fragen finden sich Begriffe, die möglicherweise von den Antwortenden leicht unterschiedlich verstanden werden können. Zunächst sind dies „positive Familienanamnese“, „immunsupprimierte Menschen“, „langfristige Hormonmedikation“, „adipöse Menschen“, „Raucher“ und „hohe UV-Exposition“. Es wurde sich bewusst gegen eine genauere Definition dieser Begriffe entschieden, da sie den Fragebogen komplexer und ausführlicher gemacht und die Bearbeitungszeit erhöht hätten. Für das Ziel der Frage ist die Information ausreichend, ob die Untersuchung für Personen, die mit den Begriffen assoziiert sind, als sinnvoller angesehen wird, als für ein unbestimmtes Kollektiv. Welche Assoziationen die Begriffe wecken, wurde zusätzlich im Rahmen der kognitiven Testung erfragt.

Möglicherweise nimmt jedoch allein die Aufzählung dieser Personengruppen Einfluss auf die Beantwortung der Frage, da suggeriert wird, es handele sich dabei um besonders gefährdete Menschen. Eine Alternative, um diesen Effekt zu vermeiden, wäre eine offene Frage, die jedoch ihre eigenen Schwierigkeiten in der Formulierung und vor allem in der Auswertung gehabt hätte.

Frage 3 bietet eine weitere ungenaue Formulierung, nämlich „Komplikationen infolge von Koloskopie“. Hierzu könnte man auch Komplikationen infolge der Sedierung zählen, was nicht abgegrenzt wurde. In Frage 10 bleibt die Definition der Antwortmöglichkeit „seltener als empfohlen“ ungenau, da man dazu eine völlig fehlende Inanspruchnahme genauso zählen kann, wie eine einzige verpasste Untersuchung. Ähnlich wie bei den oben genannten Personengruppen ist eine genaue Abgrenzung der Begrifflichkeiten für den Informationsgewinn aus der Frage jedoch irrelevant.

In Frage 12 sind die Antwortmöglichkeiten ebenfalls unpräzise formuliert. Zu deren Verbesserung wurden diese im Vergleich zur vorläufigen Fragebogenversion (Anhang 2) in der endgültigen Version (Anhang 3) durch weitere Erläuterungen näher beschrieben. In Kapitel 4.2.2 wird darüber hinaus die ausführliche Analyse der Häufigkeitsangaben im Rahmen der kognitiven Testung beleuchtet. Mithilfe dieser Testung lassen sich die assoziierten Verhältnisse besser abschätzen. Auch die Intensität der Worte „Empfehlung aussprechen/ansprechen“ wird anhand der Testung klarer.

Insgesamt fiel die Frage nicht durch erhöhte Non-Response-Raten oder Kommentare auf, sodass von einer guten Verständlichkeit ausgegangen werden kann.

Der Begriff „Evidenz“, welcher in Frage 19 auftritt, könnte als Fremdwort unbekannt sein. Die Zielgruppe sollte jedoch durch ihre Ausbildung zumindest eine vage Vorstellung von diesem Begriff haben, die für die Beantwortung der Frage ausreichend ist. In dieser Frage ist auch das Wort „problematisch“ nicht klar definiert, weshalb undeutlich abgegrenzt ist, welche Intensität der Kritik zu einem Kreuz führen soll.

In Frage 10, die mit ihren Schwierigkeiten in Kapitel 4 ausführlich beschrieben wird, bleibt der Kritikpunkt, wie die Teilnehmer die Frage beantworten sollten, falls sie für die Untersuchungen aufgrund von Alter oder Geschlecht gar nicht in Frage kommen. Hier fehlt sowohl eine passende Antwortmöglichkeit, als auch eine Anweisung zur Vorgehensweise. Im Rahmen der statistischen Auswertung (siehe Kapitel 4.2.1.1) zeigte sich, dass eine mögliche Antwort „betrifft mein Geschlecht nicht“ von einem großen Teil der Befragten nicht wahrgenommen wird. Gleichzeitig wurde sie jedoch im Rahmen der kognitiven Testung von einem Teilnehmer gewünscht.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine solche Option mit entsprechender Handlungsanweisung von Teilnehmern gelesen und genutzt wird, die die Frage mit hoher Konzentration und genügend Zeit lesen und verstehen. Befragte, die den Fragebogen mit geringerer Konzentration in kürzerer Zeit bearbeiten, überlesen die entsprechende Antwortoption, und würden auch eine entsprechende Handlungsanweisung nicht wahrnehmen. Anhand der persönlichen Daten lässt sich herausfiltern, auf wen die Empfehlungen nicht zutreffen. Daher wurde auf die zusätzlichen Antwortoptionen und Handlungsanweisung verzichtet, und stattdessen die einfachere Version der Frage bevorzugt.

Die Frage stellt dennoch hohe mentale Anforderungen. So muss der Teilnehmer die Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung kennen, sich an seine eigene Inanspruchnahme erinnern und beides miteinander vergleichen. Die Kenntnis der Empfehlungen kann jedoch für die Zielgruppe der Hausärzte vorausgesetzt werden.

Frage 14 (Anhang 3) fiel in ihrer vorläufigen Form (Frage 23, Anhang 2) bereits durch vergleichsweise hohe Non-Response-Raten und Kommentare auf. Anhand des

Fragebogenbewertungssysteme sind mögliche Probleme zu erkennen (Anhang 8), die Gründe für diese Auffälligkeiten sein könnten. Die Probleme beruhen vor allem auf dem Umstand, dass die Frage die Kenntnis der Vergütung der angesprochenen Tätigkeiten voraussetzt, die zum Teil gar nicht regulär von Hausärzten durchgeführt werden. Die Frage wurde wegen dieser Schwierigkeit nach dem Pretest verändert, sodass die Vergütung der Durchführung von Koloskopie, Mammographie und Gebärmutterhalsabstrich nicht mehr bewertet werden sollen. Alle weiteren Tätigkeiten können ohne weiteres Equipment und ohne gesonderte Ausbildung durch einen Hausarzt durchgeführt werden, sodass die Kenntnis des entsprechenden Verdienstes vorausgesetzt werden kann. Finanzielle Interessen könnten eine objektive Beurteilung der Vergütung verhindern, was sich bei einer Frage über den eigenen Verdienst jedoch kaum verhindern lässt.

Für die Fragen 15 und 16 (Anhang 3) gab es in ihrer ursprünglichen Form (Frage 25, Anhang 2) im Rahmen der kognitiven Testung sowie in den Kommentaren deutliche Hinweise auf Verständnisprobleme der technischen Vorgehensweise (siehe Kapitel 4.2). Obwohl die statistische Auswertung der Stichprobe (siehe Kapitel 4.2.1) diese nicht eindeutig bestätigen konnte, wurde die Frage aufgetrennt.

Die Fragen 17 und 18 (Anhang 3) sind Bestandteil eines anderen Teilprojektes, und gehören nicht zu dieser Arbeit, weshalb sie an dieser Stelle nicht besprochen werden.

Frage 19 (Anhang 3) fiel in ihrer ursprünglichen Form (Fragen 27 und 28, Anhang 2) vor allem im Rahmen der kognitiven Testung durch Verständnisprobleme auf (siehe Kapitel 4.2.2). Sie wurde in ihrer Formulierung vereinfacht (siehe Anhang 9) und anhand der Relevanz der Kritikpunkte (siehe Kapitel 4.2.1) gekürzt. Aufgrund ihrer Sensibilität durch die Ausübung von Kritik steht die Frage am Ende des Fragebogens, was den Empfehlungen von Experten zur Platzierung derartiger Fragen entspricht.^{59, 60} Somit wird der Einflussfaktor der sozialen Erwünschtheit verringert.

Bei der Frage handelt es sich um eine „check-all-that-apply“-Frage; der Befragte soll also alle Möglichkeiten ankreuzen, die auf ihn zutreffen. Es kann rückblickend nicht unterschieden werden, ob die Frage nicht beantwortet wurde, oder ob die gegebene Möglichkeit auf den Teilnehmer nicht zutrifft. Aus Platzgründen konnte diese Frage mit

ihrer Vielzahl von Antwortmöglichkeiten jedoch nicht in anderer Form gestellt werden, ohne auf weitere Kritikpunkte und somit auf relevante Informationen zu verzichten.

Darüber hinaus ergibt sich die Tatsache, dass die aufgeführten Punkte schon durch ihre Auflistung suggerieren, Kritikpunkte zu sein. Dieses Problem lässt sich allerdings nicht beheben.

Zuletzt ist anzumerken, dass die Fragen sich in ihrer Beantwortung untereinander beeinflussen könnten. Der Teilnehmer wird die Fragen untereinander vergleichen und sein Urteil orientierend an seinen Antworten in den anderen Fragen ausrichten. Diesen Effekt könnte man laut GESIS durch eine von Teilnehmer zu Teilnehmer variierende Fragenreihenfolge verringern,⁶⁵ was jedoch im Rahmen einer schriftlich-postalischen Befragung nicht machbar ist. Ein Online-Fragebogen hätte eine derartige Möglichkeit geboten, wurde hier aufgrund der möglichen Schwierigkeiten der Teilnehmer mit der technischen Handhabung nicht favorisiert.

5.3. Qualität äußerer Aspekte: Titelseite, Anschreiben und Umfrageplanung

Bezugnehmend auf Kapitel 2.6.3 ist zu sagen, dass die äußeren Aspekte eines Fragebogens grundsätzlich dazu beitragen sollen, die Motivation zur Teilnahme an der Umfrage zu erhöhen.⁶⁰ Zur Senkung der subjektiven Kosten trägt zunächst die möglichst kurze und prägnante Fassung des Fragebogens bei. Dazu waren die ursprünglich 97 Items des Itempools auf 19 inhaltliche Fragen reduziert worden. Dem Ziel, den Fragebogen möglichst verständlich und einfach zu präsentieren, wurde durch verschiedene Maßnahmen Rechnung getragen.

Der subjektive Nutzen wurde erhöht, indem in Anschreiben und Deckblatt des Fragebogens klare Informationen über das Ziel der Umfrage gegeben wurden. Weiterhin verschafft das Design des Fragebogens einen seriösen Eindruck, zu dem auch die Versicherung, dass die Daten nicht persönlich zugeordnet werden, beiträgt. Eine realistische Zeitangabe ermöglicht darüber hinaus die zeitliche Einplanung der

Beantwortung. Über diese Maßnahmen hinaus empfiehlt die GESIS, Dankbarkeit zu zeigen, und zwar am besten durch ein Incentive.⁶⁰ Ein solches konnte aus finanziellen Gründen nicht gegeben werden.

Darüber hinaus werden mehrere Kontaktierungen zur Erhöhung der Rücklaufquote empfohlen.⁶⁰ Diese wurden im Rahmen der Fragebogenentwicklung geplant, und entsprechende Erinnerungsschreiben wurden verfasst, die bei der späteren Aussendung des Fragebogens durch das Projektteam verwendet werden konnten.

5.4. Der Fragebogen: Eignung als Instrument zur Erfassung der hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Anhand des Kapitels 2.5 lässt sich sagen, dass die hausärztliche Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland, sowie auch die Gründe für oder gegen eine hausärztliche Empfehlung gegenüber derartigen Screeningmaßnahmen, bisher nur unzureichend erforscht wurden. Während für die Darmkrebsfrüherkennung (siehe Kapitel 2.5.3) zumindest in anderen Ländern bereits einige Daten erhoben wurden, ist dies beispielsweise im Fall des Hautkrebscreenings nicht erfolgt.

Einige Studien weisen jedoch darauf hin, dass die Empfehlung von Hausärzten relevanten Einfluss auf die Entscheidung der Patienten für oder gegen eine Screeningmaßnahme nimmt.⁴⁵⁻⁴⁷ Dabei beschrieben Dahlhaus et al., dass die eigene Meinung der Hausärzte möglicherweise in die Empfehlung einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung einfließt.¹ Kapitel 2.3.1 beschreibt ausführlich, dass das Angebot von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen von einem, je nach Untersuchung unterschiedlich hohen, jedoch stets deutlichen Anteil der Anspruchsberechtigten nicht wahrgenommen wird. Krebs war jedoch 2014 für insgesamt etwa ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich,⁸ und Koloskopie, Okkultbluttest, Mammographie und Gebärmutterhalsabstrich sind als Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung gesetzlich empfohlen.³⁹ Zumindest für

die Koloskopie ist auch eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz nachgewiesen (vergleiche Kapitel 2.2).

Vor diesem Hintergrund erscheint die Beantwortung der in Kapitel 1 gestellten Forschungsfragen sinnvoll, da die Einstellung des Hausarztes je nach Untersuchung und zugehöriger Evidenzlage einen Einflussfaktor für eine mangelnde Teilnahme rate beziehungsweise auch einen Einflussfaktor für eine überflüssige Anwendung unnötiger Untersuchungen darstellen könnte. Somit ergibt sich für den Fall der Koloskopie eventuell eine Möglichkeit der weiteren darmkrebspezifischen Mortalitätsenkung, für die restlichen Untersuchungen aber auch ein Ansatzpunkt der Reduzierung unnötiger Kosten und Belastungen für einzelnen Patienten und das gesamte Gesundheitssystem.

Zur Betrachtung der inhaltlichen Qualität des entwickelten Fragebogens sollen zunächst die in Kapitel 1 gestellten Forschungsfragen einzeln betrachtet werden, um zu klären, ob sie durch den Fragebogen beantwortet werden können oder nicht.

Die erste Frage lautet: „Welche Einstellung haben Hausärzte gegenüber den gesetzlich empfohlenen, populationsbasierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?“ Beantwortet werden soll diese Forschungsfrage mit Frage 1 des Fragebogens (Anhang 3). Hier wird die Sinnhaftigkeit der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen abgefragt. Diese Forschungsfrage wird mit diesem Item etwas allgemeiner beantwortet, als es ursprünglich geplant war. Diese Abweichung ergibt sich daraus, dass die erste Frage als Einstiegsfrage in den Fragebogen allgemein gehalten werden sollte (vergleiche dazu Kapitel 5.2), und ihre Erweiterung um die Aspekte „gesetzlich empfohlen“ und „populationsbasiert“ die Frage deutlich komplexer gemacht hätten. Zudem wäre eine Ausgliederung des PSA-Screenings in diesem Fall notwendig geworden, da dieses nicht gesetzlich empfohlen ist.

Frage 10 (Anhang 3) bietet darüber hinaus eine alternative Perspektive auf die Einstellung, indem sie die eigene Inanspruchnahme der Untersuchungen erfragt. Dazu gehört auch Frage 11 (Anhang 3), die zwar keine offiziell empfohlene Krebsfrüherkennungsuntersuchung behandelt, die jedoch eine weitere mögliche Screeningmaßnahme erfasst.

„Unterscheidet sich die hausärztliche Einstellung in Abhängigkeit davon, ob die jeweilige Untersuchung populationsbasiert oder auf definierte Risikogruppen angewandt wird?“, ist die zweite Forschungsfrage, zu deren Beantwortung die Fragen 2, 4, 6 und 8 (Anhang 3) dienen sollen, wobei der Vergleich mittels Frage 1 (Anhang 3) hergestellt werden soll.

Positiv hervorzuheben ist hier, dass die Antwortskalen durch ihre Gleichartigkeit einen guten Vergleich ermöglichen. Um die Länge des Fragebogens auf ein angemessenes Maß zu begrenzen, wurden nicht alle Untersuchungen einzeln in dieser Art und Weise beleuchtet, und nicht alle denkbaren Risikogruppen erfasst. Beides erscheint für die grundsätzliche Frage nach einem möglichen Unterschied in der Einstellung aber auch nicht notwendig.

Die dritte Forschungsfrage ist der zweiten inhaltlich recht ähnlich, und findet daher ebenfalls im Rahmen der Fragen 2, 4, 6 und 8 ihre Beantwortung. „Für welche Risikogruppen halten die Hausärzte die verschiedenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für sinnvoll?“

Anhand aktueller Literatur^{14, 68-70} ist zu sagen, dass die wichtigsten bekannten Risikofaktoren im Fragebogen abgebildet werden. Es verbleiben jedoch einzelne Risikogruppen, die aufgrund des Primats der Zeit nicht erfasst werden.

Die vierte Forschungsfrage, „Welche Gründe für oder gegen die Empfehlung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden angegeben?“, findet sich schließlich ausführlich im Fragebogen wieder. Auf sie beziehen sich die Fragen 14, 15 und 19. Hier werden die Aspekte Vergütung, Verantwortlichkeit sowie Kritikpunkte an den Screeningmaßnahmen abgefragt. Die aufgeführten Kritikpunkte wurden anhand ihrer Relevanz in der Stichprobe ausgewählt (siehe Kapitel 4.2.1.1). Im Rahmen der kognitiven Testung wurde darüber hinaus nach weiteren möglicherweise relevanten Problemen gefragt, wobei keine weiteren Aspekte genannt wurden. Somit ist von einer umfassenden Abfrage auszugehen.

Die Gründe gegen die Empfehlung werden ausführlicher behandelt als die Gründe für die Empfehlung. Zu letzteren werden Sinnhaftigkeit, Vergütung und Verantwortlichkeit erfragt. Im Hinblick auf mögliche Konsequenzen der Datenerhebung erscheint die

Erhebung von negativen Aspekten jedoch auch weitaus gewinnbringender, da im Hintergrund der Fragestellung eine niedrige Teilnahmerate an Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung steht (siehe Kapitel 2.3).

Es verbleiben fünf Fragen, die sich keiner der Forschungsfragen zuordnen lassen: Fragen 12, 13, 16, 17 und 18 (Anhang 3). Die Fragen 17 und 18 gehören zu einem anderen Teilprojekt und werden daher hier nicht behandelt. Fragen 12 und 13 beschäftigen sich mit der Umsetzung der Empfehlungen im Praxisalltag. Sie ergaben sich im weiteren Verlauf der Fragebogenentwicklung, da nicht nur die Gründe für oder gegen eine Empfehlung, sondern auch die Frequenz der Empfehlung selbst bisher nicht ausreichend erforscht ist (siehe Kapitel 2). Bei der Abfrage möglicher Hinderungsgründe an einer Empfehlung erscheint es nur folgerichtig, eine Selbsteinschätzung der Empfehlungshäufigkeit ergänzend zu erfassen.

Frage 16 stellt eine Vervollständigung von Frage 15 dar, die aufgrund der vierten Forschungsfrage gestellt wird. Beide Fragen haben sich aus einem gemeinsamen Ursprung entwickelt (siehe Anhang 9). Thematisch passt sie eher zum angegliederten Teilprojekt, welches sich mit dem Aspekt der Durchführung von Screeningmaßnahmen befasst. Aufgrund dieser inhaltlichen Übereinstimmung wurde die Frage nach ihrer Aufspaltung im Fragebogen belassen.

Zusammenfassend betrachtet werden alle vier Forschungsfragen im Fragebogen behandelt, und es liegt ein gut ausgearbeiteter Fragebogen vor. Der Fragebogen wurde bereits im Rahmen einer Befragung von 500 in Deutschland tätigen Hausärzten eingesetzt, von denen 139 geantwortet haben. Dabei ergaben sich wichtige Hinweise auf eine grundsätzlich positive Einstellung der Hausärzte gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, sowie eine auffällige geschlechterspezifische Variation der Antworten in Bezug auf die Empfehlung des PSA-Screenings.⁷ Diese Erkenntnisse können nun als Grundlage weiterer Forschung über evidenzbasierte Beratung in der Hausarztpraxis und geschlechterspezifische Unterschiede in hausärztlicher Einstellung und Beratung dienen.

6. Zusammenfassung

Krebs ist eine bedeutende Todesursache, und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Form von Screeningmaßnahmen sind ein möglicher Ansatz, die spezifische Mortalität der jeweiligen Krebsart zu senken. Die Studienlage zeigt allerdings nur für die Koloskopie als Darmkrebscreeningmaßnahme einen eindeutigen Nutzen. Brust-, Haut- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung sind im Vergleich dazu wenig untersucht, und die entsprechenden Studien zeigen zum Teil widersprüchliche Ergebnisse. Eine Beschränkung der Maßnahmen auf Risikogruppen könnte die Kosten-Nutzen-Bilanz der Screeningmaßnahmen möglicherweise ins Positive verschieben. Derzeit raten gesetzliche Empfehlungen für die gesamte Bevölkerung ab einem festgelegten Alter zur Teilnahme an Darm-, Brust-, Haut- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennungsuntersuchungen, wobei die Inanspruchnahme je nach Untersuchung und Studie stark variiert. Hausärzte können als Ansprechpartner der Patienten zur Entscheidungsfindung für oder gegen eine Untersuchung beitragen. Um ihre Bedeutung in diesem Zusammenhang zu untersuchen, ist es sinnvoll, die Einstellung von Hausärzten gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchen, sowie deren Empfehlung und mögliche Gründe für oder gegen eine Empfehlung zu erfassen. Hierzu wurde im Rahmen dieser Dissertation ein Fragebogen erstellt.

Die mittels des Fragebogens durchgeführte Datenerhebung stellt einen Teil des am Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt durchgeführten Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ dar. Zur Entwicklung des Fragebogens wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Im weiteren Verlauf wurde ein Itempool erstellt, der thematisch sowohl auf den Ergebnissen der Recherche, als auch auf qualitativen telefonischen Interviews beruhte, die im Rahmen des oben beschriebenen Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“ durchgeführt wurden. Aus diesem Itempool wurden zur Beantwortung folgender Forschungsfragen 28 Items zur weiteren Ausarbeitung ausgewählt:

- 1) Welche Einstellung haben Hausärzte gegenüber den gesetzlich empfohlenen, populationsbasierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?
- 2) Unterscheidet sich die hausärztliche Einstellung in Abhängigkeit davon, ob die je-

weilige Untersuchung populationsbasiert oder auf definierte Risikogruppen angewandt wird?

3) Für welche Risikogruppen halten die Hausärzte die verschiedenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für sinnvoll?

4) Welche Gründe für oder gegen die Empfehlung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden angegeben?

Die Konstruktion der einzelnen Fragen und Antwortskalen, die Formulierung von Handlungsanweisungen und die Gestaltung des Fragebogens mit Anschreiben, Titelseite und Layout erfolgte auf Basis von publizierten Expertenempfehlungen für eine qualitativ hochwertige Fragebogenkonstruktion. Der entstandene Fragebogen wurde anschließend einem Pretest unterzogen, der aus einer Stichprobe und einer kognitiven Testung bestand. Die Stichprobe wurde mit 35 Lehrärzten des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt durchgeführt. Drei von ihnen sowie ein weiterer, vom Institut unabhängiger Hausarzt wurden im Verlauf für die kognitive Testung befragt. Auf Grundlage dieses Pretests wurde der Fragebogen nochmals angepasst.

Durch diesen Schritt wurden die 28 ausgewählten Items auf 19 Fragen reduziert, die gemeinsam mit neun Fragen zur Erhebung persönlicher Daten den fertigen Fragebogen bilden. Kriterien, die im Rahmen des Pretests zu Veränderungen geführt haben, waren erhöhte Non-Response-Raten, Hinweise auf mangelndes Fragenverständnis sowie geringe Relevanz einzelner Antwortoptionen. Zur Qualitätsprüfung wurde der fertige Fragebogen mittels einer publizierten Fragencheckliste auf mögliche Kritikpunkte hin getestet.

Die Vorgehensweise zur Entwicklung des Fragebogens entsprach gängigen Empfehlungen von Experten. Der entwickelte Fragebogen stellt ein geeignetes Instrument zur Beantwortung der in der Einleitung gestellten Forschungsfragen dar, und leistet einen Beitrag zur Analyse der hausärztlichen Einstellung und Empfehlung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

7. Summary

Cancer is an important cause of death, and early cancer screenings are a possible way to reduce specific mortality of the particular cancer types. However, only for colonoscopy exist a large number of studies and show a distinct benefit. Breast, skin and cervix cancer screening are in contrast little analysed and the conformed studies represent partly inconsistent findings. Reducing the measures on risk groups could maybe delay the balance between costs and benefits to positive. State recommendations at present advise participation on bowel, breast, skin and cervix cancer screenings starting from a certain age for the whole population, in which the usage varies strongly depending on study and examination. General practitioners as contact persons of patients possibly influence their deciding pro or against an examination. For analysing their significance in this case, it seems reasonable to survey the attitude of general practitioners about early cancer screenings as well as their recommendation and possible causes pro or against a recommendation. That is why a questionnaire was developed in the framework of this dissertation.

The data collection via this questionnaire is part of a project of Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt, called "Onkologie in der Hausarztpraxis".

To develop the questionnaire, firstly a literature research was realized. During the further process, an item pool was constructed, which thematically was based on the findings of the research and on qualitative telephonic interviews of the above outlined project "Onkologie in der Hausarztpraxis". 28 items of this item pool were chosen to answer the following research questions:

- 1) Which attitude do general practitioners have about the lawfully recommended, population based early cancer screenings?
- 2) Do the attitude of general practitioners vary dependent on using the certain examination population based or for selected risk groups?
- 3) For which risk groups do general practitioners evaluate the different early cancer screenings as meaningful?

4) Which causes pro or against the recommendation of early cancer screenings are stated?

The construction of the individual questions and answer scales, the formulation of instructions and the design of the questionnaire with covering letter, front page and layout based on expert recommendations for high-quality survey constructions. The developed questionnaire was checked with a pre-test, composed of a sample and cognitive interviews. The sample was realized with 35 teaching physicians of the Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt. Three of them were also consulted for the cognitive testing, and a further interview was performed with an independent general practitioner. Based on this pre-test, the questionnaire was adjusted again.

As a result of this work, 19 questions of the 28 selected items remained. Now they build the final questionnaire, together with nine questions about personal data. High non-response rates, indications to lacking understanding of the questions and low relevance of certain answer options were criterions, which caused changes in the framework of the pre-test. In order to check the quality of the final questionnaire, it was tested by a published question check list to point out possible points of criticism.

The proceeding to develop the questionnaire corresponds to established expert recommendations. The developed questionnaire represents an appropriate tool to answer the predefined research questions, and provides a contribution to analyse the attitude of and the recommendation by general practitioners about early cancer screenings.

8. Literaturverzeichnis

1. Dahlhaus A, Behrend J, Herrler C, et al. Abwägungssache: der hausärztliche Umgang mit gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. *ZFA*. 2013;(6):267-271.
2. Dahlhaus A, Siebenhofer A, Guethlin C. Complementary medicine for cancer patients in general practice: qualitative interviews with german general practitioners. *Forsch Komplementmed*. 2015;22(1):36-41. doi:10.1159/000375182.
3. Engler J, Güthlin C, Dahlhaus A, et al. Physician cooperation in outpatient cancer care. An amplified secondary analysis of qualitative interview data. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(6). doi:10.1111/ecc.12675.
4. Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C. Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2013;21(12):3293-3300. doi:10.1007/s00520-013-1904-6.
5. Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer A. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Family Practice*. 2014;31(2):209-214. doi:10.1093/fampra/cmt088.
6. Koné I, Klein G, Siebenhofer A, Dahlhaus A, Güthlin C. GPs' assessment of cooperation with other health care providers involved in cancer care-a cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017. doi:10.1111/ecc.12751.
7. Engler J, Dahlhaus A, Guthlin C. The readiness of German GPs to recommend and conduct cancer screening is associated with patient-physician gender concordance. Results of a survey. *Eur J Gen Pract*. 2017;23(1):11-19. doi:10.1080/13814788.2016.1240166.
8. Statistisches Bundesamt. *Todesursachen in Deutschland*. Wiesbaden. 2016.
9. Kaatsch P, Spix C, Katalinic A, et al. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Krebs in Deutschland 2011/2012*. 10., Ausgabe. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland.
10. Pschyrembel W, Dornblüth O, eds. *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: [... enthält ... 330 Tabellen]*. 260., neu bearb. Aufl. Berlin: de Gruyter; 2004.

11. Anderson WF, Jatoi I, Devesa SS. Assessing the impact of screening mammography: breast cancer incidence and mortality rates in Connecticut (1943–2002). *Breast Cancer Res Treat.* 2006;99(3):333-340. doi:10.1007/s10549-006-9214-z.
12. Duffy SW, Tabar L, Olsen AH, et al. Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomized trial and from the Breast Screening Programme in England. *Journal of Medical Screening.* 2010;17(1):25-30. doi:10.1258/jms.2009.009094.
13. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, et al. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening. *Lancet.* 1999;353(9168):1903-1908.
14. Herold G, ed. *Innere Medizin 2017: Eine vorlesungsorientierte Darstellung ; unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges für die Ärztliche Prüfung ; mit ICD 10-Schlüssel im Text und Stichwortverzeichnis.* Köln: Gerold Herold; 2017.
15. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ.* 2014;348:g2467. doi:10.1136/bmj.g2467.
16. Brenner H, Altenhofen L, Stock C, Hoffmeister M. Prevention, early detection, and overdiagnosis of colorectal cancer within 10 years of screening colonoscopy in Germany. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;13(4):717-723. doi:10.1016/j.cgh.2014.08.036.
17. Nishihara R, Wu K, Lochhead P, et al. Long-Term Colorectal-Cancer Incidence and Mortality after Lower Endoscopy. *N Engl J Med.* 2013;369(12):1095-1105. doi:10.1056/NEJMoa1301969.
18. Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS, et al. Long-Term Mortality after Screening for Colorectal Cancer. *N Engl J Med.* 2013;369(12):1106-1114. doi:10.1056/NEJMoa1300720.
19. Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA, et al. Does skin cancer screening save lives?: an observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening. *Cancer.* 2012;118(21):5395-5402. doi:10.1002/cncr.27566.

20. Katalinic A, Eisemann N, Waldmann A. Skin Cancer Screening in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(38):629-634. doi:10.3238/arztebl.2015.0629.
21. Boniol M, Autier P, Gandini S. Melanoma mortality following skin cancer screening in Germany. *BMJ Open.* 2015;5(9):e008158. doi:10.1136/bmjopen-2015-008158.
22. Carter SM, Williams J, Parker L, et al. Screening for Cervical, Prostate, and Breast Cancer: Interpreting the Evidence. *Am J Prev Med.* 2015;49(2):274-285. doi:10.1016/j.amepre.2015.01.009.
23. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer.* 2016;115(9):1140-1146. doi:10.1038/bjc.2016.290.
24. Bertz J, Dahm S, Haberland J, Kraywinkel K, Kurth B-M, Wolf U. *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland: Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010.* [Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.]. Berlin; 2010. www.rki.de.
25. Busato, Wilson F S, Almeida GL. Prostate cancer screening in Brazil: should it be done or not? *Int Braz J Urol.* 2016;42(6):1069-1080. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.0709.
26. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1):CD004720. doi:10.1002/14651858.CD004720.pub3.
27. Pron G. Prostate-Specific Antigen (PSA)-Based Population Screening for Prostate Cancer: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2015;15(10):1-64.
28. Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, et al. Quantifying the role of PSA screening in the US prostate cancer mortality decline. *Cancer Causes Control.* 2008;19(2):175-181. doi:10.1007/s10552-007-9083-8.
29. Veit C, Lüken F, Melsheimer O. *Evaluation der Screeninguntersuchungen auf Hautkrebs gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.* [Abschlussbericht 2009 – 2010]. Düsseldorf; 2015.

30. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs*. Kurzversion 1.1, 2014, AWMF Registernummer: 032/052OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (abgerufen am: 18.07.2018)
31. Alberts AR, Schoots IG, Roobol MJ. Prostate-specific antigen-based prostate cancer screening: Past and future. *Int J Urol*. 2015;22(6):524-532. doi:10.1111/iju.12750.
32. Freund M, Lüftner D, Wilhelm M. Benefits and Risks of Cancer Screening. *Oncol Res Treat*. 2014;37(s3):1. doi:10.1159/000363456.
33. van Hees F, Saini SD, Lansdorp-Vogelaar I, et al. Personalizing Colonoscopy Screening for Elderly Individuals Based on Screening History, Cancer Risk, and Comorbidity Status Could Increase Cost Effectiveness. *Gastroenterology*. 2015. doi:10.1053/j.gastro.2015.07.042.
34. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom*, Kurzverion 2.0, 2017, AWMF Registernummer: 021/007OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/> (abgerufen am: 18.07.2018)
35. Petry KU, Wörmann B, Schneider A. Benefits and risks of cervical cancer screening. *Oncol Res Treat*. 2014;37 Suppl 3:48-57. doi:10.1159/000365059.
36. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013;2:35. doi:10.1186/2046-4053-2-35.
37. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms*, Kurzversion 5.0, 2018, AWMF Registernummer: 043/022OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html> (abgerufen am: 18.08.2018)
38. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*, Kurzversion 4.0, 2017, AWMF Registernummer 032-045OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>, (abgerufen am: 18.07.2018)

39. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen: KFE-RL*; zuletzt geändert am 2017. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1461/KFE-RL_2017-07-20_iK-2017-11-08.pdf. Accessed December 11, 2017.
40. Starker A, Saß A-C. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. *Bundesgesundheitsbl.* 2013;56(5-6):858-867. doi:10.1007/s00103-012-1655-4.
41. Stock C, Ihle P, Schubert I, Brenner H. Colonoscopy and fecal occult blood test use in Germany: results from a large insurance-based cohort. *Endoscopy.* 2011;43(9):771-781. doi:10.1055/s-0030-1256504.
42. Stock C, Brenner H. Utilization of lower gastrointestinal endoscopy and fecal occult blood test in 11 European countries: evidence from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). *Endoscopy.* 2010;42(7):546-556. doi:10.1055/s-0029-1244127.
43. Vogt V, Siegel M, Sundmacher L. Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany. *Soc Sci Med.* 2014;110:74-80. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.033.
44. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(3):185-190. doi:10.3109/02813432.2010.505447.
45. López-Torres-Hidalgo J, Simarro-Herráez MJ, Rabanales-Sotos J, Campos-Rosa R, de-la-Ossa-Sendra B, Carrasco-Ortiz C. The attitudes of primary care providers towards screening for colorectal cancer. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105(5):272-278.
46. Hawley S, Lillie S, Cooper G, Elston Lafata J. Managed care patients' preferences, physician recommendations, and colon cancer screening. *Am J Manag Care.* 2014;20(7):555-561.
47. Gupta S, Brenner AT, Ratanawongsa N, Inadomi JM. Patient trust in physician influences colorectal cancer screening in low-income patients. *Am J Prev Med.* 2014;47(4):417-423. doi:10.1016/j.amepre.2014.04.020.
48. Lafata JE, Wunderlich T, Flocke SA, Oja-Tebbe N, Dyer KE, Siminoff LA. Physician use of persuasion and colorectal cancer screening. *Behav. Med. Pract. Policy Res.* 2015;5(1):87-93. doi:10.1007/s13142-014-0284-x.

49. Hudson SV, Ferrante JM, Ohman-Strickland P, et al. Physician Recommendation and Patient Adherence for Colorectal Cancer Screening. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012;25(6):782-791. doi:10.3122/jabfm.2012.06.110254.
50. Lebentrau S, May M, Maurer O, et al. PSA-basierte Früherkennung des Prostatakarzinoms durch den Hausarzt. *Urologe*. 2014;53(5):715-724. doi:10.1007/s00120-014-3453-0.
51. U.S. Preventive Services Task Force. *Final Recommendation Statement Prostate Cancer: Screening, May 2012*. 2012. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening>. Updated Mai 2012.
52. Perez TY, Danzig MR, Ghandour RA, Badani KK, Benson MC, McKiernan JM. Impact of the 2012 United States Preventive Services Task Force statement on prostate-specific antigen screening: analysis of urologic and primary care practices. *Urology*. 2015;85(1):85-89. doi:10.1016/j.urology.2014.07.072.
53. Feng B, Srinivasan M, Hoffman JR, et al. Physician Communication Regarding Prostate Cancer Screening: Analysis of Unannounced Standardized Patient Visits. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(4):315-323. doi:10.1370/afm.1509.
54. U.S. Preventive Services Task Force. *Final Recommendation Statement Breast Cancer: Screening, November 2009*. 2009. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening#Pod2>. Updated November 2009.
55. Corbelli J, Borrero S, Bonnema R, et al. Physician adherence to U.S. Preventive Services Task Force mammography guidelines. *Womens Health Issues*. 2014;24(3):e313-9. doi:10.1016/j.whi.2014.03.003.
56. Hinz EK, Kudesia R, Rolston R, Caputo TA, Worley MJ. Physician knowledge of and adherence to the revised breast cancer screening guidelines by the United States Preventive Services Task Force. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):201.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2011.04.025.
57. Damery S, Clifford S, Wilson S. Colorectal cancer screening using the faecal occult blood test (FOBT): a survey of GP attitudes and practices in the UK. *BMC Fam Pract*. 2010;11:20. doi:10.1186/1471-2296-11-20.

58. Schroy PC, Caron SE, Sherman BJ, Heeren TC, Battaglia TA. Risk assessment and clinical decision making for colorectal cancer screening. *Health Expect.* 2013:n/a. doi:10.1111/hex.12110.
59. Porst R. *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Aufl. 2014. Korr. Nachdruck 2013. Wiesbaden: Imprint: Springer VS; 2014. Studienskripten zur Soziologie.
60. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. *Schriftlich-postalische Befragung*. Mannheim. 2015. Updated 2015.
61. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski KA. *The psychology of survey response*. Cambridge, U.K, New York: Cambridge University Press; 2000.
62. Faulbaum F, Prüfer P, Rexroth M. *Was ist eine gute Frage?: Die systematische Evaluation der Fragenqualität*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss; 2009. Lehrbuch. <http://www.worldcat.org/oclc/310127487>.
63. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. *Frageformulierung*. Mannheim. 2015. Updated 2015.
64. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. *Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen*. Mannheim. 2015. Updated 2015.
65. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen*. Mannheim. 2015. Updated 2015.
66. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. *Kognitives Pretesting*. Mannheim. 2015. Updated 2015.
67. Dillman DA. *Mail and internet surveys: The tailored design method*. 2nd ed., 2007 update with new internet, visual, and mixed-mode guide. Hoboken, N.J: Wiley; 2007.
68. Cotic C, Hammes C, Lingenfelder T, Heinrich E. *BASICS Urologie*. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2009. Basics.
69. Margraf J. *BASICS Spezielle Pathologie*. 1. Aufl. s.l.: Urban Fischer Verlag - Lehrbücher; 2011.
70. Gruber S. *Basics Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2., durchges. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2007. Basics.

9. Anhang

Anhang 1: Deckblatt.....	85
Anhang 2: vorläufige Version des Fragebogens.....	86
Anhang 3: endgültige Version des Fragebogens.....	97
Anhang 4: Leitfaden der telefonischen Interviews.....	106
Anhang 5: Fragebogenbewertungssystem.....	108
Anhang 6: Anschreiben.....	115
Anhang 7: Kommentare Pretest nach Fragen geordnet.....	116
Anhang 8: Kritikpunkte nach FBS zu allen finalen Fragen.....	119
Anhang 9: tabellarische Übersicht zur Fragenentwicklung.....	127



Hausärztliche Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung

Guten Tag!

Im vorliegenden Fragebogen ist Ihre **Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung** gefragt. Es handelt sich dabei um einen Teilaspekt des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes „Onkologie in der Hausarztpraxis“.

Zur Beantwortung sollten Sie etwa 15-20 Minuten Zeit einplanen.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und Ihre Personendaten werden zu keinem Zeitpunkt dem Fragebogen zugeordnet. Die Auswertung erfolgt pseudonymisiert.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns durch Ihre Antworten in diesem Vorhaben unterstützen!

Hinweise zur Beantwortung:

Im Fragebogen wird häufig der Begriff „Screeningmaßnahmen“ verwendet. Er gilt hier synonym zu dem Wort „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ bzw. „Screening zur Krebsfrüherkennung“ und bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die an symptomlosen, gesunden Menschen durchgeführt werden. Untersuchungen, die zur Diagnose bei malignomverdächtigen Symptomen durchgeführt werden, fallen **nicht** unter diesen Begriff.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die unten angegebene Adresse.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Dr. med. Anne Dahlhaus,
Institut für Allgemeinmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt am Main,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel.: ++49(0)69-6301-6099
dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

1) Für wie sinnvoll halten Sie die im Folgenden aufgeführten Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darmkrebs

2) Für wie sinnvoll halten Sie die Koloskopie als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile**.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit chronischen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 55 Jahren zwei Mal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Menschen (unter 45 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Menschen (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der Koloskopie als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Für wie sinnvoll halten Sie den Okkultbluttest als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit chronischen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 50 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Menschen (unter 45 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Menschen (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem Okkultbluttest als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hautkrebs

6) Für wie sinnvoll halten Sie das Hautkrebscreening für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Menschen mit positiver Familienanamnese für Hautkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immunsupprimierte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit hoher UV-Exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 35 Jahren alle zwei Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Menschen (unter 20 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Menschen (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem Hautkrebscreening?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

	Negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prostatakrebs

8) Für wie sinnvoll halten Sie das PSA-Screening für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile**.

	Nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Männer mit positiver Familienanamnese für Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer mit vorangegangenen Malignomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit langfristiger Testosteronmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer im mittleren Alter (ab 45 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Männer (unter 35 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Männer (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem PSA-Screening?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Für wie sinnvoll halten Sie die digital-rektale Untersuchung als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Männer mit positiver Familienanamnese für Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer mit vorangegangenen Malignomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer mit langfristiger Testosteronmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 45 Jahren jährlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Männer (unter 35 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Männer (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der digital-rektalen Untersuchung als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brustkrebs

12) Für wie sinnvoll halten Sie die Mammographie als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Frauen mit positiver Familienanamnese für Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit vorangegangenem Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit vorangegangener Bestrahlung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 50 Jahren alle zwei Jahre bis zum Ende des 70. Lebensjahres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Frauen (unter 45 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Frauen im Alter (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der Mammographie als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen infolge von Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Für wie sinnvoll halten Sie die Palpation der Brust als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Frauen mit positiver Familienanamnese für Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit vorangegangenen Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit vorangegangener Bestrahlung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 30 Jahren jährlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Frauen (unter 25 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Frauen (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der Palpation der Brust als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen infolge von Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gebärmutterhalskrebs

16) Für wie sinnvoll halten Sie den Abstrich des Gebärmutterhalses als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Frauen, die an einer sexuell übertragbaren Krankheit leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immunsupprimierte Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit langfristiger Hormonmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 20 Jahren jährlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jüngere Frauen (unter 20 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ältere Frauen (über 80 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Welche der folgenden Faktoren hatten im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber dem Abstrich des Gebärmutterhalses als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wie häufig nehmen Sie selbst die genannten Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).

	betrifft mein Geschlecht nicht	gar nicht	seltener als empfohlen	so oft wie empfohlen	häufiger als empfohlen
Koloskopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs-Screening		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung (bei Männern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie (bei Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust (bei Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses (bei Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Nehmen Sie noch weitere Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz**.

	ja	nein
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wie setzen Sie die gesetzlichen Empfehlungen zu den Screeningmaßnahmen in Ihrer Praxis um?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz pro Zeile** (pro Untersuchung).

	Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf regelhaft integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen unregelmäßig bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen gar nicht von meiner Seite aus an.
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Welche weiteren Empfehlungen sprechen Sie regelhaft aus?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz**.

	ja	nein
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Welche dieser Faktoren beeinflusst Ihre Empfehlung von Screeningmaßnahmen positiv?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

	positive Familienanamnese	Tabakkonsum	langfristige Hormonmedikation	vorangegangene Malignome
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Wie beurteilen Sie die Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten im Bezug auf Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit **zwei Kreuzen pro Zeile** (je eines pro Untersuchung für jeden Aspekt).

	Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung		
	zu gering	ange- messen	zu hoch	zu gering	ange- messen	zu hoch
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Wie häufig führen Sie die genannten Screeningmaßnahmen selbst in Ihrer Praxis durch?

Bitte markieren Sie mit **einem Kreuz pro Zeile** (pro Untersuchung).

	gar nicht	selten	regelmäßig
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Bei welcher der genannten Screeningmaßnahmen sehen Sie die Verantwortlichkeit eher bei einem spezialisierten Facharzt (e.g. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe)? Bitte beantworten Sie diese Frage für die Empfehlung bzw. Durchführung getrennt voneinander.

Bitte markieren Sie mit bis zu **zwei Kreuzen pro Zeile**.

	Empfehlung	Durchführung
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Auch wenn Sie die Zuständigkeit für die Durchführung mancher oder aller Screeningmaßnahmen eher bei spezialisierten Fachärzten sehen: gibt es Situationen, in denen Sie die Untersuchung doch selbst durchführen?

Bitte kreuzen Sie an, in welchen Situationen Sie die genannten Screeningmaßnahmen „außer der Reihe“ selbst durchführen.

Es sind **mehrere Kreuze** pro Zeile (pro Untersuchung) möglich.

	Weite Anfahrtswege zum spezialisierten Facharzt	Migranten	Pflegeheim- bewohner	In der Mobilität eingeschränkte Menschen	Menschen aus einer schwachen sozialen Schicht	Lange Wartezeiten auf einen Termin beim spezialisierten Facharzt
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27) Folgende Kritikpunkte an Screeningmaßnahmen werden immer wieder öffentlich diskutiert. Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch in Bezug auf die jeweiligen Untersuchungen?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

	Komplikationen	psychische Belastung durch		physische Belastung durch	
		die Untersuchung	falsch positive Befunde	die Untersuchung (auch Spätschäden)	Diagnostik und Therapie bei falsch positiven Befunden
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs-screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammo-graphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28) Die folgenden Kritikpunkte an den Durchführungsempfehlungen der Screeningmaßnahmen werden immer wieder öffentlich diskutiert. Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

	mangelnde Evidenz	Kosten	eigene Termindichte	Termindichte beim Facharzt	zu häufig	zu selten	Empfehlungen entsprechen nicht den Risikogruppen
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs-screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich	<input type="checkbox"/>
männlich	<input type="checkbox"/>

30) Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihre Praxis befindet?

bis 2.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
2.001 bis 5.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
5.001 bis 20.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
20.001 bis 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
über 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>

31) Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie als Hausarzt? _____ Jahre

32) In welcher Praxisform arbeiten Sie?

Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	<input type="checkbox"/>

33) Wie viele Scheine hat Ihre Praxis pro Quartal?

bis 800 Scheine	<input type="checkbox"/>
801 bis 1.100 Scheine	<input type="checkbox"/>
1.001 bis 1.400 Scheine	<input type="checkbox"/>
über 1.400 Scheine	<input type="checkbox"/>

34) Wie groß ist der Anteil privat versicherter Patienten in Ihrer Praxis?

bis 5%	<input type="checkbox"/>
über 5 bis 15%	<input type="checkbox"/>
über 15 bis 30%	<input type="checkbox"/>
über 30%	<input type="checkbox"/>

35) Besitzen Sie noch weitere Zusatzqualifikationen?

Mehrfachnennungen sind möglich.

Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>
spezielle Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>
Naturheilkunde	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>

Andere, und zwar: _____

Hausärztliche Einstellung gegenüber Screening- Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung

Dieser Fragebogen erfasst Ihre **Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung**. Dabei interessiert uns, für wie sinnvoll Sie verschiedene Screeningmaßnahmen generell und für definierte Risikogruppen halten und wie Sie verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit Screeningmaßnahmen werten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen bis zum 20.03.2015 aus!

Es dauert nur ca. 10-15 Minuten.

Damit die Ergebnisse aussagekräftig sind, ist es sehr wichtig, dass möglichst alle angeschriebenen Ärzte/innen diesen Fragebogen beantworten!

Ihre Personendaten werden zu keinem Zeitpunkt dem Fragebogen zugeordnet.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen!

Ihr Projektteam

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Dr. med. Anne Dahlhaus, Tel.: 069-6301-6099,
E-Mail: dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Wichtiger Hinweis zum Begriff „Screeningmaßnahmen“:

Der Begriff „Screeningmaßnahmen“ wird im Fragebogen synonym zu „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ bzw. „Screening zur Krebsfrüherkennung“ verwendet und bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die an symptomlosen, gesunden Menschen durchgeführt werden. Untersuchungen, die zur Diagnose bei malignomverdächtigen Symptomen durchgeführt werden, fallen **nicht** unter diesen Begriff.

1) Für wie sinnvoll halten Sie die im Folgenden aufgeführten Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust durch einen Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DARMKREBS

2) Für wie sinnvoll halten Sie die Koloskopie als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile**.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit chronischen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 55 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Welche der folgenden Faktoren beeinflussten Ihre Einstellung gegenüber der Koloskopie als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAUTKREBS

- 4) Für wie sinnvoll halten Sie das Hautkrebscreening für folgende Personengruppen?
Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Menschen mit positiver Familienanamnese für Hautkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immunsupprimierte Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit hoher UV-Exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 35 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Welche der folgenden Faktoren beeinflussten Ihre Einstellung gegenüber dem Hautkrebscreening?
Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROSTATAKREBS

- 6) Für wie sinnvoll halten Sie das PSA-Screening für folgende Personengruppen?
Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Männer mit positiver Familienanamnese für Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer mit langfristiger Hormonmedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer im mittleren Alter (ab 45 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer im Alter zwischen 35 und 44 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Männer im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Welche der folgenden Faktoren beeinflussten Ihre Einstellung gegenüber dem PSA-Screening?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRUSTKREBS

8) Für wie sinnvoll halten Sie die Mammographie als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile.

	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll
Frauen mit positiver Familienanamnese für Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen mit vorangegangenen Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (im Alter zwischen 50 und 69 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Welche der folgenden Faktoren beeinflussten Ihre Einstellung gegenüber der Mammographie als Screeningmaßnahme?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).

	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Wie häufig nehmen Sie selbst die genannten Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Inanspruchnahme bedeutet an dieser Stelle, dass Sie einen Kollegen aufsuchen, der die Untersuchung an Ihnen durchführt.

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

	gar nicht	seltener als empfohlen	so häufig wie empfohlen	häufiger als empfohlen
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Nehmen Sie weitere Screeningmaßnahmen in Anspruch?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz**.

	ja	nein
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Wie setzen Sie die gesetzlichen Empfehlungen zu den Screeningmaßnahmen in Ihrer Praxis um?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

	Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig, aber wiederkehrend</u> bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht oder nur in Einzelfällen</u> von unserer Seite aus an.
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Welche weiteren Empfehlungen sprechen Sie regelhaft aus?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz**.

	ja	nein
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Wie beurteilen Sie die Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten im Bezug auf Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit **zwei Kreuzen** pro **Zeile** (je eines pro Untersuchung für jeden Aspekt).

	Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung		
	zu gering	angemessen	zu hoch	zu gering	angemessen	zu hoch
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

15) Bei wem sehen Sie die Verantwortung für die Empfehlung folgender Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile**. Facharzt meint hier Spezialisten wie z.B. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe.

	Hausarzt	Facharzt
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Bei wem sehen Sie die Verantwortung für die Durchführung folgender Screeningmaßnahmen?

Bitte markieren Sie mit einem **Kreuz** pro **Zeile**. Facharzt meint hier Spezialisten wie z.B. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe.

	Hausarzt	Facharzt
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Wie häufig führen Sie die genannten Screeningmaßnahmen selbst in Ihrer Praxis durch?

Bitte markieren Sie mit **einem Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung).

	gar nicht	selten	regelmäßig
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Bitte denken Sie jetzt an die von Ihnen betreuten Pflegeheimbewohner. Im Vergleich zu Ihren sonstigen Patienten: welche der nachfolgenden Screeningmaßnahmen führen Sie bei Pflegeheimbewohnern vermehrt oder nur bei diesen durch?

Es ist ein **Kreuz** pro **Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

	Führe ich bei Pflegeheimbewohnern <u>vermehrt</u> durch	Führe ich <u>nur</u> bei Pflegeheimbewohnern durch	Ich betreue keine Pflegeheimbewohner
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abstrich des Gebärmutterhalses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

19) Welche dieser Aspekte halten Sie für problematisch in Bezug auf die jeweiligen Untersuchungen?

Es sind **mehrere Kreuze pro Zeile** (pro Untersuchung) möglich.

	mangelnde Evidenz	Termin-dichte beim Facharzt	Komplikationen (auch Spätschäden)	psychische Belastung durch		Physische Belastung durch Diagnostik und Therapie bei falsch positiven Befunden
				die Untersu- chung	falsch positive Befunde	
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkultbluttest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
digital-rektale Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstrich des Gebärmutter- halses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich	<input type="checkbox"/>
männlich	<input type="checkbox"/>

21) Wie alt sind Sie? ____ Jahre

22) Sind Sie als Hausarzt/-ärztin tätig?

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

23) Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie als Hausarzt/Hausärztin? ____ Jahre

24) Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihre Praxis befindet?

bis 2.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
> 2.000 bis 5.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
> 5.000 bis 20.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
> 20.00 bis 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
über 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>

25) In welcher Praxisform arbeiten Sie?

Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	<input type="checkbox"/>

26) Wie viele Scheine hat Ihre Praxis pro Quartal? _____ Scheine pro Quartal.

27) Wie viel % Ihrer Patienten sind gesetzlich versichert? _____%.

28) Besitzen Sie Zusatzqualifikationen?

Sie dürfen auch mehrere Kästchen ankreuzen.

Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>
spezielle Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>
Naturheilkunde	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>

Andere, und zwar: _____

Anhang 4: Leitfaden der telefonischen Interviews

Im Vorfeld: -Den Fragebogen noch einmal schicken (Fax oder postalisch), und zurückfaxen lassen => Der gleiche, ausgefüllte Fragebogen liegt sowohl dem Teilnehmer als auch dem Interviewer vor.

- 1) Spontane Fragen klären
- 2) Frage 1: Zu zwei unterschiedlichen Antworten fragen: "Warum haben Sie diese Antwort gegeben?"
- 3) Frage 2: "Wen haben Sie vor Augen, wenn Sie an „Raucher“ denken?"
"Was verstehen Sie unter einer „positiven Familienanamnese für Darmkrebs“?
Gibt es einen Unterschied zur positiven Familienanamnese für Hautkrebs?"
Für die drei Altersgruppen fragen, warum was angekreuzt wurde (nicht alle Kategorien bei allen, sondern mal das eine und mal das andere).
Dazu vergleichend Wiederholung bei Frage 5.
- 4) Frage 3: Bei den ersten drei Faktoren erfragen, warum was angekreuzt wurde (auch hier nicht jeden Teilnehmer alle drei fragen, sondern so, dass man jeden Faktor insgesamt zwei Mal erfragt hat).
Dazu vergleichend Frage 5,7,9 und 11 anschauen: Gibt es Unterschiede in der Beantwortung? Wenn ja, den Unterschied beim Hausarzt erfragen.
Weiterhin zu diesen Fragen: "An was denken Sie bei langfristiger Hormonmedikation?"
- 5) Zu Frage 8: "Hier wurde nach Menschen mit vorangegangenen Malignomen gefragt, bei Frage 6 nicht: Wo sehen Sie den Unterschied/Warum haben wir es bei Frage 6 nicht erfragt?"
- 6) Zu Frage 10: "Hier haben Sie folgendes Kreuz gesetzt, an was haben Sie dabei gedacht? Warum haben Sie so geantwortet?" (Die Frage soll testen, ob die Frage in Bezug auf Darmkrebs oder in Bezug auf Prostatakrebs beantwortet wurde.)
- 7) Frage 18: Die Frage und die Handlungsanweisung einmal wiederholen lassen, um zu testen, ob sie richtig verstanden wurde. Die Antwortoptionen alle einmal erklären lassen ("Warum haben Sie das so angekreuzt?").
- 8) Frage 20: Abfragen, warum was angekreuzt wurde, und Beispiele geben lassen.

- 9) Frage 21: Für diejenigen, die „ja“ angekreuzt haben: „Was bedeutet „regelhaft“ für sie?“
- 10) Frage 22: In eigenen Worten wiederholen lassen und einige Beispiele durchgehen: „Hier haben Sie ein Kreuz gesetzt, warum?“ „Dort haben sie kein Kreuz gesetzt, wo liegt der Unterschied?“
- 11) Frage 23: Wiederholen lassen; „Warum haben Sie hier ein Kreuz gesetzt/warum nicht?“ „Macht Durchführung und Empfehlung für Sie einen Unterschied?“ „Wo gibt es Missverständnisse bei dieser Frage?“
- 12) Ein paar Kreuze erklären lassen, um zu klären, was unter „regelhaft“ und was unter „selten“ verstanden wird.
- 13) Frage 25: In eigenen Worten wiederholen lassen; „Warum haben Sie das Folgende angekreuzt/nicht angekreuzt?“ „Wo sehen Sie die Verantwortlichkeit klar bei sich?“ „Gibt es Situationen, in denen Sie KFU durchführen, obwohl Sie es normalerweise nicht tun?“
- 14) Frage 28: Laut denken lassen, wie bei der Beantwortung der Frage vorgegangen wird. Grundsätzlich: „Was sind für Sie Kritikpunkte an Screeningmaßnahmen? Gibt es Kritikpunkte an der hausärztlichen Vergütung?“
Außerdem: „Wo liegt der Unterschied zu Frage 27?“

„Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?“

„Danke, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben!“

Materialien zum Buch „Was ist eine gute Frage?“

Die Checkliste des Fragebewertungssystems (FBS)

Die FBS-Checkliste im Überblick

Die in der Checkliste aufgelisteten Probleme/Fehler sind in 12 Bereiche gegliedert:

Bereich A Probleme mit Worten/Texten

Bereich B Unzutreffende Annahmen über Befragte

Bereich C Erinnerungsvermögen

Bereich D Berechnung/Schätzung

Bereich E Komplexität der mentalen Leistung

Bereich F Nicht intendierte Nebeneffekte

Bereich G „Weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen

Bereich H Kontext der Frage/Fragensukzession

Bereich J Antwortvorgaben/Antwortskalen

Bereich K Offene Fragen

Bereich L Instruktionen bei Interviewer-administrierten Fragen

Bereich M Probleme im Zusammenhang mit der Aufgabenbeschreibung in selbst-administrierten Fragen

FRAGE - BEWERTUNGS - SYSTEM

CHECKLISTE

Die FBS-Checkliste wird nur für jeweils eine Frage benutzt.

FRAGE:

PROJEKT:

BEWERTER/CODER:

- Bearbeiten Sie die FBS-Checkliste Punkt für Punkt. Kreuzen Sie jeweils an, wenn das genannte Problem/der Fehler in der zu untersuchenden Frage vorhanden ist.
- Das von Ihnen identifizierte Problem bzw. den identifizierten Fehler können Sie in der Checkliste jeweils unterhalb der Beschreibung notieren.

A Probleme mit Worten/Texten

A1 Der Fragetext enthält Worte/Formulierungen mit vager/unklarer Bedeutung
Beschreibung/Beispiele ab Seite 128 im Buch

Unpräzise Worte/Formulierungen.....

Ungenau Bezeichnungen von Zeiträumen oder Zeitpunkten.....

Ungenau Häufigkeitsbezeichnungen.....

Ungenau Intensitätsbezeichnungen.....

Ungenau Mengenbezeichnungen.....

A2 In der Frage werden mehrere inhaltlich unterschiedliche Sachverhalte angesprochen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 139 im Buch

A3 Der inhaltliche Fokus des Einleitungstextes entspricht nicht dem der Frage/Aussage.....
Beschreibung/Beispiele Seite 144 im Buch

A4 Die Frage ist hypothetisch formuliert.....
Beschreibung/Beispiele Seite 147 im Buch

A5 Der sprachliche Ausdruck kann vereinfacht werden.....
Beschreibung/Beispiele Seite 149 im Buch

A6 Es werden Fremdworte oder Fachausdrücke verwendet, die für Befragte vielleicht unbekannt sind.....
Beschreibung/Beispiele Seite 150 im Buch

- A7** Es werden Abkürzungen/seltene Symbole verwendet, von denen man annehmen muss, dass sie nicht allen Befragten bekannt sind.....
Beschreibung/Beispiele Seite 154 im Buch

B Unzutreffende Annahmen über Befragte

- B1** Die Frage geht von Annahmen über Merkmale/ Verhaltensweisen von Befragten aus, die unter Umständen nicht zutreffen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 155 im Buch

C Erinnerungsvermögen

- C1** Eine Erinnerungsleistung ist schwer oder gar nicht zu erbringen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 158 im Buch

D Berechnung/Schätzung

- D1** Es wird eine schwierige Berechnung/Schätzung verlangt.....
Beschreibung/Beispiele Seite 162 im Buch

E Komplexität der mentalen Leistung

- E1** Eine mentale Leistung ist schwer zu erbringen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 164 im Buch

F Nicht intendierte Nebeneffekte

- F1** Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.....
Beschreibung/Beispiele Seite 172 im Buch

- F2** Es besteht die Gefahr suggestiver Nebeneffekte.....
Beschreibung/Beispiele Seite 175 im Buch

- F3** Es besteht die Gefahr von Antworteffekten, wenn in einer Alternativfrage nicht beide Alternativen explizit formuliert sind.....
Beschreibung/Beispiele Seite 176 im Buch

G „Weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen

- G1** Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 179 im Buch

H Kontext der Frage/Fragensukzession

- H1** Es besteht die Gefahr, dass die Frage auf Grund vorangegangener Fragen nicht in der intendierten Weise interpretiert wird.....
Beschreibung/Beispiele Seite 182 im Buch

- H2** Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.....
Beschreibung/Beispiele Seite 184 im Buch

J Antwortvorgaben/Antwortskalen

- J1** Die Antwortvorgaben passen nicht zur Frage.....
Beschreibung/Beispiele Seite 189 im Buch

- J2** Antwortvorgaben überschneiden sich.....
Beschreibung/Beispiele Seite 191 im Buch

- J3** Der Befragte soll alle Antwortvorgaben nennen/ankreuzen, die auf ihn zutreffen („Check-all-that-apply“-Fragen).....
Beschreibung/Beispiele Seite 194 im Buch

- J4** Antwortvorgaben fehlen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 195 im Buch

- J5** Antwortvorgaben sind unlogisch/unsystematisch angeordnet.....
Beschreibung/Beispiele Seite 197 im Buch

- J6** Wenn mehrere Antwortvorgaben vorgelesen werden, besteht die Gefahr, dass ihr Wortlaut von den Befragten nicht behalten wird.....
Beschreibung/Beispiele Seite 198 im Buch

- J7** Die Abstände zwischen Skalenpunkten sind nicht gleich/die Skala ist nicht ausbalanciert.....
Beschreibung/Beispiele Seite 201 im Buch

J8 Eine negativ formulierte Aussage soll mittels einer bipolaren Antwortskala bewertet werden.....
Beschreibung/Beispiele Seite 202 im Buch

J9 Es besteht die Gefahr der Antwortverzerrung durch Antwortvorgaben/Antwortskalen.....
Beschreibung/Beispiele Seite 204 im Buch

K Offene Fragen

K1 Es besteht die Gefahr, dass die Bedeutung der offenen Frage nicht klar wird, weil der Bezugsrahmen nicht eindeutig vorgegeben ist.....
Beschreibung/Beispiele Seite 208 im Buch

K2 Es besteht die Gefahr von Zuordnungsfehlern, wenn der Interviewer die Antwort auf eine offene Frage während des Interviews verschlüsseln muss (Feldverschlüsselung).....
Beschreibung/Beispiele Seite 209 im Buch

L Instruktionen bei Interviewer-administrierten Fragen

L1 Der Interviewer hat Probleme zu entscheiden, ob vorhandene Zusatztexte vorzulesen sind.....
Beschreibung/Beispiele Seite 212 im Buch

L2 Dem Interviewer fehlen Anweisungen zur technischen Vorgehensweise/Anweisungen stehen an der falschen Stelle.....
Beschreibung/Beispiele Seite 214 im Buch

L3 Der Interviewer muss wichtige Zusatzinformationen, die für das Stellen der Frage wichtig sind, informell ermitteln.....
Beschreibung/Beispiele Seite 218 im Buch

L4 Inhalte/Informationen, die für die Beantwortung der Frage relevant sind, stehen nur in der Anweisung und nicht im Fragetext.....
Beschreibung/Beispiele Seite 219 im Buch

M Probleme im Zusammenhang mit der Aufgabenbeschreibung in selbst-administrierten Fragen

- M1** Es fehlen Anweisungen zur technischen Vorgehensweise.....
Beschreibung/Beispiele Seite 221 im Buch
- M2** Mehrere Fragen müssen vom Befragten in einem komplizierten Antwortschema beantwortet werden.....
Beschreibung/Beispiele Seite 222 im Buch
- M3** Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.....
Beschreibung/Beispiele Seite 223 im Buch
- M4** Der Fragetext ist unvollständig.....
Beschreibung/Beispiele Seite 225 im Buch

Die Probleme/Fehler sind in der FBS-Checkliste auf Grund ihrer knappen Formulierung für den Anwender beim ersten Durchlesen vielleicht nicht immer unmittelbar verständlich. Deshalb wird in der Detailbeschreibung (siehe Abschnitt 3 im Buch) für jedes in der Checkliste aufgeführte Problem/für jeden Fehler anhand von Beschreibungen und Beispielen detailliert erläutert, um welche Art von Problemen/Fehlern es sich im Einzelnen genau handelt.

2.2 Hinweise zur Anwendung der FBS-Checkliste

- Bitte beachten Sie, dass die FBS-Checkliste nur auf jeweils *eine* Frage anwendbar ist, d.h. Sie benötigen für jede Frage eine *eigene* Checkliste.
- Wenn Sie mehrere Fragen analysieren möchten und dabei auch mehrere Checklisten benötigen, ist es ratsam, die jeweilige Frage auf dem Deckblatt im dafür vorgesehenen Feld zu dokumentieren (evtl. genügt die Frage-Nummer).
- Falls die Frage von mehreren unabhängigen Codern evaluiert wird (z.B. innerhalb einer Projekt-/Arbeitsgruppe) oder falls Sie die FBS-Checkliste(n) archivieren möchten, sollten Sie sicherheitshalber auch den Titel des Projekts, den Erhebungsmodus und den Namen des Codierers eintragen.
- Gehen Sie alle aufgeführten Probleme/Fehler der Reihe nach durch und kreuzen Sie an, wenn dieses Problem/dieser Fehler vorhanden ist.
- Unter Umständen sind für eine zu überprüfende Frage nicht alle Bereiche relevant. Wird z.B. eine Frage *nicht* Interviewer-administriert erhoben, dann wird der Bereich K, in dem es ausschließlich um Probleme mit Interviewer-administrierten Fragen geht, übersprungen. Das Gleiche gilt für Bereich L (Probleme im Zusammenhang mit selbst-administrierten Fragen), wenn es sich um solche Fragen handelt, die von einem Interviewer erhoben werden.
- Wir empfehlen, Fragen erst dann zu modifizieren bzw. zu verbessern, wenn diese vollständig, d.h. in Bezug auf alle Problembereiche überprüft sind, weil jede Veränderung zu einer revidierten Fassung der Frage führt, die wiederum mit *allen* Problempunkten des FBS zu bewerten ist.
- Berücksichtigen Sie bei der Arbeit mit dem FBS immer, an welche Zielpopulation die Frage gerichtet ist.
- Bei einer allgemeinen Bevölkerungsumfrage sollten Sie den folgenden Aspekten besondere Aufmerksamkeit schenken:
 - Können auch Personen mit niedrigem Bildungsgrad die Frage verstehen und beantworten?
 - Ist die Frage auch für ältere Menschen beantwortbar?
 - Ist die Frage auch von deutschsprachigen Personen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund beantwortbar?

- Richten Sie Ihr Augenmerk nicht nur auf den gesamten Fragetext, sondern unterziehen Sie jedes einzelne Wort einer genauen Prüfung. Achten Sie dabei auch auf die Verbalisierung von Antwortskalen.
- Bei Unsicherheit ist es ratsam, immer wieder in der Detailbeschreibung der Probleme/Fehler nachzulesen (siehe Abschnitt 3 im Buch).
- Auf den ersten Blick scheint der Aufwand relativ groß, eine Frage bzw. ein Item auf alle im FBS aufgelisteten Probleme/Fehler hin zu überprüfen. Doch gerade diese systematische Vorgehensweise gibt Ihnen die Sicherheit, keinen wichtigen Problem-/Fehlertyp übersehen zu haben.

Die Entscheidung, ob ein Problem/Fehler vorliegt oder nicht, kann nicht immer eindeutig gefällt werden. Führt z.B. die verlangte Erinnerungsleistung evtl. zu Problemen bei der Beantwortung? Oder: Sind die Kategorien für die zu befragende Population sinnvoll? Oder: Wird die Frage in ihrer intendierten Bedeutung verstanden? Insbesondere im Bereich des Frageverständnisses ist die Identifikation von Problemen/Fehlern nicht leicht. Der Anwender wird in manchen dieser Fälle lediglich Vermutungen anstellen können, da er keine verlässlichen Informationen darüber besitzt, wie Befragte eine Frage wirklich verstehen. Wir raten dringend dazu, bei solchen Problemen nicht intuitiv zu entscheiden, sondern eine Klärung auf empirischem Weg mittels eines kognitiven Pretests herbeizuführen.



<http://www.springer.com/978-3-531-15824-2>

Was ist eine gute Frage?

Die systematische Evaluation der Fragenqualität

Faulbaum, F.; Prüfer, P.; Rexroth, M.

2009, VII, 261 S., Softcover

ISBN: 978-3-531-15824-2

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Allgemeinmedizin · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt

Praxis
Adresse

**Arbeitsbereich Chronische
Krankheit und
Versorgungsforschung**

Dr. med. Anne Dahlhaus
Tel.: +49(0)69-63 01-60 99
Fax: +49(0)69-63 01-64 28
E-Mail: dahlhaus@allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

**Studie: Hausärztliche Einstellung gegenüber Screening-
Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

heute möchten wir Sie zur Teilnahme an einer Studie einladen, die bundesweit Hausärztinnen und Hausärzte zu ihrer Einstellung gegenüber Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung befragt.

Das Projekt ist Teil einer Dissertation im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekts „Onkologie in der Hausarztpraxis“.

**Lassen Sie uns Ihre Einstellung gegenüber
Screeningmaßnahmen zur Krebsfrüherkennung wissen!**

Die Beantwortung dauert ca. 10-15 Minuten!

Rücksendung im frankierten Rückumschlag bitte bis zum 20.03.2015!

Damit die Ergebnisse aussagekräftig und repräsentativ sind, ist es wichtig, dass alle ausgewählten Ärzte mitmachen!

Ihre Personendaten werden dem Fragebogen nicht zugeordnet.

Bei Rückfragen erreichen Sie Frau Dr. Dahlhaus gerne unter der E-Mail: dahlhaus@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Anne Dahlhaus
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und
stellvertretende Arbeitsbereichsleitung



Anna Sode
Doktorandin

Datum: 19.06.2018

Institut für Allgemeinmedizin

Direktor:

Prof. Dr. med.
Ferdinand M. Gerlach, MPH

Tel.: +49(0)69-63 01-56 87
Fax: +49(0)69-63 01-64 28
E-Mail: gerlach@allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de
www: www.allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Kontakt:

Dr. med. Anne Dahlhaus
Tel.: +49(0)69-63 01-60 99
Fax: +49(0)69-63 01-64 28
E-Mail: dahlhaus@allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Sekretariat:

Gesche Brust
(Institutsleitung und Teamassistentin)
Tel.: +49(0)69-63 01-56 87
Fax: +49(0)69-63 01-64 28
E-Mail: brust@allgemeinmedizin.
uni-frankfurt.de

Besucheranschrift:

Universitätsklinikum
Theodor-Stern-Kai 7
Haus 10 C
60590 Frankfurt

Anhang 7: Kommentare nach Fragen geordnet

Allgemeines:

-Am Schluss: „bei einigen Fragen konnte bzw. wusste ich nichts anzukreuzen! Bitte geben Sie an auch keine Möglichkeit wäre möglich!“

Frage 8:

-Zu Männer mit vorangegangenen Malignomen: „der Prostata?“

Frage 18:

- * bei betrifft mein Geschlecht nicht bei Koloskopie und Okkultbluttest, neben Tabelle „*oder Alter“

-Ein Strich quer durch und dazu der Kommentar: „erst 34 Jahre alt“

-Strich bei DRU (bei Männern)

Frage 19:

-„1x vor Jahren“ (Kreuz bei nein)

-„s.o.“ (erst 34 Jahre alt)

Frage 22:

-Eingeklammertes Kreuz zu PSA-Screening bei vorangegangenen Malignomen

-Bei PSA-Screening zu vorangegangenen Malignomen: „Der Prostata“

Frage 23:

-Koloskopie Durchführung: „Internist“, DRU Durchführung: „machen meine Kollegen“, Mammographie bis Abstrich des Gebärmutterhalses bei Beratung und Durchführung: „ÜW GYN“

-Beratung unterstrichen und Ausrufezeichen, darunter in einer Klammer: „wird gar nicht vergütet auß bei Koloskopie“

Neben Koloskopie Durchführung: „kein Gastroenterologe“

Neben PSA-Screening Durchführung: „keine ist Igel“

Neben Mammographie Durchführung: „? Mammographiezentr“

Neben Palpation der Brust Durchführung: „keine Vergütung“

-Bei Vergütung der Beratung quer: „inclusiv Leistungen“, Fragezeichen bei Vergütung der Beratung von Mammographie und Abstrich des Gebärmutterhalses sowie Vergütung der Durchführung der Koloskopie

-Neben der Durchführung von Mammographie bis Abstrich des Gebärmutterhalses: „kann ich nicht beurteilen“

-Bei Mammographie, Palpation der Brust und Abstrich des Gebärmutterhalses jeweils (für beides): „kann ich nicht beurteilen als Hausarzt, bin kein Gynäkologe“

-Links neben der Tabelle eine Klammer ab Okkultbluttest: „es gibt keine“, rechts neben der Tabelle (Durchführung) bei Koloskopie, Mammographie, Palpation der Brust und Abstrich des Gebärmutterhalses: „es gibt keine“

-Zu PSA-Screening: „gibt's nicht“, zur Mammographie: „gibt's nicht“, zur Palpation der Brust: „gibt's nicht“, zum Abstrich des Gebärmutterhalses: „gibt's nicht“

-Ausrufezeichen bei Vergütung der Durchführung zu gering bei der Koloskopie

Frage 24:

-Zu Palpation der Brust regelhaft: „Gesundh. Unters. Wenn nicht Gyn“

Frage 25:

-„eine anspruchsvoll gestellte Frage“

-Bei Palpation der Brust und Abstrich des Gebärmutterhalses wurden die Kreuze jeweils eingeklammert, rechts neben der Tabelle steht ein Fragezeichen.

-„Verstehe die Frage nicht“

Frage 26:

-Zum Okkultbluttest: „Hausarzt“, zu Hautkrebscreening, PSA, DRU und Palpation: „Haus- oder FA“, Kreuze neben Kästchen bei Mammographie und Abstrich, unter der Tabelle: „etwas missverständlich gekennzeichnet führe ich „regelmäßig“ bei

Gesundheitsuntersuchung ew Männerkrebsvorsorge durch Mammalpalp bei Frauen die nicht zum Gyn gehen wollen“

-Unter der Tabelle: „Koloskopie/Mammographie kann ich nicht durchführen“;

-Von Koloskopie bis DRU: „im Rahmen von Check-up-Untersuchungen in der Praxis immer bis auf Colo!“, bei Mammographie bis Abstrich: „nie selbst!“

-Bei Hautkrebscreening wurde zu Pflegeheimbewohner ein Kreuz eingeklammert.

-Links mit einer Klammer neben der Tabelle, reichend von Okkultbluttest bis Palpation: „alle“ und quer in die Kästchen: „alle“

Frage 27:

-Neben der Frage: „keine“

Frage 28:

-Neben der Frage: „keine“

Anhang 8: Kritikpunkte nach FBS zu allen finalen Fragen

Frage 1 (Anhang 2 und Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält ungenaue Häufigkeitsbezeichnungen.“ : Die Häufigkeit der Screeningmaßnahmen wird nicht definiert.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Eine mögliche Kritik entgegen der offiziellen Empfehlungen könnte schwer fallen.

-„Es gibt Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.“ : Es handelt sich um eine Einstellungsfrage, und es wird keine „weiß-nicht“-Kategorie angeboten, obwohl sie evtl. hilfreich wäre.

-„Die Abstände zwischen den Skalenpunkten sind nicht gleich/die Skala ist nicht ausbalanciert.“ : Die Skalenpunkte sind formuliert, keine Zahlen, sodass es sich nicht um exakt gleiche Abstände handelt.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“ : Es fehlt die Angabe der Häufigkeit der Screeningmaßnahmen.

Fragen 2, 4, 6 und 8 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ : „positive Familienanamnese“, „immunsupprimierte Menschen“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Häufigkeitsbezeichnungen.“ : Die Häufigkeit des Screenings wird nicht definiert.

-„Es besteht die Gefahr suggestiver Nebeneffekte.“ : Es wird suggeriert, dass die aufgeführten Gruppen Risikogruppen darstellen.

-„Es gibt Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.“ : Es handelt sich um eine Einstellungsfrage und es gibt keine „weiß-nicht“-Kategorie. Möglicherweise wäre diese aber hilfreich.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : Die Antworten werden möglicherweise vergleichend zu den anderen ähnlichen Fragen bzw. zur ersten Frage gegeben.

-„Die Abstände zwischen den Skalenpunkten sind nicht gleich/die Skala ist nicht ausbalanciert.“ : Es handelt sich bei der Skala nicht um Zahlen, sondern um Formulierungen, sodass die Abstände nicht als exakt gleich zu betrachten sind.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“ : Die Häufigkeit der Screeningmaßnahmen wird nicht definiert. Die Definition des Begriffs „Screeningmaßnahmen“ fehlt an dieser Stelle, und ist stattdessen gesondert aufgeführt.

-„Der Fragetext enthält ungenaue Bezeichnungen von Zeiträumen oder Zeitpunkten.“
(gilt nur für Frage 6 PSA-Screening): „langfristig“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Intensitätsbezeichnungen.“ **(nur Fragen 2 und 4 Koloskopie und Hautkrebscreening):** „adipöse Menschen“, „Raucher“, „hohe UV-Exposition“

Fragen 3, 5, 7 und 9 (Anhang 3):

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : Die Fragen sind ähnlich, sodass sie untereinander vergleichend beantwortet werden.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ **(nur Frage 3):** „Komplikationen infolge von ...“ ist nicht genau definiert.

Frage 10 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält ungenaue Häufigkeitsbezeichnungen.“, gemeint sind hier „seltener als empfohlen“, „so oft wie empfohlen“ und „häufiger als empfohlen“.

-„Die Frage geht von Annahmen über Merkmale/Verhaltensweisen von Befragten aus, die unter Umständen nicht zutreffen.“, da der Befragte die Empfehlungen kennen muss.

-„Eine mentale Leistung ist schwer zu erbringen.“, da mehrere Denkschritte notwendig sind, nämlich zunächst die Überlegung, wie die gesetzlichen Empfehlungen lauten, darauf folgend, ob und wann der Teilnehmer die Untersuchung wahrgenommen hat, und schließlich das Urteil darüber, ob das eigene Vorgehen den gesetzlichen Empfehlungen entspricht, oder nicht.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“, da die Frage mehrere Unklarheiten bietet, und die Antwort somit verweigert werden könnte. Außerdem wäre sozial erwünscht, dass die Antworten den gesetzlichen Empfehlungen entsprechen.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“, da vorher gefragt wird, ob die Untersuchung für sinnvoll erachtet wird.

-„Antwortvorgaben fehlen.“, nämlich die Möglichkeit „betrifft mich nicht“.

-„Die Abstände zwischen den Skalenpunkten sind nicht gleich/die Skala ist nicht ausbalanciert.“, da die ausformulierten Antwortmöglichkeiten keine Zahlenwerte mit absolut gleichem Abstand zueinander darstellen.

-„Es fehlen Anweisungen zur technischen Vorgehensweise.“, da nicht erklärt wird, was getan werden soll, wenn die Untersuchung den Befragten gar nicht betrifft.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“, denn „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“, denn es fehlt eine Erklärung, wie das Problem mit den Untersuchungen gelöst werden soll, die den Befragten nicht betreffen.

Frage 11 (Anhang 3):

-„Die Frage geht von Annahmen über Merkmale/Verhaltensweisen von Befragten aus, die unter Umständen nicht zutreffen.“ : Die Frage geht davon aus, dass der Befragte männlich ist, da die Untersuchung nur für Männer Sinn macht.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Der Befragte möchte evtl. eine Vorbildfunktion erfüllen, und wird dementsprechend antworten.

-„Es besteht die Gefahr von Antworteffekten, wenn in einer Alternativfrage nicht beide Alternativen explizit formuliert sind.“ : In der Frage ist kein „oder nicht“ integriert.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : Wer das PSA-Screening für „sinnvoll“ hält, wird eher „ja“ ankreuzen, als jemand, der es als „nicht sinnvoll“ eingestuft hat.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Fragebogens definiert.

Frage 12 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ : „Wie setzen Sie die gesetzlichen Empfehlungen zu den Screeningmaßnahmen in Ihrer Praxis um?“ bietet zunächst keine genaue Vorstellung davon, was in der Frage eigentlich gefordert wird. Es könnte sich um eine Frage nach bestimmten Maßnahmen (Flyer, Gespräche, Erinnerungsschreiben, Telefonanrufe) handeln, aber auch um eine Frage nach der Häufigkeit, oder der Intensität einer Empfehlung.

-„Der Fragetext enthält ungenaue Häufigkeitsbezeichnungen.“, denn die Ausdrücke „regelmäßig“, „unregelmäßig, aber wiederkehrend“ und „gar nicht oder nur in Einzelfällen“ bleiben ungenau. Sie sind aber nun etwas ausführlicher umschrieben worden.

-„Der Fragetext enthält ungenaue Intensitätsbezeichnungen.“ : „ansprechen“, „aussprechen“ und „regelmäßig integriert“.

-„Die Frage geht von Annahmen über Merkmale/Verhaltensweisen von Befragten aus, die unter Umständen nicht zutreffen.“, denn der Befragte sollte die gesetzlichen Empfehlungen kennen.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“, da sozial erwünscht wäre, dass die Empfehlung regelhaft integriert ist.

-„Es besteht die Gefahr suggestiver Nebeneffekte.“, da die Frage suggeriert, es sei Aufgabe des Hausarztes, die Empfehlung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auszusprechen.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“, da die Frage nach der Einstellung gegenüber den jeweiligen Untersuchungen vorher gestellt wird.

-„Antwortvorgaben überschneiden sich.“

-„Es besteht die Gefahr der Antwortverzerrung durch Antwortvorgaben/Antwortskalen.“, da die Antwortoptionen unklar definiert sind, und daher subjektiv von den Teilnehmern abgeschätzt werden.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“, da das Wort „Screeningmaßnahmen“ zu Beginn des Surveys definiert wird.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“, da eine Erläuterung zu den gesetzlichen Empfehlungen und eine genaue Definition der Häufigkeitsangaben fehlt.

Frage 13 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ : „Empfehlung aussprechen“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Häufigkeitsbezeichnungen.“ : „regelhaft“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Intensitätsbezeichnungen.“ : „Empfehlung aussprechen“

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Sozial erwünscht wäre, dass das PSA-Screening nicht empfohlen wird, da es auch offiziell nicht empfohlen wird.

-„Es besteht die Gefahr von Antworteffekten, wenn in einer Alternativfrage nicht beide Alternativen explizit formuliert sind.“ : Es steht da, „welche“, es ist aber nur eine Möglichkeit mit „ja“ und „nein“ geboten.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage auf Grund vorangegangener Fragen nicht in der intendierten Weise interpretiert wird.“ : Möglicherweise wird der Unterschied zur vorigen Frage nicht deutlich.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : Einfluss entsteht durch die Frage nach der Sinnhaftigkeit des PSA-Screenings.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screening“ wird zu Beginn des Surveys als „Screeningmaßnahmen“ definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“ : Die Frage wirkt durch das „welche“ und der einzelnen aufgeführten Antwortmöglichkeit nicht vollständig.

Frage 14 (Anhang 3):

-„Die Frage geht von Annahmen über Merkmale/Verhaltensweisen von Befragten aus, die unter Umständen nicht zutreffen.“ : Es wird davon ausgegangen, dass der Befragte weiß, welche Tätigkeit wie vergütet wird.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Wer mehr Gewinn erzielen möchte, würde die Vergütung als „zu gering“ einstufen.

-„Es gibt Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.“ : Es handelt sich um eine Einstellungsfrage, und es gibt keine „weiß-nicht“-Kategorie. Möglicherweise wäre diese aber sinnvoll.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : Die Frage, ob eine Untersuchung sinnvoll ist, oder nicht, beeinflusst auch die Frage, ob die Durchführung der Untersuchung angemessen ist, oder nicht.

-„Mehrere Fragen müssen vom Befragten in einem komplizierten Antwortschema beantwortet werden.“ : Es werden hier die Aspekte „Vergütung der Beratung“ und „Vergütung der Durchführung“ gleichzeitig abgefragt.

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“ : Es fehlt eine Erklärung, wie man vorgehen sollte, wenn man die Höhe der Vergütung nicht kennt.

Fragen 15 und 16 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ (nur Frage Empfehlung): „Empfehlung“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Intensitätsbezeichnungen.“ (nur Frage Empfehlung): „Empfehlung“

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Möglicherweise sieht der Befragte die Verantwortlichkeit bei sich selbst, möchte dies aber nicht zugeben, weil er sie nicht ausreichend wahrnimmt.

-„Es gibt Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.“ : Es handelt sich um eine Einstellungsfrage, und es existiert keine „weiß-nicht“-Kategorie. Sie wäre aber eventuell hilfreich.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ (nur Frage zur Empfehlung): Die Häufigkeit einer Empfehlung könnte mit der Beurteilung einer Untersuchung als „sinnvoll“ oder „nicht sinnvoll“ in Bezug stehen und somit durch die vorigen Antworten beeinflusst werden

-„Wichtige Zusatzinformationen sind nicht im Fragetext integriert, sondern getrennt aufgeführt.“ : „Screeningmaßnahmen“ wird zu Beginn des Surveys definiert.

-„Der Fragetext ist unvollständig.“ (nur Frage zur Empfehlung): Es fehlt eine Definition des Wortes „Empfehlung“.

Frage 19 (Anhang 3):

-„Der Fragetext enthält unpräzise Worte/Formulierungen.“ : „problematisch“

-„Der Fragetext enthält ungenaue Intensitätsbezeichnungen.“ : Es bleibt unklar, welche Intensität der Kritik zu einem Kreuz führt.

-„Es werden Fremdworte oder Fachausdrücke verwendet, die für Befragte vielleicht unbekannt sind.“ : „mangelnde Evidenz“ ist möglicherweise nicht jedem klar.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Frage gar nicht oder nicht ehrlich beantwortet wird.“ : Kritik ist „sozial unerwünscht“.

-„Es besteht die Gefahr suggestiver Nebeneffekte.“ : Allein durch Aufführen eben dieser Punkte wird suggeriert, dass diese Aspekte Kritikpunkte darstellen. Jedoch ist der Einleitungssatz gestrichen, sodass immerhin die öffentliche Diskussion um diese Kritikpunkte nicht mehr thematisiert wird.

-„Es gibt Probleme mit der expliziten Vorgabe einer „weiß-nicht“-Kategorie bei Einstellungsfragen.“ : Es ist eine Einstellungsfrage, und es gibt keine „weiß-nicht“-Kategorie, wobei sie evtl. sinnvoll sein könnte.

-„Es besteht die Gefahr, dass die Beantwortung der Frage von der Beantwortung vorangegangener Fragen beeinflusst wird.“ : s.o. Wer vorher „sinnvoll“ ankreuzt, tut sich nun mit Kritik schwerer, als wenn er „nicht sinnvoll“ ankreuzte.

-„Der Befragte soll alle Antwortvorgaben nennen/ankreuzen, die auf ihn zutreffen („Check-all-that-apply“-Fragen).“ : Bei fehlendem Kreuz bleibt unklar, ob ein „nein“ geantwortet wurde, oder ob gar nicht geantwortet wurde.

Itempool	Vorläufige Version (Anhang 2)	Endgültige Version (Anhang 3)																																																																
<p>Wie beurteilen Sie folgende Untersuchungen als flächendeckendes, populationsbasiertes Screening?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>sehr sinnvoll</td> <td>sinnvoll</td> <td>wenig sinnvoll</td> <td>nicht sinnvoll</td> <td>gar nicht sinnvoll</td> <td>ich bin unsicher</td> </tr> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		sehr sinnvoll	sinnvoll	wenig sinnvoll	nicht sinnvoll	gar nicht sinnvoll	ich bin unsicher	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Für wie sinnvoll halten Sie die im Folgenden aufgeführten Screeningmaßnahmen? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nicht sinnvoll</th> <th>wenig sinnvoll</th> <th>eher sinnvoll</th> <th>sinnvoll</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	sehr sinnvoll	sinnvoll	wenig sinnvoll	nicht sinnvoll	gar nicht sinnvoll	ich bin unsicher																																																												
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll																																																														
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
<p>Wie beurteilen Sie folgende Untersuchungen für Risikopatienten, z.B. mit positiver Familienanamnese?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>sehr sinnvoll</td> <td>sinnvoll</td> <td>wenig sinnvoll</td> <td>nicht sinnvoll</td> <td>gar nicht sinnvoll</td> <td>ich bin unsicher</td> </tr> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		sehr sinnvoll	sinnvoll	wenig sinnvoll	nicht sinnvoll	gar nicht sinnvoll	ich bin unsicher	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Für wie sinnvoll halten Sie die <u>Koloskopie</u> als Screeningmaßnahme für folgende Personengruppen? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nicht sinnvoll</th> <th>wenig sinnvoll</th> <th>eher sinnvoll</th> <th>sinnvoll</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Menschen mit chronischen Darmerkrankungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>adipöse Menschen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Raucher</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 55 Jahren)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Menschen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Menschen im Alter über 80 Jahren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll	Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menschen mit chronischen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 55 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menschen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menschen im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr sinnvoll	sinnvoll	wenig sinnvoll	nicht sinnvoll	gar nicht sinnvoll	ich bin unsicher																																																												
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
	nicht sinnvoll	wenig sinnvoll	eher sinnvoll	sinnvoll																																																														
Menschen mit positiver Familienanamnese für Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Menschen mit chronischen Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Menschen im Altersrahmen der gesetzlichen Empfehlungen (ab 55 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Menschen im Alter zwischen 45 und 54 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Menschen im Alter über 80 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														

Itempool	Vorläufige Version (Anhang 2)	Endgültige Version (Anhang 3)																																																				
<p>Hat sich Ihre Meinung zur Krebsfrüherkennung im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit verändert?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aufgrund von.... (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Erfahrungen mit Krebspatienten <input type="checkbox"/> Erfahrungen mit Komplikationen bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen <input type="checkbox"/> neuen Forschungsergebnissen/Entwicklungen <input type="checkbox"/> offiziellen Empfehlungen <input type="checkbox"/> Gesprächen mit Kollegen <input type="checkbox"/> den Wünschen meiner Patienten</p>	<p>Inwiefern hatten die folgenden Faktoren im Verlauf Ihrer ärztlichen Tätigkeit Einfluss auf Ihre Einstellung gegenüber der Koloskopie als Screeningmaßnahme? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).</p> <table border="1" data-bbox="728 383 1294 852"> <thead> <tr> <th></th> <th>negativer Einfluss</th> <th>kein Einfluss</th> <th>positiver Einfluss</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erfahrungen mit Krebspatienten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>neue Forschungsergebnisse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fortbildung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Komplikationen infolge von Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gespräche mit Kollegen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>bürokratischer Aufwand</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vergütungssituation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Welche der folgenden Faktoren beeinflussten Ihre Einstellung gegenüber der <u>Koloskopie</u> als Screeningmaßnahme? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Faktor).</p> <table border="1" data-bbox="1556 424 2128 724"> <thead> <tr> <th></th> <th>negativer Einfluss</th> <th>kein Einfluss</th> <th>positiver Einfluss</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erfahrungen mit Krebspatienten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>neue Forschungsergebnisse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fortbildung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Komplikationen infolge von Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss	Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss																																																			
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
bürokratischer Aufwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Vergütungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
	negativer Einfluss	kein Einfluss	positiver Einfluss																																																			
Erfahrungen mit Krebspatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
neue Forschungsergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Komplikationen infolge von Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
<p>Haben folgende Faktoren Einfluss auf Ihre Empfehlung für oder gegen eine Darmkrebsfrüherkennungs-untersuchung?</p> <p style="text-align: center;">Ja, auf jeden Fall Ja, eher schon manchmal eher nicht nein, auf keinen Fall</p> <p>Eigene Gefühle gegenüber und Erfahrungen mit den Untersuchungen</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Wie häufig nehmen Sie selbst die genannten Screeningmaßnahmen in Anspruch? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).</p> <table border="1" data-bbox="728 1062 1532 1283"> <thead> <tr> <th></th> <th>betrifft mein Geschlecht nicht</th> <th>gar nicht</th> <th>seltener als empfohlen</th> <th>so oft wie empfohlen</th> <th>häufiger als empfohlen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mammographie (bei Frauen)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		betrifft mein Geschlecht nicht	gar nicht	seltener als empfohlen	so oft wie empfohlen	häufiger als empfohlen	Koloskopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mammographie (bei Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie häufig nehmen Sie selbst die genannten Screeningmaßnahmen in Anspruch? Inanspruchnahme bedeutet an dieser Stelle, dass Sie einen Kollegen aufsuchen, der die Untersuchung an Ihnen durchführt. Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).</p> <table border="1" data-bbox="1579 1163 2179 1350"> <thead> <tr> <th></th> <th>gar nicht</th> <th>seltener als empfohlen</th> <th>so häufig wie empfohlen</th> <th>häufiger als empfohlen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		gar nicht	seltener als empfohlen	so häufig wie empfohlen	häufiger als empfohlen	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	betrifft mein Geschlecht nicht	gar nicht	seltener als empfohlen	so oft wie empfohlen	häufiger als empfohlen																																																	
Koloskopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Mammographie (bei Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	gar nicht	seltener als empfohlen	so häufig wie empfohlen	häufiger als empfohlen																																																		
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		

Itempool	Vorläufige Version (Anhang 2)	Endgültige Version (Anhang 3)																																																																								
<p>Wann sprechen Sie eine Empfehlung/Erinnerung für eine Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Team erinnert alle den offiziellen Empfehlungen entsprechenden Patienten postalisch/telefonisch an die Untersuchung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich spreche alle den offiziellen Empfehlungen entsprechenden Patienten bei Routineterminen persönlich an.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Ansprache erfolgt im Rahmen der üblichen Check-up Untersuchung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich berate zu diesem Thema nur, wenn ich darauf angesprochen werde.</p> <p><input type="checkbox"/> Über Darmkrebsfrüherkennung spreche ich überhaupt nicht mit meinen Patienten.</p>	<p>Wie setzen Sie die gesetzlichen Empfehlungen zu den Screeningmaßnahmen in Ihrer Praxis um? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).</p> <table border="1" data-bbox="808 379 1473 687"> <thead> <tr> <th></th> <th>Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.</th> <th>Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig</u> bei Besuchen in der Praxis aus.</th> <th>Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht</u> von unserer Seite aus an.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig</u> bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht</u> von unserer Seite aus an.	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie setzen Sie die gesetzlichen Empfehlungen zu den Screeningmaßnahmen in Ihrer Praxis um? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile (pro Untersuchung).</p> <table border="1" data-bbox="1518 368 2184 724"> <thead> <tr> <th></th> <th>Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.</th> <th>Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig, aber wiederkehrend</u> bei Besuchen in der Praxis aus.</th> <th>Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht oder nur in Einzelfällen</u> von unserer Seite aus an.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig, aber wiederkehrend</u> bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht oder nur in Einzelfällen</u> von unserer Seite aus an.	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
	Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig</u> bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht</u> von unserer Seite aus an.																																																																							
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
	Die Empfehlung ist in meinen Praxisablauf <u>regelmäßig</u> integriert.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>unregelmäßig, aber wiederkehrend</u> bei Besuchen in der Praxis aus.	Ich/meine Mitarbeiter sprechen die Empfehlungen <u>gar nicht oder nur in Einzelfällen</u> von unserer Seite aus an.																																																																							
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<p>Halten Sie die ärztlichen Tätigkeiten in Bezug auf Darmkrebsfrüherkennung für angemessen vergütet?</p> <table data-bbox="136 900 792 1007"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sehr gut vergütet</th> <th>gut vergütet</th> <th>angemessen</th> <th>schlecht vergütet</th> <th>gar nicht vergütet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beratung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Durchführung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sehr gut vergütet	gut vergütet	angemessen	schlecht vergütet	gar nicht vergütet	Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie beurteilen Sie die Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten im Bezug auf Screeningmaßnahmen? Bitte markieren Sie mit zwei Kreuzen pro Zeile (je eines pro Untersuchung für jeden Aspekt).</p> <table border="1" data-bbox="808 954 1496 1177"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Vergütung der Beratung</th> <th colspan="3">Vergütung der Durchführung</th> </tr> <tr> <th>zu gering</th> <th>angemessen</th> <th>zu hoch</th> <th>zu gering</th> <th>angemessen</th> <th>zu hoch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung			zu gering	angemessen	zu hoch	zu gering	angemessen	zu hoch	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie beurteilen Sie die Vergütung hausärztlicher Tätigkeiten im Bezug auf Screeningmaßnahmen? Bitte markieren Sie mit zwei Kreuzen pro Zeile (je eines pro Untersuchung für jeden Aspekt).</p> <table border="1" data-bbox="1518 1002 2184 1236"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">Vergütung der Beratung</th> <th colspan="3">Vergütung der Durchführung</th> </tr> <tr> <th>zu gering</th> <th>angemessen</th> <th>zu hoch</th> <th>zu gering</th> <th>angemessen</th> <th>zu hoch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung			zu gering	angemessen	zu hoch	zu gering	angemessen	zu hoch	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr gut vergütet	gut vergütet	angemessen	schlecht vergütet	gar nicht vergütet																																																																					
Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Durchführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
	Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung																																																																						
	zu gering	angemessen	zu hoch	zu gering	angemessen	zu hoch																																																																				
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
	Vergütung der Beratung			Vergütung der Durchführung																																																																						
	zu gering	angemessen	zu hoch	zu gering	angemessen	zu hoch																																																																				
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				

Itempool	Vorläufige Version (Anhang 2)	Endgültige Version (Anhang 3)																																	
<p>-Bei welchen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind Sie in Ansprache/Erinnerung, Empfehlung (für oder gegen die Untersuchung), Beratung oder Durchführung involviert?</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Ansprache/ Erinnerung</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Empfehlung</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Beratung</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Durchführung</td> </tr> <tr> <td>Koloskopie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>-In welcher Weise arbeiten Sie bei der Darmkrebsfrüherkennung (Hautkrebsfrüherkennung/...) mit Gastroenterologen (Dermatologen/...) zusammen? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Organisation von Terminen für Untersuchungen, die ich nicht selbst durchführe <input type="checkbox"/> Austausch über die medizinische Vorgeschichte des Patienten <input type="checkbox"/> Weitergabe von bisher erhobenen Befunden im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung (Hautkrebsfrüherkennung/...) <input type="checkbox"/> Überweisung von Patienten, bei denen sich im Rahmen von Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen (Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen/...) in Ihrer Praxis Auffälligkeiten gezeigt haben <input type="checkbox"/> Rückmeldung der Befunde aus den vom Spezialisten durchgeführten Untersuchungen 		Ansprache/ Erinnerung	Empfehlung	Beratung	Durchführung	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Bei welcher der genannten Screeningmaßnahmen sehen Sie die Verantwortlichkeit eher bei einem spezialisierten Facharzt (e.g. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe)? Bitte beantworten Sie diese Frage für die Empfehlung bzw. Durchführung getrennt voneinander. Bitte markieren Sie mit bis zu zwei Kreuzen pro Zeile.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Empfehlung</th> <th style="width: 35%;">Durchführung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Empfehlung	Durchführung	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Bei wem sehen Sie die Verantwortung für die Empfehlung (2. Frage: Durchführung) folgender Screeningmaßnahmen? Bitte markieren Sie mit einem Kreuz pro Zeile. Facharzt meint hier Spezialisten wie z.B. Gastroenterologe, Urologe, Gynäkologe.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 35%;">Hausarzt</th> <th style="width: 35%;">Facharzt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koloskopie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Hausarzt	Facharzt	Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprache/ Erinnerung	Empfehlung	Beratung	Durchführung																															
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Empfehlung	Durchführung																																	
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
	Hausarzt	Facharzt																																	
Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	

10. Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der hausärztlichen Einstellung gegenüber Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

in dem Institut für Allgemeinmedizin unter Betreuung und Anleitung von Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch mit Unterstützung durch Dr. phil. Dipl. Psych. Corina GÜthlin ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)