



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Erfahrungen und Erwartungen von Menschen im hohen Alter  
mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

*- Eine qualitative Auswertung -*

## **B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

## **Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Annekathrin Haase

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0671-1

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH

2. Gutachterin: Prof. Dr. phil. Gabriele Claßen

Tag der Einreichung: 13.04.2013

## **Inhaltsverzeichnis**

Anhangsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis .....	III
Tabellenverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Einleitung.....	1
1 Fragestellung .....	6
2 Methode.....	7
2.1 Studiendesign .....	7
2.2 Rekrutierung der Interviewpartner-/innen .....	7
2.3 Messinstrumente.....	11
2.3.1 Fragebogen.....	11
2.3.2 Leitfragen .....	12
2.4 Datenerhebung .....	13
2.5 Auswertung .....	16
2.5.1 Qualitative Auswertung.....	16
2.5.2 Quantitative Auswertung.....	20
2.6 Ethik und Datenschutz.....	21
3 Ergebnisse.....	22
3.1 Qualitative Ergebnisse.....	22
3.1.1 Charakteristika der Interviewpartner/in .....	22
3.1.2 Kontrastierende Fallanalyse .....	22
3.1.3 Darstellung der Kategorien .....	24
3.1.3.1 Erfahrungen mit KFU .....	24
3.1.3.2 Motive .....	27
3.1.3.3 Erwartungen an KFU .....	32
3.2 Quantitative Ergebnisse .....	34
4 Diskussion .....	37
4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	37
4.2 Bedeutung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur.....	37
4.3 Stärken und Schwächen der Arbeit .....	39
4.4 Schlussfolgerung.....	39
5 Zusammenfassung .....	40
Anhang.....	43

## **Anhangsverzeichnis**

<b>Anhang A</b> Transkriptionsregeln .....	44
<b>Anhang B</b> Kodierbaum .....	45
<b>Anhang C</b> Votum Ethikkommission .....	46
<b>Anhang D</b> Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist .....	47
<b>Anhang E</b> Fragebogen.....	49
<b>Anhang F</b> Interviews (nicht enthalten) .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Altersspezifische Erkrankungsrate 2007 bis 2008 (Quelle: [1]) ....	1
Abbildung 2 Krebsfrüherkennungsuntersuchung: Betroffene nach Alter 2009 (Quelle: [3]).....	1
Abbildung 3 Lead-time bias (Quelle: [2]).....	5
Abbildung 4 Length-time bias (Quelle: [13]).....	5
Abbildung 5 Rekrutierungsverlauf .....	10
Abbildung 6 Kodierparadigma (Quelle: [25], [30]) .....	18
Abbildung 7 Kodierbaum .....	20
Abbildung 8 Kodierbaum .....	45

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1 Übersicht Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, unterteilt in Untersuchung, Geschlecht, Beginn und Ende der Inanspruchnahme (Angabe in Alter) und Intervall / Empfehlung .....</b>	<b>2</b>
<b>Tabelle 2 Übersicht Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, unterteilt in Beratung, Geschlecht, Beginn und Ende der Inanspruchnahme (Angabe in Alter) und Intervall / Empfehlung .....</b>	<b>2</b>
<b>Tabelle 3 Modifizierte Kriterien der Weltgesundheitsorganisation für Screeninguntersuchungen am Beispiel Prostatakrebs. [12] .....</b>	<b>4</b>
<b>Tabelle 4 Zusammenfassung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie.....</b>	<b>9</b>
<b>Tabelle 5 Aufbau des Fragebogens.....</b>	<b>11</b>
<b>Tabelle 6 modifizierte Score des Charlson-Comorbidity-Index.....</b>	<b>12</b>
<b>Tabelle 7 Likert-Skalen.....</b>	<b>12</b>
<b>Tabelle 8 W-Fragen zum offenen Kodieren.....</b>	<b>17</b>
<b>Tabelle 9 Charakteristika der Interviewpartner/in.....</b>	<b>22</b>

## Abkürzungsverzeichnis

COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KFU	Krebsfrüherkennungsuntersuchung
NNS	Numbers needed to screen
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization
Z.	Zeile

# Einleitung

Nach aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts verstarben 469.800 Menschen, im Jahr 2008 an Krebserkrankungen. Das Risiko an Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter (Abbildung 1).

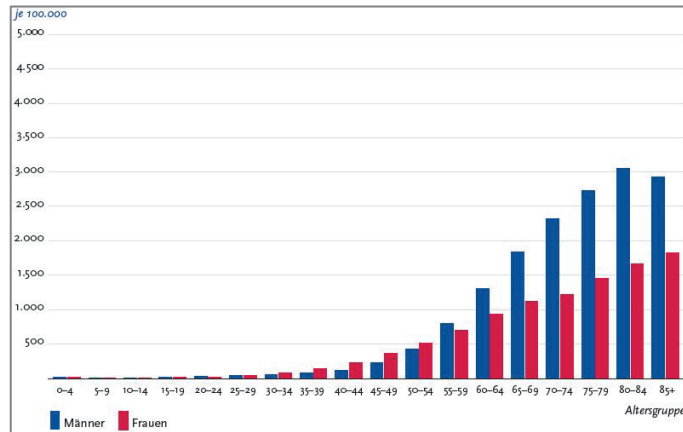


Abbildung 1 Altersspezifische Erkrankungsrate 2007 bis 2008 (Quelle: [1])

Durch den höheren Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird es zu einem Anstieg von Krebserkrankungen kommen. Eine verstärkte Durchführung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) führt zu einer entsprechenden Zunahme von Krebserkrankungen (detection bias) [2]. In den vergangenen Jahren sank die Inanspruchnahme der KFU nach dem 70. Lebensjahr (Abbildung 2).

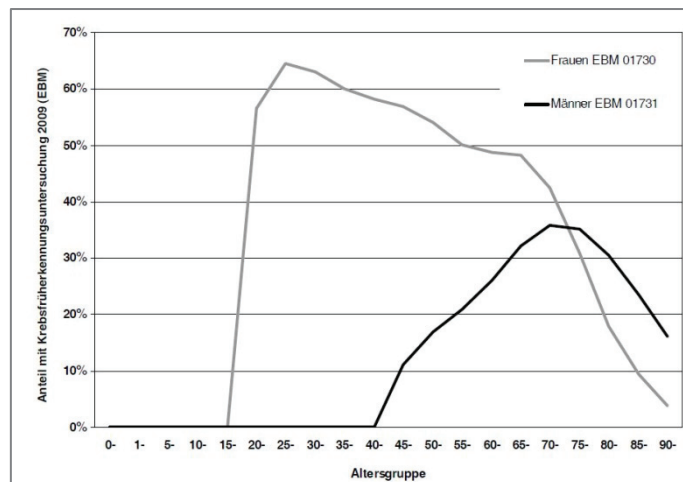


Abbildung 2 Krebsfrüherkennungsuntersuchung: Betroffene nach Alter 2009 (Quelle: [3])

Neuere Studien zeigen, dass die Inanspruchnahme bei Frauen im Alter unverändert abfällt, hingegen ist bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme im Alter zu verzeichnen [4], [5].

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Früherkennung von Krebserkrankungen wird auf Grundlage des § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3,

Absatz 4 und § 25 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) bestimmt, welche Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach § 25 Absatz 2 und 3 SGB V enthalten sind und von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden [6]. In den Tabellen 1 und 2 sind zum einen die Untersuchungen (Tabelle 1) und zum anderen die Beratungen (Tabelle 2) aufgeführt, die von gesetzlich Krankenversicherten zur KFU in Anspruch genommen werden können.

**Tabelle 1 Übersicht Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, unterteilt in Untersuchung, Geschlecht, Beginn und Ende der Inanspruchnahme (Angabe in Alter) und Intervall / Empfehlung**

Untersuchung	Geschlecht	Alter (Jahre)		Intervall / Empfehlung
		Beginn	Ende	
der Gebärmutter und der Geschlechtsorgane durch Cervix-Abstrich	♀	20		jährlich
der Brust und der örtlichen Lymphknoten durch Abtasten	♀	30		jährlich
der Haut	♂ / ♀	35		alle zwei Jahre
der Prostata und des äußeren Genitals durch Abtasten	♂	45		jährlich
der Brust durch Mammographie-Screening	♀	50	69	alle zwei Jahre
des Rektums und des übrigen Dickdarms auf verborgenes Blut im Stuhl durch Haemoccult - Test	♂ / ♀	50	55	jährlich alle zwei Jahre, sofern keine Darmspiegelung durchgeführt wurde
des Rektums und des übrigen Dickdarms durch Darmspiegelung (Koloskopie)	♂ / ♀	55		zweimalig im Leben, die zweite frühestens zehn Jahr nach der ersten Untersuchung

**Tabelle 2 Übersicht Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, unterteilt in Beratung, Geschlecht, Beginn und Ende der Inanspruchnahme (Angabe in Alter) und Intervall / Empfehlung**

Beratung	Geschlecht	Alter (Jahre)		Intervall / Empfehlung
		Beginn	Ende	
zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	♀	20	22	einmalig
zur Früherkennung von Darmkrebs	♂ / ♀	50	55	erste Beratung zweite Beratung



Mit der KFU sollen Krankheiten, ohne erkennbare Krankheitszeichen bzw. in einem Vorstadium entdeckt werden. Durch die zeitlich vorverlagerte Diagnose soll eine erfolgreichere Therapie ermöglicht werden. Der Nutzen von Früherkennungsprogrammen wird in der internationalen Literatur in der Regel an der Erreichung dieser Ziele in der Bevölkerung gemessen. [7] Für den individuellen Teilnehmer ist dieser Nutzen nur statistisch prognostizierbar (z. B. durch "Numbers needed to screen"<sup>1</sup>, NNS). Wilson und Jungner formulierten in den Sechziger Jahren folgende Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Empfehlungen für Früherkennung (Screening)-Untersuchungen:






1. Die Zielkrankheit ist ein bedeutendes Gesundheitsproblem in der Bevölkerung.
2. Es sollte eine akzeptierte Therapie für diese Krankheit bestehen.
3. Einrichtungen für Diagnose und Therapie sollten vorhanden sein.
4. Es sollte eine erkennbare asymptomatische oder nur wenig symptomatische Phasen der Erkrankung vorhanden sein.
5. Es sollte geeignete Untersuchungstechniken zur Verfügung stehen.
6. Der Screening-Test sollte von der Bevölkerung akzeptiert sein.
7. Der natürliche Verlauf der Erkrankung sollte verstanden sein.
8. Es sollte allgemeine Übereinkunft bestehen, welche Patienten behandelt werden sollen.
9. Die Screening-Kosten sollten in einem ökonomisch ausgewogenen Verhältnis zu den Gesundheitskosten insgesamt stehen.
10. Die Identifikation von Merkmalsträgern sollte ein kontinuierlicher Prozess sein. [8], [9]

Anhand dieser Empfehlungen und den Bedingungen der WHO lässt sich erkennen, dass für die viele Tumorarten Früherkennungsuntersuchungen wenig effektiv sind [10], [11], [12]. Eine Gegenüberstellung der Kriterien der WHO mit dem Prostatakarzinom, wie in Tabelle 3 dargestellt, zeigt diese Problematik auf.

---

<sup>1</sup> Gibt die Anzahl an, der zu screenenden Personen, um 1 Leben zu retten.

**Tabelle 3 Modifizierte Kriterien der Weltgesundheitsorganisation für Screeninguntersuchungen am Beispiel Prostatakrebs. [12]**

Kriterium	Prostatakarzinom (PK)	
Die Krankheit muss epidemiologisch bedeutend sein	Das PK ist mit ca. 22% (ca. 50.000 Männer) in Deutschland die häufigste diagnostizierte Krebserkrankung des Mannes. Es versterben jährlich ca. 12.000 Männer (ca. 3% aller Todesfälle bei Männern), meist im hohen Alter.	
Die Krankheit muss einen signifikanten Einfluss auf Lebensqualität und Lebenszeit haben	Das PK kann durch lokale Symptome und Metastasen schwere Schmerzen verursachen und zum Tode führen. Das PK wächst sehr langsam und bleibt bei den meisten Männern symptomlos.	
Es muss ein effektiver und akzeptabler Test zur Verfügung stehen	Der PSA-Test hat eine gute Sensitivität (ca. 93%) aber eine geringe Spezifität (ca. 60%) und führt zur Überdiagnostik.	
Es muss ein asymptomatisches Stadium geben und die Früherkennung muss einen signifikanten Vorteil haben	Die Behandlung im Frühstadium führt meist zur Heilung. Viele Männer profitieren von der Behandlung nicht. Alle Therapieoptionen haben eine hohe Nebenwirkungsrate.	
Die Behandlung in der asymptomatischen Phase muss der Behandlung der symptomatischen Phase überlegen sein	Bisher können Männer, die von einer Therapie profitieren, nicht sicher ausgesucht werden.	

Eine weitere Problematik der KFU ist, dass in den meisten über 60-Jährigen Menschen langsame und stumme Tumore heranwachsen. Diese verborgenen Tumore stellen aber nie ein Problem dar, weil diese Menschen etwa an anderen Krankheiten sterben, noch bevor der Tumor sich bemerkbar macht. In der Fachliteratur wird dieses Phänomen als „overdiagnosis bias“ bezeichnet [2]. Beispielsweise das Prostatakarzinom, Autopsie-Studien zeigen, dass die Hälfte aller Männer über dem 80zigsten Lebensjahr bereits einen kleinen Tumor in ihrer Prostata trägt, der meistens harmlos bleibt [10], [11], [12], [13]. Zusätzlich kann eine systematische Verzerrung und Fehlinterpretation der Ergebnisse, eine erhöhte Wirksamkeit von KFU vortäuschen, als diese tatsächlich erzielen, beispielsweise durch den Lead-time bias und den Length-time bias. [11], [13], [14] Die genannten Phänomene werden kurz dargestellt.

**Lead-time bias**

Bei Tumoren, die bei einer KFU entdeckt werden, ist die Überlebenszeit (Zeitraum zwischen Diagnose und Tod) durch die Vorverlagerung des Diagnosezeitpunktes scheinbar verlängert, wenn der Verlauf der Erkrankung durch die frühere Behandlung nicht beeinflusst wird. In Abbildung 3 ist der Lead-time bias grafisch dargestellt. [11], [15], [13]

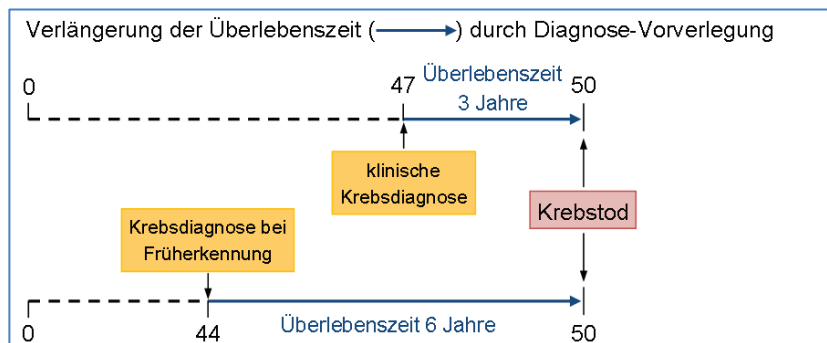


Abbildung 3 Lead-time bias (Quelle: [2])

### Length-time bias

In regelmäßigen Abständen, über mehrere Jahre, werden KFU durchgeführt. Mit einer größeren Wahrscheinlichkeit werden langsam wachsende Tumore eher erkannt, als aggressive und schneller wachsende Tumore. In Abbildung 4 wird das Phänomen des length-time bias dargestellt. [11], [15], [13]

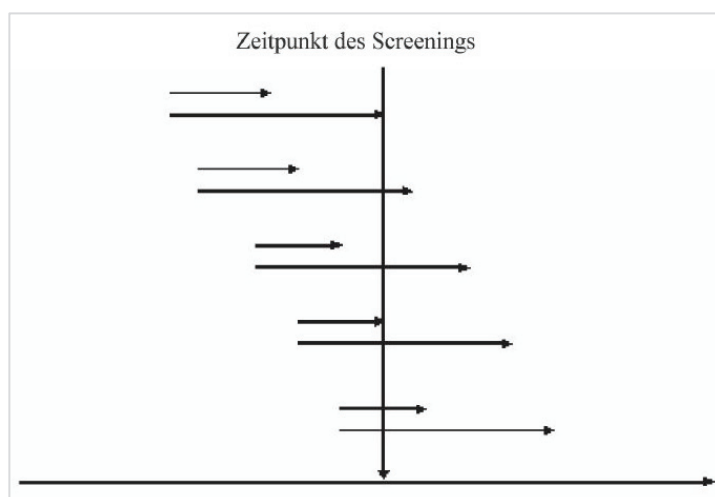


Abbildung 4 Length-time bias (Quelle: [13])

# 1 Fragestellung

Ziel ist es zu untersuchen, welche Erfahrungen Menschen im hohen Alter mit KFU in ihrem bisherigen Leben gemacht haben und welche Erwartung sie mit ihrer Teilnahme verbinden?

## 2 Methode

### 2.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine qualitative Studie, wobei die Datenbasis 21 leitfadengestützte Interviews mit Menschen im hohen Alter bilden. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen des Forschungsprojektes „Krebsfrüherkennung im hohen Alter – Inanspruchnahme und Einstellungen“, welches an der Abteilung Allgemeinmedizin, des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald durchgeführt wird. Alle Erhebungen erfolgten im Landkreis Vorpommern Greifswald und erstreckten sich in dem Zeitraum von August 2012 bis Oktober 2012. Es wurden insgesamt 127 Interviewpartner/innen zu ihrer Inanspruchnahme und zu ihren Einstellungen in Bezug auf KFU befragt. Bei dem benannten Forschungsprojekt wurde sich für das Studiendesign einer Mixed-Methods Studie entschieden, das heißt, die Studie ist eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Die erhobenen quantitativen Daten, der 21 Interviewpartner/-innen werden ergänzend ausgewertet. Um eine Nachvollziehbarkeit sicherzustellen orientiert sich die Beschreibung von Durchführung und Auswertung an den aktuellen Empfehlungen Publikation qualitativer Studien Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) [16].

### 2.2 Rekrutierung der Interviewpartner/-innen

Die Interviewpartner/innen wurden aus einer zufälligen Ziehung einer stratifizierten Stichprobe<sup>2</sup> von 1566 Personen über das Einwohnermelderegister in Schwerin ermittelt. Bei der stratifizierten Stichprobe wurde die Zielpopulation (Gesamtpopulation N=45963<sup>3</sup>) in nicht überlappende Straten unterteilt.

- Meldestatus = aktiv
- Wohnungsart = Hauptwohnsitz
- Region = Landkreis Vorpommern Greifswald
- Altersklasse = inklusive 69- inklusive 89 Jahre zum 1.8.2012
- Geschlechtsklassen

---

<sup>2</sup> Bei dieser Stichprobentechnik wird die Population in Gruppen aus Elementen mit gleichen Merkmalen aufgeteilt. Diese Merkmale oder Gruppen werden Schichten oder Strata genannt (eine einzelne Gruppe ist eine Schicht oder ein Stratum). Es können innerhalb jeder Schicht eine einfache Zufallsauswahl durchgeführt werden, womit sichergestellt wird, dass jede Gruppe in der Gesamtstichprobe vertreten ist. Hierzu wird geklärt, welchen Anteil die einzelnen Gruppen an der Gesamtpopulation haben, demzufolge wird eine entsprechende Anzahl der Elemente gezogen. [37]

<sup>3</sup> Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, [http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM\\_prod/STAM/de/bhf/Veroeffentlichungen/index.jsp?para=e-BiboInterTh01&linkid=020106&head=0201](http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Veroeffentlichungen/index.jsp?para=e-BiboInterTh01&linkid=020106&head=0201) (Stand 04.03.2013)

Aus diesen Straten wurden unabhängig voneinander Zufallsstichproben gezogen. Die Stratifizierung fand auf zwei Sampling-Stufen statt. In der ersten Stufe wurde die Studienregion Landkreis Vorpommern Greifswald nach den Postleitzahlen 17489, 17491, 17493, 17498 unterteilt. Innerhalb der Postleitzahlregionen erfolgte auf der zweiten Sampling-Stufe eine weitere Stratifizierung in 38, in sich homogenen Straten, nach Altersgruppen und Geschlecht. In der zweiten Sampling-Stufe stellte sich heraus, dass in der Altersgruppe 80-89, die Anzahl der zu ziehenden Probanden überschritten wurde. Auf Grund dessen wurde in dieser Altersgruppe eine Gesamterhebung durchgeführt. Von den insgesamt 1566 ermittelten Probanden wurden insgesamt 630 Menschen, per Post eingeladen an dem Forschungsprojekt teilzunehmen. In einem Anschreiben, wurde die Studie kurz vorgestellt. Des Weiteren lag dem Anschreiben eine vorgefertigte Rückantwort bei, die per vorfrankiertem Rückumschlag kostenfrei zurückgesandt werden konnte. Auf der Rückantwort hatten die angeschriebenen Personen folgende Auswahlmöglichkeiten:

Ich habe Ihr Anschreiben gelesen und

- möchte an der Studie teilnehmen.
- möchte weitere Informationen über die Studie erhalten.
- möchte nicht an der Studie teilnehmen und möchte nicht weiter von Ihnen kontaktiert werden.

Des Weiteren konnten interessierte Personen ihre Kontaktdaten hinterlassen.

Bitte melden Sie sich bei mir, sodass ich mit Ihnen einen Interviewtermin vereinbaren oder weitere Informationen über die Studie erhalten kann.

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Am besten können Sie mich zu folgenden Uhrzeiten erreichen:

Mit den potenziellen Interviewpartnern/innen, die sich zurückmeldeten, wurde telefonisch ein Termin für das Interview vereinbart. Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme waren eine Demenzerkrankung und/oder Tumorerkrankungen in der eigenen Vorgeschichte, welche durch Selbstauskunft der Interviewpartner/innen ermittelt wurden. Bei der ersten Kontaktaufnahme, erfolgte zusätzlich der Demenztest *Six-Item Screener* nach Callahan [17]. Bei diesem Test müssen die Interviewpartner/-innen Angaben zur zeitlichen Orientierung machen und eine Wortfolge von drei Wörtern wiedergeben [17].

Für die Studie wurden folgende Fragen herausgearbeitet:

- Können Sie mir bitte den heutigen Wochentag, den Monat und das Jahr nennen?
- Ich werde Ihnen drei Begriffe nennen, die Sie mir bitte in der genannten Reihenfolge wiedergeben. Die Begriffe lauten: Auto, Blume, Kerze (Sollten nicht alle drei Begriffe genannt werden, kann die Frage bis zu sechsmal wiederholt werden.)

Ziel der Rekrutierung war es, mindestens 120 Interviewpartner/innen in die Studie einzubeziehen. In Tabelle 4 sind die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnehmer/innen zusammengefasst dargestellt.

**Tabelle 4 Zusammenfassung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie**

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
⇒ Alter > 69 Jahre	⇒ Tumorerkrankungen in der eigenen Vorgeschichte
⇒ Erstwohnsitz im Landkreis Vorpommern-Greifswald	⇒ Demenzerkrankung

Eine Rückmeldung von den insgesamt 630 potenziellen Interviewpartnern/innen erfolgte von 259 Personen, von denen 124 positiv und 135 negativ waren. Von den 135 negativen Rückmeldungen, stellten sich 6 Partner der Angeschriebenen für die Teilnahme zur Verfügung. Im Rahmen der Terminvergabe stellten sich die Partner von 18 Interviewpartnern/innen ebenfalls für die Studie zur Verfügung. Im Laufe der Erhebung sind 21 Personen ausgeschieden, siehe Abbildung 5. Somit standen 127 Interviewpartner/innen für die Datenerhebung zur Verfügung. Von 6 Interviewpartnern/innen konnten die Datensätze nicht in Betracht gezogen werden, da diese an Demenz oder aber an Krebs erkrankt waren. In Abbildung 5 ist der Rekrutierungsverlauf schematisch dargestellt.

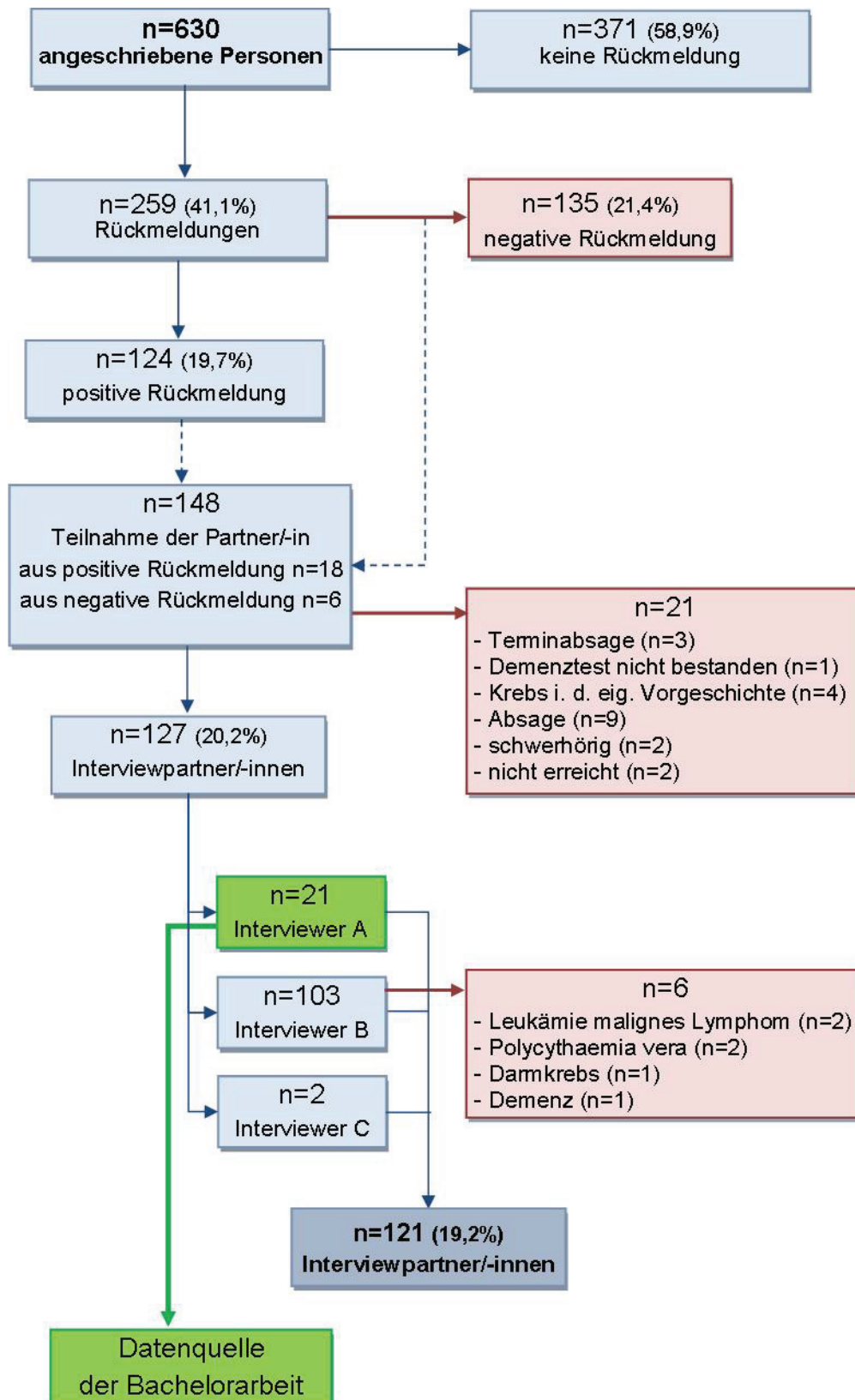


Abbildung 5 Rekrutierungsverlauf



## 2.3 Messinstrumente

### 2.3.1 Fragebogen

Als Model für den Fragebogen wurde eine amerikanische Studie von Carmen L. Lewis [18] gewählt, die sich mit KFU bei über 70-Jährigen auseinandersetzte. Der dort verwendete Fragebogen wurde ins Deutsche übersetzt. Zusätzlich wurden an das deutsche Gesundheitssystem angepasste Fragen zur Inanspruchnahme von KFU gestellt. In Tabelle 5 ist der Aufbau des Fragebogens abgebildet.

**Tabelle 5 Aufbau des Fragebogens**

Teil	Fragebogenteil	Items	Fragennummer	Referenz
1	Soziodemografische Daten	7	1.a 1-7	Orientiert am Bundesgesundheitsurvey
	Komorbidität	1	1.b 1	Charlson-Comorbidity-Index [19]
	Inanspruchnahme von KFU	4	1.c 1-4	selbst entwickelt.
2	Entscheidungsfindung bezüglich KFU	5	2. 1-5	Übersetzt nach Lewis [18]
3	Einstellungen zu KFU persönlich	9	3. 1-9	Übersetzt nach Lewis [18]
4	KFU im Allgemeinen	10	4. 1-10	Übersetzt nach Lewis [18]

Im ersten Teil des Fragebogens werden soziodemografische Daten erhoben, diese Fragen orientieren sich am Bundesgesundheitsurvey. Des Weiteren wird die Komorbidität<sup>4</sup> mit Hilfe eines modifizierten Scores des Charlson-Comorbidity-Index bestimmt und die bisherige Inanspruchnahme von KFU erfragt.

Der Charlson Comorbidity Index wird in Studien zur Erfassung der Komorbiditäten verwendet. Erfasst werden 19 Erkrankungen, denen jeweils ein relativer Risikofaktor zwischen 1 und 6 fest zugeordnet ist. Die relativen Risikofaktoren werden addiert, aus dieser Höhe der Summe ergibt sich eine Risikogruppe, mittels derer die Prognose des Patienten, in den nächsten 10 Jahren zu versterben, eingeschätzt werden kann. [19]

Der modifizierte Score des Charlson-Comorbidity-Index für die Studie ist in Tabelle 6 dargestellt.

---

<sup>4</sup> Als Komorbidität oder Begleiterkrankung werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet. Komorbiditäten können, müssen aber nicht, ursächlich mit der Grunderkrankung zusammenhängen.

**Tabelle 6 modifizierte Score des Charlson-Comorbidity-Index**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                          | <input type="checkbox"/> mäßig schwere und schwere Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Demenz                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung                         | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Weichteilerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung               | <input type="checkbox"/> Leukämie malignes Lymphom                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit Endorganschäden     | <input type="checkbox"/> metastasierter solider Tumor               |
| <input type="checkbox"/> mäßig schwere und schwere Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> AIDS                                       |

Punktzahl: 

--	--	--

Im zweiten Teil des Fragebogens, werden Fragen zu bedeutenden Gesichtspunkten der Entscheidungsfindung für oder gegen eine KFU gestellt. Im dritten Teil des Fragebogens, werden die Einstellungen zu der persönlichen KFU der Interviewpartner/innen erfasst und im vierten Teil wird abschließend die Einstellung zu KFU bezogen auf die Allgemeinheit erhoben. Die Antwortmöglichkeiten sind vorgegeben, zum einen skaliert, mit der Likert-Skala und zum anderen unskaliert, durch Einfach- oder Mehrfachauswahl. [18]

Die Likert-Skala [20] ist ein Skalierungsverfahren zur Messung der Einstellung, basierend auf Rating-Skalen<sup>5</sup> und beinhaltet die Vorgabe abgestufter Antwortkategorien. Diese werden so formuliert, dass sie im allgemeinen Sprachverständnis eine möglichst gleiche Abstufung darstellt. Die Anzahl der Stufen steht nicht fest, doch werden in der Regel zwischen fünf und sieben Antwortvorgaben je Frage gewählt. [21] Im Rahmen der Studie wurden zwei fünfstufige Likert-Skalen gewählt, siehe Tabelle 7.

**Tabelle 7 Likert-Skalen**

trifft zu	trifft eher zu	weder noch	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
stimme stark zu	stimme zu	teils teils	lehne ab	lehne stark ab

### 2.3.2 Leitfragen

Die Leitfragen wurden auf Basis der Studienfrage innerhalb der Projektgruppe selbst entwickelt. Die Projektgruppe setzte sich aus einem Professor der Allgemeinmedizin, einer Medizinstudenten und einer Studentin des Faches Gesundheitswissenschaften zusammen. Unterstützt wurde die Entwicklung durch

<sup>5</sup> Schätz-Skalen

eine Professorin mit dem Schwerpunkt Pädagogik und qualitative Sozialforschung in Gesundheit und Pflege.

Für das leitfadengestützte Interview wurde der nachfolgende Ablauf erarbeitet:

Wir möchten mit Ihnen gerne über Ihre Erfahrungen mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sprechen. Dazu werden wir Ihnen einige Fragen stellen, die Sie bitte aus Ihrer Sicht beantworten sollen. Wir möchten nochmal darauf hinweisen, dass dieses Gespräch für Auswertungszwecke mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wird.

Zunächst möchte ich Sie fragen, ob Sie mir bitte erzählen können, welche Erfahrungen Sie mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchung), in Ihrem bisherigem Leben gemacht haben.

*wenn teilgenommen:*

Können Sie mir dazu noch etwas mehr sagen, wie sind Sie dazu gekommen, an diesen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen?

Welche Erwartungen verbinden Sie mit der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?

*wenn nicht teilgenommen:*

Sie haben mir erzählt, dass Sie noch nie an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, mögen Sie mir dazu noch etwas mehr erzählen, wie es dazu gekommen ist,

Haben Sie eine Idee dazu, was Sie bewegt hätte, an diesen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen?

Eine Pilotierung der Leitfragen und des Fragebogens erfolgt mit fünf Personen über 70 Jahren in einer Hausarztpraxis.

## **2.4 Datenerhebung**

Auf Grund der befragten Altersgruppe wurde sich im Rahmen der Studienentwicklung für eine mündliche (Face to Face) Erhebung entschieden. Im Vorfeld der Erhebung wurde ein Termin mit den Interviewpartnern/-innen vereinbart.

Bei der Terminvereinbarung teilten einzelne Interviewpartnern/-innen mit, dass deren Partner/innen gern an der Studie teilnehmen wollten, was kein Problem darstellte. Die Interviews wurden zum einen in den Häuslichkeiten der Interviewpartner/innen und zum anderen in der Abteilung Allgemeinmedizin des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald durchgeführt. Während des Interviews waren nur die Interviewerin und der/die Interviewpartner/-in in den Räumlichkeiten. Bei einem Interview war die Partnerin, auf Wunsch des Interviewpartners, mit in der Räumlichkeit anwesend. Die Interviews wurden von einer Medizinstudentin, einer Studentin des Faches Gesundheitswissenschaften und einer Psychologin durchgeführt. Vor der Befragung setzten sich die Interviewerinnen mit dem Thema der KFU und der Durchführung von leitfadengestützten Interviews auseinander.

Der Ablauf der Erhebung erfolgte in fünf Phasen.

1. Phase: - Vorstellen der Interviewer  
- offene Fragen besprechen und klären  
- Unterzeichnung der Einverständniserklärung durch den/die Interviewpartner/in
2. Phase: - Durchführung des leitfadengestützten Interviews
3. Phase: - Erhebung des standardisierten Fragebogens
4. Phase: - Verabschiedung
5. Phase: - Schreiben eines Feldmemos

Die Interviewdauer bei den leitfadengestützten Interviews lag zwischen 1 Minute und 29 Sekunden und 17 Minuten und 35 Sekunden, wobei die durchschnittliche Interviewdauer 4 Minuten und 14 Sekunden betrug.

Die nachfolgende Zusammenfassung stellt die wichtigsten Punkte dar, die bei der Durchführung von leitfadengestützten Interviews zu beachten sind:

„Die Situation qualitativer Interviews kann summarisch und knapp wie folgt charakterisiert werden:

- Der zu Interviewende ist über *Sinn, Zweck und Gegenstand des Interviews aufzuklären*, ohne jedoch damit eine Prädetermination des inhaltlichen Verlaufs des Gesprächs zu provozieren.
- Absolute Vertraulichkeit und Anonymität sind zuzusichern.
- Das Sprachniveau und –vermögen des Befragten sind entscheidend: wissenschaftliche Terminologie ist zu vermeiden. *Der Interviewer passt sich an das alltägliche Sprachniveau des Befragten an.*

- Obgleich das Interview in einer *dem Alltag ähnlichen Situation* stattfinden soll, hat der Interviewer stets zu bedenken, dass es eben doch eine spezifische und relativ unübliche Situation ist, weil die *Asymmetrie zwischen den Interviewpartnern* nicht grundsätzlich aufgehoben ist.
- Auch der Ort des Interviews sollte die Lebensnähe des Interviews unterstützen und in einer dem Befragten natürlich und bekannt erscheinenden Umgebung liegen.
- Der Interviewer verhält sich interessiert-zurückhaltend und schafft eine sanktionsfreie Situation. In manchen Fällen sind solidarische Gesten hilfreich.
- Die Gestaltung des inhaltlichen Interviewverlaufs liegt nach den methodologischen Prinzipien dominant in den Händen des Befragten; seine Relevanzsysteme strukturieren Gegenstands und Ablauf.
- Alles Bemühen des Interviewers muss darauf gerichtet sein, die Asymmetrie in der Erhebungssituation durch Annäherung an die Alltäglichkeit tendenziell zu kompensieren.“ [22]

## **2.5 Auswertung**

### **2.5.1 Qualitative Auswertung**

Die durchgeführten Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und nach den Regeln von Kuckartz [23] transkribiert und pseudonymisiert. Die Transkription erfolgte mit der Software F4. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang A einzusehen. Transkripte sind nötig, um das flüchtige Gesprächsverhalten für wissenschaftliche Analysen auf dem Papier dauerhaft verfügbar zu machen [24]. Die Analyse des vorliegenden Datenmaterials erfolgte angelehnt nach der Grounded Theory [25]. Die Kodierung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA. Die Grounded Theory als gegenstandsbezogene theorieentwickelnde Methode, umfasst die systematische Entwicklung von Codes um Theorien aus den Daten heraus zu generieren und stellt somit ein induktives Verfahren dar. Mit dieser Methode soll das Phänomen KFU tiefergehend beleuchtet werden um unbekannte Erkenntnisse zu erfassen und zu beschreiben. Die analytischen Verfahren sind zum einen konzipiert worden, um für Gegenstandsverankerung (grounding) zu sorgen; Dichte, Sensibilität und Integration zu entwickeln, die benötigt werden, um eine dichte, eng geflochtene, erklärungsreiche Theorie zu generieren, die sich der Realität, die sie repräsentiert, so weit wie möglich annähert. [25] Das Datenmaterial wird ausgewertet, in dem einzelne Aussagen oder Begriffe kodiert und zusammengefasst werden um nachfolgend gemeinsame Kategorien zu bilden. Eine größtmögliche Offenheit der forschenden Personen ist von großer Bedeutung. Offenheit bezüglich des theoretischen Konzepts, Offenheit gegenüber den untersuchten Personen (der Forscher erklärt ihnen den Sinn und Zweck der Untersuchung) und Offenheit in der Erhebungssituation (Flexibilität in der Wahl der Erhebungstechniken und in der Gestaltung der Erhebungssituation). [25], [26]

#### **Kodierverfahren nach der Grounded Theory [25], [26]**

Kodieren stellt die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Codes werden grundsätzlich erst im Verlauf des Analyseprozesses gebildet und im Prozess der Auswertung nach und nach verfeinert und erweitert. Es wird in drei Haupttypen des Kodierens unterschieden: offenes, axiales und selektives Kodieren. Strauss und Corbin unterstreichen, dass die Grenzen zwischen den verschiedenen Kodiertypen künstlich sind. Das heißt, dass der Kodierprozess nicht notwendigerweise in einer Folge stattfinden muss, sondern es kann sich zwischen den Formen des Kodierens hin und her bewegt werden, insbesondere bei dem offenen und axialen Kodieren. [25] Beginnend mit dem offenen Kodieren, durch das neue theoretische Konzepte

entdeckt und benannt werden sollen, wird in der weiteren Auswertung des Kodierens zunehmend gezielter, und zwar hinsichtlich der Beziehungen zwischen den Konzepten (Axiales Kodieren) und der Zentrierung auf eine Kernkategorie (Selektives Kodieren) analysiert. [26], [25], [27], [28], [29]

*Offenes Kodieren:*

Begonnen wird mit einer sorgfältigen Betrachtung der Daten, mit dem Ziel Phänomene (der Wirklichkeit) zu erfassen und zu kategorisieren. Das Datenmaterial wird aufgebrochen mit dem Ziel eine begriffliche Einteilung vieler Facetten des untersuchenden Materials in Form von Konzepten und Kategorien zu entwickeln. Passagen eines Textes in ihre einzelnen Bedeutungsabschnitte unterteilen und diese wiederum in ihre jeweiligen Kontexte. Eine Übersicht verschaffen über das vorliegende Datenmaterial (Dokumente, Beobachtungen, Interviews, etc.). Der Text wird auf das Forschungsziel hin abgetastet und durch wiederholte Vergleiche (Komparation) die Sinneinheiten (Indikatoren) identifiziert. Im Verlauf der Analyse werden immer wieder Vergleiche von Ereignis zu Ereignis vollzogen, so dass ähnliche Phänomene denselben Namen erhalten. Das Verfahren des ständigen Vergleichs: *„Während Sie ein Vorkommnis für eine Kategorie kodieren, vergleichen Sie es mit vorhergehenden Vorkommnissen in derselben wie auch in anderen Gruppen, die zu der gleichen Kategorie kodiert werde.“* [26] Überlegungen zur Aufteilung des Textes oder Vermutungen zum Inhalt und Aufbau des Textes werden in Memos festgehalten. [26], [25], [27], [28]

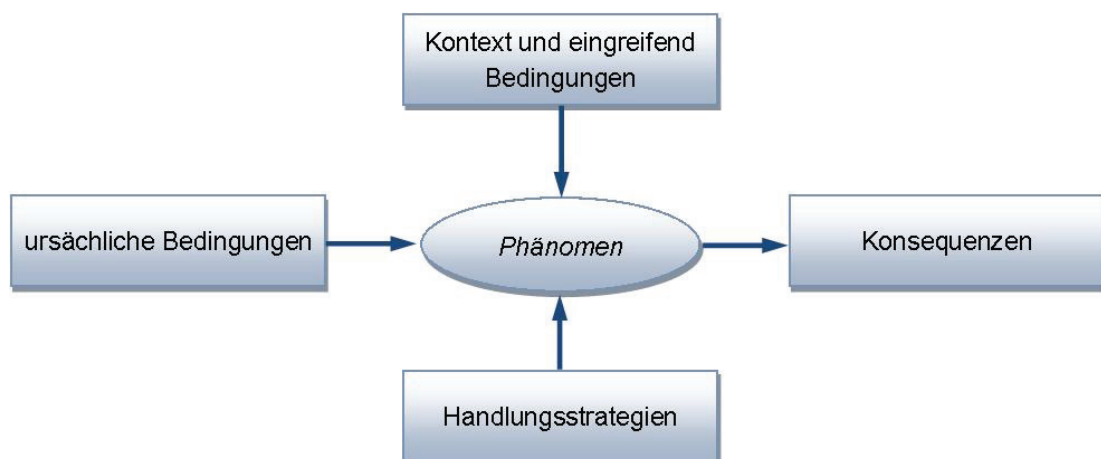
Sinneinheiten der Akteure können durch W-Fragen identifiziert werden, wie sie in Tabelle 8 aufgeführt sind. [30]

**Tabelle 8 W-Fragen zum offenen Kodieren**

<i>Was</i>	Um welche Phänomene geht es?
<i>Wer</i>	Welche Akteure sind beteiligt? Welche Rolle nehmen sie ein bzw. werden ihnen zugewiesen?
<i>Wie</i>	Welche Aspekte des Phänomens werden behandelt und welche werden ausgespart?
<i>Wann</i> <i>Wie lange</i> <i>Wo</i>	Welche Bedeutung kommt der raum-zeitlichen Dimension zu (biographisch oder für eine einzelne Handlung)?
<i>Wieviel</i> <i>Wie stark</i>	Intensitätsaspekte
<i>Warum</i>	Welche Begründungen werden angegeben bzw. sind erschließbar?
<i>Womit</i>	Welche Strategien, Taktiken und Mittel werden verwendet zum Erreichen des Ziels?
<i>Wozu</i>	Welche Konsequenzen werden antizipiert oder wahrgenommen?

### *Axiales Kodieren*

Beim axialen Kodieren, werden logische und inhaltliche Beziehungen zwischen den Kategorien genauer untersucht und nach Möglichkeit wird eine hierarchische Anordnung der Kategorien vorgenommen. Es werden einzelne Kategorien stärker fokussiert und ausgearbeitet, hierbei soll die Differenzierung ausgewählter Aspekte des Untersuchungsphänomens erzielt werden. Es sollen die Eigenschaften des Untersuchungsgegenstands genauer herausgearbeitet werden, die sprachlichen und handlungspraktischen Indikatoren bleiben vorerst im Hintergrund, gemäß 'grounded' = gegenstandsbezogen. Der Blick richtet sich unmittelbar auf die Sinn- und Situationsstrukturen der betrachteten sozialen Welt, anhand von 'Kodierparadigmas' wird ermöglicht den Kategorien das materiale Phänomen leichter zu erkennen, zu zuordnen, zu vergleichen und zu durchdringen. Kodierparadigmas dienen dazu, die aus dem Datenmaterial gewonnenen Phänomene in Bezug auf Ursachen, Kontext, Bedingungen, Strategien und Konsequenzen zu ordnen [29]. In Abbildung 6 ist das Kodierparadigma grafisch dargestellt. [26], [25], [27], [28]



**Abbildung 6 Kodierparadigma (Quelle: [25], [30])**

### *Selektives Kodieren*

Ist der Prozess, des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen. [25]

### **Kodierprozess am vorliegenden Datenmaterial**

Alle transkribierten Interviews (n=21) wurden in die Software MAXQDA eingebunden. Die vorliegenden Interviews wurden Zeile für Zeile analysiert und mit

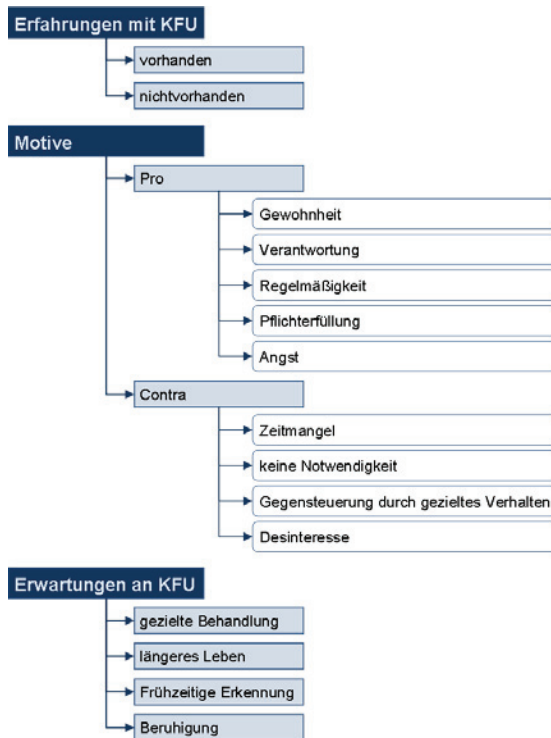


Kodes versehen, dabei fanden die W-Fragen eine große Berücksichtigung. Um den Verlauf dieses Prozesses zu dokumentieren, wurden Kodememos geschrieben. Diese Kodememos beinhalteten Angaben, wann dieser Code vergeben wird, also welche Eigenschaften er hat und wenn möglich, welche Dimension dieser einnimmt. Nachdem die ersten drei Interviews offen kodiert waren, wurden diese im Rahmen der Forschungsgruppe die kodierten Interviews vorgestellt und es wurde über die Kodierung gesprochen, neue Kodes wurden mit einbezogen und andere wieder verworfen. Um die entstanden Kodes zu strukturieren habe ich im Laufe des Kodierprozesses einzelne Kodes, welche einen gleichen Sinngehalt vorwiesen, zu Kategorien zusammengefasst. Bei Kategorien, die einem eindeutigen Oberbegriff zu zuordnen waren, sind als Subkategorien definiert worden. Am Ende des Kodierprozesses entstand der im Anhang B dargestellte Kodierbaum.

Da ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit nicht alle Kategorien und Kodes auswerten kann, habe ich mich auf die Kategorien Erfahrungen, Erwartungen und Motive zu konzentrieren, welche auch die Fragestellung widerspiegeln, in Abbildung 7 (S. 20) ist der Kodierbaum dargestellt.

Im nächsten Schritt der Auswertung, habe ich mir die Kategorien Erfahrungen, Erwartungen und Motive im Programm MAXQDA mit den zugeordneten Textstellen exportiert um eine verfeinernde Analyse vorzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Auswertung in einem zirkulären Prozess verlief. Der Wechsel von der detaillierten Analyse einzelner Interviews / Interviewabschnitte bis hin zu einer generalisierenden und abstrahierenden Betrachtung des Ganzen aus der Distanz, bei der alle Interviews und die Fragestellung mit einbezogen wurden. Durch die textanalytische Bearbeitung ausgewählter Interviewpassagen, wurde eine Tiefenschärfe gewonnen. Auf Basis des permanenten Vergleichs, wurde der Kodierbaum immer wieder überprüft und verändert. Kodes wurden zusammengelegt, herausgenommen oder neu hinzugefügt. Insgesamt entstanden abschließend 344 Kodes, 67 Kategorien und 58 Memos.



**Abbildung 7 Kodierbaum**

### 2.5.2 Quantitative Auswertung

Zur quantitativen Analyse der Daten kommen nur deskriptive statistisch Methoden zum Einsatz. Die Umsetzung erfolgte mit der Software SAS 9.3.

## **2.6 Ethik und Datenschutz**

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Greifswald genehmigt, eine Kopie des Ethikvotums befindet sich im Anhang C. Alle Teilnehmenden gaben zu Beginn ihr schriftliches Einverständnis für die Aufzeichnung und pseudonymisierte Auswertung der Interviews.

Eine Genehmigung des Landesdatenschutzbeauftragten zur Stichprobenziehung lag vor.

Die erhobenen pseudonymisierten Daten werden ausschließlich für die wissenschaftliche Auswertung genutzt. Der Zugang zu den nicht pseudonymisierten Daten ist auf Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin beschränkt.

Sämtliche Mitarbeiter im Projekt unterliegen der Schweigepflicht.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Qualitative Ergebnisse

##### 3.1.1 Charakteristika der Interviewpartner/in

Von den 21 befragten Personen, sind 14 Männer (67%). Über die Hälfte der Personen (57%) war zum Zeitpunkt des Interviews zwischen dem 69 und 74 Lebensjahr und 16 Personen (76%) leben mit ihrem/ihrer Partner/in zusammen. Weitere Charakteristika können der Tabelle 10 entnommen werden.

**Tabelle 9 Charakteristika der Interviewpartner/in**

	gesamt (n = 21)	Prozent
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	7	33
Männlich	14	67
<b>Alter</b>		
69-74 Jahre	12	57
75-79 Jahre	5	24
80-84 Jahre	1	5
85-90 Jahre	3	14
<b>Aktuelle Wohnsituation</b>		
Mit der Familie lebend	2	10
Zusammen mit Partner/in	16	76
Allein lebend	3	14
<b>Höchste Schulbildung</b>		
Realschule / Polytechnische Oberschule	2	10
Hauptschule / Volksschule	10	48
Fachhochschulreife	3	14
Hochschulreife / Abitur / Erweiterte Oberschule	6	28
<b>Höchste Berufsausbildung</b>		
keine Berufsausbildung	2	10
Lehre (berufliche / betriebliche Ausbildung)	4	19
Fachhochschule	2	10
Fachschule (Meister / Techniker / Berufsakademie)	7	33
Universität / Hochschule	6	28

##### 3.1.2 Kontrastierende Fallanalyse

Nachfolgend werde ich zwei stark kontrastierende Interviewpartner gegenüberstellen, Herr A und Herr B. Beiden weisen sehr unterschiedliche Verhaltensweisen in Bezug auf die KFU auf.

Herr A ist männlich, 71 Jahre alt und nimmt regelmäßig an allen KFU teil. Auf die Frage, wie er zu den KFU gekommen ist, antwortete er:

*"Na ganz einfach (lacht) weil ich ein gesundheitsbewusster Mensch bin. Nicht, nur deshalb, also nicht das irgendeiner gesagt hat "Du musst das machen", sondern man ist ja interessiert, man (...) hört und sieht ja, was so los ist und (...) daraus versuche ich schon seit Jahren (...) das lass ich dann da machen, also machen lassen so rum." (Z. 20-23)*

Herr A hebt hervor, dass er sehr viel Wert auf seine Gesundheit legt und ein gesundheitsbewusster Mensch ist und die KFU aus eigenem Interesse wahrnimmt. Er lässt sich nicht, nach seinen eigenen Angaben, keine Vorschriften machen, sondern handelt aus eigenem Interesse. Dem Thema KFU ist er aufgeschlossen und weiß worauf er Anspruch hat, dieses wird deutlich nach der Frage, welche Erwartungen er mit der Teilnahme verbindet:

*"Naja, wie es der Name schon sagt (lacht) das zeitig genug erkannt wird für den Fall der Fälle und dann entsprechend (...) gehandelt werden kann. [...] Damit man noch ein paar Jahre erlebt." (Z. 32-37)*

Herr A geht davon aus, dass nach einem auffälligen Krebsbefund, eine gezielte medizinische Versorgung erfolgt. Seine Aussagen spiegeln ein Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem wieder.

Demgegenüber steht Herr B, er ist männlich, 70 Jahre alt und nimmt nicht an KFU teil. Nach seiner Aussage, hätte ihn nichts zu einer Teilnahme bewegt. Es bildet sich im Laufe des Interviews ein gewisses Desinteresse gegenüber der KFU wieder. Es scheint, als wenn er nach einiger Zeit resigniert hätte

*„[...] dann habe ich nachher auch nicht mehr die nicht mehr Interesse dafür gehabt, hab gesagt, irgendwann wird man krank und wird es festgestellt, ist es festgestellt, aber ansonsten habe ich dadurch keine Problem.“ (Z. 12)*

Zudem interpretiert Herr B die KFU mit einer vorliegenden Krebserkrankung, welches er durch die Aussage

*"[...] ich habe auch nirgendwo Krebs" (Z. 23)* veranschaulicht.

Seiner Meinung nach ist eine Kontaktaufnahme zu einem Arzt erst bei einer vorliegenden Krankheit nötig, also wenn gesundheitliche Probleme in den Vordergrund treten.

*"[...] ich hab gesagt weder man ist krank und geht hin und wenn man nicht krank ist. Warum soll man einen Arzt aufsuchen? Warum soll ich hingehen?" (Z. 62-63)*

und

*"[...] Also ich lebe so wie es normal ist, entweder ich hab ich bin krank, dann geh ich hin und wenn nicht dann (...) wars das" (Z. 71-72)*

Beide Interviewpartner sind von dem eigenem Handeln überzeugt und treffen für sich persönlich die richtige Entscheidung. In wie weit Herr B informiert ist über KFU konnte anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht erarbeitet werden.

### 3.1.3 Darstellung der Kategorien

Es konnten aus dem Datenmaterial drei Hauptkategorien zur Beantwortung der Fragestellung herausgearbeitet werden:

- Erfahrungen mit KFU
- Motive
- Erwartungen an KFU.

#### 3.1.3.1 Erfahrungen mit KFU

Die Kategorie *Erfahrungen mit KFU* beinhaltet Aussagen über die einzelnen Erfahrungen der Interviewpartner/innen mit KFU. Der Kategorie sind die Subkategorien *vorhanden* (die Interviewpartner/innen haben Erfahrungen mit KFU gemacht) und *nichtvorhanden* (die Interviewpartner/innen haben keine Erfahrungen mit KFU gemacht) untergeordnet.

##### vorhanden

Die Interviewpartner/innen zählen zu Beginn des Interviews die KFU auf, an denen sie teilgenommen haben, zudem benennen sie die Ärzte, bei welchem die KFU durchgeführt worden ist und zum Teil werden Krebsarten benannt, die nach Aussage der Interviewpartner/innen mit der KFU in Verbindung stehen. Nachfolgend sind Interviewpassagen von Frau C, Frau D und Herrn A exemplarisch aufgeführt, die dieses veranschaulichen.

**Frau C:** „Ja ich hab (..) bei der Frauenärztin, bei der Gynäkologin geh ich regelmäßig (..) alles andere eigentlich (..) was für die Krebsvorsorge ist, mach ich auch mit. (4) Ja hmm (...) Was soll ich noch dazu sagen? (lacht)“

**I:** „Eine Darmspiegelung“

**Frau C:** „Ja das habe ich alles und beim Hautarzt bin ich regelmäßig und (...) ja meine Hausärztin (..)“ (71 Jahre ,Z. 13-16)

**Frau D:** „Ich bin eigentliche nur gegangen (..) Früherkennung das ist also, bei der Frauenärztin war ich (.) da geht es ja um Unterleibskrebs (.) nee, Gebärmutterhalskrebs und dann war ich ähm (klopft leicht auf den Tisch)

sagen Sie schon (...)“

I: „Mammographie“

**Frau D:** „mhh ja Mammographie, dass ging glaube ich nur bis zum siebzigsten und dann das macht meine Frauenärztin eigentlich auch immer mit und dann war ich Darm, wegen Darmkrebs zur Vorsorge, da war ich auch. Das ist aber allerdings 5, 6 Jahre (..) (holt etwas tief Luft) her, aber das heißt ja alle 10 Jahre. Muss ich mal nachsehen, wann ich dann wieder gehen MÜSSTE. So das ist meine Früherkennung, mehr habe ich nicht gemacht.“  
(72 Jahre, Z. 8-16)

**Herr A:** „Na die üblichen für Männer, jedes Jahr einmal (.) beim Urologen. Voruntersuchung, Kontrolle Prostatakrebs. (..) Und dann (.) naja Darmspiegelung ja (.) die beiden Sachen vor allem.“

I: „Okay und Haut, haben Sie die Haut schon mal untersuchen lassen?“

**Herr A:** „Ja auch stimmt, hab ich vergessen. Ja das ist, ja die Hautuntersuchung, ja alle zwei Jahre ja. (..)Wie es (..) ärztlich oder wegs den Vorsorgeprogramm, das wird gemacht.“ (71 Jahre, Z. 5-9)

Zu den einzelnen Aufzählungen der KFU, schilderten Interviewpartner/innen ihre ganz persönlichen Erlebnisse mit den KFU. Beispielsweise Herr D, auch er zählt zu Beginn des Interviews die Prostatauntersuchung auf, an der er regelmäßig teilnimmt. Auf die Nachfrage, ob er an einer Darmspiegelung teilgenommen hat antwortete er:

„Da bin ich mal da gewesen und da wurde mir dann 5 Minuten vor diesem Termin ein Formular vorgelegt, was ich von 6 oder 8 Seiten (..) Da traten so viele Fragen auf, die für mich unklar waren und die mir Risiken in sich verbargen, als das vielleicht im Ergebnis nachher rauskommen sollte. Da hab ich gesagt, dass reicht mir nicht, dass ich jetzt 2 Minuten vor dieser Untersuchung dieses vorgelegt bekomme jetzt nicht wegen der Unterschrift, ich hätte das Schriftstück gern mit nach Hause gehabt, hätte mir das durchgelesen und dann entsprechend eine Entscheidung getroffen und dann bin ich gar nicht hingegangen, ich habe dann nur bei meinem Hausarzt den Stuhl untersuchen lassen, dar mit war denn auch Schluss.“ (75 Jahre, Z. 14-18)

In einem weiteren Abschnitt verdeutlicht Herr D seine Aussage zur Darmspiegelung:

*„Aber das ich mir das dann im Telegrammstil durchgelesen habe, habe ich gesagt, dass mach ich nicht mit, (..) dass birgt mir zu viele Risiken.“ (75 Jahre, Z. 29-30)*

Des Weiteren, war Herr D beim Hautarzt, auch hier war er von der Durchführung der KFU entsetzt und geht aufgrund von der gemachten Erfahrungen nicht mehr zu dieser Hautärztin.

*„Aber ich bin da jetzt seit geraumer Zeit nicht mehr hingegangen ich muss das hier jetzt einfach mal im lockeren Ton sagen (..) weil (..) mir dann mal (..) ein Leberfleck raus operiert wurde (.) und nachdem ich wieder hinkam und das Ergebnis haben wollte, erklärte mir die Ärztin, Sie sieht das schon so ob das (..) in Ordnung ist oder nicht. Also wissen Sie wer hat den Laseraugen? (...) Wenn ich zu einer Untersuchung gehe und was operiert wird, dann muss ich doch wenigstens ein vernünftiges Ergebnis haben. [...] zu so einer Ärztin werde ich nie wieder hingehen. Das ist zu lächerlich.“ (75 Jahre, Z. 34-43)*

Auch andere Interviewpartner sind mit der Durchführung der KFU sehr unzufrieden. Herr E sagte:

*„Ich gehe seit ca. 10 Jahren, 11 sind es wohl regelmäßig zu Urologen. (..) War auch einmal beim Hautarzt (.) wegen Hautkrebs(.)vorsorge.(.) Ja (.) das wäre es also zum Urologen gehe ich jährlich einmal ist meist nicht so erfreulich, weil die Wartezeiten (.) trotz Terminvereinbarung katastrophal sind (..) letztens habe ich über 4 Stunden gewartet (..) Also die ganze Geschichte, mit den Vorsorgeuntersuchungen die läuft nicht so recht (..) Dann gibt es ja dieses Bonusheft Verfahren (.) kennen Sie sicher auch. Dann gibt es teilweise Schwierigkeiten ob das unentgeltlich bestätigt wird oder nicht (.) also da müsste man mächtig aufräumen, bei dieser Unordnung. (..) Tja das hätte ich erst mal dazu zu sagen.“ (79 Jahre, Z. 5-13)*

Herr D ist zudem über die ungleichen Aussagen der Krankenkassen und der Mediziner, in Bezug auf KFU sehr entsetzt.

*„Bei Männern kennen Sie ja PSA alles umstritten, Krankenkassen schreiben das (..) die Mediziner erzählen das also eine Unordnung aus meiner Sicht“ (75 Jahre, Z. 29-30)*



### nicht vorhanden

Vier der Interviewpartner/innen äußerten, dass sie keine Erfahrungen mit KFU gemacht haben. Als exemplarisches Beispiel ist die Aussage von Herrn B aufzuführen.

*„Gar keine, weder noch irgendwie teilgenommen oder hingewiesen zum Arzt [...] ich gehe nur regelmäßig hin: Zahnarzt, Augenarzt“ (70 Jahre, Z. 2-4)*

Die Wortfolge „gar keine“ wird von allen Interviewpartnern für die Beantwortung der ersten Leitfrage verwendet.

### **3.1.3.2 Motive**

Diese Kategorie stellt Aussagen über die Motive, welche für oder gegen eine Teilnahme an KFU der Interviewpartner/innen sprechen dar. Innerhalb der Kategorie wurden die Subkategorien *Pro* und *Contra* vergeben. *Pro* bezieht sich auf Beweggründe, die der/die Interviewpartner/in nennt, die für die eigene Teilnahme an KFU sprechen und *Contra* bezieht sich auf Beweggründe, die der/die Interviewpartner/in nennt, die gegen die eigene Teilnahme an KFU sprechen.

#### Pro

Die Beweggründe der einzelnen Interviewpartner/innen an KFU teilzunehmen, variierten zwischen Gewohnheit, Verantwortung, Regelmäßigkeit, Pflichterfüllung und Angst.

#### *Gewohnheit*

Interviewpartner/innen machten Angaben, aus denen man schließen kann, dass die Teilnahme an KFU aus Gewohnheit heraus geschieht.

*„Das war schon zu DDR Zeiten muss ich sagen. Da sind wir vom Betrieb immer hin gegangen (..) und das hab ich immer weiter (...) alleine.“ (Frau A, 74 Jahre, Zeile 46-48)*

*„das war einfach so üblich und da war das so“ (Frau D, 72 Jahre, Z. 19)*

## *Verantwortung*

Die Subkategorie *Verantwortung* beinhaltet Dimensionen gegenüber der eigenen Person und gegenüber von anderen Personen.

### Dimension gegenüber der eigenen Person

Es wurden Angaben von den Interviewpartner/innen gemacht, die an einer KFU teilnehmen, aus einem Verantwortungsbewusstsein gegenüber der eigenen Person heraus.

*„Das man sich auch selbst, dass man auch selbst ein bisschen hinterher sein muss.“* (Frau B, 73 Jahre, Zeile 83-86)

*"also nicht das irgendeiner gesagt hat "Du musst das machen", sondern man ist ja interessiert"* (Herr A, 71 Jahre, Z. 20-23)

### Dimension gegenüber anderer Person

Interviewpartner/innen machten Aussagen darüber, dass die Teilnahme an einer KFU, aus einem Verantwortungsbewusstsein gegenüber anderen Personen heraus erfolgte.

*„(...) seit, nach der Geburt meines ersten Kindes, regelmäßig also ab 25 Jahr regelmäßig diese (..) Untersuchung beim Frauenarzt hab machen lassen.“* (Frau B, 73 Jahre, Zeile 11-12)

## *Regelmäßigkeit*

Aus den Interviews ist ersichtlich, dass, sofern eine KFU das erst mal durchgeführt wurden ist, gehen die Interviewpartner regelmäßig zur nächsten KFU.

*„Da kommt jetzt die nächste Untersuchung, die Prostatauntersuchung, praktisch alle 2 Jahre (..) und da ist auch schon wieder die Anmeldung da, so dass ich im Prinzip auf dem Laufendem bin.“* (Herr C, 72 Jahre, Zeile 14-15)

*„Ich gehe seit 20 Jahren zur Prostatavoruntersuchung“* (Herr D, 75 Jahre, Z. 6)

*„Ich gehe seit ca. 10 Jahren, 11 sind es wohl regelmäßig zu Urologen. (..) War auch einmal beim Hautarzt (..) wegen Hautkrebs(..)vorsorge.(..) Ja (..) das wäre es also zum Urologen gehe ich jährlich einmal“* (Herr E, 79 Jahre, Z. 5-6)

*„Darmspiegelung [...] das hab ich ja auch gemacht (..) also voriges Jahr, also hab ich schon (..) im Abstand immer so mal gemacht. Immer alle 5,6 oder 8 Jahre. (4) und bei der Hautärztin geh ich jedes Jahr einmal hin.“* (Herr F, 73 Jahre, Z. 15-16)

Bei Frauen hängt diese Regelmäßigkeit oft mit der Geburt des ersten Kindes zusammen, weil sie angeben danach regelmäßig zum/zur Frauenarzt/in zu gehen.

*„hab (..) 3 Kinder und nach den Kindern bin ich eigentlich sowieso regelmäßig zum Frauenarzt gegangen“* (Frau E, 73 Jahre, Z. 10-11)

*„bei der Frauenärztin, bei der Gynäkologin geh ich regelmäßig“* (Frau C, 71 Jahre, Z. 13-14)

Nach Aussagen von Interviewpartnern/innen werden diese an den nächsten Termin zur KFU erinnert:

*„da ist auch schon wieder die Anmeldung da, so dass ich im Prinzip auf dem Laufenden bin. (..) Ja“* (Herr C, 72 Jahre, Z. 17-18)

oder haben einen sogenannten Pass, wie beispielsweise Herr F:

*„dann hab ich jetzt son Pass gekriegt, dass ich alle Jahr einmal hinkommen soll zur Kontrolle.“* (Z. 21)

### *Pflichterfüllung*

Oftmals werden Angaben darüber gemacht, aus denen ersichtlich wird, dass eine Inanspruchnahme der KFU aus einer Pflichterfüllung heraus geschieht. Diese Pflichterfüllung wird zum einen von Familienmitgliedern, Bekannten, aber auch von Ärzten bei den Interviewpartnern/innen ausgelöst.

*„Also ich versuche, mein Leben so einzurichten das ich weiß was ist. Wenn was passiert dann passiert, dann kann ich es nicht ändern. Aber ich möchte nicht mir, oder anderen Vorwürfe machen (lacht) "Du hättest ja, Du hättest ja" nich, dass vielleicht als Antwort (..) darauf (..) und auch persönlich im Leben und man denkt dran an die Eltern, man denkt dran an Verwandtenkreis. Wer hat so was? Wie ist so was? Wie kämpft jeder?“* (Herr G, 77 Jahre, Z. 25-30)

*„Jetzt wiederrum äh seit dem ich in Greifswald war, wie heißt diese Brustuntersuchung skreping oder naja, so richtig aussprechen kann ich das immer nicht //I: Screening// äh hab ich mitgemacht, auch wieder auf Anordnung (räuspert und die Stimme geht stark hoch lachend) der Tochter*

*[...] ich habs gemacht, weil eigentlich äh, überall wo de bist und wenn de Senior bist hörst mach das. Vorsorge ist gut, wenn sie was feststellen kann man einem noch helfen und auch deswegen, nicht nur wegen der Tochter.“*  
(Frau F, 71 Jahre, Z. 11-21)

*„Naja durch unsere Hausärztin (.) hat sie mir damals gesagt, ich sollte mal zur Prostatauntersuchung gehen (..) Wenn man das Alter hat, sollte man das machen. (..) Und denn bin ich da hin gewesen“* (Herr F, 73 Jahre, Z. 18-19)

*„Medien einmal oder beziehungsweise auch über die die Hausärztin (..) nicht das (..) wir haben uns da kurzgeschlossen und Sie im Flur hat doch mal an dieser Untersuchungen teilzunehmen. Naja und das“*

*I: „Und dann haben Sie das gemacht?“*

*„Ja und dann hab ich das eben gemacht, ja.“* (Herr C, 72 Jahre, Z. 18-20)

### *Angst*

Ein weiteres Motiv für die Teilnahme an KFU, ist Angst, die durch Ereignisse aus der näheren Umgebung ausgelöst werden. Die nachfolgenden Zitate aus den Interviews Spiegel dieses wieder.

*„Darmkrebsvorsorge ja, (..) habe ich eben auch gedacht, dass müsste man mal machen, wenn man denn so Fälle kennt, Darmkrebserkrankungen, dann kriegt man schon son bisschen bedenken und denkt sich, es ist ja nicht so schwer da mal hin zugehen.“* (Frau D, 72 Jahre, Z. 20-22)

*„Auch ganz plötzlich und man fängt dann an ANGST ZU BEKOMMEN und sich dann untersuchen lassen mögen. Also auf jeden Fall ich nutze die medizinische Möglichkeit“* (Herr G, 77 Jahre, Z. 18-20)

*„diese Wort Krebs das schockt einen“* (Frau F, 71 Jahre, Z. 36)

*„und da spielt das Alter sicherlich auch eine Rolle und jetzt im zunehmenden Alter, macht man sich natürlich Gedanken, weil man auch (..) in den Medien sehr viel darüber hört (..) was der Krebs so anrichten kann und wie schnell er sich entwickelt und so weiter“* (Herr H, 75 Jahre, Z. 6-8)

### Contra

Vier der Interviewpartner/innen gaben an, dass sie *keine Notwendigkeit* in der KFU für sich persönlich sehen oder aus *Zeitmangel* nicht gegangen sind. Weitere Gründe waren *Desinteresse* an KFU und *Gegensteuerung durch gezieltes Verhalten*.

#### *Zeitmangel*

Durch *Zeitmangel*, wurde kein Kontakt zum Arzt / zur Ärztin von Seiten der Interviewpartner/innen gesucht. Andere Angelegenheiten standen im Leben der Interviewpartner/innen im Mittelpunkt, als KFU.

*„Einfach als erstes sage ich mal wenig Zeit gehabt, ich war selbstständig.“*  
(Herr B, 70 Jahre, Z. 17)

#### *Keine Notwendigkeit*

Einige Interviewpartner/innen sehen, auf die eigene Person bezogen, keine Notwendigkeit bei der Durchführung einer KFU. Sofern es den Interviewpartner/innen gesundheitlich gut geht und sie keine Symptome für eine Krankheit verspüren, besteht für diese Interviewpartner/innen kein Handlungsbedarf mit einem Arzt /einer Ärztin in Kontakt zu treten.

I: *„Haben Sie Ideen dazu, was Sie dazu bewegt hätte an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilzunehmen?“*

*„Nein gar nicht.“*

I: *„Garnichts?“*

*„mmh (verneinend)“*

I: *“Also wenn jetzt jemand zu Ihnen gekommen wäre und hätte gesagt“*

*„Hätte ich gesagt, "Was wollen Sie von mir? Ich fühle mich sehr gesund (.) mir geht es gut (.) Essen und Trinken schmeckt (..) und die Damenwelt liebe ich sehr!"* (Herr I, 90 Jahre, Z. 13-18)

*„Ja mir ging es immer gut, warum soll ich denn hingehen? (lacht) Ich war eigentlich (...) bis auf so Kleinigkeiten war ich eigentlich immer gesund und wozu muss ich dann zum Doktor gehen.“* (Frau G, 88 Jahre, Z. 18-19)

#### *Gegensteuerung durch gezieltes Verhalten*

Interviewpartnern/innen stellten dar, dass durch ihr eigenes Verhalten, durch Ernährung und Sport eine KFU nicht notwendig ist.

*„Ich habe mich eigentlich so sehr dafür nicht interessiert, bisher jedenfalls,*

*weil ich denke, mich daran gehalten habe, mich richtig gut zu ernähren, auch viel Sport zu treiben und so weiter. So dass das mehr oder weniger ausgeschaltet war.“ (Herr H, 75 Jahre, Z. 5-6)*

### *Desinteresse*

Einige Interviewpartner/innen interessieren sich für das Thema KFU nicht, weil es in ihrem Leben keine Bedeutung erhalten hat.

*„dann habe ich nachher auch nicht mehr die nicht mehr Interesse dafür gehabt, hab gesagt, irgendwann wird man krank und wird es festgestellt, ist es festgestellt, aber ansonsten habe ich dadurch keine Probleme.“ (Herr B, 73 Jahre, Z. 17-18)*

### **3.1.3.3 Erwartungen an KFU**

Die Aussagen der Interviewpartner/innen, über die Erwartungen an die KFU gleichen sich sehr. Die Interviewpartner/innen erwarten, dass es bei einem Krebsbefund, nach der KFU, eine gezielte Behandlung erfolgt und sie dadurch ein längeres Leben haben. Auch Erwartungen, wie eine frühzeitige Erkennung werden genannt. Alle Interviewpartner/innen sagen, dass sie nach einer unauffälligen KFU ein beruhigendes Gefühl haben, dass alles in Ordnung ist.

#### Gezielte Behandlung

*„Das da entsprechend (.) Facharzt (..) mir sagt, ob alles okay ist oder das er auch signalisiert, wenn er irgend (..) was im Vorfeld oder doch noch abklären müsste dann wäre ich auch bereit dazu beziehungsweise wenn es eben auch ungünstige Diagnosen sind, möchte ich schon das er mir die Wahrheit sagt und das ich dann einen Arzt erwische, der sich auch Zeit nimmt und dann noch mit mir die weitere Strategie zu bereden.“ (Frau E, 73 Jahre, Z. 17-19)*

#### Längeres Leben

*„das zeitig genug erkannt wird für den Fall der Fälle und dann entsprechend (..) gehandelt werden kann. Damit man noch ein paar Jahre erlebt.“ (Herr A, 71 Jahre, 17-19)*

*„Das ich länger lebe und länger gesundbleibe und möglichst NICHTS und wenn dann im im Anfangsstadium. Ja das eben noch Möglichkeiten der*

*Medizin dann (..) vielleicht das Leben verlängern und (..) in dieser Richtung Einwirkung haben. Das, mehr kann ich nicht mehr kann ich nicht tun (Stimme etwas hilflos) was komm kommt.“ (Herr G, 77 Jahre, Z. 50-54)*

### Frühzeitige Erkennung

*„Ich hoffe, wenn wirklich was sein sollte, dass das (..) zur rechten Zeit da bin und das da noch irgendwas unternommen werden kann und das SCHLIMMSTE zu verhindern. (..) Ja ist gut (ganz leise gesprochen). Das ein gutes Ergebnis da auskommt, das ist immer so.“ (Herr C, 72 Jahre, Z. 33-34)*

*„Und deswegen gehe ich hin, weil ich den denke NA wenn denn doch was ist (..) denn kriegt man das mit, so (..) ja“ (Frau D, 72 Jahre, Z. 51-52)*

### Beruhigung

*„Ich bin dann immer beruhigter muss ich sagen, wenn ich dahin gewesen bin und (atmet tief durch) gibt mir dann irgendwie noch wieder (atmet tief durch) naja BIN ZUFRIEDEN ES IST ALLES OKAY (..) ja mehr nicht“ (Frau A, 74 Jahre, Z. 57-59)*

*„Und wenn alles in Ordnung gewesen ist, freu ich mich ja auch, dass man da gewesen ist.“ (Herr F, 73 Jahre, Z. 33)*

*„Das bestätigt wird, dass nichts vorhanden ist“ (Herr J, 81 Jahre, Z. 19)*

*„Ja man hofft mit dem Stempel gesund (..) (lacht) enden (.) und das war ja bis jetzt immer der Fall“ (Frau E, 73 Jahre, Z. 21)*

### 3.2 Quantitative Ergebnisse

Da die quantitativen Ergebnisse nicht den Mittelpunkt der Arbeit darstellen, werden nachfolgend nicht alle Fragen abgebildet.

76 % der Interviewpartner/innen gaben an, dass sie wissen, worauf sie beider KFU Anspruch haben. 81 % sind überzeugt, dass Ärzte/Ärztinnen sicher sagen können, ob Menschen über 70 Jahren von KFU profitieren, 14 % konnten diese Frage nicht beantworten. 18 der 21 Interviewpartner/innen möchte mit dem Arzt / der Ärztin vorher besprechen, dass die Untersuchung auch zu einem Krebsverdacht führen kann, wenn gar kein Krebs vorliegt. 90 % gaben an, dass sie vor der KFU mit ihrem Arzt / ihrer Ärztin besprechen, ob sie noch teilnehmen möchten. 52 % der Interviewpartner/innen gaben bei der Frage „Ich werde nicht mehr lange genug leben, um von einer KFU zu profitieren.“ an, dass sie diese nicht beantworten können. Aus Sicht von 81 % der Interviewpartner/innen hat die KFU einen Nutzen. Die Antworten über die Frage, ob andere gesundheitliche Probleme im Alter wichtiger sind als KFU waren gemischt, 24 % stimmten dieser Aussage zu, 33 % antworteten teils teils, 19 % lehnten diese Aussage ab, 14 % lehnten diese Aussage stark ab und 10 % wählten die Antwortmöglichkeit, kann ich nicht beantworten. 95 % sind der Meinung, dass die KFU bei Menschen über 70 Jahren keine Zeit und Geldverschwendung ist.

Ich weiß, worauf ich bei KFU Anspruch habe.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft zu</b>	16	75
<b>Trifft nicht zu</b>	2	10
<b>Trifft gar nicht zu</b>	3	15

Ich bin überzeugt, dass Ärzte/Ärztinnen sicher sagen können, ob Menschen über 70 Jahren von KFU profitieren.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft zu</b>	17	80
<b>Weder noch</b>	1	5
<b>Kann ich nicht beantworten</b>	3	15



Ich möchte mit meinem Arzt / meiner Ärztin vorher besprechen, dass die Untersuchung auch zu einem Krebsverdacht führen kann, wenn gar kein Krebs vorliegt.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft zu</b>	17	80
<b>Trifft eher zu</b>	1	5
<b>Trifft gar nicht zu</b>	2	10
<b>Kann ich nicht beantworten</b>	1	5

Ich möchte vor der KFU mit meinem Arzt / meiner Ärztin besprechen, ob ich noch teilnehmen möchte.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft zu</b>	17	80
<b>Trifft eher zu</b>	2	10
<b>Kann ich nicht beantworten</b>	2	10

Ich werde nicht mehr lange genug leben, um von einer KFU zu profitieren.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft eher zu</b>	1	5
<b>Trifft nicht zu</b>	5	24
<b>Trifft gar nicht zu</b>	4	18
<b>Kann ich nicht beantworten</b>	11	53

KFU haben aus meiner Sicht keinen Nutzen.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Trifft zu</b>	3	15
<b>Weder noch</b>	1	5
<b>Trifft nicht zu</b>	7	33
<b>Trifft gar nicht zu</b>	10	47

Wenn Menschen älter werden, sind andere Gesundheitliche Probleme wichtiger als KFU.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Stimme zu</b>	5	24
<b>Teils teils</b>	7	33
<b>Lehne ab</b>	4	18
<b>Lehne stark ab</b>	3	15
<b>Kann ich nicht beantworten</b>	2	10

KFU für Menschen über 70 Jahren sind Zeit und Geldverschwendung.

	Häufigkeit (n=21)	Prozent
<b>Stimme stark zu</b>	1	5
<b>Lehne ab</b>	9	42
<b>Lehne stark ab</b>	11	53

## **4 Diskussion**

### ***4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse***

Ältere Menschen haben die möglichen Vor- und Nachteile einer Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer KFU nur wenig durchdacht. Schlechte Erfahrung bei der KFU führen aber nicht dazu die KFU nicht weiter in Anspruch zu nehmen. Wichtige Motive für die Teilnahme sind Aufforderungen von Ärzten oder aus dem Familien- und Bekanntenkreis, Pflichtgefühle gegenüber der Gesellschaft oder der Familie, Gewohnheit und Angst. Angst kann aber auch ein Grund gegen die KFU-Teilnahme sein. Nicht-Teilnehmer haben kein Interesse oder sehen keine Notwendigkeit in KFU. Während Teilnehmer kaum Zweifel haben dass die Teilnahme zu einer Lebensverlängerung führt, befürchten Nicht-Teilnehmer keine Nachteile. Nachteile durch die Teilnahme werden fast nie thematisiert. Das lässt vermuten, dass ältere Menschen zum größten Teil keine informierte Entscheidung treffen.

### ***4.2 Bedeutung der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur***

Die Ergebnisse zeigen, sofern eine KFU bei älteren Menschen das erste Mal durchgeführt wurden ist, erfolgt danach meistens eine regelmäßige Teilnahme. Sie werden daran erinnert, durch Anschreiben oder erhalten einen Teilnehmerpass für die KFU. Es wurden Faktoren ermittelt, die Aufschluss darüber geben warum sich über 70-Jährige für oder gegen eine KFU entscheiden. Motive für die Teilnahme sind Aufforderungen von Ärzten oder aus dem Familien- und Bekanntenkreis, Pflichtgefühle gegenüber der Gesellschaft oder der Familie, Gewohnheit und Angst. Angst kann aber auch ein Grund gegen eine KFU-Teilnahme sein. Nicht-Teilnehmer haben kein Interesse oder sehen keine Notwendigkeit in KFU. Während Teilnehmer kaum Zweifel haben dass die Teilnahme zu einer Lebensverlängerung führt, befürchten Nicht-Teilnehmer keine Nachteile. Nachteile durch die Teilnahme werden fast nie thematisiert. In Bezug auf die Auswertung der erhobenen Daten, ist ersichtlich, dass viele Ältere keine durchdachte Entscheidung für oder gegen ein KFU treffen und das Thema sowohl von ihnen selbst als auch von Ärzten nicht aktiv besprochen wird. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch Publikationen die aufzeigen, dass Menschen keine informierte Entscheidung treffen können, weil ihnen grundlegende Informationen fehlen [31], [10]. Die meisten älteren Menschen nehmen eine passive Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung ein, Auslöser für diese

Rolle sind beispielsweise Angst, die durch Erkrankungen im familiären und befreundeten Umfeld ausgelöst wurden, oder weil der Arzt / die Ärztin es wünscht oder aber die Teilnahme aus Gewohnheit erfolgt. Des Weiteren scheint es, dass ältere Menschen sich wenig Gedanken über mögliche Komplikationen und Nachteile bei der Durchführung der KFU machen. Oder welche Konsequenzen sich durch eine falsche Diagnose ergeben könnten. Doch geben die Ergebnisse auch Aufschluss darüber, dass Menschen im hohen Alter daran interessiert sind, über mögliche Nachteile der KFU aufgeklärt zu werden. Bei älteren Menschen, die keine KFU in Anspruch nehmen, wird deutlich, dass diese für sich persönlich, keinen erkennbaren Nutzen durch eine KFU sehen. Die Ergebnisse auf die Erfahrungen mit KFU sind gemischt, zum einen sind ältere Menschen mit der Durchführung und Umsetzung unzufrieden, andere gaben an, dass sie froh sind, dass es KFU gibt. Ältere Menschen, die an KFU teilnehmen, erwarten von ihrer persönlichen Teilnahme, dass es nach einem Krebsbefund, eine gezielte Behandlung erfolgt und sie dadurch ein längeres Leben haben. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die behandelnden Ärzte/Ärztinnen ihre Patienten nicht darüber aufklären, dass es auch zu Schäden durch die KFU kommen kann und das eine Lebensverlängerung für die meisten KFU nicht belegt ist. Und es scheint, als würden ältere Menschen, die eine KFU in Anspruch nehmen, nicht aufgeklärt werden über unerwünschte Wirkungen der Untersuchungen, wie körperliche Beschwerden und seelische Belastungen, welche gerade bei invasiven Maßnahmen wie Biopsien entstehen können [10], [11]. Diese Aufklärungsarbeit liegt in den Händen der verantwortlichen Ärzte. Idealerweise entscheiden Patient und Arzt gemeinsam, ob und wenn ja, welche Maßnahme eine sinnvolle darstellt [4], [10]. Bei dieser Arzt-Patienten Kommunikation sollte demzufolge ein zentrales Thema die Risikobewertung darstellen, in der die Konsequenzen falsch (und richtig) positiver bzw. negativer Ergebnisse, das Verstehen und das Bewerten des Nutzens und des Risikos besprochen werden. Zudem sollten auch die Wünsche des Patienten Berücksichtigung finden und akzeptiert werden [32]. Aus wirtschaftlicher Sicht eines Arztes / einer Ärztin, ist eine sorgfältige Erläuterung der Vor- und Nachteile der Untersuchungen wesentlich zeitaufwendiger als die Untersuchung selbst und Ärzte/Ärztinnen werden nicht für die Beratung, sondern für die Durchführung der KFU bezahlt (Ausnahme Darmkrebs) [10].

### **4.3 Stärken und Schwächen der Arbeit**

Nach meiner Literaturrecherche ist dies die erste Studie in Deutschland die sich gezielt mit dem Thema Erfahrungen, Motiven und Erwartung von älteren Menschen mit der KFU untersucht. Eine weitere Stärke liegt bei der Umsetzung der Datenerhebung, durch die Face to Face Befragung, dabei konnten offene Fragen direkt beantwortet werden und es konnte ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Interviewpartnern/innen aufgebaut werden.

Schwächen liegen bei der Datenerhebung und Datenauswertung. Die strikte Trennung von Datenerhebung und –auswertung entspricht nicht der Grounded Theory, da der Auswertungsprozess mit dem ersten Feldkontakt beginnt. Da bei der Durchführung der Interviews der Leitfaden zu stark im Mittelpunkt stand, erfolgte eine zu starke Einschränkung durch den Interviewer und es konnte somit kein richtiger Erzählfluss von Seiten der Befragten erfolgen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Interviewpartner/innen aufgrund der Selbstauskunft sozial erwünschte Antworten gegeben haben. Ebenfalls die Größe des Datenmaterials und die lokale Begrenzung auf den Landkreis Vorpommern Greifswald lassen eine Verallgemeinerung auf Deutschland nicht zu. Die Ergebnisse können aber auf die neuen Bundesländer bezogen werden, da das Gesundheitssystem in den neuen Bundesländern gleich strukturiert war und man davon ausgehen kann, dass ältere Menschen eine einheitliche medizinische Versorgung erhalten haben.

### **4.4 Schlussfolgerung**

Es gibt keine sichere Evidenz für den Nutzen von KFU bei Menschen über dem 69igsten Lebensjahr. In dieser Situation sollte eine individuelle und informierte Entscheidung orientiert an dem Gesundheitszustand und Gesundheitszielen getroffen werden. Meine Ergebnisse zeigen, dass ältere Menschen wenig über Vor- und Nachteile nachgedacht haben oder über diese informiert worden sind. Die Beratung von älteren Menschen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung sollte verbessert werden. Zukünftige Forschungsprojekte sollten die Perspektive von Ärzten und deren Rolle bei der Beratung zur KFU untersuchen. Ein weiteres wichtiges Untersuchungsfeld ist die objektive und ausgeglichene Berichterstattung zu KFU in den Medien.

## 5 Zusammenfassung

Nach aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts verstarben 469.800 Menschen, im Jahr 2008 an Krebserkrankungen. Das Risiko an Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter. Durch den höheren Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird es zu einem Anstieg von Krebserkrankungen kommen. Eine verstärkte Durchführung von KFU führt zu einer entsprechenden Zunahme von Krebserkrankungen. Studien zeigen, dass die Inanspruchnahme bei Frauen im Alter abfällt, hingegen ist bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme von KFU im Alter zu verzeichnen. Es ist unklar bis zu welchem Alter KFU ein Nutzen auf die Lebensverlängerung bringen oder ob diese sogar schädlich sind. Ziel war es zu untersuchen, welche Erfahrungen Menschen im hohen Alter mit KFU in ihrem bisherigen Leben gemacht haben und welche Erwartung sie mit ihrer Teilnahme verbinden.

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden leitfadengestützte Interviews mit Menschen im hohen Alter geführt, die in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Menschen die möglichen Vor- und Nachteile einer Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer KFU nur wenig durchdacht haben. Schlechte Erfahrung bei der KFU führen aber nicht dazu die KFU nicht weiter in Anspruch zu nehmen. Wichtige Motive für die Teilnahme sind Aufforderungen von Ärzten oder aus dem Familien- und Bekanntenkreis, Pflichtgefühle gegenüber der Gesellschaft oder der Familie, Gewohnheit und Angst. Angst kann aber auch ein Grund gegen die KFU-teilnahme sein. Nicht-Teilnehmer haben kein Interesse oder sehen keine Notwendigkeit in KFU. Während Teilnehmer kaum Zweifel haben dass die Teilnahme zu einer Lebensverlängerung führt, befürchten Nicht-Teilnehmer keine Nachteile. Nachteile durch die Teilnahme werden fast nie thematisiert. Das lässt vermuten, dass ältere Menschen zum größten Teil keine informierte Entscheidung treffen.

Da es keine sichere Evidenz für den Nutzen von KFU bei älteren Menschen gibt, sollte eine individuelle und informierte Entscheidung orientiert an dem Gesundheitszustand und Gesundheitszielen dieser Menschen getroffen werden. Die Beratung von älteren Menschen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung sollte verbessert werden. Zukünftige Forschungsprojekte sollten die Perspektive von Ärzten und deren Rolle bei der Beratung zur KFU untersuchen. Ein weiteres wichtiges Untersuchungsfeld ist die objektive und ausgeglichene Berichterstattung zu KFU in den Medien.

## 6 Literaturverzeichnis

- [1] Krebs in Deutschland 2007/2008.8. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2012
- [2] J.-F. Chenot, A. Bergmann und J. G. Schmidt, „Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren,“ in *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, M. M. Kochen, Hrsg., Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG, 2012, pp. 45-57.
- [3] T. Grobe, H. Dörning und F. Schwartz, *Barmer GEK Arztreport 2011*, Bd. 6, B. GEK, Hrsg., St. Augustin: Asgard-Verlag, 2011.
- [4] A. Stark, J. Bertz und A.-C. Saß, „Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen,“ in *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"*, R. Koch-Institut, Hrsg., Berlin, 2012, pp. 27-38.
- [5] S. Scheffer, S. Dauven und M. Sieverding, „Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht,“ *Das Gesundheitswesen*, Nr. 3, p. 139–146, 2006.
- [6] Gemeinsamer Bundesausschuss, „Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. in der Fassung vom 18. Juni 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 34, in Kraft getreten am 3. März 2011,“ 2011.
- [7] Gemeinsamer Bundesausschuss, „Bericht der Arbeitsgruppe Zuzahlung des UA Prävention zum Regelungsauftrag des § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V,“, 2007. [Online]. Available: [http://www.g-ba.de/downloads/40-268-416/2007-05-30-Abschlu%C3%9F\\_verpfl-Frueherkennung.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-416/2007-05-30-Abschlu%C3%9F_verpfl-Frueherkennung.pdf). [Zugriff am 27 02 2013].
- [8] J. Wilson und J. G., *The principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization, 1968. [Online]. Available: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf). [Zugriff am 27 02 2013].
- [9] C. A. Schneider, „Definition und Bedeutung der Krankheitsprävention,“ in *Prävention atherosklerotischer Erkrankungen*, S. Rosenkranz, C. A. Schneider und E. Erdmann, Hrsg., Stuttgart, Thieme, 2006, pp. 40-42.
- [10] C. Weymayr und K. Koch, *Mythos Krebsvorsorge. Schaden und Nutzen der Früherkennung*, Frankfurt am Main: Eichborn, 2003.
- [11] B.-P. Robra, E. Swart und D. Klemperer, „Überdiagnose und Übertherapie des Prostata-Karzinoms- ein unterschätztea Problem,“ in *Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?*, Stuttgart, Schattauer, 2013, pp. 245-261.
- [12] J.-F. Chenot, „Über Nachteile des Screenings fair aufklären!,“ *Deutsche Apotheker Zeitung*, Nr. 46, pp. 3003-3005, 2007.
- [13] H.-H. Abholz und C. Lerch, „Früherkennung, Screening - Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil II,“ *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, pp. 52-63, 2010.
- [14] R. H. Fletcher und S. W. Fletcher, *Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendung*, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 2011.
- [15] W. W. Holland und S. Stewart, *Screening in disease prevention. What works?*, Oxford, Seattle: Radcliffe, 2005.
- [16] T. Allison, S. Peter und C. Jonathan, „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups,“ *International Journal for Quality in Health Care*, Bd. 19, Nr. 6, pp. 349-357, 2007.

- [17] C. Callahan, F. Unverzagt, S. Hui, A. Perkins und H. Hendrie, „Six-Item Screener to Identify Cognitive Impairment Among Potential Subjects for Clinical Research,“ *Medical Care*, Nr. 40, pp. 771-781, 2002.
- [18] L., Lewis, J. Griffith, M. Pignone, und C. Golin, „Physicians' decisions about continuing or stopping colon cancer screening in the elderly: a qualitative study,“ *J Gen Intern Med*, Nr. 24, pp. 816-821, 2009.
- [19] M. Charlson, P. Pompei, K. Ales und C. MacKenzie, „A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation,“ *J Chron Dis*, pp. 373-383, 1987.
- [20] R. Lickert, „A technique for the measurement of attitudes,“ *Archives of Psychology*, Nr. 140, pp. 5-53, 1932.
- [21] K. Hurrelmann, U. Lasser und O. Razum, Handbuch Gesundheitswissenschaften, O. Razum, Hrsg., Weinheim und München: Juventa Verlag, 2006.
- [22] S. Lamnek, Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. 3. korrigierte Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995.
- [23] U. Kuckartz, Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
- [24] S. Kowal und D. O`Connell, „Zur Transkription von Gesprächen,“ in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Bd. 6. durchgesehene und aktualisierte Auflage, Reinbek, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2008, pp. 437-456.
- [25] A. Strauss und J. Corbin, Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.
- [26] B. G. Glaser und A. L. Strauss, Grounded theory : Strategien qualitativer Forschung, Bern: Huber, 1998.
- [27] S. Lamnek, Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2010.
- [28] P. Wiedemann, „Gegenstandsnahe Theoriebildung,“ in *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel und S. Wolff, Hrsg., München, Psychologie Verlags Union, 1991, pp. 440-445.
- [29] G. Mey und K. Mruck, „Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil,“ *Historical Social Research, Supplement*, Nr. 19, pp. 11-39, 2007.
- [30] A. Böhm, „Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory,“ in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E. von Kardorff und I. Steinke, Hrsg., Reinbek, Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, 2008, pp. 475-485.
- [31] I. Mühlhauser, und A. Steckelberg, „Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening,“ *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Nr. 81, pp. 523-527, 2005.
- [32] Bundesministerium für Gesundheit, "Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung" Handlungsfeld 1 "Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung" des Nationalen Krebsplans,“ 21 07 2010. [Online]. Available: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Ziel\\_1\\_Inanspruchnahme\\_der\\_Krebsfrueherkennung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_1_Inanspruchnahme_der_Krebsfrueherkennung.pdf). [Zugriff am 02 03 2013].



# Anhang

<b>Anhang A Transkriptionsregeln .....</b>	<b>44</b>
<b>Anhang B Kodierbaum .....</b>	<b>45</b>
<b>Anhang C Votum Ethikkommission .....</b>	<b>46</b>
<b>Anhang D Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist.....</b>	<b>47</b>
<b>Anhang E Fragebogen .....</b>	<b>49</b>
<b>Anhang F Interviews (nicht enthalten) .....</b>	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## Anhang A Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln, die bei der Verschriftlichung eines Interviews zum Einsatz kommen, orientieren sich stets an der Forschungsfrage. In unserem Fall stehen keine sprachwissenschaftlichen Aspekte im Vordergrund, sondern der Inhalt der Interviews soll wiedergegeben werden, um anschließend in Hinblick auf verschiedenste Kriterien untersucht werden zu können. Die Transkription soll einfach und ökonomisch sein. Aus diesem Grund werden für die Verschriftlichung der Interviews im Rahmen der Forschungsplattform FD folgende leicht lernbare Transkriptionsregeln verwendet:

1. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer. (etwa „B4:“).
2. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Auch wiederholte Wörter, abgebrochene Wörter und Sätze werden notiert.
3. Dialekt wird in der Verschriftung möglichst ins Schriftdeutsche übersetzt, wobei der gesprochene Satz beibehalten wird, z.B. „ist“ statt „is“.
4. Aussagekräftige Dialektausdrücke, die besonderes Kolorit besitzen und ev. Schwer übersetzbar sind, werden mit aufgenommen.
5. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heißt dem Schriftdeutsch angenähert. So wird zum Beispiel aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
6. Werden Stimmveränderungen wahrgenommen, z.B. beim Simulieren und Nachspielen fremder Positionen oder eigener Gedanken, werden diese in Anführungszeichen gesetzt und in den dahinter stehenden Klammern kommentiert, z.B. „Du musst das tun.“ (laute fremde Stimmlage eines Freundes).
7. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert. Die Anzahl der Punkte spiegelt die Länge der Pause wieder.
8. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
9. Zustimmung oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
10. Einwürfe einer anderen Person werden in Klammern gesetzt.
11. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
12. Die Kommasetzung folgt weitestgehend nach rhetorischen Gesichtspunkten zur Markierung von beim Sprechen entstehenden Pausen, der grammatische Verwendungszweck ist dem untergeordnet.
13. Nicht Verstandenes oder schwer verständliche Äußerungen werden mit drei Fragezeichen (???) versehen.
14. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste deutlich gemacht. Die so entstehende Leerzeile zwischen den Sprechern erhöht die Lesbarkeit deutlich.
15. Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

## Anhang B Kodierbaum

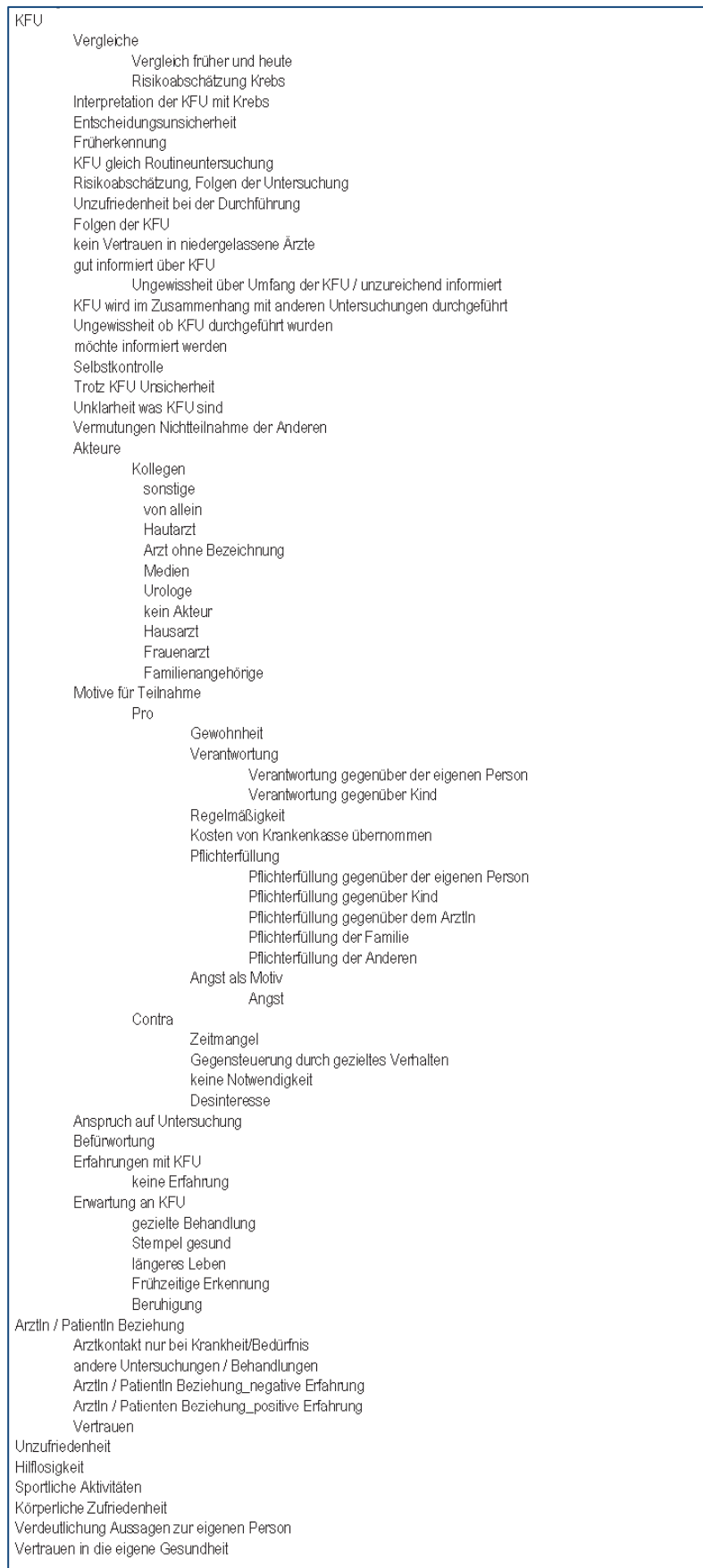


Abbildung 8 Kodierbaum

# Anhang C Votum Ethikkommission



Universitätsmedizin Greifswald · Felix-Hausstr. 3a/b/c · D-17475 Greifswald

Herr Prof. Dr. Jean-Francois Chenot  
Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Community Medicine  
Abteilung für Allgemeinmedizin  
Ellernholzstr. 1-2

D-17487 Greifswald

## Ethikkommission

GESCHÄFTSSTELLE  
Universitätsmedizin Greifswald  
Ethikkommission  
Institut für Pharmakologie  
Felix-Hausdorff-Str. 3  
D-17487 Greifswald

BEARBEITER  
Frau Dr. K. Sajó

### Votum der Ethikkommission

Titel der Studie: Krebsfrüherkennung im hohen Alter - Inanspruchnahme und Einstellungen  
Antrag vom: 14.06.2012  
Eingegangen am: 14.06.2012  
Reg.-Nr.: BB 77/12

DATUM: 28.06.2012

Sehr geehrter Herr Prof. Chenot,

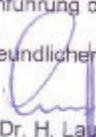
die Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald hat die zum o.g. Versuchsplan eingereichten Unterlagen in ihrer Sitzung am 26.06.2012 geprüft.

Die Kommission stellte mehrheitlich fest, dass gegen die Durchführung der Studie keine ethischen und rechtlichen Bedenken bestehen, und befürwortet das Vorhaben.

Die Ethik-Kommission macht darauf aufmerksam, dass die ethische und rechtliche Verantwortung für die Durchführung des Forschungsvorhabens beim Studienleiter und allen beteiligten Ärzten liegt. Zusammensetzung und Arbeitsweise entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen. Den Beratungen der Kommission liegt die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung zugrunde.

Die Mitglieder der Kommission wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung des Vorhabens.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. H. Lauffer  
Stellv. Vorsitzender der Ethikkommission

Telefon:  
03834 - 86 9644

Telefax:  
03834 - 86 5631

E-mail:  
ethik@uni-greifswald.de

Internet:  
[www.medizin.uni-greifswald.de](http://www.medizin.uni-greifswald.de)

Bankverbindung:  
Deutsche Bank AG - K. Rostock  
Konto-Nr. 130 015 00  
BLZ 130 000 00

USID: DE137504813

SEITE 1/2

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD · KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS  
VORSTAND: Professor Andreas Gmeinacher (Vorstandsvorsitzender) · Professor Hoyo Kremer · Gunter Gotsch  
AUFSICHTSRATSVORSITZENDER: Sebastian Schröder  
Fleischmannstraße 8 · 17475 Greifswald · Tel.: +49 (0) 3834 86 0 · [www.medizin.uni-greifswald.de](http://www.medizin.uni-greifswald.de)

## Anhang D Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Developed from:

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**YOU MUST PROVIDE A RESPONSE FOR ALL ITEMS. ENTER N/A IF NOT APPLICABLE**

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	Which author/s conducted the inter view or focus group?	14
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	14
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	14
4. Gender	Was the researcher male or female?	14
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	14
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	/
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	14
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	/
<b>Domain 2: study design</b>		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	16
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	7-10
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	8
12. Sample size	How many participants were in the study?	10
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	10
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	14

15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	14
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	22
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	13
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	/
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	16
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	14
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	14
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	✓
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	✓
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	12
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	20 und 45
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	16
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	16
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	/
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	22-33
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	/
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	✓
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	✓

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. When requested to do so as part of the upload process, please select the file type: *Checklist*. You will NOT be able to proceed with submission unless the checklist has been uploaded. Please DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

## Anhang E Fragebogen

### Fragebogen zu der Studie: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im hohen Alter: Inanspruchnahme und Einstellungen

Abteilung Allgemeinmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald, KdöR  
Ellernholzstraße 1-2  
17487 Greifswald

*Sehr geehrter Teilnehmer, sehr geehrte Teilnehmerin,  
in folgendem Fragebogen werden verschiedene Fragen gestellt, die in 4  
Abschnitte unterteilt sind. Dieser Fragebogen wird etwa 10-15 Minuten in  
Anspruch nehmen.*

*Teilweise besteht der Fragebogen aus Aussagen, die Sie aus Ihrer Sicht bitte  
bewerten sollen. Eine Antwort auf Aussage X wäre beispielsweise: trifft zu  
oder stimme zu.*

*Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, haben Sie  
immer die Möglichkeit der Antwort: Kann ich nicht beantworten.*

*Bitte wählen Sie immer die ihrer Meinung nach am meisten zutreffende  
Antwort.*

**Teil 1a:** *In diesem Abschnitt des Fragebogens würden wir gerne allgemeine  
Angaben, wie beispielsweise zu Ihrer Wohnsituation von Ihnen erhalten.*

1. Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich  männlich

2. Wann sind Sie geboren?

Geburtsmonat |\_|\_| Geburtsjahr |\_|\_|\_|\_|

3. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- allein lebend  mit der Familie lebend  
 zusammen mit dem Partner/ der Partnerin lebend  kann ich nicht beantworten

4. Sind Sie pflegebedürftig? (Falls nein, weiter mit Frage 6)

- ja  nein  kann ich nicht beantworten

5. Welche Pflegestufe haben Sie?

- 0  I  II  III  kann ich nicht beantworten

6. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule/ Volksschule  Realschule/ Polytechnische Oberschule  Fachhochschulreife  
 Hochschulreife/ Abitur/ Erweiterte Oberschule  Anderer Schulabschluss  Kein Schulabschluss

7. Was ist der höchste erworbene Abschluss Ihrer Berufsausbildung?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lehre (berufliche/<br>betriebliche<br>Ausbildung) | <input type="checkbox"/> Fachschule<br>(Meister-/<br>Techniker-/<br>Berufsakademie) | <input type="checkbox"/> Fachhochschule            |
| <input type="checkbox"/> Universität/<br>Hochschule                        | <input type="checkbox"/> Andere<br>Berufsausbildung                                 | <input type="checkbox"/> Keine<br>Berufsausbildung |

**Teil 1b:** *In diesem Abschnitt des Fragebogens würden wir gerne Angaben zu Erkrankungen und zu der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erhalten.*

1. Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten (*Mehrfachnennungen möglich*)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz                             | <input type="checkbox"/> mäßig schwere und schwere<br>Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Demenz                                       | <input type="checkbox"/> Rheumatoide<br>Weichteilerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung                            | <input type="checkbox"/> Leukämie malignes Lymphom                     |
| <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> metastasierter solider Tumor                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit<br>Endorganschäden     | <input type="checkbox"/> AIDS  |
| <input type="checkbox"/> mäßig schwere und schwere<br>Lebererkrankung |  |

Punktzahl: □□

**Teil 1.c** *In diesem Abschnitt des Fragebogens würden wir gerne Angaben zu der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erhalten.*

1. Ich weiß, worauf ich bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Anspruch habe.

- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> trifft zu                     | <input type="checkbox"/> trifft<br>eher zu | <input type="checkbox"/> weder<br>noch | <input type="checkbox"/> trifft<br>nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft gar<br>nicht zu |
| <input type="checkbox"/> kann ich nicht<br>beantworten |  |  |   |   |

2. Haben Sie schon mal an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen? (falls nein, weiter mit Teil 2)

- ja     nein     kann ich nicht beantworten

3. Wie lange ist Ihre letzte Teilnahme her?

- |                                       |                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> >10<br>Jahre | <input type="checkbox"/> <10<br>Jahre | <input type="checkbox"/> 10-5<br>Jahre | <input type="checkbox"/> weniger als<br>5 Jahre | <input type="checkbox"/> weiß<br>nicht |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|

4. An welcher Krebsfrüherkennungsuntersuchung haben Sie teilgenommen? (*Mehrfachnennung möglich*)

- Haut     Darm     Prostata     Brust     Gebärmutter



**Teil 2:** *In diesem Abschnitt des Fragebogens möchten wir gerne mit Ihnen über Ihre Entscheidungsfindung bezüglich Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sprechen.*

1. Ich bin überzeugt, dass Ärzte/ Ärztinnen sicher sagen können, ob Menschen über 70 Jahren von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen profitieren.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

2. Ich möchte mit meinem Arzt/ meiner Ärztin vor der Untersuchung besprechen, dass die Untersuchung auch zu einem Krebsverdacht führen kann, wenn gar kein Krebs vorliegt.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

3. Ich möchte vor der Krebsfrüherkennungsuntersuchung mit meinem Arzt/ meiner Ärztin besprechen, ob ich noch teilnehmen möchte.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

4. Um mir bei der Entscheidung zu helfen, sollte mein Arzt/ meine Ärztin mit mir über meine verbleibende Lebenszeit reden.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

5. Die Einschätzung meines Arztes/ meiner Ärztin, wie lange ich noch leben werde, ist nicht wichtig für meine Entscheidung, an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

**Teil 3:** In diesem Teil des Fragebogens möchten wir mit Ihnen besprechen, wie Sie zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen stehen und welche Untersuchungen Sie wie lange durchführen lassen würden.

1. Ich werde keine Krebsfrüherkennungsuntersuchungen machen lassen, auch wenn mein Arzt/ meine Ärztin es mir empfiehlt.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

2. Ich werde so lange ich lebe an Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

3. Ich werde so lange ich lebe an Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

4. Ich werde so lange ich lebe an Prostatakrebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen. *(nur Männer)*

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

5. Ich werde so lange ich lebe an Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen. *(nur Frauen)*

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

6. Ich werde so lange ich lebe an Gebärmutterkrebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen. *(nur Frauen)*

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

7. Ich werde nicht mehr lange genug leben, um von einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu profitieren.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

8. Ich werde eher an anderen Krankheiten als an Krebs versterben.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

9. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben aus meiner Sicht keinen Nutzen.

- trifft zu                       trifft eher zu                       weder noch                       trifft nicht zu                       trifft gar nicht zu
- kann ich nicht beantworten

**Teil 4.** *In diesem Abschnitt möchten wir mit Ihnen über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Allgemeinen, also nicht über Ihre eigene Inanspruchnahme, sprechen.*

1. Jeder Mensch sollte sich bis an sein Lebensende auf Darmkrebs untersuchen lassen.

- stimme stark zu                       stimme zu                       teils/teils                       lehne ab                       lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

2. Jeder Mensch sollte sich bis an sein Lebensende auf Hautkrebs untersuchen lassen.

- stimme stark zu                       stimme zu                       teils/teils                       lehne ab                       lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

3. Jeder Mann sollte sich bis an sein Lebensende auf Prostatakrebs untersuchen lassen.

- stimme stark zu                       stimme zu                       teils/teils                       lehne ab                       lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

4. Jede Frau sollte sich bis an ihr Lebensende auf Brustkrebs untersuchen lassen.

- stimme stark zu                       stimme zu                       teils/teils                       lehne ab                       lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

5. Jede Frau sollte sich bis an ihr Lebensende auf Gebärmutterkrebs untersuchen lassen.

- stimme stark zu                       stimme zu                       teils/teils                       lehne ab                       lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

6. Wenn Menschen älter werden, sind andere gesundheitliche Probleme wichtiger als Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

- stimme stark zu     stimme zu     teils/teils     lehne ab     lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

7. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Menschen über 70 Jahren sind Zeit und Geldverschwendung.

- stimme stark zu     stimme zu     teils/teils     lehne ab     lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

8. Bei Menschen über 70 Jahren in Pflegeheimen sollten keine Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr durchgeführt werden.

- stimme stark zu     stimme zu     teils/teils     lehne ab     lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

9. Bei total pflegebedürftigen Menschen über 70 sollten keine Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr durchgeführt werden.

- stimme stark zu     stimme zu     teils/teils     lehne ab     lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

10. Bei Menschen, die an Alzheimer oder Demenz erkrankt sind, sollten keine Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr durchgeführt werden.

- stimme stark zu     stimme zu     teils/teils     lehne ab     lehne stark ab
- kann ich nicht beantworten

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift