

IQWiG-Berichte – Nr. 449

Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen – Addendum zum Auftrag S13-04

Addendum

Auftrag: P16-01
Version: 1.0
Stand: 13.10.2016

Impressum

Herausgeber:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema:

Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen –
Addendum zum Auftrag S13-04

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17.03.2016

Interne Auftragsnummer:

P16-01

Anschrift des Herausgebers:

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

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

Für die Inhalte des Addendums und der Versicherteninformation ist allein das IQWiG verantwortlich.

Medizinisch-fachliche Begutachtung der Versicherteninformation

- Reinhart T. Grundmann, Gefäßchirurg, Burghausen

Das IQWiG dankt dem externen Sachverständigen des Projekts S13-04 für die ergänzende medizinisch-fachliche Begutachtung der Versicherteninformation.

Mitarbeiter des IQWiG¹

- Martina Ehrlich
- Klaus Koch
- Milly Schröer-Günther
- Dorothea Sow
- Sibylle Sturtz
- Beate Wiegard
- Beate Zschorlich

Schlagwörter: Reihenuntersuchung, Aortenaneurysma – Abdominales, Gesundheitsinformation für Verbraucher, Entscheidungshilfe

Keywords: Mass Screening, Aortic Aneurysm – Abdominal, Consumer Health Information, Decision Aid

¹ Aufgrund gesetzlicher Datenschutzbestimmungen haben Mitarbeiter das Recht, ihrer Namensnennung nicht zuzustimmen.

Kernaussage***Fragestellung***

Ziel des vorliegenden Projekts ist

- die Erstellung einer Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen.

Fazit

Die Versicherteninformation wurde in der Nutzertestung als informativ, sachlich, verständlich sowie hilfreich bewertet.

Aus der Nutzertestung geht hervor, dass die Broschüre eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung unterstützen kann.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kernaussage	iii
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
1 Hintergrund	1
2 Fragestellung	2
3 Methoden	3
4 Ergebnisse	4
4.1 Ergebnis der qualitativen Studien	4
4.1.1 Informationsbedürfnisse	4
4.1.2 Leben mit der Diagnose BAA	4
4.2 Entwicklung der Versicherteninformation	5
4.2.1 Kennzahlen des Ultraschall-Screenings auf BAA	5
4.2.2 Modellierung der Datenbasis	6
4.2.3 Überdiagnosen	7
4.2.4 Ergebnisse der Nutzertestung	7
5 Einordnung des Arbeitsergebnisses	9
5.1 Inhalte und Gestaltung der Versicherteninformation	9
5.2 Veränderte Ausgangssituation in Deutschland	10
5.3 Umgang mit Überdiagnosen	11
5.4 Leben mit einem BAA	13
6 Fazit	14
Details des Berichts	15
A1 Bericht: Qualitative Studien	15
A1.1 Kriterien für den Einschluss von Publikationen	15
A1.2 Bibliografische Datenbankrecherche	16
A1.3 Selektion relevanter qualitativer Studien	16
A1.4 Informationssynthese	16
A1.5 Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien	17
A1.6 Ergebnis der qualitativen Studien	17
A1.7 Suchstrategien	19
A2 Details der Versicherteninformation	21

A2.1 Datenbasis: S13-04	21
A2.2 Modellierung der Datenbasis	22
A2.3 Schätzung der Überdiagnosen	23
A2.4 Patientenrelevante Endpunkte.....	25
A3 Bericht: Qualitative Nutzertestung	26
A3.1 Diskussionsleitfaden.....	27
A3.2 Testversion der Versicherteninformation.....	29
A3.3 Ergebnisprotokoll Fokusgruppe (Dokumentation der Medizinischen Hochschule Hannover)	36
A3.4 Ergebnisprotokolle Einzelinterviews (Dokumentation der SRH Hochschule für Gesundheit Gera).....	53
A4 Literatur	72
B1 Die Versicherteninformation	75

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Ergebnisse des Ultraschall-Screenings, modelliert	7
Tabelle 2: Kriterien für den Einschluss von qualitativen Studien.....	16
Tabelle 3: Prävalenz des BAA gemäß MASS-Studie und Modellierung	22
Tabelle 4: Absolute Effekte des Ultraschall-Screenings.....	23
Tabelle 5: Quantifizierung der Überdiagnosen anhand der MASS-Studie	24

Abbildungsverzeichnis**Seite**

Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings qualitativer Studien.....	17
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAA	Bauchaortenaneurysma
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MASS	Multicentre Aneurysm Screening Study
SRH	Stiftung Rehabilitation Heidelberg
US-BAA-RL	Richtlinie Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Schreiben vom 17.03.2016 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der „Erstellung einer Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen“ beauftragt. Männer ab 65 Jahren sollen mit der Versicherteninformation über das Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen (BAA) und dessen Vor- und Nachteile informiert werden. Die Information soll sie dabei unterstützen, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme zu treffen.

Die Grundlage für die Versicherteninformation bilden die Ergebnisse des Abschlussberichts S13-04 des IQWiG [1]. Ziel des Abschlussberichts S13-04 war es, den Nutzen eines Screenings auf BAA mittels Ultraschalluntersuchung im Vergleich zu keinem Screening oder einer anderen Screeningstrategie hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte zu bewerten. Für die Gesamtmortalität, die BAA-bedingte Mortalität, die Rupturhäufigkeit und die Anzahl von Notfalloperationen konnte für Männer ein Nutzen des Ultraschall-Screenings auf BAA im Vergleich zu keinem Screening belegt werden. Für die mit den elektiven Eingriffen assoziierte Morbidität zeigte sich ein Hinweis auf einen Schaden des Ultraschall-Screenings für Männer. Welchen Nutzen oder Schaden ein Ultraschall-Screening auf BAA für Männer hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder psychosozialer Aspekte hat, konnte im Abschlussbericht S13-04 nicht abgeleitet werden. Für Frauen fehlten entweder die Daten (BAA-bedingte Mortalität, gesundheitliche Lebensqualität, psychosoziale Aspekte) oder es zeigte sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen des Ultraschall-Screenings auf BAA (alle weiteren Endpunkte).

2 Fragestellung

Ziel des vorliegenden Projekts ist

- die Erstellung einer Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen.

3 Methoden

Die Erstellung der Versicherteninformation folgte den Methoden und Prozessen des IQWiG zur Erstellung von Gesundheitsinformationen [2].

- Die Versicherteninformation basiert auf den Ergebnissen des Abschlussberichts S13-04 des IQWiG [1]. Die anzunehmende rückläufige Prävalenzentwicklung des BAA [1,3,4] und der anzunehmende kleinere absolute Effekt des Screenings unter heutigen Bedingungen wurden mithilfe einer Modellierung der Daten berücksichtigt. Dabei wurde davon ausgegangen, dass sich die BAA-Prävalenz halbiert hat [5].
- Um potenzielle Informationsbedürfnisse zum Ultraschall-Screening auf BAA zu erfassen, wurden bei der Erstellung der Versicherteninformation qualitative Studien berücksichtigt. Hierzu wurde eine fokussierte Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, PsycINFO und CINAHL durchgeführt. Aus den qualitativen Studien wurden zudem Informationen zu einem Leben mit der Diagnose BAA extrahiert.
- Die Entwicklung der Versicherteninformation schloss eine qualitative Nutzertestung mittels einer Fokusgruppe und 5 Einzelinterviews ein. Die Versicherteninformation wurde entsprechend den Ergebnissen der Nutzertestung überarbeitet.

4 Ergebnisse

Es wurde eine Broschüre entwickelt, die Männer ab 65 Jahren über das Ultraschall-Screening auf BAA informiert. Nachfolgend werden die Ergebnisse dargestellt, die in die Erstellung der Broschüre eingeflossen sind.

4.1 Ergebnis der qualitativen Studien

In einer systematischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien zum Thema Aortenaneurysma wurden 7 relevante qualitative Studien [6-12] identifiziert. Darin wurde beispielsweise untersucht, welche Erfahrungen Männer mit dem Screening gemacht haben, was eine Diagnose und ein Leben mit einem BAA für sie und ihr Umfeld bedeuten und welche Informationen die Entscheidung hinsichtlich der Operationsmethode erleichtern.

4.1.1 Informationsbedürfnisse

Aus den Ergebnissen der qualitativen Studien wurden Informationsbedürfnisse zum Ultraschall-Screening auf BAA abgeleitet.

- Warum bekomme ich die Diagnose, obwohl ich keine Beschwerden habe?
- Wie entsteht ein Aneurysma und wie entwickelt es sich?
- Was sind die Ursachen und Risikofaktoren für ein BAA?
- Was passiert, wenn ein BAA platzt? Wie kann ich das Platzen verhindern?
- Warum wächst ein Aneurysma (wieder) und was trägt dazu bei?
- Wie wird ein (neu) wachsendes BAA behandelt?
- Kann ich mich für und gegen eine Operation entscheiden? Was passiert, wenn ich mich gegen eine Operation entscheide?
- Was passiert, während ich auf eine Operation warte?
- Sollte man nach einer Diagnose seinen Lebensstil ändern? In welchem Ausmaß darf ich mich körperlich belasten?
- Soll ich mein soziales Umfeld über die Diagnose informieren?

4.1.2 Leben mit der Diagnose BAA

Die qualitativen Studien geben einen Einblick in ein Leben mit der Diagnose BAA: Sie thematisieren Aspekte der Lebensqualität sowie psychologische Aspekte eines auffälligen Screeningergebnisses. Diese Aspekte sind für Männer ab 65 Jahren, denen das Screening angeboten wird, relevant, und sie fließen in die Versicherteninformation ein.

Ein Aneurysma zu haben, kann unterschiedliche und auch widersprüchliche Gefühle auslösen. Manche sind froh, dass ihr BAA erkannt wurde, andere hätten im Nachhinein lieber nicht davon erfahren.

Eine Diagnose kann große Ängste und Sorgen hervorrufen und das Alltagsleben deutlich beeinträchtigen. Andererseits geben die Kontrolluntersuchungen vielen Männern ein Gefühl der Sicherheit.

Viele sind überrascht oder schockiert, wenn sie von ihrem BAA erfahren, weil sie keine Beschwerden spüren. Sie fühlen sich machtlos gegenüber dem, was in ihrem Körper passiert, und zweifeln an ihrem Körpergefühl. Insbesondere Beschwerden wie Bauchschmerzen können Angst auslösen, weil unklar ist, ob sie vom BAA ausgehen. Außerdem schränken viele Männer ihren Alltag aus Sorge ein, ein Reißen des BAA zu provozieren. Sie sind generell vorsichtiger und meiden Belastungen oder körperliche Aktivität.

Ein BAA wird von vielen Männern als Bedrohung empfunden, manche beschreiben es sogar als tickende Zeitbombe. Sie leben fortan in dem Bewusstsein, dass das eigene Leben gefährdet ist.

4.2 Entwicklung der Versicherteninformation

Das Format der Versicherteninformation orientiert sich an den vom G-BA herausgegebenen Informationen zum Mammographie-Screening in Form einer Broschüre [13]. Die Versicherteninformation umfasst Informationen zum Ablauf des Ultraschall-Screenings auf BAA, zu den zu erwartenden Ergebnissen (Befunden) einer Ultraschall-Untersuchung sowie zu den Vor- und Nachteilen des Screenings. Sie soll die Leser dabei unterstützen, eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Ultraschall-Screening auf BAA zu treffen.

4.2.1 Kennzahlen des Ultraschall-Screenings auf BAA

Untersuchungsergebnisse

Für die Versicherteninformation wurden Kennzahlen gewählt, die Männern ab 65 Jahren verdeutlichen, welche Ergebnisse sie erwarten können, wenn sie an der Ultraschall-Untersuchung teilnehmen:

- Es handelt sich um Angaben dazu, wie viele positive und negative Testergebnisse pro 1000 Teilnehmer zu erwarten sind.
- Außerdem informiert die Broschüre darüber, wie viele kleine bis mittlere und große BAA unter den positiven Testergebnissen zu erwarten sind. Die Größe eines identifizierten BAAs bestimmt über die weiteren Schritte und damit, ob eine regelmäßige Kontrolle des BAA oder eine Operation empfohlen wird.

Die numerischen Angaben sind in der Versicherteninformation verbal und grafisch umgesetzt.

Vor- und Nachteile des Ultraschall-Screenings

Für die Versicherteninformation wurden außerdem Kennzahlen gewählt, die Männern ab 65 Jahren verdeutlichen, welche Vor- und Nachteile sie erwarten können, wenn sie am Ultraschall-Screening auf BAA teilnehmen.

Die Versicherteninformation stellt den absoluten Effekt der Früherkennung nach 13 bis 15 Jahren für die patientenrelevanten Endpunkte Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität dar. Beide Endpunkte verdeutlichen nachvollziehbar, welchen möglichen Nutzen das Ultraschall-Screening auf BAA langfristig haben kann. Die Kennzahlen sind in der Versicherteninformation tabellarisch umgesetzt.

Außerdem enthält die Versicherteninformation numerische Angaben zur Häufigkeit von Überdiagnosen, die einen Nachteil des Ultraschall-Screenings auf BAA darstellen.

Die Versicherteninformation beschreibt, dass durch die Teilnahme am Ultraschall-Screening elektive Eingriffe zunehmen, die unerwünschte Wirkungen haben können. Außerdem stellt die Versicherteninformation dar, wie es sein könnte, mit der Diagnose BAA zu leben.

Datengrundlage der Kennzahlen

Als Datengrundlage für die verschiedenen Kennzahlen dient der Abschlussbericht S13-04 [1]. Allerdings zeigen unter anderem aktuelle schwedische Registerdaten, dass sich die Prävalenz des BAA in den letzten 15 bis 20 Jahren halbiert hat [1]. Für die rückläufige Prävalenz des BAA wird insbesondere der Rückgang des Zigarettenkonsums verantwortlich gemacht. Die anzunehmende geringere Prävalenz des BAA unter heutigen Bedingungen wurde mithilfe einer Modellierung berücksichtigt.

4.2.2 Modellierung der Datenbasis

Die Modellierung berücksichtigt, dass sich die Prävalenz des BAA seit den 1990er-Jahren verringert hat. Die Verwendung einer geringeren Prävalenz hat 2 Konsequenzen:

- Der Anteil positiver Ergebnisse der Ultraschall-Untersuchung verringert sich.
- Der Anteil der Männer, die durch das Screening einen Nutzen haben können, verringert sich.

Bezogen auf 1000 Männer ab 65 Jahren, die an einem Ultraschall-Screening teilnehmen, sind die in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse zu erwarten.

Tabelle 1: Ergebnisse des Ultraschall-Screenings, modelliert

Untersuchungsergebnisse	Kennzahlen, modelliert
Anzahl Männer mit negativem Ergebnis	Etwa 980 von 1000 Männern haben ein negatives (unauffälliges) Testergebnis.
Anzahl Männer mit positivem Ergebnis	Etwa 20 von 1000 Männern haben ein positives (auffälliges) Testergebnis. Sie bekommen die Diagnose BAA.
Anzahl Männer mit kleinen bis mittleren BAA	Etwa 18 der 20 Männer mit positivem Testergebnis haben ein BAA zwischen 3 und 5,4 cm.
Anzahl Männer mit großen BAA	Etwa 2 der 20 Männer mit positivem Testergebnis haben ein großes BAA von mindestens 5,5 cm.
Vor- und Nachteile	
Anzahl Männer mit BAA-Ruptur nach 13 bis 15 Jahren	Ohne eine Teilnahme an der Früherkennung reißt ein BAA bei etwa 7 von 1000 Männern. Mit einer Teilnahme reißt es bei etwa 4 von 1000 Männern.
Anzahl Männer mit BAA-bedingter Mortalität nach 13 bis 15 Jahren	Ohne eine Teilnahme an der Früherkennung sterben etwa 6 von 1000 Männern an einem BAA. Mit einer Teilnahme sterben etwa 3 von 1000 Männern.

4.2.3 Überdiagnosen

Überdiagnosen sind BAA, die im Rahmen des Ultraschall-Screenings gefunden werden, aber zu Lebzeiten der Männer keine Beschwerden verursacht hätten und nicht gerissen wären.

Genaue Angaben zu der Häufigkeit von Überdiagnosen im Rahmen des Ultraschall-Screenings auf BAA gibt es nicht. Für die Versicherteninformation konnte die Häufigkeit von Überdiagnosen geschätzt werden. Für die Schätzung der Überdiagnosen wurden die Langzeitdaten der MASS-Studie herangezogen. Demnach sind etwa 54 % der BAA-Diagnosen Überdiagnosen.

4.2.4 Ergebnisse der Nutzertestung

Die Broschüre wurde einer qualitativen Nutzertestung unterzogen.

Die Nutzertestung zeigt, dass die Versicherteninformation hilft, das Ultraschall-Screening auf BAA und seine möglichen Konsequenzen zu verstehen. Die Broschüre wurde von den Testern als gut verständlich und neutral empfunden und machte deutlich, dass man sich für oder gegen eine Teilnahme entscheiden kann.

Die Erkenntnisse der qualitativen Nutzertestung wurden herangezogen, um die Versicherteninformation zu überarbeiten.

Inhaltliche und redaktionelle Überarbeitung der Versicherteninformation aufgrund der Nutzertestung:

- Der Abschnitt zu den Risikofaktoren des BAA wurde redaktionell überarbeitet und es wurde deutlicher gemacht, warum die Früherkennung nur Männern ab 65 Jahren

angeboten wird. In der Überschrift wurde ergänzt, dass sich das Angebot an Männer richtet. Der separate Abschnitt über BAA bei Frauen wurde gestrichen.

- Die Unterschiede zwischen einem offenen und endovaskulären Vorgehen bei einem elektiven Eingriff wurden deutlicher herausgearbeitet.
- Es wurden verschiedene redaktionelle Änderungen vorgenommen, um das Verständnis zu erleichtern oder zu verbessern, zum Beispiel
 - die Beschreibung der Ultraschall-Untersuchung,
 - die Unterscheidung zwischen spürbaren Beschwerden und gesundheitlichen Problemen und
 - die Beschreibung von Überdiagnosen in Zahlen.

5 Einordnung des Arbeitsergebnisses

Ziel des Projektes war die Entwicklung einer Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf BAA. Die qualitative Nutzertestung spricht dafür, dass die Broschüre eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung unterstützen kann. Die Broschüre wird als neutral und glaubwürdig empfunden und hilft, das Ultraschall-Screening auf BAA und seine Vor- und Nachteile zu verstehen. Außerdem kann sie es Männern erleichtern, mit einer Ärztin oder einem Arzt über die Früherkennung und eine mögliche Teilnahme zu sprechen.

5.1 Inhalte und Gestaltung der Versicherteninformation

- Das Format der Versicherteninformation ist eine Broschüre mit 12 Seiten im DIN-lang-Format (105 mm x 210 mm). Sie bietet Informationen über das Ziel und den Ablauf des Ultraschall-Screenings auf BAA sowie über die zu erwartenden Untersuchungsergebnisse und die Vor- und Nachteile der Früherkennung. Inhalt und Aufbau der Versicherteninformation orientieren sich an potenziellen Informationsbedürfnissen der Leser.
- Um das Verständnis der Inhalte zu erleichtern und die Hemmschwelle herabzusetzen, die Broschüre zu lesen, verzichtet die Versicherteninformation weitgehend auf Fachbegriffe. Der Begriff „Aneurysma“ wird in der Überschrift nicht genannt, sondern im Textverlauf eingeführt. Auf die Wortzusammensetzung „Bauchaortenaneurysma“ wird verzichtet und vereinfachend von einer „Ausbuchtung“ oder einem „Aneurysma der Bauchschlagader“ gesprochen. Der medizinische Begriff „Ruptur“ wird als „Riss der Bauchschlagader“ dargestellt.
- Die grafische Darstellung eines Aneurysmas erleichtert das anatomische und pathophysiologische Verständnis.
- Die Versicherteninformation enthält Angaben zu den Untersuchungsergebnissen des Ultraschalls. Sie zeigen, wie wahrscheinlich es ist, dass eine Teilnahme zur Diagnose eines BAA führt. Die zu erwartenden Untersuchungsergebnisse werden zusätzlich grafisch dargestellt, um ihr Verständnis zu erleichtern.
- Die Versicherteninformation enthält Angaben zu den möglichen Folgen beziehungsweise Vor- und Nachteilen der Früherkennung.
 - Um den Lesern einen Eindruck zu verschaffen, wie es sein könnte, mit einem BAA zu leben, beschreibt die Versicherteninformation, wie andere Männer die Diagnose eines BAA erleben.
 - Es werden Überdiagnosen thematisiert, um zu verdeutlichen, dass eine BAA-Diagnose auch ein Nachteil sein kann. Der Anteil der Überdiagnosen wird geschätzt.
 - Die absoluten Effektmaße beschreiben die Vorteile der Früherkennung. Sie sind in einer Tabelle übersichtlich dargestellt.

- Die Verständlichkeit der Versicherteninformation wurde in einer qualitativen Nutzertestung untersucht und positiv bewertet. Anregungen aus der Testung wurden umgesetzt. Gegebenenfalls kann zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Details des G-BA-Beschlusses feststehen, noch ergänzt werden, wer die Früherkennung anbietet.

Dem IQWiG lag zur Zeit der Erstellung der Versicherteninformation kein gültiger G-BA-Beschluss über die Richtlinie Ultraschall-Screening auf BAA (US-BAA-RL) vor. Daher können nach der Beschlussfassung des G-BA Anpassungen zum Screeningalgorithmus erforderlich sein.

Auffällige Testergebnisse rufen einen besonderen Informationsbedarf hervor. Das zeigen die qualitativen Studien, an denen Männer mit BAA teilnahmen. Häufige Fragen betreffen den Umgang mit der psychischen Belastung und dem Thema Tod, das Treffen einer Entscheidung für oder gegen eine Operation sowie die Operationsmethode und die Notwendigkeit, den Lebensstil zu ändern. Der Leser der Versicherteninformation trifft seine Entscheidung für oder gegen die Früherkennung jedoch zu einem Zeitpunkt, zu dem er nicht weiß, ob er ein BAA hat. Das Ziel der Versicherteninformation soll sein, den Leser bei dieser Entscheidung zu unterstützen. Die Broschüre verzichtet daher auf detaillierte Antworten zum Umgang mit einer BAA-Diagnose, die vom eigentlichen Ziel der Information ablenken könnten, und beschreibt nur, welche alltagsrelevanten und psychischen Aspekte bei einer Diagnose BAA auftreten können.

5.2 Veränderte Ausgangssituation in Deutschland

Die Versicherteninformation beantwortet die vermutlich drängendsten Fragen der Männer:

- Welche Untersuchungsergebnisse können sie erwarten, wenn sie am Ultraschall-Screening auf BAA teilnehmen?
- Welche möglichen Folgen beziehungsweise Vor- und Nachteile hat die Teilnahme an dem Screening?

Als Datenbasis wurden die im Abschlussbericht S13-04 eingeschlossenen Studien gewählt, die den europäischen Versorgungskontext gut abbilden. Die Daten wurden modelliert, um die angenommene rückläufige Prävalenzentwicklung zu berücksichtigen, denn diese beeinflusst sowohl die Ergebnisse der Ultraschall-Untersuchung als auch den Nutzen und Schaden der Früherkennung. Ziel der Modellierung war es, die aktuelle Situation in Deutschland so gut wie möglich abzubilden.

Daten aus mehreren westeuropäischen Ländern zeigen, dass die Inzidenz und Prävalenz des BAA in den letzten 15 bis 20 Jahren rückläufig waren [1]. In den im Abschlussbericht S13-04 eingeschlossenen Studien aus den 1990er-Jahren liegt die Prävalenz zwischen 4 und 8 % [1]. In der größten dieser Studien, der MASS-Studie, beträgt die Prävalenz bezogen auf die Männer, die zum Screening eingeladen wurden, 3,9 % [14]. Unter den Screeningteilnehmern liegt sie bei 4,9 %. (In der MASS-Studie nahmen 80,3 % der eingeladenen Männer am

Screening teil.) Registerdaten aus Schweden weisen auf eine BAA-Prävalenz von 1,7 % unter den Screeningteilnehmern und 2,2 % in der Allgemeinbevölkerung hin [3]. Für England liegen Daten aus den Jahren 2014 und 2015 vor: Für Männer im Alter von 65 Jahren, die am Screening teilnahmen, beträgt die Prävalenz des BAA 1,2 % [4]. Für ältere Männer wurde eine Prävalenz von etwa 2,7 % ermittelt [4].

Für die rückläufige Prävalenz des BAA wird insbesondere der Rückgang des Zigarettenkonsums verantwortlich gemacht [1,15,16]. Rauchen ist der größte Risikofaktor für BAA, beschleunigt deren Wachstum und erhöht ihr Rupturrisiko [1,17]. Auch in Deutschland ist der Anteil der Raucher insgesamt sowie der starken Raucher seit 1998 deutlich zurückgegangen [18,19]. Als weiterer Grund wird eine verbesserte medizinische Versorgung diskutiert [5,15]. Patienten mit Bluthochdruck und Hypercholesterinämie sind heutzutage medikamentös besser eingestellt und kardiovaskuläre Erkrankungen seltener [15,20].

Zur Frage, wie viele Männer ab 65 Jahren derzeit in Deutschland ein BAA haben, konnten keine Daten identifiziert werden. Da sich auch in Deutschland der Anteil der Raucher stark verringert hat, wurde davon ausgegangen, dass sich die Prävalenzen in Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern auf einem vergleichbaren Niveau befinden. Für die Versicherteninformation wurden die Daten in Anlehnung an die aktuellen Registerdaten aus Schweden modelliert. Eine Versicherteninformation, die auf überhöhten Angaben zur Prävalenz basiert, würde das Vorkommen positiver Befunde sowie den Nutzen des Screenings überschätzen.

Sofern das BAA-Screening in Deutschland eingeführt wird, können Daten zur Prävalenz zukünftig aus den Ergebnissen des Programms abgeleitet werden.

5.3 Umgang mit Überdiagnosen

Im Rahmen des Ultraschall-Screenings auf BAA können Überdiagnosen (und daraus resultierend Überbehandlungen) auftreten. Bei einer Überdiagnose handelt es sich um einen Befund, der zwar nach medizinischer Übereinkunft eine krankhafte Abweichung vom Normalen darstellt (also eine Diagnose einer Krankheit), der aber ohne Screening zu Lebzeiten der Person nicht symptomatisch geworden wäre. Bei einem Ultraschall-Screening auf BAA betreffen sie Männer, bei denen ein Aneurysma gefunden wird, das ohne Screening nie aufgefallen wäre, also nie Beschwerden verursacht hätte oder gerissen wäre. Die Männer wären an anderen Ursachen gestorben. Wird solch ein BAA festgestellt, führt dies zu unnötigen Ängsten und Sorgen, zu unnötigen Kontrolluntersuchungen oder gar zu unnötigen Operationen.

Überdiagnosen stellen einen Nachteil des Ultraschall-Screenings auf BAA dar. Für eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Screening ist es wichtig zu wissen, dass es Überdiagnosen gibt – und möglichst auch, wie häufig sie sind.

Überdiagnosen lassen sich nicht völlig vermeiden. Im Einzelfall lässt sich nicht beurteilen, ob eine gestellte Diagnose eine Überdiagnose darstellt. Es ist aber möglich, die Häufigkeit von Überdiagnosen zu schätzen. Allerdings gibt es keinen Konsens über das beste methodische Vorgehen.

Die Autoren von Johansson 2015 [17] schätzten die Häufigkeit von Überdiagnosen mithilfe der Daten der MASS-Studie. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass etwa 45 % (95 %-KI [42; 47]) der Diagnosen Überdiagnosen sind. Eine ergänzende Schätzung mit Daten einer britischen Kohortenstudie zeigte, dass ein Großteil der Überdiagnosen auf kleinere BAA entfällt.

Quantifizierung der Überdiagnosen

Für die Versicherteninformation wurden auf Basis der MASS-Studie eigene Berechnungen zur Quantifizierung der Überdiagnosen vorgenommen. Diesen zufolge sind etwa 54 % der Diagnosen Überdiagnosen.

Dennoch tragen verschiedene Aspekte zu Unsicherheiten bei:

- Die Häufigkeit von Überdiagnosen variiert mit dem Betrachtungszeitraum. Eine Nachbeobachtung, die bis ans Lebensende der Teilnehmer des Screeningprogramms reicht, wäre zur Abschätzung der Häufigkeit ideal, liegt aber für die MASS-Studie nicht vor. Stattdessen wurden Daten zum Auswertungszeitpunkt 13 Jahre verwendet. Diese dürften jedoch einen Großteil der durch das Screening vorverlegten Diagnosen erfassen.
- Bei großen Aneurysmen ab 5,5 cm ist das Risiko für eine Ruptur höher als bei kleineren, sodass häufig ein operativer Eingriff durchgeführt wird. Der Anteil elektiver Eingriffe ist in der Screeninggruppe höher als in der Kontrollgruppe. Elektive Eingriffe kommen aber auch in der Kontrollgruppe vor, gewöhnlich als Folge nicht intendierter Diagnosen. Nicht intendiert sind Diagnosen, die zufällig bei anderen Untersuchungen gefunden werden – und nicht durch das Screening. Es ist nicht bekannt, wie viele elektive Eingriffe (jeweils in der Screening- und der Kontrollgruppe) wirklich dazu beigetragen haben, eine Ruptur zu verhindern, und wie viele letztendlich unnötig waren, weil das BAA keine gesundheitlichen Probleme bereitet hätte.
- Nicht intendierte Befunde können in der Kontrollgruppe auftreten, aber auch während der Nachbeobachtungszeit in der Screeninggruppe, sofern der initiale Befund unauffällig war. In der MASS-Studie wurden zwar auch elektive Eingriffe, die nicht durch das Screening initiiert wurden, berichtet. Es fehlen jedoch Angaben zu nicht intendierten Diagnosen, die ausschließlich Kontrolluntersuchungen nach sich ziehen und die ebenfalls Überdiagnosen sein können. Nicht intendierte Befunde haben in den letzten Jahren zugenommen, vermutlich durch den vermehrten Einsatz von Computertomografien [5]. Sie verringern den möglichen Nutzen des Screenings.

5.4 Leben mit einem BAA

Im Abschlussbericht S13-04 konnte für 2 patientenrelevante Endpunkte keine Aussage über den Nutzen oder Schaden eines Ultraschall-Screenings auf BAA abgeleitet werden: In den eingeschlossenen Screeningstudien fehlten Daten zu psychosozialen Aspekten. Außerdem waren die Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht verwendbar. Dass das Ultraschall-Screening psychologische Aspekte und die Lebensqualität beeinflussen kann, zeigen hingegen qualitative Studien. Männer, bei denen im Rahmen des Ultraschall-Screenings ein BAA diagnostiziert wurde, berichten, dass das BAA bei ihnen Sorgen, Ängste oder Unsicherheit hervorruft, dass sie sich weniger belasten aus Angst, eine Ruptur zu provozieren, oder dass sie nicht wissen, wie sie ihr soziales Umfeld einbeziehen sollen [6,7,9-12]. Einige hätten im Nachhinein lieber nicht von ihrem BAA gewusst [9,12].

Die qualitativen Studien vermitteln ein Bild davon, wie eine BAA-Diagnose das Leben in körperlicher, emotionaler, sozialer und psychischer Hinsicht beeinflussen kann. Die Versicherteninformation greift diese Berichte auf, um den Lesern zu verdeutlichen, wie es sein kann, mit einem BAA zu leben. Denn die meisten Männer, bei denen im Rahmen des Ultraschall-Screenings ein BAA diagnostiziert wird, haben ein kleines BAA, das – häufig über viele Jahre – immer wieder kontrolliert wird.

6 Fazit

Die Versicherteninformation wurde in der Nutzertestung als informativ, sachlich, verständlich sowie hilfreich bewertet.

Aus der Nutzertestung geht hervor, dass die Broschüre eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung unterstützen kann.

Details des Berichts

A1 Bericht: Qualitative Studien

Um potenzielle Informationsbedürfnisse zum Ultraschall-Screening auf BAA ableiten zu können, wurde fokussiert nach qualitativen Studien gesucht. Ziel der Suche war es herauszufinden, welche potenziellen Fragen es zum Thema BAA einschließlich BAA-Screening gibt und welche Erfahrungen mit BAA gemacht wurden. Insbesondere sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Fragen bestehen zum Thema BAA?
- Wie erleben Menschen ein BAA?
- Welche Erfahrungen, Probleme, Schwierigkeiten und Fragen bestehen bei der Diagnose?
- Wann suchen Menschen mit einem BAA einen Arzt auf beziehungsweise wie erleben sie die Symptome?
- Welche Erfahrungen wurden mit der Behandlung beziehungsweise der Behandlungsentscheidung gemacht?
- Welche Erfahrungen, Probleme, Schwierigkeiten und Fragen bestehen bei der Bewältigung des Alltags?
- Welche Sachinformationen werden benötigt?
- Wie können die Informationen unterstützen?

Die qualitativen Studien sollten subjektive Erfahrungen und individuelles Handeln bei einem Ultraschall-Screening auf BAA oder anderen Themen in diesem Zusammenhang beschreiben.

A1.1 Kriterien für den Einschluss von Publikationen

Damit eine Publikation berücksichtigt wurde, musste sie bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllen. Die Beurteilung der Qualität der eingeschlossenen qualitativen Studien beruhte auf folgenden Aspekten:

- Sind die Forschungsfrage und / oder Ziele der Publikation beschrieben?
- Ist die Stichprobenziehung beschrieben?
- Ist die Stichprobe beschrieben und für die Fragestellung geeignet?
- Sind die Methoden und der Kontext der Datenerhebung beschrieben und für das Thema geeignet?
- Sind die Methoden der Datenauswertung beschrieben?
- Waren mindestens 2 Wissenschaftler an der Auswertung der Daten beteiligt?
- Ist der Prozess der Datenanalyse transparent und nachvollziehbar beschrieben?

- Sind die Ergebnisse der Publikation klar ausgewiesen?

Die folgende Tabelle 2 beschreibt die Kriterien für den Einschluss qualitativer Studien.

Tabelle 2: Kriterien für den Einschluss von qualitativen Studien

Einschlusskriterien		
E1	Population	Menschen mit und ohne BAA Angehörige
E2	Thema	BAA
E3	Studientyp	qualitative Studie Mixed-Method-Studie
E4	Übertragbarkeit	Stichprobe stammt aus vergleichbarem Kulturkreis
E5	Publikationssprache	Englisch oder Deutsch
E6	Vollpublikation	Vollpublikation verfügbar und keine Doppelpublikation
E7	Qualität	nachvollziehbar beschriebene Publikation nach den zuvor aufgeführten Kriterien für den Einschluss von Publikationen (siehe A1.1)

A1.2 Bibliografische Datenbankrecherche

Eine fokussierte Literaturrecherche nach relevanten qualitativen Studien wurde in folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE, PsycINFO, CINAHL

Die Suche fand am 27.08.2015 statt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A1.7.

A1.3 Selektion relevanter qualitativer Studien

Die durch die Suche identifizierten Zitate wurden in einem ersten Schritt durch einen Reviewer anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts bezüglich ihrer potenziellen Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien bewertet. Als potenziell relevant erachtete Publikationen wurden in einem zweiten Schritt durch 2 Reviewer anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden Reviewern gelöst.

A1.4 Informationssynthese

Die in den eingeschlossenen Publikationen berichteten Ergebnisse wurden extrahiert und deskriptiv zusammengefasst. Aus ihnen wurden potenzielle Informationsbedürfnisse abgeleitet.

A1.5 Ergebnis der systematischen Literaturrecherche nach qualitativen Studien

Es wurden 7 qualitative Studien eingeschlossen.

In den qualitativen Studien wurden hauptsächlich Männer mit einem BAA eingeschlossen.

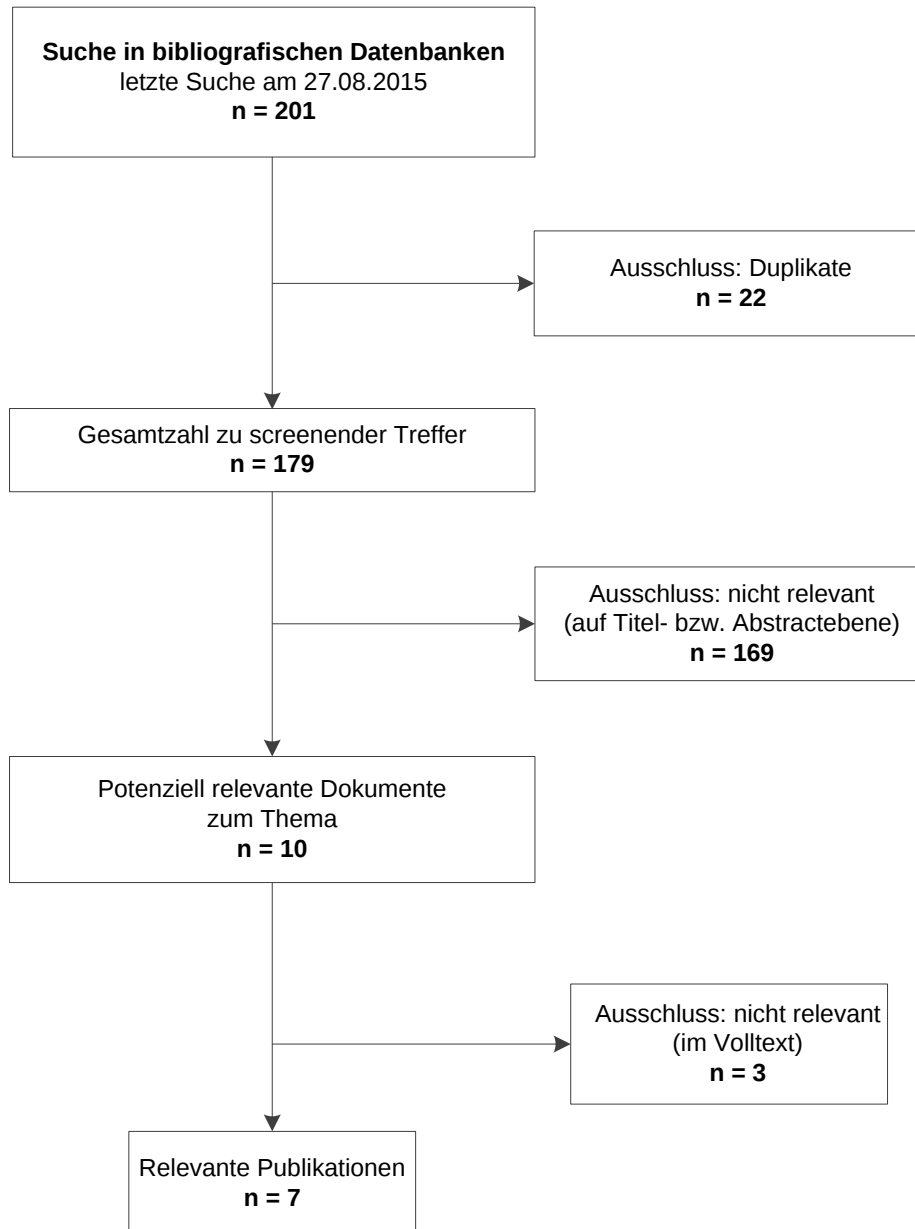


Abbildung 1: Ergebnis der bibliografischen Literaturrecherche und des Literaturscreenings qualitativer Studien

A1.6 Ergebnis der qualitativen Studien

Die meisten Männer, die an einem Ultraschall-Screening auf BAA teilgenommen haben, finden das Angebot grundsätzlich gut [9]. Folgende Informationen über ein Leben mit der Diagnose BAA wurden für die Erstellung der Versicherteninformation herangezogen.

Diagnose eines BAA

Ein positiver Befund löst oft unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Empfindungen aus [9,12]. Einige Männer sind dankbar, dass das BAA entdeckt wurde und regelmäßig kontrolliert wird [9,12]. Die Kontrolluntersuchungen geben den Männern ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle [7,12].

Eine unerwartete Diagnose kann aber auch überraschend und schockierend sein [9]. Es fällt schwer, zu begreifen, dass man schwer erkrankt ist, aber keine Beschwerden spürt [11,12]. Viele Männer fühlen sich machtlos gegenüber dem, was in ihrem Körper passiert [12], und trauen ihrem Körpergefühl nicht mehr [12].

Mit der Diagnose können Ängste, Sorgen und eine Verunsicherung einhergehen. Diese beeinflussen das Leben der Männer auf unterschiedlichen Ebenen [7,9,12].

Leben mit einem BAA

Männer mit einem BAA haben unterschiedliche Einstellungen dazu, wie man die Diagnose am besten bewältigt und mit ihr lebt [9]. Dies betrifft beispielsweise den Lebensstil und die Einbindung von Freunden und der Familie: Einige ändern ihren Lebensstil, andere möchten dies nicht [9]. Während einige ein Gespräch hilfreich finden und mit der Familie und Freunden darüber reden, behalten andere die Diagnose lieber für sich. Sie ängstigen sich vor einem solchen Gespräch oder sie möchten ihren Angehörigen keine Sorgen bereiten [9,12].

Manche Männer setzen sich eher mit anderen Erkrankungen auseinander als mit ihrem BAA [9].

Ein BAA zu haben, bereitet oft Sorgen [9]. Männer mit einem BAA leben in dem Bewusstsein, dass ihr Leben (bei einem Riss des BAA) gefährdet ist [10,11]. Sie erleben das BAA als etwas Gefährliches in ihrem Körper [12] oder gar als tickende Zeitbombe [11]. Es fällt den Männern schwer, körperliche Signale einzuordnen. Auch harmlose Symptome und Beschwerden – insbesondere Bauchschmerzen – können verunsichern und ängstigen, weil unklar ist, ob diese vom BAA ausgehen [11,12].

Das Leben nicht vollkommen vom BAA bestimmen zu lassen, muss erst erlernt werden [12]. Die Sorge um das eigene Leben führt dazu, dass einige Männer ihr Leben und ihre Zukunft reflektieren [12]. Einige hätten im Nachhinein lieber nicht von ihrem BAA gewusst [9,12].

Das Wissen um die (Ruptur-)Gefahr beeinträchtigt das Leben [12]. Einige Männer würden gerne etwas tun, um das Wachstum des BAA zu beeinflussen und einen Riss zu verhindern [12]. Sie glauben, dass ihr Verhalten im Alltag eine Ruptur fördern kann [6]. Aus Angst davor werden sie vorsichtiger [7], sie meiden Belastungen und schränken ihre körperliche Aktivität ein [12]. Manche Männer scheuen sich, etwas Schweres zu tragen [7].

Die psychische Belastung und die Einschränkungen können die Stimmung prägen und Empfindungen von Angst, Wut, Trauer oder Gereiztheit auslösen. Oft ist der Ehepartner das Ziel dieser Emotionen [10].

Kontrolluntersuchungen

Kontrolluntersuchungen können ein Gefühl der Sicherheit erzeugen und beruhigen, wenn das BAA nicht wächst [7,12]. Zeigen sie aber, dass das BAA wächst, sind viele enttäuscht und desillusioniert [7]. Oft werden verdrängte Sorgen aktiviert [7] und wird die Nachricht als lebensbedrohlich wahrgenommen [12].

Die Angst vor einem tödlichen Riss des BAA bewirkt, dass eine Operation als unumgänglich gesehen wird. Die meisten Männer ziehen gar nicht in Betracht, dass sie eine Wahl haben und die Operation auch ablehnen können [6,10,11]. Das Vertrauen in die Meinung und Empfehlung der Ärzte und in das Gesundheitssystem ist groß [9,10].

Die Zeit vor einer Operation kann besonders belastend sein [10,11]. Einige Männer berichten davon, dass sie auf Reisen verzichten, schweres Heben meiden und versuchen, telefonisch erreichbar zu sein [10], oder dass sie Alltagsaktivitäten (noch) vorsichtiger ausüben [7].

A1.7 Suchstrategien

Cinahl

Suchoberfläche: EBSCO

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Qualitative Studien: Mc Kibbon 2009 [21] – Optimizing difference

#	Query
S1	(MH "Aortic Aneurysm+")
S2	TI aortic* AND TI (aneurysm* OR dissection*)
S3	AB aortic* AND AB (aneurysm* OR dissection*)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	TX interview
S6	(MH "Audiorecording")
S7	TX qualitative stud*
S8	(MH "Qualitative Studies+")
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	S4 AND S9

MEDLINE***Suchoberfläche: Ovid***

- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Qualitative Studien: Mc Kibbon 2009 [21] – High specificity [two or more terms], high sensitivity [single term]

#	Searches
1	exp Aortic Aneurysm/
2	(aortic* adj1 (aneurysm* or dissection*)).ab,ti.
3	1 or 2
4	exp Qualitative Research/
5	(qualitative or themes).tw.
6	interview*.mp.
7	or/4-6
8	3 and 7
9	limit 8 to (english or german)
10	remove duplicates from 9

PsycINFO***Suchoberfläche: Ovid***

- PsycINFO 1806 to November Week 4 2015

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Qualitative Studien: Mc Kibbon 2009 [21] – Optimizing difference

#	Searches
1	exp aneurysms/
2	aorta/
3	1 and 2
4	(aortic* adj1 (aneurysm* or dissection*)).ab,ti.
5	3 or 4
6	exp Qualitative Research/
7	(experiences or interview* or qualitative).tw.
8	6 or 7

#	Searches
9	5 and 8
10	limit 9 to (english or german)

PubMed

Suchoberfläche: NLM

- PubMed – as supplied by publisher
- PubMed – in process
- PubMed – pubmednotmedline

Search	Query
#4	Search (aortic*[tiab] AND (aneurysm*[tiab] or dissection*[tiab]))
#5	Search (qualitative[tiab] OR themes[tiab] OR interview*[tiab])
#6	Search (#4 AND #5)
#7	Search #6 Filters: German; English
#9	Search (#7 not medline[sb])

A2 Details der Versicherteninformation

A2.1 Datenbasis: S13-04

Die Versicherteninformation hat den Anspruch, den möglichen Nutzen und Schaden des Ultraschall-Screenings auf BAA realistisch und nachvollziehbar darzustellen. Hierzu eignen sich absolute Effektmaße. Sie erleichtern es den Lesern, die Vor- und Nachteile einer Maßnahme abzuwägen [22]. Die absoluten Effektmaße der Versicherteninformation basieren auf dem Abschlussbericht S13-04 [1]:

- Der Abschlussbericht S13-04 [1] schließt 4 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) in die Nutzenbewertung des Screenings auf BAA mittels Ultraschall ein: Chichester, MASS, Viborg, Western-Australia. Nur 3 der Studien (Chichester, MASS, Viborg) liefern Langzeitdaten über einen Zeitraum von 13 bis 15 Jahren. Das Verzerrungspotenzial aller 3 Studien wurde als niedrig bewertet.
- Die Daten der drei Studien mit Langzeitdaten und niedrigem Verzerrungspotenzial wurden für die Endpunkte Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität gepoolt, um einen gemeinsamen Schätzer zu erhalten.
- Für die Ableitung absoluter Effektmaße aus den Meta-Analysen wurde der Median des Risikos der Kontrollgruppe der drei eingeschlossenen Studien herangezogen. Dieser Median entspricht dem angenommenen Basisrisiko (Risiko ohne Screening) und stammt jeweils aus der MASS-Studie [14,23-27]. Eine Modellierung dieser Daten berücksichtigt,

dass sich die Prävalenz des BAA seit der Rekrutierung der Studienteilnehmer in den 1990er Jahren verringert hat.

In der Versicherteninformation basieren die numerischen Angaben zu den Ultraschallergebnissen auf den Daten der MASS-Studie. Angaben zur diagnostischen Güte konnten der Viborg-Studie entnommen werden. Sensitivität und Spezifität erreichen am distalen Teil der infrarenalen Aorta hohe Werte von 98,9 % (95 %-KI [96,2; 99,9]) und 99,8 % (95 %-KI [98,5; 99,2]), sodass BAAs mit Ultraschallgeräten zuverlässig erkannt werden können. Falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse sind damit bei einer distalen Messung selten und wurden in der Versicherteninformation vernachlässigt. Sensitivität und Spezifität erreichen am proximalen Teil der infrarenalen Aorta Werte von 87,4 % (95 %-KI [75,2; 95,9]) und 99,9 % (95 %-KI [99,8; 99,9]) [28].

A2.2 Modellierung der Datenbasis

In der Versicherteninformation wurde der angenommene Rückgang der Prävalenz des BAA mithilfe einer Modellierung der Daten berücksichtigt.

Die rückläufige Prävalenzentwicklung beeinflusst sowohl die Verteilung der Untersuchungsergebnisse des Ultraschalls als auch den Nutzen und Schaden der Früherkennung. Ein verringertes Risiko, ein BAA zu haben, bedingt geringere Basisrisiken für die patientenrelevanten Endpunkte Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität und beeinflusst dadurch die absoluten Effekte des Screenings.

Untersuchungsergebnisse

Die MASS-Studie ist die größte Studie und liefert zudem die medianen Basisrisiken für die Endpunkte Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität. In der MASS-Studie betrug die Prävalenz eines BAA rund 4 % [14]. In Anlehnung an aktuelle schwedische Registerdaten [3] wurde angenommen, dass die BAA-Prävalenz heute bei rund 2 % liegt, sich also halbiert hat. Das bedeutet, dass voraussichtlich bei 20 von 1000 Männern ab 65 Jahren, die zur Früherkennung gehen, ein BAA entdeckt wird.

Tabelle 3: Prävalenz des BAA gemäß MASS-Studie und Modellierung

Daten		Prävalenz
MASS		3,9 %
	gerundet	4 %
	bezogen auf 1000	40
Modellierung ^a	bezogen auf 1000	20
a: Annahme einer halbierten Prävalenz		

Die MASS-Studie enthält außerdem Angaben zur Größenverteilung der entdeckten BAA in der Screeninggruppe. Diese Verteilung wurde beibehalten und auf die modellierte Prävalenz angewendet [14]: 88 % der BAA sind klein bis mittelgroß (3 bis 5,4 cm) und 12 % groß

($\geq 5,5$ cm). Das bedeutet, dass voraussichtlich bei 18 von 1000 Männern ab 65 Jahren, die zur Früherkennung gehen, ein kleines bis mittleres BAA und bei 2 von 1000 ein großes BAA entdeckt wird.

Vor- und Nachteile des Ultraschall-Screenings

Die Meta-Analysen liefern Daten zum Auswertungszeitpunkt 13 bis 15 Jahre, aus denen die absoluten Effektmaße des Ultraschall-Screenings auf BAA berechnet wurden [26]. Es wurde angenommen, dass sich analog zur rückläufigen Prävalenz des BAA auch die Basisrisiken für die patientenrelevanten Endpunkte Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität halbiert haben. Anhand der Peto-Odds Ratios der Meta-Analyse wurden die zu erwartenden absoluten Effekte des Screenings berechnet. Tabelle 4 stellt die Ableitung der absoluten Effektmaße zur Häufigkeit von Rupturen und zu BAA-bedingter Mortalität für den Auswertungszeitraum 13 bis 15 Jahre dar.

Tabelle 4: Absolute Effekte des Ultraschall-Screenings

Endpunkt	Peto-OR [95 %-KI]	Basisrisiko ^a (ohne Screening)	Basisrisiko, modelliert ^b	Absolute Effektmaße	
				Risiko (mit Screening) [95 %-KI]	Risiko-differenz [95 %-KI]
Ruptur-häufigkeit ^c	0,60 [0,53; 0,68]	0,0140	0,0070	0,0042 [0,0037; 0,0048]	0,0028 [0,0022; 0,0033]
bezogen auf 1000		14 von 1000	7 von 1000	4 von 1000	3 von 1000
BAA-bedingte Mortalität ^c	0,60 [0,52; 0,69]	0,0112	0,0056	0,0034 [0,0029; 0,0039]	0,0022 [0,0017; 0,0027]
bezogen auf 1000		11 von 1000	6 von 1000	3 von 1000	2 von 1000
Peto-OR: Peto-Odds-Ratio KI: Konfidenzintervall a: aus der MASS-Studie b: Annahme einer halbierten Prävalenz c: Darstellung gerundeter Werte					

A2.3 Schätzung der Überdiagnosen

Derzeit gibt es kein weitgehend konsentiertes Verfahren zur Schätzung der Häufigkeit von Überdiagnosen bei Früherkennungsuntersuchungen.

Eine Möglichkeit ist es, die Häufigkeit von Überdiagnosen aus einer randomisierten kontrollierten Screeningstudie zu berechnen. Hierzu wird die Differenz der Anzahl der BAA-Diagnosen in der Screeninggruppe und der Kontrollgruppe am Ende einer möglichst langen Nachbeobachtungszeit gebildet. Die Differenz wird dann zu der Anzahl der Diagnosen in der Screeninggruppe während des Screeningzeitraums ins Verhältnis gesetzt [29,30].

Eine Nachbeobachtung, die bis ans Lebensende reicht, wäre zur Abschätzung der Häufigkeit von Überdiagnosen ideal. Die erforderlichen Daten liegen jedoch gewöhnlich nicht vor. Die Nachbeobachtungszeit sollte aber möglichst lang sein, um zumindest einen Großteil der durch das Screening vorverlegten Diagnosen zu erfassen.

Für Aussagen zu Überdiagnosen in der Versicherteninformation wurde die randomisierte kontrollierte MASS-Studie herangezogen [26]:

- Die MASS-Studie ist die größte Studie. Sie beeinflusst das Ergebnis der Meta-Analysen und damit die absoluten Effektmaße maßgeblich.
- In der MASS-Studie wurde der Kontrollgruppe während der Interventionsdauer und der Nachbeobachtungszeit kein Screening angeboten.
- Die Nachbeobachtungszeit ist mit etwa 13 Jahren ausreichend lang.
- Es liegen für die Screening- und Kontrollgruppe zum Auswertungszeitpunkt 13 Jahre Angaben zu folgenden Endpunkten vor: BAA-Diagnosen (durch die Screeninguntersuchung), Rupturhäufigkeit, Notfalloperationen und elektive Eingriffe.

Tabelle 5: Quantifizierung der Überdiagnosen anhand der MASS-Studie

MASS-Studie	Operationalisierung	Quantifizierung
Screeninggruppe: Anzahl der Diagnosen am Ende des Screeningzeitraums	▪ BAA-Diagnosen	1334
Screeninggruppe: Anzahl der Diagnosen zum Auswertungszeitpunkt 13 Jahre	▪ BAA-Diagnosen ▪ weitere elektive Eingriffe ▪ BAA-Rupturen ▪ Notfalloperationen^a	1492
Kontrollgruppe: Anzahl der Diagnosen zum Auswertungszeitpunkt 13 Jahre	▪ elektive Eingriffe ▪ BAA-Rupturen ▪ Notfalloperationen^a	775
	zusätzliche BAA-Diagnosen in Screeninggruppe am Ende der Nachbeobachtung	717
	Verhältnis zusätzlicher BAA- Diagnosen in Screeninggruppe am Ende der Nachbeobachtung zu BAA- Diagnosen in Screeninggruppe am Ende des Screeningzeitraums Anteil der Überdiagnosen:	54 %
a: aufgrund symptomatischer BAA		

Aus der MASS-Studie ergibt sich eine geschätzte Überdiagnosenrate von 54 %.

Die Modellierung der Daten der MASS-Studie hat ergeben, dass etwa 20 von 1000 Männern, die an einem Ultraschall-Screening teilnehmen, die Diagnose eines BAA bekommen. Davon wären 54 %, also etwa die Hälfte, als Überdiagnosen einzustufen. Das bedeutet, dass etwa 10 von 1000 Männern, die an einem Ultraschall-Screening teilnehmen, von einem BAA erfahren, das ihnen in den nächsten 13 Jahren keine Probleme bereitet hätte.

A2.4 Patientenrelevante Endpunkte

Für die Versicherteninformation wurden patientenrelevante Endpunkte gewählt, die Männern ab 65 Jahren zeigen, welche langfristigen Vor- und Nachteile das Ultraschall-Screening auf BAA hat. Dabei wurden nicht alle der im Abschlussbericht S13-04 berücksichtigten patientenrelevanten Endpunkte über absolute Effektmaße dargestellt.

Notfalloperationen werden in der Versicherteninformation nicht explizit erwähnt. Männer, die vor einer Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung stehen, dürften in erster Linie die Vermeidung plötzlicher Rupturen (und deren möglicher Todesfolge) als Vorteil sehen. Der Abschlussbericht S13-04 konnte zwar für die Anzahl der Notfalloperationen einen Nutzen des Ultraschall-Screenings auf BAA für Männer belegen. Dieser Nutzen ist jedoch nur als Folge einer verringerten Rupturhäufigkeit möglich und wird indirekt über den patientenrelevanten Endpunkt Rupturhäufigkeit abgebildet.

Die Versicherteninformation verzichtet auf Kennzahlen zur Gesamtmortalität. Die Gesamtmortalität schließt die BAA-bedingte Mortalität ein, umfasst aber alle weiteren Todesursachen. Der Abschlussbericht S13-04 konnte zwar für die Gesamtmortalität einen Nutzen des Ultraschall-Screenings auf BAA für Männer belegen. Es ist aber nicht bekannt, welche Faktoren – über die BAA-bedingte Mortalität hinaus – hauptsächlich für diesen Nutzen verantwortlich sind. Außerdem lässt sich kaum ableiten, wie stark eine geringere BAA-Prävalenz das Basisrisiko für die Gesamtmortalität beeinflusst. Die rückläufige Prävalenz des BAA steht in Zusammenhang mit weiteren Faktoren, die ihrerseits die Gesamtmortalität günstig beeinflussen, beispielsweise dem Rückgang des Zigarettenkonsums. In den letzten Jahren ist die Lebenserwartung insgesamt gestiegen [5,20].

Die Versicherteninformation verzichtet außerdem auf numerische Angaben zu elektiven Eingriffen, weil überflüssige elektive Eingriffe bei der gemeinsamen Betrachtung aller Endpunkte nicht exakt quantifizierbar sind. Es steht außer Frage, dass die Anzahl elektiver Eingriffe durch das Ultraschall-Screening auf BAA zunimmt. Die Wahrscheinlichkeit für einen elektiven Eingriff steigt mit einer Teilnahme an der Früherkennung, auch unter der Annahme einer rückläufigen Prävalenz des BAA. Der Grund: Elektive Eingriffe sollen einer BAA-bedingten Ruptur zuvorkommen und sind daher das Mittel, den Zweck des Screenings zu erreichen. Andererseits erfordern sie einen Aufenthalt im Krankenhaus, können schwerwiegende Komplikationen mit sich bringen und – im Falle von Überdiagnosen – unnötig sein. Es muss deshalb individuell beurteilt werden, ob die Gefahr, die von einem BAA ausgeht, einen operativen Eingriff rechtfertigt.

A3 Bericht: Qualitative Nutzertestung

Die Versicherteninformation wurde einer qualitativen Nutzertestung unter Verwendung eines Diskussionsleitfadens unterzogen. Ziel war es, die Versicherteninformation bei potenziellen Lesern auf ihren Informationsgehalt und ihre Verständlichkeit zu prüfen.

Die qualitative Nutzertestung wurde extern beauftragt und von der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH) Hochschule für Gesundheit Gera durchgeführt. Es wurde eine Fokusgruppe mit 5 Teilnehmern gebildet (Medizinische Hochschule Hannover). Außerdem wurden 5 Einzelinterviews geführt (SRH Hochschule für Gesundheit Gera).

Alle Testpersonen waren männlich und zwischen 65 und 75 Jahre alt. Es wurde darauf geachtet, Männer mit unterschiedlicher Bildung und unterschiedlichem Sozialstatus zu rekrutieren. Angaben zu den soziodemografischen Merkmalen der Tester finden sich im jeweiligen Ergebnisprotokoll (siehe Abschnitte A3.3 und A3.4).

Alle Testpersonen erhielten im Vorfeld eine Testversion der Versicherteninformation als ausgedruckte Broschüre (siehe Abschnitt A3.2). Diese wurde von ihnen unter Berücksichtigung eines Diskussionsleitfadens diskutiert (siehe Abschnitt A3.1). Die Ergebnisse der Diskussion beziehungsweise der Einzelinterviews wurden jeweils in einem Ergebnisprotokoll dokumentiert (siehe Abschnitte A3.3 und A3.4). Mithilfe der Ergebnisse wurde die Broschüre überarbeitet.

Ergebnisse der Nutzertestung

Die Testpersonen nahmen die Versicherteninformation positiv auf und beurteilten sie als informativ, sachlich, verständlich sowie hilfreich.

Sie konnten einen roten Faden erkennen und fanden sowohl den strukturellen Aufbau der Broschüre als auch ihren Textumfang angemessen. Die anatomische Grafik und die grafische Darstellung der Untersuchungsergebnisse kamen gut an und wurden als verständlich bewertet. Die Testpersonen fühlten sich ernst genommen und empfanden den Sprachstil als einfühlsam und objektiv. Bei der Lektüre wurde ihnen bewusst, dass man sich für oder gegen eine Teilnahme entscheiden kann.

Die qualitative Nutzertestung spricht dafür, dass die Broschüre eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennung unterstützen kann. Aus der Nutzertestung geht hervor, dass die Broschüre das Ultraschall-Screening auf BAA und seine möglichen Konsequenzen neutral und überwiegend verständlich darstellt. Außerdem zeigt die Nutzertestung, dass die Versicherteninformation für ein weiterführendes Gespräch mit der Ärztin, dem Arzt oder der Partnerin über die Teilnahme nützlich sein kann. Die Testpersonen würden die Broschüre lesen und weiterempfehlen, wenn sie ihnen in der Arztpraxis gegeben würde.

Die Tabelle mit den Vorteilen hilft den Männern, die Größenordnung der möglichen Ereignisse Rupturhäufigkeit und BAA-bedingte Mortalität einzuschätzen. Es gelingt aber einigen nicht, die numerischen Angaben ganz korrekt zu interpretieren.

Einzelne Tester vermissten eine Angabe dazu, welche Ärzte die Früherkennung anbieten.

A3.1 Diskussionsleitfaden

In der Nutzertesting wurden die Diskussion und die Einzelinterviews mithilfe eines Leitfadens moderiert. Dieser fragte verschiedene Themen ab und ermöglichte eine abschließende Bewertung der Versicherteninformation durch die Nutzer.

Wissen

- Worum geht es in der Broschüre?
- Wie gut werden das Aneurysma der Bauchschlagader und die Früherkennungsuntersuchung erklärt?
- Finden Sie den Titel interessant? Wenn nicht, warum nicht?
- Haben Sie Informationen oder Themen vermisst? Wenn ja, welche?
- Fanden Sie Informationen überflüssig? Wenn ja, welche?
- Wird deutlich, dass Sie sich für oder gegen die Früherkennung entscheiden können? Wenn nicht, warum nicht?

Verständlichkeit

- Waren Formulierungen schwer verständlich (z. B. Schachtelsätze)? Wie ist der Text geschrieben?
- Sind die Vorteile der Früherkennung verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht?
- Wie interpretieren Sie die Zahlen der Tabelle?
- Sind die Nachteile der Früherkennung verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht?
- Hatten Sie Schwierigkeiten mit Fremdwörtern? Wenn ja, mit welchen?

Gliederung und Lesefluss

- Hat der Text einen roten Faden? Wenn nicht, woran liegt das?
- Sind die Zwischenüberschriften zutreffend? Wenn nicht, warum nicht?
- Ist die Broschüre zu kurz, zu lang oder genau richtig?
- Wie ist der Text geschrieben? Oder: Fühlen Sie sich im Text als Leser ernst genommen?

Abbildungen und Grafiken

- Wie finden Sie das Foto? Fühlen Sie sich angesprochen? Wenn nicht, warum nicht?

- Ist die Grafik zum Aneurysma verständlich und hilfreich? Wenn nicht, warum nicht?
- Ist die Abbildung zu den zu erwartenden Untersuchungsergebnissen verständlich und hilfreich?

Abschließende Bewertung

- Finden Sie, dass man den Informationen im Text glauben kann? Warum?
- Hilft Ihnen der Text zu verstehen, was eine Früherkennungsuntersuchung auf Aneurysmen der Bauchaorta ist und welche Konsequenzen diese haben kann? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?
- Kann die Information dabei helfen, sich für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung zu entscheiden? Wenn nicht, warum nicht?
- Wird der Text dabei helfen, mit dem Arzt und / oder der Partnerin über die Teilnahme an der Früherkennung zu sprechen? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?
- Würden Sie das Merkblatt lesen, wenn es Ihnen in der Arztpraxis gegeben wird? Wenn nicht, warum nicht?
- Würden Sie den Text weiterempfehlen?

A3.2 Testversion der Versicherteninformation



Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?

Lieber Leser,

allen Männern ab einem Alter von 65 Jahren wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten.

Die Teilnahme an dieser Früherkennungs-Untersuchung ist einmal möglich. Sie ist freiwillig und kostenlos.

Diese Broschüre informiert darüber,

- warum die Untersuchung angeboten wird,
- wie sie abläuft und
- welche Folgen sich ergeben können.

Diese Informationen sollen Sie dabei unterstützen, die Vor- und Nachteile einer Teilnahme abzuwägen und für sich eine gute Entscheidung zu treffen.

Warum wird die Untersuchung angeboten?

Die Baumschlagader ist das größte Blutgefäß in der Bauchhöhle. Sie wird auch Bauchaorta genannt. Manchmal dehnt sie sich an einer Stelle deutlich aus. Dann spricht man von einem Aneurysma. Die meisten Aneurysmen verursachen keinerlei Beschwerden und bleiben deshalb unbemerkt.

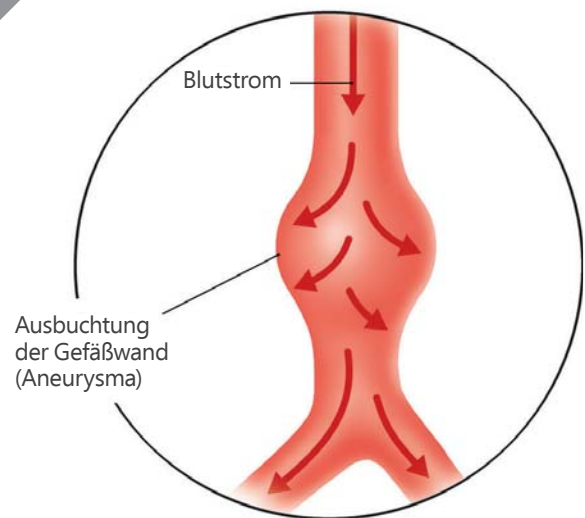
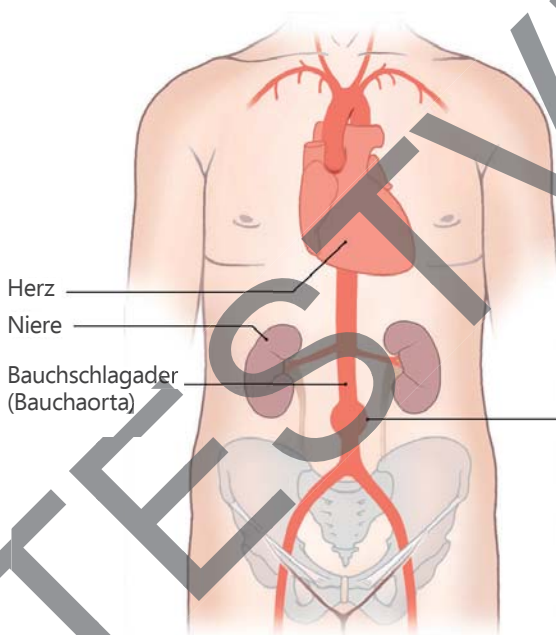
Insbesondere Rauchen, aber auch ein höheres Alter erhöhen das Risiko für ein Aneurysma. Weitere Risikofaktoren sind Bluthochdruck und erhöhte Blutfette.

Wenn sich die Baumschlagader sehr stark ausdehnt, kann sie in seltenen Fällen ohne Vorwarnung reißen. Dann fließt viel Blut in den Bauchraum. Das ist ein lebensbedrohlicher Notfall.

Die Ultraschall-Untersuchung dient dazu, große Aneurysmen zu entdecken, sodass sie vorbeugend operiert werden können. So soll ein Riss verhindert werden. Bei kleineren Ausbuchtungen wird regelmäßig kontrolliert, ob sie wachsen.

Allerdings hat die frühe Erkennung auch Nachteile: Es werden auch Aneurysmen entdeckt, die nie Beschwerden machen würden. Wenn ein Mann weiß, dass er ein Aneurysma hat, kann das für ihn sehr belastend sein.

Auch bei Frauen kann sich die Baumschlagader mit dem Alter ausdehnen. Bei ihnen werden Aneurysmen aber seltener gefährlich als bei Männern. Daher wird ihnen keine Früherkennung angeboten.



Welche Ergebnisse liefert die Untersuchung?

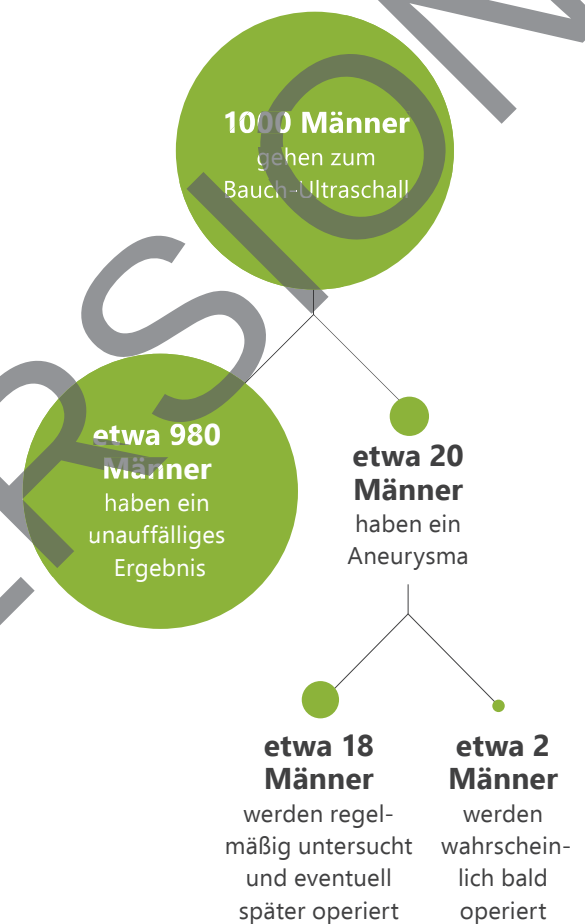
Bei der Früherkennung wird die Baumschlagader mit einem Ultraschall-Gerät untersucht. Dabei wird ihr Durchmesser im Bereich der Nieren möglichst genau bestimmt. Vom Ergebnis hängt das weitere Vorgehen ab.

Wenn sich 1000 Männer ab 65 Jahren untersuchen lassen, ist mit folgenden Ergebnissen zu rechnen:

- Etwa **980 von 1000 Männern** haben **kein Aneurysma**: Der Durchmesser ihrer Baumschlagader ist kleiner als 3 cm. Dieses Ergebnis ist unauffällig.
- Etwa **18 von 1000 Männern** haben ein **kleines bis mittleres Aneurysma**: Bei einem Durchmesser zwischen 3 und 5,4 cm empfehlen Fachleute, die Baumschlagader regelmäßig per Ultraschall zu kontrollieren. Wenn sie sich weiter dehnt, kann später ein operativer Eingriff sinnvoll sein.
- Etwa **2 von 1000 Männern** haben ein **großes Aneurysma**: Bei einem Durchmesser ab 5,5 cm ist das Risiko für einen Riss vergleichsweise hoch. Dann wird meist ein operativer Eingriff empfohlen.

Die nebenstehende Grafik zeigt die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal.

Was passiert, wenn 1000 Männer ab 65 Jahren zur Früherkennung gehen?



Aber:

- Auch bei einem unauffälligen Ergebnis kann sich später noch ein Aneurysma entwickeln.
- Auf der anderen Seite hätte nicht jedes Aneurysma, das gefunden wird, jemals gesundheitliche Probleme bereitet.

Welche Vorteile hat die Untersuchung?

Vor allem bei einem großen Aneurysma besteht die Gefahr, dass es in den nächsten Jahren unerwartet reißt. Etwa die Hälfte der Betroffenen stirbt dann an den Folgen eines Risses.

Studien haben untersucht, wie viele Risse und Tode langfristig vermieden werden können, wenn man ein Aneurysma frühzeitig entdeckt. Die folgende Schätzung zeigt, was man in den 13 Jahren nach der Ultraschall-Untersuchung ungefähr erwarten kann:

Von 1000 Männern ab 65 Jahren ...

	... reißt ein Aneurysma	... sterben an einem Aneurysma
Ohne Früherkennung	etwa 7	etwa 6
Mit Früherkennung	etwa 4	etwa 3
Das heißt: Von 1000 Männern ...	 ... werden etwa 3 vor einem Riss bewahrt	 ... werden etwa 3 vor einem Tod durch ein Aneurysma bewahrt

Welche Nachteile hat die Untersuchung?

Ein Teil der Aneurysmen, die bei der Untersuchung gefunden werden, wäre ohne Früherkennung niemals aufgefallen. Das bedeutet: Sie wären nicht gerissen und hätten auch keine Beschwerden verursacht. Leider lassen sich solche **harmlosen Aneurysmen** nicht sicher von gefährlichen unterscheiden.

Nach Schätzungen bleibt etwa die Hälfte der entdeckten Aneurysmen harmlos. Es sind vor allem kleine Aneurysmen, die niemals aufgefallen wären. Das bedeutet:

Etwa 10 von 1000 Männern, die an der Untersuchung teilnehmen, erfahren von einem Aneurysma, das ihnen keine Probleme bereitet hätte.

Was ändert sich, wenn man von einem Aneurysma weiß?

Die Diagnose kann unterschiedliche und auch widersprüchliche Gefühle auslösen. Manche Männer sind froh, dass ihr Aneurysma erkannt wurde – die Kontrolluntersuchungen geben ihnen ein Gefühl der Sicherheit.

Andere Männer hätten im Nachhinein lieber nicht von dem Aneurysma erfahren. Denn dieses Wissen kann Angst auslösen und verunsichern.

Viele Männer leben fortan in dem Bewusstsein, dass ihr Leben gefährdet ist. Beschwerden wie Bauchschmerzen können beängstigend sein. Außerdem schränken viele Männer aus Sorge vor einem Riss ihren Alltag ein. Sie werden vorsichtiger und meiden körperliche Belastungen.

Was geschieht bei einem operativen Eingriff?

Bei einer vorbeugenden Operation wird die Bauchschlagader im Bereich des Aneurysmas durch eine Art Schlauch ersetzt. Eine andere Möglichkeit ist es, ein künstliches Gefäßstück einzusetzen, das die Schlagader stabilisiert.

Der Eingriff kann Leben retten. Es kann aber zu schwerwiegenden Komplikationen kommen, beispielsweise einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Lungenentzündung.

Deshalb muss individuell beurteilt werden, ob die Gefahr, die von einem Aneurysma ausgeht, einen operativen Eingriff rechtfertigt. Die Entscheidung dafür oder dagegen hängt auch von dem Gesundheitszustand eines Mannes ab und davon, wie er selbst die Vor- und Nachteile eines Eingriffs einschätzt.

Was passiert, wenn man nicht an der Früherkennung teilnimmt?

Sie können selbst entscheiden, ob und in welchem Alter Sie die Untersuchung in Anspruch nehmen. Wenn Sie sich gegen die Früherkennung entscheiden, hat dies für Ihren Versicherungsschutz keine Folgen. Auch wenn später zufällig bei anderen Untersuchungen ein Aneurysma festgestellt wird, übernimmt Ihre Krankenkasse selbstverständlich die Behandlungskosten.

Quellen:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen. URL ...

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen – Addendum zum Auftrag S13-04. URL ...

Pflichttext

Die wichtigsten Informationen:

- Wenn ein Aneurysma reißt, ist dies lebensbedrohlich. Die Früherkennung verringert das Risiko, dass ein Aneurysma reißt und man stirbt.
- Früh erkannte Aneurysmen werden häufiger operiert. Ein operativer Eingriff kann Leben retten, aber auch schwerwiegende Komplikationen mit sich bringen.
- Manche Aneurysmen hätten nie Probleme bereitet.
- Das Wissen um ein Aneurysma kann Sorgen bereiten und die Lebensqualität beeinträchtigen.

Ob Sie an der Früherkennung teilnehmen oder nicht, ist Ihre ganz persönliche Entscheidung. Sie zu treffen, kann schwer fallen. Sie müssen sich nicht sofort entscheiden, sondern können sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen.

Platz für Ihre Fragen

A3.3 Ergebnisprotokoll Fokusgruppe (Dokumentation der Medizinischen Hochschule Hannover)

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?

Testpersonen- Infopaket Nr. 3, 07.07.2016

	Tester Nr. 429	Tester Nr. 490	Tester Nr. 178	Tester Nr. 482	Tester Nr. 517
Merkmale					
Geschlecht	männlich	männlich	männlich	männlich	männlich
Alter	69	71	65	70	69
Nationalität	deutsch	deutsch	deutsch	deutsch	deutsch
Wohnort (Stadt/Land)	Wunstorf	Hannover	Rodenberg	Hannover	Hannover
Bildungsstand					
(Noch)kein Schulabschluss					
Haupt-/Volksschule/ polytech. Oberschule					
Realschule			•	•	
Fachschulabschluss					
Abitur /Fachabitur	•				
(Fach-)Hochschulstudium		•			•
Anderer Abschluss					
Berufsgruppe					
Hausfrau					
Angestellter			•		
Arbeiter	•				
Selbstständiger					
Beamter				•	•
Schüler(in) / Auszubildende(r)					
Student/-in					
Sonstiges		Rentner			
Weitere Merkmale					
Chronisch erkrankt	•	•	•	•	•
Mitglied SH-Gruppe					
Bezug zum Thema	Keine Erfahrungen mit Bauchaorten-aneurysma	Keine Erfahrungen mit Bauchaorten-aneurysma	Keine Erfahrungen mit Bauchaorten-aneurysma	Keine Erfahrungen mit Bauchaorten-aneurysma	Keine Erfahrungen mit Bauchaorten-aneurysma
Internetzugang (auch über Dritte)	•	•	•	•	•
Besonderes	Raucher bis zum Alter von 24 Jahren, 30-40 Zigaretten/Tag	Kein Raucher	Raucher (Pfeife) bis zum Alter von 30 Jahren	Raucher bis vor 10 Jahren, ca. 30-40 Zigaretten/Tag	Kein Raucher

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?

Leitfragen	
Wissen und Verständnis	
Worum geht es in der Broschüre?	Tester 482: „Es geht darum, (...) dass man da direkt eine Hilfe [durch die Broschüre] bekommt, sich untersuchen zu lassen oder die Möglichkeit zumindest. (...) Also die Hilfe ist gegeben, aber wenn es [Aneurysma] einen überraschend trifft, dann ist man ziemlich hilflos. Das geht aus dieser Broschüre auch hervor.“ Tester 517: „Also es geht ja zunächst erst einmal darum, überhaupt zu klären, was das ist.“
Wie gut werden das Aneurysma der Bauchschiagader und die Früherkennungsuntersuchung erklärt?	Tester 517: „Was eine Bauchaorta ist, was ein Aneurysma ist. Das finde ich eigentlich ganz gut erklärt.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Finden Sie den Titel interessant? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 490: „Ist ein wenig zu lang nicht? [liest Überschrift vor]. Also wenn man da einen Aufreißer macht, wie unsere jungen Leute heute sagen würden, ‚Bauchschiagader-heute untersuchen?‘ Das wäre wahrscheinlich ein bisschen knackiger.“ Dazu Tester 429: „Oder: ‚Was macht denn Ihre Bauchschiagader?‘ Oder: ‚Kennen Sie Ihre Bauchschiagader?‘ Die anderen Tester stimmen dem zu. Tester 429: „Warum haben Sie ihre Bauchschiagader noch nicht untersucht?“ Dazu Tester 490: „Ja, das wird wieder lang. Vorne ist ja der Aufreißer gefragt. Ein Bild ist immer gut, das sagt Ihnen jeder Journalist, mit Bild ist eine Meldung immer das Doppelte oder Dreifache wert.“ Tester 482: „Dass man dahinschreibt: ‚Waren Sie schon da oder nicht?‘ Und dann zum Schluss auch hinterher zu schreiben: gut, das macht auch Sinn dahin zu gehen.“ Tester 490: „Oder: ‚Haben Sie schon einmal an Ihre Bauchschiagader gedacht?‘ “
Haben Sie Informationen oder Themen vermisst? Wenn ja, welche?	Tester 517: „Dass es seltsamerweise nur für Männer besonders gefährlich ist. Warum nicht für Frauen? Das wäre spannend zu erfahren.“ Tester 429: „Beim Durchlesen habe ich schon vermisst, dass überhaupt keine Frauen angesprochen werden.“

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?

	Weil es sind nur Männer angesprochen. Weil in meinem Bekanntenkreis sind auch genügend gewesen, die auch ein Aneurysma gehabt haben und dann behandelt wurden. Also gehört das da auch mit rein.“ Tester 429: „Was mir fehlt sind, dann auch die Behandlungsmöglichkeiten und wer führt das überhaupt durch? Wer hat ein Doppler-Sono überhaupt in seiner Praxis. Dass man sowas überhaupt [hat], ein bildgebendes Verfahren, dass man das überhaupt erkennen kann, so ein Aneurysma. Das fehlt auch, hier ist einfach nur warum [erklärt]. Ja, aber wo und wer und wann [fehlt].“ Dazu Tester 178: „Welcher Arzt macht das?“ Dazu Tester 429: „Aber nicht jeder Hausarzt kann das machen. Bei den Sonographien ist es eben so, es gibt solche Sonos und solche Sonos, die qualitativ auch unterschiedlich arbeiten. Manche gehen so tief und manche gehen so tief.“ Dazu Tester 517: „Aber es ist ja unmöglich, da jetzt alle Ärzte aufzuführen, die wir haben.“ Dazu Tester 429: „Aber man kann ja sagen, dass man zum Facharzt gehen muss, zum Beispiel.“ Die Tester sprechen über mögliche Ärzte, an die man sich wenden kann. Tester 490: „Man kann da sicherlich einen Hinweis [aufschreiben].“ Tester 517: „Also wenn ich zum Hausarzt gehe, der wird da sicherlich schon sagen, ich kann das nicht machen und dann wird der einem sagen [wohin man gehen soll]. Oder man kann im Internet nachlesen.“ Die Tester diskutieren über die Internetnutzung und die Informationen online. Tester 178: „Meine Frage ist auch, seit wann gibt es denn diese Untersuchung.“ Die Teilnehmer sprechen darüber, seit wann es die Untersuchung schon gibt. Tester 178: „Die Frage ist auch, ist das immer eine offene OP? Oder kann man das auch durch die Aorta schieben?“ Tester erzählt vom OP-Eingriff seines Angehörigen. Die Tester wünschen sich mehr Informationen zu den Operationen. Tester 490: „Hier sind ja zwei Operationsmethoden aufgeführt. Das ist dann ein bisschen wenig mit dem Schlauch, das ist auch etwas gefühllos. Das kann man patientenfreundlicher ausdrücken. Es gibt auch
--	--

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

	hochbegabte Operateure, die verpflanzen dann ein Stück von woanders her. Kommt immer auf den Operateur an und auf das Können.“ Tester 517: „Auf Seite vier steht: ‚Dabei wird ihr Durchmesser im Bereich der Nieren möglichst genau bestimmt.‘ Warum nur im Bereich der Nieren?“ Die Tester sprechen über die Länge der Bauchaorta. Tester 517: „Und dann ist mir noch eine Frage aufgefallen: Warum erst ab 65? Ich meine, dass wird ja nicht plötzlich auftreten.“ Dazu Tester 490: „Starke Raucher, sagt man, können auch schon mit 55 einen Riss haben und in das Problem hineinschliddern.“ Tester 429: „Ich würde auch ein bisschen mehr Positives in die Broschüre hineinbringen. Dass dem Patienten auch das Gefühl gegeben wird, ihm kann geholfen werden. Und was mir auch gefehlt hat, wenn ein Aneurysma festgestellt wird, welche Verhaltensweisen vorgeschlagen werden. Ich weiß, dass es schwierig wird. Aber das würde ich mir wünschen.“ Dazu Tester 517: „Das ist die Frage. Also man kann es beliebig ausweiten, wenn man die Operationstechniken und was da alles dazugehört, dann liest das auch keiner mehr. Heutzutage muss das ja alles kurz und knapp formuliert werden. Das kam mir schon ein wenig lang vor.“ Tester 482: „Dass man vielleicht noch einmal genau hinschreibt, dass das nur 2 Promill sind. Und darauf gleich hinweist und trotzdem sollte man hingehen. Dass man den Eindruck erreicht, dass man hingehen sollte. Aber so, wenn das nur 2 Promill sind, dann sagen die Leute, ach, das kann ich ja gar nicht sein, rein statistisch.“ Tester 178: „Es steht ja hier drin, dass es einmal kostenlos ist.“ Dazu Tester 490: „Ja, ja, das muss noch einmal deutlicher herausgestellt werden.“ Dazu Tester 178: „Wenn das dann bei mir o.k. wäre, ich hätte keine Probleme, kann das dann nach 10 Jahren trotzdem noch auftreten? Wer stellt das dann fest?“ Tester 429: „(Seite 8) Es kommen die Verfahren dazu. Das ist viel zu einseitig. Es gibt nicht immer einen Bauchschnitt.“ Dazu Tester 490: „Es gibt nicht immer einen Schlauch. Und noch dazu ist es ein bisschen platt. Das kann man geschickt umschreiben: ‚Bei einer Operation kann die
--	--

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?

	Bauchschiagader auf verschiedene Art und Weise stabilisiert werden‘.“ Dazu Tester 429: „Verschiedene Methoden das zu tun. Auch verschiedene Operationen.“ Tester 429 erklärt verschiedene Verfahren. Die Tester sprechen über die Operationsm�glichkeiten. Dazu Tester 429: „Das fehlt da, das muss da unbedingt rein.“
Fanden Sie Informationen überflüssig? Wenn ja, welche?	Tester 482: „Diese Seite (Seite 4) und diese Seite (Seite 5).“ Dazu Tester 490: „Diese Seite ist ein bisschen doppelt.“ Dazu Tester 482: „Im Grund genommen nur mit den grünen Punkten, weil die Leute [mehr Text nicht lesen]. Je mehr Text das wird, dann lese ich das auch nicht mehr alles.“ Tester 490: „Ja, zum Beispiel der erste Satz (Seite 4) ‚Bei der Früherkennung wird die Bauchschiagader mit einem Ultraschall-Gerät untersucht. Dabei wird ihr Durchmesser bestimmt.‘ Das ist doppelt. Also der erste Satz ist schon einmal doppelt, den kann man rauslassen. Der steht schon auf Seite 3. Den ersten Satz könnte man rauslassen und mit dem zweiten beginnen. Und dann kommt Ihre Anmerkung ‚im Bereich der Nieren‘, das ist falsch, weil auf Höhe der Nieren würde man sagen. Aber wann man das Bild anguckt, dann ist es ja richtigerweise etwas unterhalb. Aber im 3-D-Verfahren ist es ja meist so, dass man es dahinter dann hat. Aber im Bereich der Nieren, das könnte manchen dann auf die Idee bringen, dass das was mit der Niere zu tun hat. Ist die Frage, ob das gebraucht wird. Ob das nun im Bereich der Niere oder dahinter oder darüber ist. Das tut eigentlich für diese Erklärung nichts [zur Sache].“ Die anderen Tester stimmen dem zu. Tester 490: „�berfl�ssig ist meines Erachtens auch beim ersten Punkt (Seite 4): ‚Dieses Ergebnis ist unauffällig.‘ Das ergibt sich von selbst, weil der erste Satz schon sagt: ‚Diese Männer haben kein Aneurysma‘. Dann brauchen Sie den Satz nicht. Der verwirrt nur.“ Dazu Tester 482: „Ja gut, es gibt ja auch immer welche, die sich mit der ganzen Sache noch nicht beschäftigt haben. Für die ist dieser Satz [gut].“ Tester 482 spricht von einfacher Sprache.
Wird deutlich, dass Sie sich für oder gegen die Früherkennung entscheiden können? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 517: „Es wird wirklich die Entscheidung offen gelassen, finde ich so. Das finde ich das ganz Gute daran, dass jeder wirklich sagen kann, das will ich jetzt

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?

	doch wissen, das Risiko gehe ich jetzt ein oder eben auch nicht. Das finde ich ganz gut.“ Tester 429: „Ich finde die Broschüre, im Gegensatz zu Ihnen [Tester 517], ein bisschen zu negativ. Mich würde, wenn ich das erste Mal so eine Broschüre lese, einfach davon abhalten eine solche Untersuchung machen zu lassen.“ Dazu Tester 517: „Aber das ist ja auch in Ordnung. Dass man sich selber entscheidet.“ Dazu Tester 429: „Nein, das ist eben nicht in Ordnung.“ Tester 517: „Ich denke schon, gerade weil beide Seiten eben gut dargestellt werden. Also auf der einen Seite ist man eben-, dass man in sich rein hört und Angst hat und dauernd denkt, jetzt passiert etwas und [sich] das Leben eben dadurch verändert. Und auf der anderen Seite eben die Leute, die sagen: O.k., ich gucke da jetzt und wenn es dann so ist, dann lasse ich mich operieren. Also das finde ich ganz gut, dass man sich da frei entscheiden kann. Also, dass das so offen ist. Also ich weiß nicht, ob es unbedingt sinnvoll ist für jeden, dass man sich da untersuchen lässt. Keine Ahnung.“ Tester 429: „Wie gesagt, ich habe erst einmal, als ich sie gelesen habe, ich war erst einmal negativ eingestellt.“ Nachfrage, ob die Entscheidung vorgegeben wurde. Dazu Tester 429: „Also für mich war das so, negativ, positiv hat sich die Waage gehalten.“ Die anderen Tester stimmen dem zu. Dazu Tester 429: „Also ich wusste nicht so genau, in welche Richtung ich da gehen soll.“ Nachfrage: „Aber Sie hatten nicht das Gefühl, durch die Broschüre müssen Sie in eine Richtung gehen?“ Dazu Tester 490: „Nein, nein, das gar nicht. Das kann man nicht sagen.“ Dazu Tester 429: „Mir hätte es besser gefallen, wenn ich so einen kleinen Schub bekommen hätte. Dieses: Mensch, ja, das müsstest du machen.“
Verständlichkeit	
Waren Formulierungen schwer verständlich (z. B. Schachtelsätze)? Wie ist der Text geschrieben? (z.B. leicht verständlich, zu viel Text, Aufteilung...)	Tester 517: „Die Sätze sind auch ganz einfach formuliert, dass das auch jeder gut verstehen kann.“ Tester 490: „Mir ging es so, wenn man es zuerst gelesen hat, dann denkt man: Alles klar. Aber ich gucke mit einem anderen Wissen und einem anderen Auge

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschatlagader angeboten?

	und deswegen habe ich mich dann pflichtgemäß wieder hingesezt und dann habe ich geschaut, na ja, was ist denn da holperig. Einmal stilistisch mit Unklarheit (...) und da habe ich schon genau gesehen, dass wenn man genauer den Text liest, schon die ein oder andere Unklarheit erkennt.“ Dazu Tester 482: „Die schreiben hier immer nur Ultraschall. Gibt es überhaupt noch eine andere Möglichkeit?“ Dazu Tester 490: „Aber deswegen habe ich hier einmal im Text (Seite 3) auch ‚gefahrlose‘ Ultraschalluntersuchung eingefügt. Im Gegensatz zur Röntgen- oder angiografischen Untersuchung, dagegen ist der Ultraschall vergleichsweise unkompliziert.“ Tester 482 berichtet von seinen persönlichen Erfahrungen mit Untersuchungen und Ärzten. Tester 490: „Die Formulierung finde ich auch ein wenig unvorteilhaft, gleich hier auf der ersten Seite (Absatz 2): ‚Die Teilnahme an dieser Früherkennungsuntersuchung ist einmal möglich. Sie ist freiwillig und kostenlos.‘ Das ist sehr umständlich formuliert. Also sie ist natürlich x-Mal möglich.“ Dazu Tester 490: „Ich habe hier geschrieben: Ist freiwillig und einmal kostenlos. Das ist das was gesagt wird.“ Die anderen Tester stimmen dem zu. Die Tester sprechen über die Kostenübernahme der Untersuchung. Tester 490: „Auf Seite 3, da würde ich oben bei ‚Die Ultraschall-Untersuchung‘, die ‚gefahrlose‘ einfügen, das hatte ich vorhin schon gesagt (...). Im zweiten Absatz wird dann plötzlich ein Begriff eingeführt, der dann hinterher noch einmal kommt: ‚die nie Beschwerden machen würden‘, das ist deswegen falsch, weil ja an einer anderen Stelle richtigerweise gesagt wird, man merkt es ja nicht. Also die Beule an sich, das Aneurysma an sich, macht auch keine Beschwerden, sondern das Problem tritt erst auf, wenn ein Riss da ist. Und insofern würde ich stattdessen sagen: ‚die nie gefährlich werden können‘, das passt dann besser. Dann kommt der Absatz 3, wo ja hier schon diskutiert wurde, ob man die Frauen nun erwähnt oder nicht. Wenn man hier eine Broschüre für Männer macht, dann muss man sich überlegen, ob hier mit so einem lapidaren Satz geholfen ist. Wenn nicht geholfen ist, dann sollte man den Absatz weglassen. Entweder müsste man es dann doch für die Frauen noch einmal genauer sagen.“ Tester 490 erklärt den medizinischen Hintergrund für das geringere Risiko bei Frauen. „Und wenn man den Satz lässt: ‚Daher wird ihnen keine
--	---

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

	Früherkennung angeboten', dann müsste man das Wort ,kostenlos' einfügen." Tester 482: „Das mit den schwerwiegenden Komplikationen, auf Seite 8, es kann ,Leben retten. Es kann aber zu schwerwiegenden Komplikationen kommen'. Kommt das aufgrund der Operation? Da macht man auch vielen Leute Angst." Tester 490 erklärt die Komplikationen bei der Operation durch einen Thrombus. Tester 490: „Sprachlich ein wenig holperig. Wenn sie sagen: ,Etwa 7' und ,etwa 6', gemeint ist natürlich ,etwa 7 Fälle'. Die anderen Tester stimmen dem zu. Tester 490: „Ja, da hätte ich im ersten Absatz (Seite 7) gleich wieder die Anmerkung, weil ,das bedeutet: sie wären nicht gerissen und hätten auch keine Beschwerden verursacht.' Das ist hier wieder falsch. Man müsste sagen: ,Hätten keine gefährlichen Folgen', denn Beschwerden verursachen sie nicht. Und im letzten Absatz (Welche Nachteile? Seite 7): ,Etwa 10 von 1000 Männern, die an der Untersuchung teilnehmen, erfahren von einem Aneurysma, das ihnen keine Probleme bereitet hätte', da würde ich ein Komma machen, ,aber erheblich belastet'. Das ist nämlich das, was später kommt. Das man hier das schon einmal erwähnt und dann wird das im nächsten [Absatz] genau logisch erklärt." Die anderen Tester stimmen dem zu. Tester 517: „Also ich habe hier auf der letzten Seite noch eine Formulierung: ,Die Früherkennung verringert das Risiko, dass ein Aneurysma reißt und man stirbt'. Die Früherkennung nicht, also die Früherkennung verringert nicht das Risiko, sondern die Operation."
Sind die Vorteile der Früherkennung (Tabelle, Seite 6) verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 429: „Auf jeden Fall ist es verständlich. Ich denke mal, dass es einen Großteil der Bevölkerung auch anspricht und [das] versteht. Es ist ja nicht, dass nur medizinisch Vorgebildete das verstehen. Und gerade dafür ist es gedacht." Die anderen Tester stimmen dem zu.
Wie interpretieren Sie die Zahlen der Tabelle? (Für den Interviewer: Vielleicht können die Teilnehmer mit eigenen Worten wiedergeben, wie sie die Zahlen interpretieren?)	Tester 517: „Dann fand ich ganz anschaulich, diese Erklärung, dass es ja nur im Promillbereich Leute betrifft, dieses Aneurysma. Und die Gefahr, dass irgendetwas passieren könnte bei Aneurysmen ab einer bestimmten Größe und zwar komischerweise 5,4cm. Gut, das wird medizinische Gründe haben, warum es darunter nicht gefährlich ist und darüber eben doch problematisch. Also aus der Statistik hier, das finde ich

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

	eigentlich ganz gut gemacht, das muss ich sagen. Also es ist ganz anschaulich.“ Tester 517: „Also im Endeffekt sind es dann 50%, die von einer Aneurysmaerkennung profitieren würden, ungefähr. Also das steht hier auf Seite 6. Dazu 490: „Von denen, die eins haben.“ Dazu Tester 517: „Von denen die eins haben, ja, ja klar.“ Dazu Tester 429: „Und das ist wenig.“ Dazu Tester 517: „Es liegt sowieso im Promillbereich, von daher ist das so eine Sache. Also von den Leuten, die da hingegangen sind, von denen es erkannt wurde, da ist es ein Vorteil. Weil dann ja ungefähr 50% besser dastehen.“ Tester 429: „Also für mich heißt es, 50% der entdeckten Aneurysmen führen dazu, dass das Leben verlängert wird. Also genau die Hälfte.“ Dazu Tester 490: „Ja, die Todesgefahr ist bei allen gleich hoch, fast.“ Dazu Tester 429: „Ja, ja, aber ohne Früherkennung stirbt die Hälfte mehr. Wobei wir trotzdem immer noch im Promillbereich sind.“ Dazu Tester 517: „Das ist nicht besonders viel.“ Dazu Tester 429: „Ich finde das auch nicht besonders klug, [das so aufzuschreiben].“ Dazu Tester 517: „Ja, vielleicht sollte man dieses Ergebnis einfach nur formulieren und diese Tabelle weglassen. Und einfach nur schreiben: Mit Früherkennung reduzieren Sie Ihre Risiko um die Hälfte oder so etwas.“ Dazu Tester 482: „Ja, das reicht vielleicht auch aus.“ Tester 517: „Also eine Tabelle finde ich immer sehr gut. Weil ich damit was anfangen kann. Aber ich kann mir vorstellen, dass nicht jeder da etwas mit anfangen kann.“ Tester 429: „Was halten Sie von dem Kompromiss, dass man die Tabelle noch einmal in Satzform unten drunter schreibt.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Sind die Nachteile der Früherkennung (Seite 7) verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht? (Für den Interviewer: Vielleicht können die Teilnehmer mit eigenen	Tester 517: „Die Vor- und Nachteile sind eigentlich auch gut dargestellt. Dass man Angst hat, wenn man feststellt, oh bei mir ist da was erweitert und ich muss vorsichtig sein. Dass man dadurch sein normales Leben durchaus einschränken könnte.“

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

Worten wiedergeben, wie sie die Zahlen interpretieren?)	Tester 490: „Die Broschüre stellt Einzelheiten zu krass heraus (...) zum Beispiel, die möglichen Nebenwirkungen, das kommt sehr auf den Operateur an. Dann verblassen nämlich diese dargestellten drei Hauptrisiken. (...) Und es ist keineswegs so, dass bei Aneurysmen unter 3cm da gar nichts passieren kann. Das hängt dann von den Erbanlagen ab. Wenn Sie aus einer Familie kommen mit schlechten Gefäßbeschaffenheiten, mit schwierigen bzw. schwachen Gefäßen, dann können 3cm schon einen Riss verursachen, zwar nie meist eine Vollruptur, aber doch eine kleine, die dann vor sich hinsuppt, die zunächst einmal nicht bemerkt wird. Dazu Tester 517: „Selbst wenn es gerissen ist, merkt man es nicht?“ Dazu Tester 490: „Na ja, Sie merken es dann schon, weil Sie laufen leer. Deswegen ist ein voller Riss [gefährlich]. Das wird ein bisschen verharmlost wiederum. Aber gut. Nur aus dieser Statistik, da stand 3 von 4 werden dann nicht überleben. Da können Sie sich Ihren Teil bei denken.“ Tester 490: „Der Nachteil wird ja auch zunächst ganz zart auf Seite 3 und dann hinten auch massiver auf der Seite 7 [beschrieben], bei 3 taucht ja schon einmal so ein kleiner Hinweis auf, der dann hinten mehr erklärt wird. Und das ist eben immer der Punkt, trifft es einen oder trifft es einen nicht. Es gibt Menschen, die einem sagen (...) ich kann damit nicht leben, ich möchte das erledigt haben, das gilt auch für andere Operationen und ich möchte das nicht die ganze Zeit in meinem Kopf mit mir rumtragen. Das ist eigentlich das größte Risiko.“ Tester 429 spricht über Prostatakrebs.
Hatten Sie Schwierigkeiten mit Fremdwörtern? Wenn ja, mit welchen?	Tester 482: „Noch einmal ganz allgemein, mit dem Fremdwort, wenn Sie eine große Bevölkerungsschicht ansprechen wollen, die meisten wissen mit dem zweiten Wort schon nicht [was das ist]. Warum man also zwei verschiedene Begriffe für im Grunde genommen ein und dasselbe hat. Wenn ich das jetzt also ganz allgemein irgendwo hinlege, dann denken einige, ja das andere ist bestimmt eine andere Krankheit.“ Dazu Tester 429: „Glossar. Eine kurze Begriffserklärung zum Schluss.“ Dazu Tester 482: „Ja, man müsste so ein Glossar hinten hinmachen und sagen, dass ist identisch. Man ist dann so schnell in der Fachsprache.“ Tester 178: „Ich fand die Erklärung also auch in

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?

	Ordnung.“ Tester 490: „Fremdwörter vermeiden die hier eigentlich weitgehend.“
Gliederung und Lesefluss	
Hat der Text einen roten Faden? Wenn nicht, woran liegt das?	Tester 490: „Ich denke vorne, wenn man die Aufstellung da liest (Seite 1): ‚Die Broschüre informiert darüber‘, dann ist das sehr logisch. Die anderen Tester stimmen dem zu.
Sind die Zwischenüberschriften zutreffend? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 429: „Ja, das ist o.k. Und diese Überschriften bilden ja auch im Prinzip den roten Faden. Da hätte ich gar nichts dran auszusetzen.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Ist die Broschüre zu kurz, zu lang oder genau richtig?	Tester 517: „Das ist die Frage. Also man kann es beliebig ausweiten, wenn man die Operationstechniken und was da alles dazugehört, dann liest das auch keiner mehr. Heutzutage muss das ja alles kurz und knapp formuliert werden. Das kam mir schon ein wenig lang vor.“ Tester 178: „Also ich finde die absolut in Ordnung und wenn das noch mehr werden würde, dann weiß ich auch nicht, ob ich das alles lese. Sondern vielleicht nur einen Teil. Also von der Länge finde ich das richtig optimal.“ Tester 490: „Also wir wollten ja auch ein bisschen zusammenfassen, Seite 4 und 5. Man kann einzelne Sätze streichen und es wird kürzer und strammer.“
Wie ist der Text geschrieben? (z.B. einfühlsam, neutral/objektiv, bevormundend, diskriminierend?) oder: Fühlen Sie sich im Text als Leser ernst genommen?	Auf die Frage, ob sich die Tester als Leser ernst genommen fühlen: Tester 429: „Doch schon, auf jeden Fall.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Abbildungen & Grafiken	
Wie finden Sie das Foto? Fühlen Sie sich angesprochen? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 429: „Mir ist beim ersten Durchlesen überhaupt nicht klar geworden, an wen ist die Broschüre überhaupt adressiert.“ Dazu Tester 490: „Gute Frage, ja.“ Dazu Tester 429: „Ich habe keine Ahnung.“ Tester 490: „Der Mann ist abgebildet. Ich würde vielleicht noch eine Unterüberschrift machen: ‚Mit 65 auch ein bisschen weise.‘ Ja, das könnte man da schon

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschatlagader angeboten?

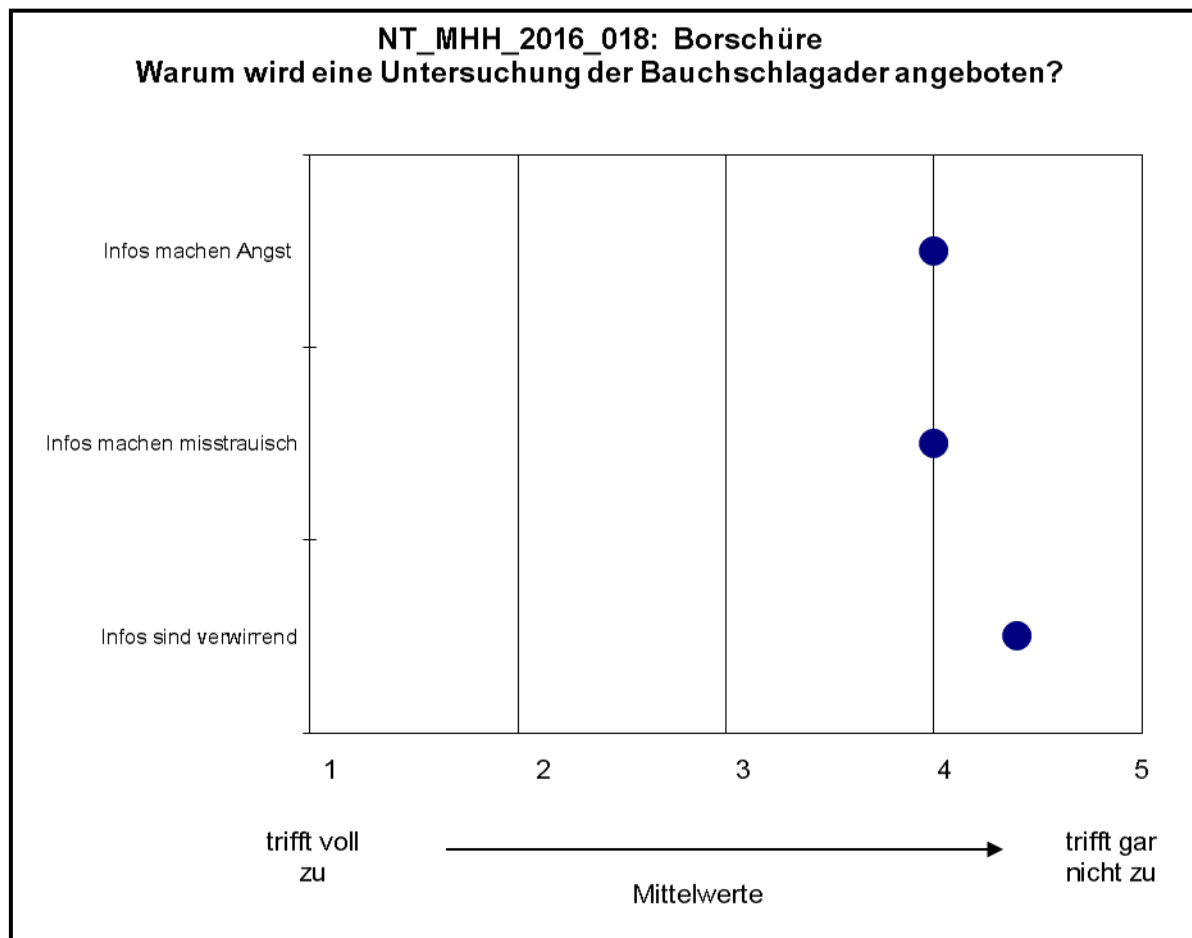
	ein bisschen mehr in die Richtung bringen, was der mit seinen Stöcken überhaupt soll.“ Tester 429: „Ja, das fand ich übrigens gut, mit den Stöcken, dass das so ein bisschen die Fitness [zeigt]. Das ist schon o.k.“ Tester 490: „Ich habe das jetzt hier schon so verstanden, dass jetzt hier eine Bevölkerungsgruppe nämlich die Männer angesprochen werden sollen. Die Frauen werden eigentlich-, entweder sollten sie hier gar nicht erwähnt werden oder man müsste in der Tat darauf mehr eingehen.“ Die Teilnehmer sprechen über den Hintergrund, warum nur Männer adressiert werden. Dazu Tester 517: „Auf Seite 1 steht allerdings ganz deutlich, wer angesprochen wird. Also, weil Sie [Tester 429] das vorhin sagten, alle Männer ab 65 sind eingeschlossen.“ Tester 178: „Das Bild ist o.k. Aus meiner Sicht, ja.“ Tester 490: „Ja, das soll einen positiv besetzten Herren im Alter zeigen. Vitalität ausstrahlen.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Ist die Grafik zum Aneurysma (Seite 2) verständlich und hilfreich? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 178: „Also ich finde die beiden Bilder gut.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Ist die Abbildung zu den zu erwartenden Untersuchungsergebnissen verständlich und hilfreich (Seite 5)?	Tester 429: „Also es ist einfach doppelt, das was auf Seite 4 steht.“ Tester 482: „Der eine sieht lieber die linke Seite und der andere sieht lieber die rechte.“ Tester 178: „Das würde ich ruhig so lassen.“ Die anderen Tester stimmen dem zu. Tester 482: „Einfacher finde ich die Abbildung.“
Abschließende Bewertungen	
Finden Sie, dass man den Informationen im Text glauben kann? Warum?	Tester 517: „Solange man selber keine Vorerfahrungen hat und medizinisch gebildet ist, muss man ja annehmen, dass das in Ordnung ist.“ Tester 482: „Ja, man könnte hinten eine Quellenangabe machen, wo die [Informationen] herkommen.“ Dazu Tester 429: „Gibt es ja hier.“ Die Tester sprechen über Quellen und Datenschutz.
Hilft Ihnen der Text zu verstehen, was eine	Tester 178: „Ich finde das schon in Ordnung und auch

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

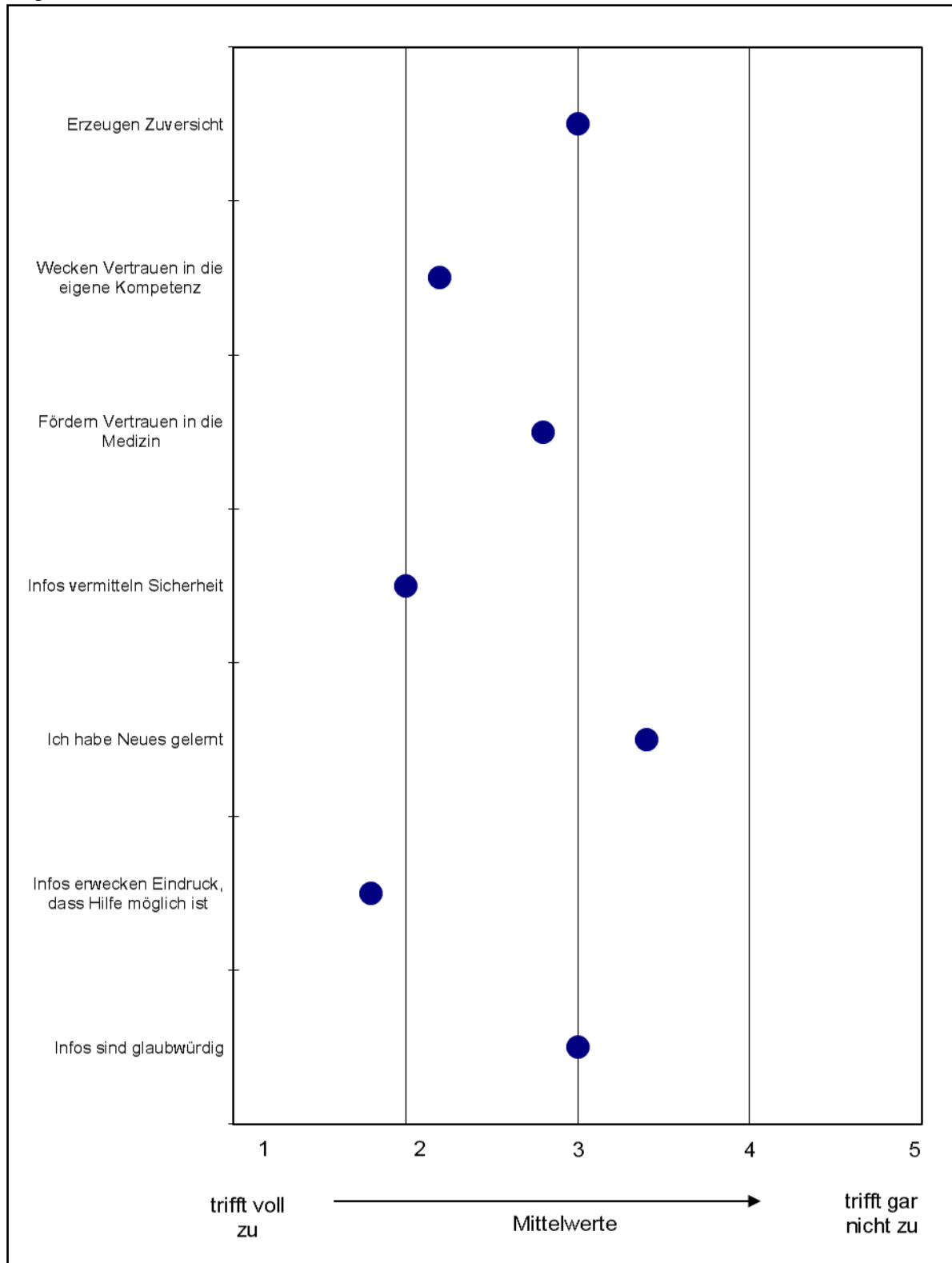
Früherkennungsuntersuchung auf Aneurysmen der Bauchsclagader ist und welche Konsequenzen diese haben kann? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?	verständlich.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Kann die Information dabei helfen, sich für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung zu entscheiden? Wenn nein, warum nicht?	Tester 429: „Ich sage mal, ob ich jetzt die Broschüre jetzt lese oder nicht lese, ich würde immer eine Untersuchung machen lassen. Ohne diese Entscheidungsvorlage.“ Dazu Tester 490: „Ja gut, aber Sie sagten ja vorhin, Sie hätten im Bekanntenkreis viele Fälle erlebt. Von daher sind Sie sensibilisiert.“ Tester 517: „Also für einen Unvorbelasteten sage ich mal, der kann sich da frei entscheiden.“
Wird der Text dabei helfen, mit dem Arzt und/oder der Partnerin über die Teilnahme an der Früherkennung zu sprechen? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?	Tester 490: „Ich würde sagen, was sagen Sie denn dazu, Herr Doktor? Ich habe das hier gelesen, was würden Sie mir raten?“ Tester 429: „Das glaube ich schon.“ Die anderen Tester stimmen dem zu.
Würden Sie das Merkblatt lesen, wenn es Ihnen in der Arztpraxis gegeben wird? Wenn nicht, warum nicht?	Tester 178: „Das würde ich lesen. Ja.“ Die anderen Tester stimmen dem zu. Dazu Tester 429: „Da kommt auch wieder die Überschrift ins Spiel. Man guckt erst einmal drauf, sieht ein Bild und irgendwie, ja, interessiert mich das oder nicht. Und wenn da was Interessantes steht, dann greift man da eher zu.“
Würden Sie den Text weiterempfehlen?	Alle Tester würden die Broschüre empfehlen. Tester 429: „Ich würde ihn mitnehmen und weiter verteilen.“
Besonderes	

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?

Zusammenfassende Bewertung



NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?



Bei der Interpretation der Grafiken ist zu beachten, dass für die kritischen Aspekte (Angst, Misstrauen und Verwirrung) der „gewünschte Wert“ gegen 5 tendieren sollte, bei den positiven Aspekten (Zuversicht, Vertrauen, Sicherheit, Glaubwürdigkeit etc.) gegen 1.

NT_MHH_16018: Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?

NT16018: Darstellung der Bewertung pro Tester entsprechend des genutzten Fragebogens

	Tester 178	Tester 429	Tester 490	Tester 482	Tester 517
Ich habe Neues gelernt	3	4	4	4	2
Infos sind verwirrend	5	4	5	3	5
Infos sind glaubwürdig	2	5	4	2	2
Infos vermitteln Sicherheit	2	2	2	2	2
Infos machen misstrauisch	4	2	5	4	5
Infos erzeugen Zuversicht	2	4	4	2	3
Infos machen Angst	4	3	5	4	4
Infos wecken Vertrauen in eigene Kompetenz	2	2	3	2	2
Infos fördern Vertrauen in die Medizin	2	3	4	2	3
Infos erwecken Eindruck, dass Hilfe möglich ist	2	1	2	2	2

A3.4 Ergebnisprotokolle Einzelinterviews (Dokumentation der SRH Hochschule für Gesundheit Gera)

Kurzgutachten Nutzertestung

NT_Gera_16001

„Warum wird eine Untersuchung der Bauchaorta angeboten?“

Eingereicht am 20.07.2016

Prof. Dr. SYLVIA SÄNGER, Dipl.-Ing., MPH

PROFESSORIN FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Studiengangsleiterin im Masterstudiengang Medizinpädagogik

Robert Leschowski

Wissenschaftliche Hilfskraft

Student Medizinpädagogik, B.A.

SRH Hochschule für Gesundheit Gera,

Neue Straße 28-30, 07548 Gera

Telefon: 0365 773407-14, Mobil: 0151 2525 5280, Telefax: 0365 773407-77

E-Mail: sylvia.saenger@srh-gesundheitshochschule.de

Internet: <http://www.srh-gesundheitshochschule.de>

Raster der Testpersonen

NT_Gera_16001

„Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?“

	Tester: 1	Tester: 2	Tester: 3	Tester: 4	Tester: 5
Merkmale					
Geschlecht	männlich	männlich	männlich	männlich	männlich
Alter	69	75	75	75	65
Nationalität	D	D	D	D	D
Wohnort (Stadt/Land)	in der Stadt	auf dem Land	in der Stadt	in der Stadt	auf dem Land
Bildungsstand					
noch kein Schulabschluss					
Haupt-/Volksschule, polytechnische Oberschule	X			X	X
Realschule					
Fachschulabschluss		X			
Abitur / Fachabitur			X		
(Fach-) Hochschulstudium		X	X		
Anderer Abschluss					
Berufsgruppe					
Hausfrau/Hausmann					
Angestellte(r)			X		
Arbeiter(in)				X	X
Selbstständige(r)					
Beamte(r)					
Schüler(in) / Auszubildende(r)					
Student(in)					
Anderes:	Rentner	Rentner	Rentner	Rentner	Rentner
Weitere Merkmale					
chronisch erkrankt	X	X	X	X	X
Mitglied einer Selbsthilfegruppe	X		X		
Bezug zum Thema					
Raucher			X (früher viele Jahre)		
Internetzugang, auch über andere		X	X	X	X
Anderes, und zwar:		Cochlear Implantat	COPD		

Transkription der Einzelinterviews

NT_Gera_16001

„Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?“

LEITFRAGEN: Wissen und Verständnis

Worum geht es in der Broschüre?

T1	Da stand was drin, was man normalerweise selten hört. Weil da kaum darüber geschrieben wird und auch nicht darüber berichtet wird. Die Broschüre soll ein bisschen interessiert machen für Leute im Alter über 60. Und wenn mal was ist, ist man ein bisschen informiert. Da ist das nicht was ganz Neues.
T2	Hmm. Ich kenne ja verschiedene Untersuchungsmethoden. Die kennt man ja im Laufe der Zeit. Auch Ultraschall.... Geht um Aneurysma, ja. ... Aneurysma ist mir nicht unbekannt. In Auma, wo ich wohne, waren zwei oder drei Personen davon betroffen.... <i>I: Was haben Sie für sich herausgelesen?</i> Dass der Blutstrom von oben bis unten zirkuliert. Und dieses Aneurysma, das hat eine spezielle Funktion. Dass, wenn irgendwas ist, verändert sich im Leben -vor allem bei älteren Menschen- ... da kann sich das negativ beeinflussen.
T3	Es geht darum, dass jeder Mensch eine Baucharterie hat und hier wird eigentlich ganz gut geschildert, dass es einen großen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt. Dass Frauen weniger belastet sind als Männer. Was mir bei dieser Broschüre nicht ganz aussagekräftig war, dass es sehr wichtig gemacht hat, obwohl es wenige Todesfälle bei 1000 Fällen sind. Die zweite Sache, die mir aufgestoßen ist dabei, war, dass es eine ganz wichtige Erkrankung ist, eine gefährliche Erkrankung, die zum Tod führen kann, mit der man aber Dinge aufdeckt, die man eigentlich gar nicht wissen will. Die den Patienten dann Probleme bringen. Aber nicht jedem. Und die Gefahr andere Krankheiten wie Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen damit eigentlich noch auftauchen und die Sache noch erhöhen. Also damit wird meines Erachtens nach die Geschichte schlimmer als sie ist. Meine Empfehlung wäre, das nicht groß zu popularisieren, sondern das eher als Information beim Hausarzt auszulegen. Dass sich das jeder greifen kann, der möchte.
T4	Es wird die Gefahr einer Erkrankung dargestellt, von der man im Grunde gar nichts weiß. Dann wird erklärt, welchem Risiko man da ausgeliefert ist. Dass man vor allen Dingen im Alter damit konfrontiert wird. Das man das auf jeden Fall weiß, dass das zu untersuchen ist. Aber die Garantie ist nicht gegeben.
T5	Na ja es geht um die großen Blutgefäße. Um die Bauchsclagader und dass da Aneurysmen entstehen können. Ich kenne auch einige Leute, denen das widerfahren ist. Ich wusste gar nicht, dass es da eine Vorsorgeuntersuchung gibt.

Wie gut werden das Aneurysma der Baumschlagader und die Früherkennungsuntersuchung erklärt?

T1	Na „halb gut“. Für einen Laien, der noch nicht groß was davon gehört hat, da ist das nicht so verständlich. Da muss man schon näher hingucken, tiefer hineinhören und sich auch mal befragen. Denn manches ist so erklärt, dass man da denkt: „Na, machst du das überhaupt? ... Kann ja auch sein, dass da überhaupt nichts passiert.“
T2	Eigentlich gut. Nur vielleicht ein kleines bisschen spezifischer, damit ... andere Menschen das noch einfacher erklärt bekommen. Noch einfacher erklärt. Wozu, warum kann das passieren? Da entstehen Folgefragen. Und dann müsste man sagen, welche Funktion? Das beeinflusst ja vieles. Wenn diese Stelle platzt oder sich ausdehnt ... Jeder Mensch ist anders. Kann das da andere Auswirkungen haben? Bei einem wirkt sich das so aus, beim anderen wirkt sich das so aus. Nur das Aneurysma, wenn man das weiß, dann kann man sich auch verrückt machen. Es gibt welche, die sind sensibel. Die denken „ich hab', ich hab', ich hab'...“ und steigern sich rein. Für manche Menschen, die noch nie was damit zu tun hatten, ist das erst mal nicht wichtig, aber wenn die das im Voraus schon wissen dann kriegen sie Angst.
T3	Ich bin der Meinung, die erklären leicht. Aber sie (<i>die Information</i>) ist irgendwie ein bisschen verschwommen durch die „Zweistelligkeit“. Dass man sagt, das ist gefährlich, aber man kann auch Sachen erkennen, die man nicht unbedingt wissen möchte. Das ist nicht eindeutig klargestellt. Wahrscheinlich ist da die Forschung noch nicht soweit.
T4	Ich habe einen guten Eindruck.
T5	Für mich war das eigentlich verständlich. Mit den Fachausdrücken, na ja gut. Ich habe das schon begriffen.

Finden Sie den Titel interessant? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Wenn das in der Arztpraxis ausliegen würde, dann würde ich das gleich nehmen, weil es Neuland ist. Nicht für alle, aber für viele. Das ist interessant.
T2	In meinem Alter gibt es ja viele Sachen, wo man von Vorsorge spricht. Ich verstehe das als Vorsorgeinformation. Ja, kann man sagen. Das ist eine gute Sache, man kann mal der Sache nachgehen.
T3	Vielleicht sollte man es teilen. Untersuchung der Baumschlagader, Bindestrich, warum? Würde ich so sehen. Thema ist doch die Untersuchung der Baumschlagader, nicht warum man das macht. Das kommt eigentlich im Nachgang.
T4	Zutreffend. Gut.
T5	Ich finde ihn interessant weil ich schon davon gehört habe, dass es Leuten passiert ist. Es geht ja um diese Sache.

Haben Sie Informationen oder Themen vermisst? Wenn ja, welche?

T1	Jaja, das vielleicht ein bisschen näher erklären. Wie sich die Krankheit bemerkbar macht. Was tut da weh, oder was fällt da auf?
T2	Nein, eigentlich nicht. Ich habe ja schon so eine gewisse Vorbildung für medizinische Sachen. <i>(Anmerkung: Nutzer trägt ein Cochlear-Implantat und hat schon viele Operationen hinter sich.)</i> Die Ärzte müssten die Patienten besser aufklären. Das muss auch mit rein. Darauf eingehen auf das Thema. Den Patienten in gewissen Fällen auch mal besänftigen. Manches vermisste ich. Mit den Untersuchungen das weiß man nicht. Ich weiß nur, was diese Ultraschalluntersuchung macht. Also Ursachen und Auslöser, das steht ja nicht drin, das kann man reinschreiben. Die Untersuchung, die Ultraschalluntersuchung ist ja schmerzlos. Man braucht keine speziellen Verhaltensmaßnahmen. Nur nach der Untersuchung, dann muss der Arzt drauf eingehen. Hat er was gefunden, ist es bedeutungslos, oder gefährlich? Das ist bei Patienten je nach Verfassung und Charakter unterschiedlich. Manche bagatellisieren das...
T3	Das ist für mich zweischichtig. Ich persönlich nehme es nicht so ernst, wie es vielleicht ist. Ich bin bald 76 und habe so viele Krankheiten, aber die Medizin hilft mir, dass ich immer wieder oben bin... Ich habe so viel, dass ich am Tag acht Medikamente nehme. Nee, also ich habe nichts vermisst.
T4	Was soll ich da vermissen? Es ist gut gemacht und vor allem ist es für jeden verständlich.
T5	Dass es die Früherkennung gibt, das ist doch eine gute Sache. Aber wenn die mich jetzt untersuchen und stellen fest, ich habe was, dann ist doch die Frage: Wie gehst du jetzt damit um? Aber es geht ja nicht anders. Wenn ich Früherkennung mache, muss ich ja auch damit rechnen, dass die was finden. Sie schreiben es ja auch... kann, muss nicht. Das finde ich in Ordnung erklärt.

Fanden Sie Informationen überflüssig? Wenn ja, welche?

T1	Da war nichts Überflüssiges drin.
T2	Nein, eigentlich nicht. Es hat mir die Augen geöffnet, dass es so was gibt. Dass man damit auch Vorsorge machen kann.
T3	Keine.
T4	Da kann man nie viel genug wissen.
T5	Es ist alles auf den Punkt gebracht.

Wird deutlich, dass Sie sich für oder gegen die Früherkennung entscheiden können? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Halbe, halbe. Nicht so hundertprozentig überzeugend, aber es könnte einen interessiert machen, da mal zu wissen, was mit dem Ultraschallgerät... Aber es hat ja nicht jeder Ahnung davon, wie die Aorta-Untersuchung sein muss. ... Ja man könnte da mal nachfragen.
T2	Man muss nicht, man kann. Es ist eine feine Sache. Es wird nicht aufgezwungen. Wenn einer keine Bedenken hat, er hat nichts...dann muss er ja nicht. Wenn das angeboten wird, dann muss ich erst mal wissen, wie läuft das ab, was muss ich beachten zur Vorbereitung? Es öffnet mir die Augen. Es kann dann sein, dass ich was habe, was versteckt ist, es muss aber nicht. Jetzt können sich die verrückt machen, erst mal erfahren, was ist. Das Aneurysma, das ich kenne, stammt aus dem Kopf, nicht aus dem Körper. Dann habe ich das mal gesehen im Fernsehen bei „In aller Freundschaft“ das Aneurysma. Da war viel Blut. Es gibt ja keine Verhaltensregeln.
T3	Das ist eigentlich für mich klar gewesen. Dass das eine Früherkennungsgeschichte ist. Deswegen habe ich es für mich nicht so ernst genommen. Das ist eine Früherkennungssache und da sollte jeder für sich entscheiden, ja das mache ich. Es steht ja drin auch welche Gefahren bestehen mit den Alternativen die möglicherweise auch auftreten können und da muss das jeder selbst entscheiden für sich. Und ich kann mir auch vorstellen, dass es welche gibt, die dabei Angstgefühle kriegen. Die nicht wissen, mache ich es? Und das kommt deutlich zum Ausdruck. Und das kann auch diese Broschüre nicht ändern, finde ich. Wenn das anders dargestellt würde, könnte man vielleicht leichtsinnig werden.
T4	Auf jeden Fall für! Das wird deutlich. Ich werde das auch tun, auf jeden Fall.
T5	Na ja, wenn ich jetzt lese bei 1000 Männern werden zwei wahrscheinlich operiert. Na ja, bei 1000 nur zwei. Ich weiß jetzt nicht, das ist mir bald ein bisschen wenig. Dass ich die Wahl habe, wird deutlich. Entweder ich mache es oder ich mache es nicht. Ich werde doch nicht dazu genötigt was zu machen.

LEITFRAGEN: Verständlichkeit

Waren Formulierungen schwer verständlich (z. B. Schachtelsätze)? Wie ist der Text geschrieben? (z.B. leicht verständlich, zu viel Text, Aufteilung...)

T1	Teilweise schwer verständlich. Mit den – ob man was – wenn man untersucht wird – und die stellen fest, man hat ein bisschen was und es ist aber nicht unbedingt zu operieren. Und die sagen: „Ja sie haben da was mit der Aorta und in ein paar Jahren müsste man wahrscheinlich daran denken, mal eine OP zu machen, dass wir das wieder hinkriegen“. Das ist so ein bisschen, weil man da keine klare Linie hat. Wenn die mit dem Ultraschallgerät hingucken und sagen, da müsste man was machen, aber eigentlich ist das nichts weiter. Da könnte was sein. Das müsste schneller entschieden werden.
T2	Für mein Verständnis war es gut. Was geschieht bei einem operativen Eingriff? Mit dem „Schlauch“ (<i>Anmerkung: gemeint ist die Aorta</i>). Das kann ich jetzt aber nicht erklären. Ist wie mit einem Schlauch am Auto. Wenn man jetzt Darm verbindet, die haben ja eine spezielle Technik. Davon habe ich aber keinen Schimmer. Was ist, wenn der eine Teil vom Schlauch kleiner ist? (<i>Macht mit den Händen eine Geste zwei Dinge ineinander zu stecken</i>) Das müsste man deutlicher erklären. Manche können sich das ja nicht vorstellen.
T3	Es wird immer Aneurysma gesagt. Aneurysma, Aneurysma. Viele Menschen wissen das gar nicht. Die müssen sich das jetzt erst wieder klarmachen. Warum schreibt man nicht Verdickung? Na ja, der Begriff ist mir persönlich geläufig. Ich finde ihn (<i>Anmerkung: gemeint ist der Text</i>) nicht schwer verständlich.
T4	Ich kann nicht sagen, dass da was Langweiliges im Text war, überhaupt nicht und nichts Überflüssiges.
T5	Ich denke, der Text und die Abbildung, das reicht für Laien schon aus. Für mich habe ich das Gefühl, dass ich das alles auch begreife.

Sind die Vorteile der Früherkennung (Tabelle, Seite 6) verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht?

T1	(<i>lange Pause, hmm, hmm</i>) Ja das ist eben ein bisschen ... nicht direkt. Na ja. Man kann es schon verstehen. Aber da muss man eine Weile... Ganz klar ist es nicht. Das könnte man noch klarer ausdrücken.
T2	Jaja, die Tabelle habe ich verstanden. Es kann, es muss nicht.
T3	Verständlich, ja. Ich bin mehr für den logischen Aufbau wie in der Tabelle. Ich habe nicht die Absicht, alles zu suchen. So eine Tabelle ist doch nicht schlecht.
T4	(<i>liest und murmelt, erster Teil unverständlich</i>)...dass der Anteil an Erkrankungen mit Todesfolge bei den Untersuchungen wesentlich geringer ist, um 50%, dass man sich da ohne Weiteres dafür entscheiden kann.
T5	Ja. Verständlich.

Wie interpretieren Sie die Zahlen der Tabelle?

T1	<i>(lange Pause)</i> ...Na ja rauslesen. Das muss doch der Arzt zu mir sagen. Dass man mal eine Bauchaortauntersuchung macht. Dass der Arzt da den Vorschlag macht. Fragen kann er ja. <i>I: Sie würden es also ungern für sich alleine entscheiden?</i> Hmm <i>(zustimmend)</i>
T2	Ohne Früherkennung macht sich ein Mensch, wenn er das nicht weiß, eigentlich keinen Kopf. Wenn er nicht belastet ist mit so was, also mit den Gefäßen. Und dann ist das eben auch so, da haben sie mehr... Aber wenn man das nicht weiß, sagen die meisten, man stirbt so oder so. Man erfährt ja erst im Nachhinein woran man gestorben ist.
T3	Ich mache mir klar, welche Vorteile es hat, sich der Früherkennungsuntersuchung zu unterziehen. Dass es die Möglichkeit gibt, das mit den Todesfällen zurückzudrücken. Ich hätte aber meine Schwierigkeiten deutlich zu machen, wie wichtig das ist. Vielleicht auch, weil dieser Unterschied nicht so groß ist. Also wenn man da zum Beispiel eine Riesenzahl hätte und hier ständen nicht 7 oder 6 sondern 70 und 60. Das ist irgendwie deutlicher. Ich weiß nicht.
T4	Na ja. Wenn von 1000 Leuten da drei mal das Zeitliche segnen, dann ist das doch nicht viel.
T5	Bei 1000 Männern ohne Früherkennung reißt ein Aneurysma etwa siebenmal. Es kann doch aber auch zehnmal reißen oder fünfzehnmal? <i>I: Die Zahlen stammen aus wissenschaftlichen Untersuchungen.</i> Gut, wenn das so ist. Es reißt bei 7 und 6 überleben es nicht. Früherkennung: 4 reißen und 3 sterben. Das ist mir ein bisschen wenig.

Sind die Nachteile der Früherkennung (Seite 7) verständlich dargestellt? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Ja. (<i>lange Pause</i>) Dass man nicht genau weiß,... jetzt..., ist das notwendig, dass man operiert wird? Man wird hier ein bisschen ... (<i>bricht ab, denkt nach</i>). ... Das müsste der Arzt einem sagen können, wenn der einen untersucht hat. Oder soll das „nach“ sein, „nach der Untersuchung“? ... Das könnte man einfacher erklären. <i>I: Was wären denn die Nachteile aus Ihrer Sicht?</i> Wenn man untersucht worden ist und der Arzt sagt, es könnten Schwierigkeiten mal auftreten, dass man dann mit Gedanken immer dort ist. Wie ist denn das? Wie meint der denn das? Ist das so gefährlich? ... Wenn dann der Arzt sagt: „Da müssen wir mal überlegen, was wir so in den nächsten Jahren machen. Wir können das machen, da passiert nichts.“ Kann aber auch sein..., also sozusagen muss der Patient ja das doch entscheiden.
T2	Wenn ich das nicht weiß, ich habe eins, dann kann ich sagen in welchem Umfang ist das da ausgeprägt? <i>I: Bitte sehen Sie sich noch einmal den Text auf Seite 7 an. Sind die Nachteile der Untersuchung für Sie verständlich?</i> Nein, eigentlich nicht. Hier steht ja, andere Männer hätten lieber nichts erfahren wollen. Das ist denen doch gleichgültig. Die machen sich keinen Kopf. Das ist doch von Mensch zu Mensch unterschiedlich.
T3	Verständlich ja. Da geht die Angst los für bestimmte Leute. Weil Sachen auftauchen können, die ich vorher nicht gewusst habe und die ich eigentlich gar nicht wissen will. Die die Angst dann erhöhen. Gut, ich kann eine Verdickung haben, die gefährlich ist. Die operiert werden sollte. Aber da sind ja noch andere Sachen. Können die sich auch noch so entwickeln? Dazu steht ja gar nichts da. Die würden wahrscheinlich gar nichts bringen. Also keine Krankheit bringen. Und da geht dann bei bestimmten Leuten..., also das sind so Hypertoniker, die dann Angst haben.
T4	Ist ja klar, dass einem niemand Garantie geben kann. Es gibt ja auch bei Operationen keine Garantie. Es sind ja bloß Untersuchungen. <i>I: Worin besteht denn der Nachteil für Sie?</i> Dass wenn ich untersuchen lasse und man kann ja nicht garantieren, dass auch ein harmloser, also dass das auch tödlich sein kann. Und wie lassen die sich unterscheiden, die harmlosen und die gefährlichen? Und die Hälfte der entdeckten ... sind harmlos. Und das ist gut dass man das den Patienten klar macht. Denn jeder Patient muss ja dann selber entscheiden. Jeder muss selbst entscheiden, ob er das als harmlos betrachtet.
T5	Die Nachteile: wenn man jetzt hinget und die sagen, sie haben so was. Das muss ja nicht reißen. Da kann ich nur sagen, da gehst du hin und wenn du ein Befund hast, musst du damit leben. Entweder es ist so groß, dass es repariert werden kann, oder du hast eben ... es geht ja um Durchmesser. Wenn es eben gering ist, sagst du dir, es muss nicht passieren. Leben musst du mit der Diagnose, die du hast. Damit musst du leben und dich abfinden. Gehst du nicht hin weißt du es nicht und gehst du hin, musst du damit leben. <i>I: Was finden Sie denn persönlich besser?</i> Es ist ja... ich möchte schon darauf hingewiesen werden, auch wenn es nur ein bisschen ist. Wenn der Arzt sagt, es ist ein Risiko da, man muss es überprüfen, dann musst du dich eben kümmern. Das wäre jetzt auch keine Katastrophe. Man hat ja auch andere Gebrechen. Da könnte ja auch was passieren.

Hatten Sie Schwierigkeiten mit Fremdwörtern? Wenn ja, mit welchen?

T1	Eigentlich nicht. Viele Fremdwörter sind ja gar nicht drin. Nur das Aneurysma. Da stolpert man über nichts. Für Normalverbraucher ist das verständlich. Das hängt ja auch von den Menschen ab. Der eine begreift das und der andere begreift das nicht. Bei bestimmten Themen muss man das manchmal ganz anders erklären.
T2	Eigentlich nicht. Es ist meistens so gut erklärt. Und wenn ich manches nicht verstehen kann, was Englisch ist, frage ich meine Frau.
T3	Nein keine. Ich nicht. Aber der eine versteht es, der andere nicht.
T4	Aneurysma, na ja das habe ich nicht gewusst. Jetzt weiß ich das. Davon habe ich früher nie was gehört.
T5	Na ja, mit dem Aneurysma, das wusste ich schon. Aber so viele Fremdworte habe ich da gar nicht gefunden. Aneurysma ist das einzige Fremdwort.

Wird deutlich, dass Sie sich für oder gegen die Früherkennung entscheiden können? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Ja.
T2	Das kann man nicht so sagen. Wenn man vorher nichts merkt, macht man sich ja keinen Kopf. Aber man kann ja so eine Vorsorge machen, woran ich bin und sagen, na gut, ich gehe dem nach und dann kann ich sagen, wie viel oder ob da was dabei ist. Ob ich betroffen bin. Es gibt ja Männer, die nehmen das nicht für bare Münze und andere rennen bei einem Haufen Professoren rum und lassen sich untersuchen.
T3	Dann ist wahrscheinlich manches, was in der Medizin läuft, das Gewinnstreben, und dass deshalb vielleicht sogar eine Frühuntersuchung noch dringender und wichtiger gemacht wird. Andere hätten im Nachhinein lieber nichts vom Aneurysma erfahren. Aber wenn man liest, wie gefährlich das sein kann, dass es, wenn auch minimal, zum Tod führen kann dann mache ich diese Frühuntersuchung. Unabhängig was dann kommen könnte.
T4	Ich lass mich auf jeden Fall untersuchen. Das Restrisiko, was da bleibt, das kann ja keiner beeinflussen. Auch der Arzt nicht.
T5	Ja.

LEITFRAGEN: Gliederung und Lesefluss

Hat der Text einen "Roten Faden"? Wenn nicht, woran liegt das?

T1	Ja, logisch schon. Wenn man da was hat. Manche haben das und wissen gar nicht, dass man das untersuchen lassen kann.
T2	Ja. Ich habe da nichts auszusetzen. Ist doch ok.
T3	Ich finde es eigentlich auch von der Logik her ganz ordentlich. Es wird am Anfang geschildert die Notwendigkeit... Dinge die auftauchen können.
T4	Ist doch gut erklärt. Über die Erkrankung und dann die Nachteile der Untersuchung.
T5	Der rote Faden ist erkennbar und es ist eigentlich auch logisch aufgebaut. Es sind Vorteile beschrieben und was passieren kann. Vom Erkennen und... Wenn ich was finde und verfolge das, kann mir die Sache erspart bleiben. Es ist schon von vorne bis hinten beschrieben, dass man so die Richtung kriegt.

Sind die Zwischenüberschriften zutreffend? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Ja, das ist schon ordentlich begreiflich.
T2	Ja, das ist ja dann auch beschrieben.
T3	Es ist eine logische Einteilung.
T4	Ja, das trifft voll zu. Das ist gut.
T5	Na ja, finde ich in Ordnung, die Vorteile und Nachteile.

Ist die Broschüre zu kurz, zu lang oder genau richtig?

T1	Um überhaupt erst mal was drüber zu lesen reicht das für den Durchschnittsbürger. Dass man überhaupt erst mal weiß, dass es sowas gibt.
T2	Ist genau richtig.
T3	Es ist kurz und prägnant. Länger darf es auf keinen Fall sein. Dann verliert man sich nur. Es verläuft sich, wenn es zu lang ist. Wenn ich das schön in einem Ritt durchlesen kann. Und das habe ich hier so gemacht. Habe mir das auf einen Sitz durchgelesen.
T4	Das ist erst mal eine allgemeine Information. Wer da tiefer eindringt, der muss erst mal den Arzt fragen.
T5	Zu viel würde ich nicht sagen, zu wenig auch nicht. Für mich ist ja wichtig, ich lese das hier und denke, da muss du mal hingehen. Was nachher der Arzt ... keine Ahnung. Aber wenn ich das lese, begreife ich das und sage, ja das ist in Ordnung. Und mehr will ich erst mal nicht wissen.

Wie ist der Text geschrieben? (z.B. einfühlsam, neutral/objektiv, bevormundend, diskriminierend?) oder: Fühlen Sie sich im Text als Leser ernst genommen?

T1	Na ja, diktierend irgendwie nicht. Eigentlich ganz gut verständlich. Ich fasse es auf, dass die einem das ordentlich erklären wollen. Kurz und bündig und nicht „großes Geschnörkels“ drum herum. Da weiß man Bescheid, dass so etwas gemacht wird, dass so eine Krankheit gibt und dass auch das Leben dran hängen kann. Das kriegt man hier erklärt.
T2	Es ist schön aufklärend. Ich habe ja was gelernt, wie man damit umgehen kann. Das steht ja alles da drin.
T3	Es liest sich wie ein ganz normales Gespräch. Kein Dozieren. Wer so was macht (<i>Anmerkung: gemeint sind die, die die Informationen schreiben</i>) möchte sich ja sonst immer produzieren mit solchen Sachen. Es ist kurz, ordentlich, die Überschriften stimmen und das Ende ist eben: den einen trifft es, den anderen nicht.
T4	Informativ. Da ist nichts drin, was nicht reingehört. Bevormundend überhaupt nicht. Informativ und einfühlsam auf jeden Fall.
T5	Das ist kein Besserwisstertext. Es ist beschrieben, was ist und was passieren kann und es ist nicht gesagt, du musst jetzt losrennen und mach das ja. Und mach dies nicht... Es ist sachlich gesagt, das und das kann passieren und so und so können sie sich schützen.

LEITFRAGEN: Abbildungen und Grafiken

Wie finden Sie das Foto? Fühlen Sie sich angesprochen? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Na ja. In unserer Herzgruppe machen wir auch Nordic Walking. Also wenn man krank ist und man wird operiert,es wird was dran gemacht. Und dass du dann wieder fit bist. Und das sollst du ja dann auch wieder sein. Und der (<i>zeigt auf das Foto</i>) guckt ja in die Zukunft und sagt: „Mensch, ich bin wieder gesund, ich kann wieder die Berge hochwackeln.“
T2	Ja, der ist ja positiv eingestellt, aktionistisch. Er geht an die Sache ran. Aber mit dem Text hat das gar nichts zu tun. Da müsste ein anderer Text hin. Der sieht schon von Vorneherein optimistisch aus, egal was dann kommt, der sieht immer optimistisch aus.
T3	Das Foto ist nicht schlecht. Der Mann lächelt, macht einen sehr positiven Eindruck. Hat aber im Prinzip mit der Bauchsclagader nichts zu tun. Wenn man aber die Bilder aus der Broschüre nehmen würde, zum Beispiel das mit dem Bauch, dann würde ich es nicht lesen. Da würde ich sagen, schon wieder eine Krankheit.
T4	Wie sollte man... was sollte man da sonst für eine Abbildung... Das ist ein älterer Herr, der sich bewegt. Das ist gut. Im Alter auf jeden Fall. Auf jeden Fall spricht das an.
T5	Es ist einer der losgeht und wackelt und rennt. Er ist eben in Bewegung. Wenn man einen hinsetzt, der einen Bauch hat und hat sein Bier in der Hand, das würde nicht passen. Er ist sportlich. Es kann ja auch mal bei der Bewegung passieren. Ich denke es ist ok.

Ist die Grafik zum Aneurysma (Seite 2) verständlich und hilfreich? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Doch. Die sind eigentlich leicht zu verstehen. Hmm.
T2	Ja. Ja man sieht, wo man verletzt ist, und den anderen Teil mit dem Körper. Durch das bin ich erst mal dahinter gekommen, dass es ein Aneurysma im Bauch geben kann. Man kann noch sagen, dass das ein ganz wichtiges Teil ist (<i>Anmerkung: gemeint ist die Bauchaorta</i>) dass das erhalten bleiben muss.
T3	Ja, wenn man den Text noch dazu betrachtet, dann ist das ausreichend.
T4	Ja. <i>I: Wenn die Abbildungen nicht da wären, würden die Ihnen fehlen?</i> Das würde sicher ein bisschen schwieriger werden. So mit den Abbildungen kann man sich gleich, also da hat man eine Vorstellung davon. Und das ist gut.
T5	Ja, hier sehe ich diese Verdickung und dann ist sie hier vergrößert und ich sehe den Blutstrom, was passieren kann, dass er nach außen drückt. Das verstehe ich. Mehr muss ich nicht wissen. Ich weiß, wenn das so weitergeht dann ... patsch! Kann man sich vorstellen.

Ist die Abbildung zu den zu erwartenden Untersuchungsergebnissen verständlich und hilfreich (Seite 5)?

T1	Ja. Da wird erst mal erklärt, dass es die Erkrankung gibt. Die können ja nichts erfinden. Ob das jetzt nun genau die 20 Leute sind, ist dahingestellt, ob das nun 15 oder wieviel sind. <i>I: Die Zahlen stammen aus der Auswertung wissenschaftlicher Studien.</i> Also ist das doch eigentlich verständlich. Bei Beipackzetteln steht ja auch wieviel man nehmen kann bei wieviel Körpergewicht. Das muss man so sehen, wenn 1000 Mann hingehen, dann sind eben 20 eventuell krank. Ja und die 20 haben wir jetzt übrig, also die müssen zum Arzt.
T2	Manches geht mir zu tief. Dass das mit dem Rauchen beschrieben ist. Im Großen und Ganzen können sie das so lassen. <i>I: Bitte betrachten Sie doch noch einmal die Abbildung. Ist sie für Sie verständlich?</i> Für mich ist das verständlich, für andere vielleicht nicht. <i>I: Wie groß würden Sie selbst denn das Problem einschätzen, wenn Sie sich die Abbildung betrachten?</i> Also wenn man betroffen ist, sieht man die Sache anders. Ich kann das gut auswerten. Von 1000 haben es 20. <i>I: Ist das für Sie viel oder wenig?</i> Wie viele sterben denn an Herzinfarkt oder Schlaganfall? Vielleicht kann man da so Parallelen ziehen wo die Sterberaten hoch sind, dass man das mal vergleicht. Das könnte man noch einbauen, dass man das mal vergleichen kann. Damit einem die Augen aufgehen, machst du das, die Untersuchung oder machst du das nicht.
T3	Hmm. Das ist jetzt eine Frage, die habe ich noch nicht durchdacht. Weil ich von mir ausgegangen bin, ich würde es nicht machen. Hmm. 1000 zu 20 ist natürlich ein Verhältnis, da lohnt es nicht. Aber man kann auch anders herangehen und denken: nur 20 von 1000? Gut ich bin bei den 980. Das Positive überwiegt dann.
T4	Na ja, klar. <i>I: Wir würden Sie die Abbildung interpretieren?</i> Übersichtlich und informativ. Wenn man weiß, dass von 1000 Männern 20 Männer dieses haben und 980 Männer haben das unauffällige Ergebnis, dann ist das doch informativ.
T5	Na ja gut. Bei 980 wird nichts gefunden. 20 Männer haben was. Das ist doch in Ordnung. 20 haben es und bei 18 geht es mit einer regelmäßigen Untersuchung und 2 sind eben so akut, dass sie operiert werden müssen.

LEITFRAGEN: Abschließende Bewertung

Finden Sie, dass man den Informationen im Text glauben kann? Warum?

T1	Ja, doch. Ich finde das haben die ordentlich erklärt. Mit den Leuten und der Anzahl, dass man das auch begreift. Nicht so ein „Gesülze“.
T2	Ach so. Ja das kann man glauben, was die sagen. Wenn es hier so dargelegt ist, muss es ja glaubwürdig sein.
T3	Ja. <i>(Pause)</i> Ja. Weil das so logisch aufgebaut ist, dass ich sage, ja das könnte passieren. Die Gefahren bestehen. Der Text ist nicht irgendwie so hoch geschrieben, dass man es nicht verstehen kann. Es ist nichts drin, was eine Gefahr besonders krass herausstellt. Man könnte jetzt ja auch sagen, du mach' deine Untersuchung, es könnte ganz gefährlich werden. Ist hier nicht. Es wird hingewiesen, dass es möglich wäre, aber ich sehe keinen Zwang dass ich Angst kriegen würde. Manche würden Angst kriegen. Aber das sind welche, die gerne mal Angst kriegen.
T4	Erst mal bin ich kein Fachmann. Ich bin der Meinung, für mich ist das völlig ok. Ich glaube auf jeden Fall, was da drin steht. Weil man das hier nachvollziehen kann.
T5	Ja, ich denke ja. <i>I: Woran machen Sie das fest?</i> Na ja, zum Beispiel ... welche Ergebnisse der Untersuchung, wie hier 1000 Leute ... der Durchmesser kleiner als 3 cm dann geht es weiter mit dem Risiko. <i>I: Also die Zahlenangaben machen die Broschüre für Sie glaubwürdig?</i> Ja. Wenn sie schreiben würden: das ist unauffällig. Jetzt weiß ich, 3 cm das ist gut. Die Maßangaben, das finde ich in Ordnung.

Hilft Ihnen der Text zu verstehen, was eine Früherkennungsuntersuchung auf Aneurysmen der Bauchschlagader ist und welche Konsequenzen diese haben kann? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?

T1	Doch. Wenn man noch nicht groß auf seine Gesundheit bedacht ist.
T2	Ja. Ich bin ja auch darauf eingestellt und mache Vorsorge bei mir. Ja also, man kann ja auch noch mit dem Hausarzt reden. Der Hausarzt kann ihn beraten zur Krankenakte... also was er davon hält. In der Regel sagt dir der Hausarzt dann, wir machen mal jetzt...
T3	Ja, das finde ich.
T4	Na ja. Ist doch irgendwie eine Sache von Ultraschall. Tut nicht weh, wird ambulant gemacht. Ist nichts groß Problematisches.
T5	Na ja, wenn ich eben was hab, dann kann es mir passieren dass der Arzt sagt, sie müssen mal zur OP oder sie leben eben gefährlich.

Kann die Information dabei helfen, sich für oder gegen die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung zu entscheiden? Wenn nein, warum nicht?

T1	Wenn ich weiß, dass ich das habe, würde das schon helfen, dass ich mich entscheide. <i>I: Das wissen sie ja noch nicht. Bei einer Früherkennungsuntersuchung werden erst einmal Gesunde untersucht. Ob sie wirklich die Erkrankung haben, stellt sich erst später heraus.</i> Dann käme es darauf an. Wollen wir mal so sagen. Eine gewisse Angst ist doch dabei. Viele haben ja noch keine richtige OP mitgemacht.
T2	Ja.
T3	Also wenn ich nur diesen Text betrachte, würde ich sagen, er würde dazu förderlich sein mich dazu zu bringen, eine Frühuntersuchung machen zu wollen. Beinahe hätte ich gesagt, mich zu überreden. <i>I: Das sollte natürlich nicht passieren.</i> Tut es aber.
T4	Ja, auf jeden Fall. Ist ja sehr informativ hier. Der Hausarzt wird das nicht so erklären können, wie das hier drin steht. In seltenen Fällen... mein Hausarzt würde nicht sagen... der sagt was geht und ihre Werte sind so und so.
T5	Das wüsste ich jetzt nicht. Wiederum ich kenne Fälle wo es ist. Aber wenn es in meiner Familie wäre, würde ich schon mal gehen.

Wird der Text dabei helfen, mit dem Arzt und / oder der Partnerin über die Teilnahme an der Früherkennung zu sprechen? Wenn nicht, warum nicht? Was würden Sie sich wünschen?

T1	Ja, viele gehen ja zu ihrem Hausarzt und da kann man da ja drüber reden.
T2	Es gibt ja Ärzte, die das mit der Vorsorge dramatisieren. Die machen den Menschen Angst. Sollte man auch nicht machen. Immer nur sachlich. Mit meiner Frau rede ich über alles. Wir unterhalten uns auch über solche Fragen. Bei anderen Menschen wird man abgewimmelt, die haben kein Interesse dazu.
T3	Ich denke ja. Meine Frau hat es auch gelesen und wir haben uns sogar darüber unterhalten. Wir reden über alles. Wir sind mehr als 30 Jahre verheiratet. Aber wenn ich das gelesen habe und mein Hausarzt hat noch nichts gesagt und ich wäre noch 10 Jahre jünger, könnte es sein, dass ich aufgrund dieser Broschüre den Hausarzt frage, was er davon hält. Soll ich eine Untersuchung machen oder nicht.
T4	Ja, auf jeden Fall.
T5	Ja. Also wenn man denkt ich hab das nicht. Aber wenn ich vorgeschädigt bin auf jeden Fall.

Würden Sie das Merkblatt lesen, wenn es Ihnen in der Arztpraxis gegeben wird? Wenn nicht, warum nicht?

T1	Ich hätte es garantiert gelesen. Weil ich mich für Neues interessiere. Ich gucke immer beim Arzt durch, wo was Neues ist.
T2	Ja. Würde ich machen. Bei meinem Hausarzt liegt auch was aus, mit Hautkrebs und so weiter. Es gibt Ärzte, die machen das und das und das. Multiärzte für verschiedene Fachbereiche und die testen das mal. Wenn die alles machen, hat man keine Glaubwürdigkeit mehr an den Arzt. Manche Ärzte sind zu oberflächlich und manche sind zu genau.
T3	Ja. Ich bin immer daran interessiert, was hängt denn wieder mal bei meinem Doktor. Also das gucke ich mir immer an. Das würde mir auffallen. Ich gucke das immer durch.
T4	Ja, auf jeden Fall. Ich guck immer mal auf die Informationen, die dort <i>(Anmerkung: gemeint ist in der Arztpraxis)</i> herumliegen und informiere mich.
T5	Ich lese auch was die da haben. Auch wenn es um Diabetes und Rauchen geht. Das lese ich schon. Aber manches „geht auch wuff“. <i>(Macht eine wegwerfende Gebärde)</i>

Würden Sie den Text weiterempfehlen?

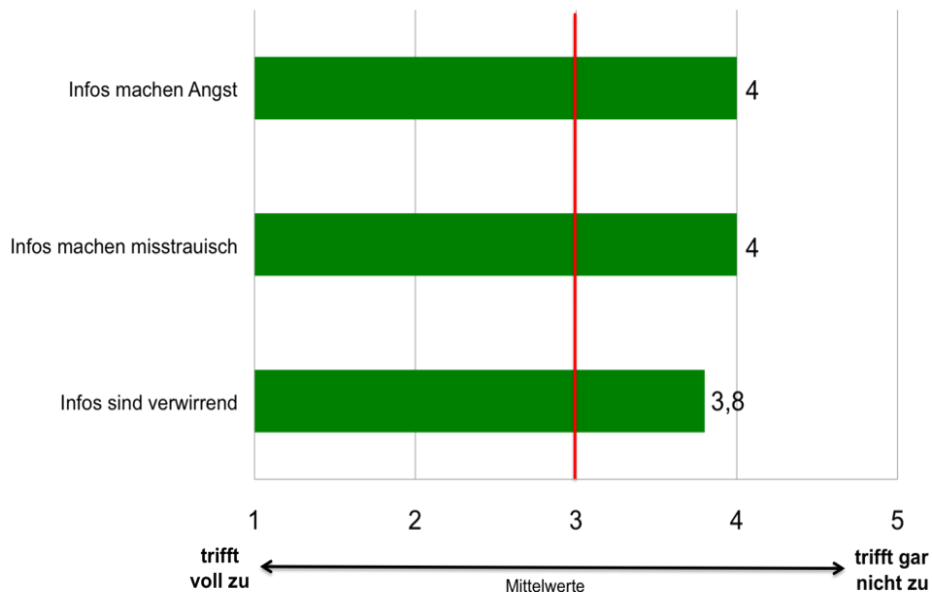
T1	Ja, das könnte man auch machen. Aber dann müsste noch irgendwie so ein Gespräch sein mit dem Arzt. Nicht dass ich mir so ein Ding <i>(Anmerkung: gemeint ist die Information)</i> besorge und gebe das jemanden und sage nur: „Hier, lies das mal.“
T2	Das ja. Ich habe nicht mehr so einen großen Bekanntenkreis. Wenn einem das Thema so interessant erscheint, da würde ich schon mal darüber sprechen. Wenn ich weiß, der andere hat da so gesundheitliche Probleme.
T3	Wen es betrifft, ja.
T4	Auf jeden Fall. Wir sind ja alles ältere Generationen.
T5	Kann man. Man weiß ja nicht, jemand hat es in der Familie gehabt. Und dann sagt man, guck mal das gibt es als Vorsorge.

Zusammenfassende Bewertung

NT_Gera_16001 - „Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?“

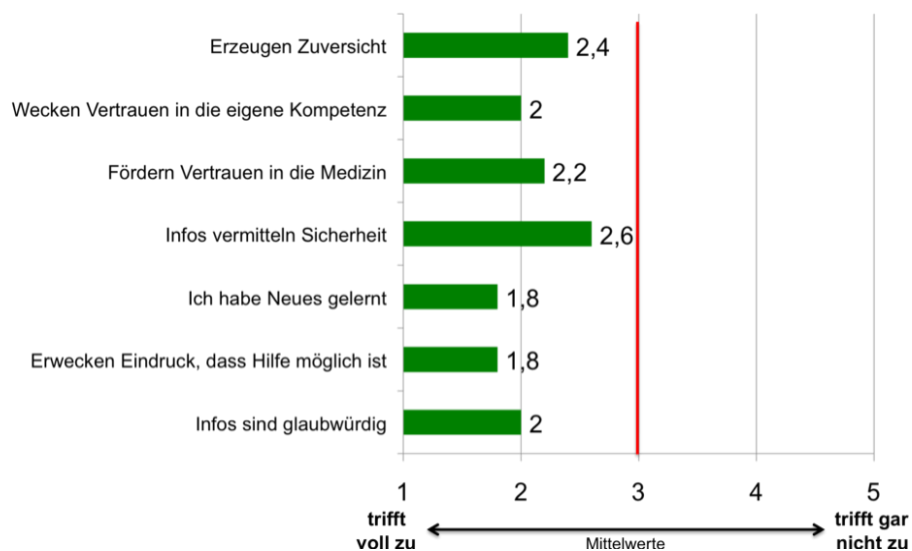
PAKET 1

NT_Gera_16001 Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?



PAKET 1

NT_Gera_16001 Broschüre: Warum wird eine Untersuchung der Bauchschiagader angeboten?



NT_Gera_16001: Darstellung der Bewertung pro Tester entsprechend des genutzten Fragebogens

NT_Gera_16001

„Warum wird eine Untersuchung der Bauchsclagader angeboten?“

	T1	T2	T3	T4	T5
Ich habe etwas Neues gelernt.	2	1	3	2	1
Die Informationen im Text sind verwirrend.	3	4	3	5	4
Die Informationen im Text sind glaubwürdig.	2	2	2	2	2
Die Informationen geben mir ein Gefühl der Sicherheit im Umgang mit dem Thema.	2	3	4	2	2
Die Informationen im Text machen mich misstrauisch.	3	4	4	5	4
Die Informationen im Text erzeugen bei mir Zuversicht.	2	3	3	2	2
Die Informationen im Text machen mir Angst.	3	4	4	5	4
Die Informationen wecken mein Vertrauen in meine eigene Kompetenz, mit dem Thema umzugehen.	2	2	2	2	2
Die Informationen im Text fördern mein Vertrauen in die Medizin.	2	2	3	2	2
Der Text vermittelt den Eindruck, dass im Krankheitsfall Hilfe möglich ist.	2	2	2	1	2

NT_Gera_16001, Gera, 20.07.2016

A4 Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen: Auftrag S13-04; Abschlussbericht [online]. 02.04.2015 [Zugriff: 07.07.2016]. (IQWiG-Berichte; Band 294). URL: https://www.iqwig.de/download/S13-04_Abschlussbericht_Version1-1_Ultraschall-Screening-auf-Bauchaortenaneurysmen.pdf.
2. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 4.2. Köln: IQWiG; 2015. URL: https://www.iqwig.de/download/IQWiG_Methoden_Version_4-2.pdf.
3. Svensjö S, Björck M, Gürtelschmid M, Gidlund KD, Hellberg A, Wanhainen A. Low prevalence of abdominal aortic aneurysm among 65-year-old Swedish men indicates a change in the epidemiology of the disease. *Circulation* 2011; 124(10): 1118-1123.
4. Public Health England. Abdominal aortic aneurysm screening: 2014 to 2015 data [online]. 11.11.2015 [Zugriff: 07.07.2016]. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/abdominal-aortic-aneurysm-screening-2014-to-2015-data>.
5. Svensjö S. Screening for abdominal aortic aneurysm [Dissertation]. Uppsala: University; 2013.
6. Berman L, Curry L, Gusberg R, Dardik A, Fraenkel L. Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: the patient's perspective. *J Vasc Surg* 2008; 48(2): 296-302.
7. Bertero C, Carlsson P, Lundgren F. Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study. *J Vasc Nurs* 2010; 28(3): 97-101.
8. Dubois L, Novick TV, Power AH, DeRose G, Forbes TL. Identification of patient-derived outcomes after aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2014; 59(6): 1528-1534.
9. Hansson A, Brodersen J, Reventlow S, Pettersson M. Opening Pandora's box: the experiences of having an asymptomatic aortic aneurysm under surveillance. *Health Risk Soc* 2012; 14(4): 341-359.
10. Letterstal A, Eldh AC, Olofsson P, Forsberg C. Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm: preoperative information, hospital care and recovery. *J Clin Nurs* 2010; 19(21-22): 3112-3122.
11. Pettersson M, Bergbom I. The drama of being diagnosed with an aortic aneurysm and undergoing surgery for two different procedures: open repair and endovascular techniques. *J Vasc Nurs* 2010; 28(1): 2-10.
12. Pettersson M, Bergbom I. To be under control: a qualitative study of patients' experiences living with the diagnosis of abdominal aortic aneurysm. *J Cardiovasc Nurs* 2013; 28(4): 387-395.

13. Gemeinsamer Bundesausschuss. Informationen zum Mammographie-Screening. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. [online]. 10.2015 [Zugriff: 26.02.2016]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2232/2015-11-13_Merkblatt-Mammographie_bf.pdf.
14. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, Kim LG, Marteau TM, Scott RAP et al. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9345): 1531-1539.
15. Anjum A, Powell JT. Is the incidence of abdominal aortic aneurysm declining in the 21st century? Mortality and hospital admissions for England & Wales and Scotland. *Eur J Vasc Endovasc Sur* 2012; 43(2): 161-166.
16. Benson RA, Poole R, Murray S, Moxey P, Loftus IM. Screening results from a large United Kingdom abdominal aortic aneurysm screening center in the context of optimizing United Kingdom National Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme protocols. *J Vasc Surg* 2016; 63(2): 301-304.
17. Johansson M, Hansso A, Brodersen J. Estimating overdiagnosis in screening for abdominal aortic aneurysm: could a change in smoking habits and lowered aortic diameter tip the balance of screening towards harm? *BMJ* 2015; 350: h825.
18. Robert Koch-Institut. Rauchen: aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen [online]. 24.05.2011 [Zugriff: 07.07.2016]. (GBE Kompakt; Band 2/4). URL: http://www.gbe-bund.de/pdf/GBE_Kompakt_04_2011_Rauchen.pdf.
19. Lampert T, Von der Lippe E, Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56(5-6): 802-808.
20. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI; 2016. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.
21. McKibbin KA, Wilczynski NL, Haynes RB. Retrieving randomized controlled trials from medline: a comparison of 38 published search filters. *Health Info Libr J* 2009; 26(3): 187-202.
22. Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation: ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.; Version 2.0 [online]. 18.10.2015. URL: <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf>.
23. Medical Research Council. Multicentre aneurysm screening study [online]. In: ISRCTN Registry. 14.01.2013 [Zugriff: 07.07.2016]. URL: <http://controlled-trials.com/ISRCTN37381646>.

24. Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Multicentre aneurysm screening study (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325(7373): 1135.
25. Kim LG, Scott RAP, Ashton HA, Thompson SG. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. *Ann Intern Med* 2007; 146(10): 699-706.
26. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Buxton MJ, Scott RAP. Final follow-up of the Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) randomized trial of abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg* 2012; 99(12): 1649-1656.
27. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RAP. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ* 2009; 338: b2307.
28. Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Henneberg EW, Fasting H. The validity of ultrasonographic scanning as screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 17(6): 472-275.
29. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013; 108(11): 2205-2240.
30. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Einladungsschreiben und Merkblatt zum Mammographie-Screening; Rapid Report [online]. 20.03.2015 [Zugriff: 22.08.2016]. (IQWiG-Berichte; Band 288). URL: https://www.iqwig.de/download/P14-02_Rapid-Report_Einladungsschreiben-und-Merkblatt-zum-Mammographie-Screening.pdf.

B1 Die Versicherteninformation



**Warum wird Männern
eine Untersuchung
der Bauchschlagader
angeboten?**

Lieber Leser,

allen Männern ab einem Alter von 65 Jahren wird eine Ultraschall-Untersuchung der Bauchschlagader angeboten.

Die Teilnahme an dieser Früherkennungs-Untersuchung ist einmal möglich. Sie ist freiwillig und kostenlos.

Diese Broschüre informiert darüber,

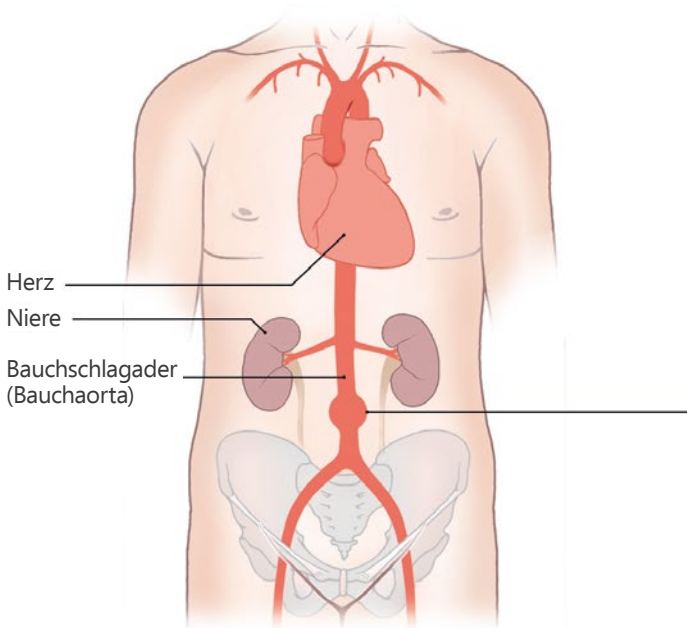
- warum die Untersuchung angeboten wird,
- wie sie abläuft und
- welche Folgen sich ergeben können.

Diese Informationen sollen Sie dabei unterstützen, die Vor- und Nachteile einer Teilnahme abzuwägen und für sich eine gute Entscheidung zu treffen.

Warum wird die Untersuchung angeboten?

Die Baumschlagader ist das größte Blutgefäß in der Bauchhöhle. Sie wird auch Bauchaaorta genannt. Manchmal dehnt sie sich an einer Stelle deutlich und bildet eine Ausbuchtung. Dann spricht man von einem Aneurysma. Die meisten Aneurysmen verursachen keinerlei Beschwerden und bleiben deshalb unbemerkt.

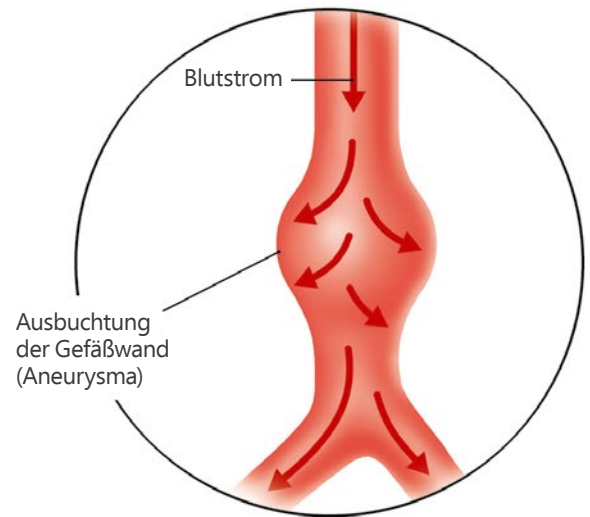
Männer über 65 Jahren entwickeln häufiger ein Aneurysma als andere Menschen. Außerdem macht insbesondere Rauchen ein Aneurysma wahrscheinlicher. Weitere Risikofaktoren sind Bluthochdruck und erhöhte Blutfette.



Wenn sich die Baumschlagader sehr stark dehnt, kann sie in seltenen Fällen ohne Vorwarnung reißen. Dann fließt viel Blut in den Bauchraum. Das ist ein Notfall und lebensbedrohlich.

Die Ultraschall-Untersuchung dient dazu, große Aneurysmen zu entdecken, sodass sie vorbeugend operiert werden können. So soll ein Riss verhindert werden. Bei kleineren Ausbuchtungen wird regelmäßig kontrolliert, ob sie wachsen.

Allerdings hat die frühe Erkennung auch Nachteile: Es werden auch Aneurysmen entdeckt, die nie gesundheitliche Probleme bereitet hätten. Wenn ein Mann weiß, dass er ein Aneurysma hat, kann das für ihn sehr belastend sein.



Welche Ergebnisse liefert die Untersuchung?

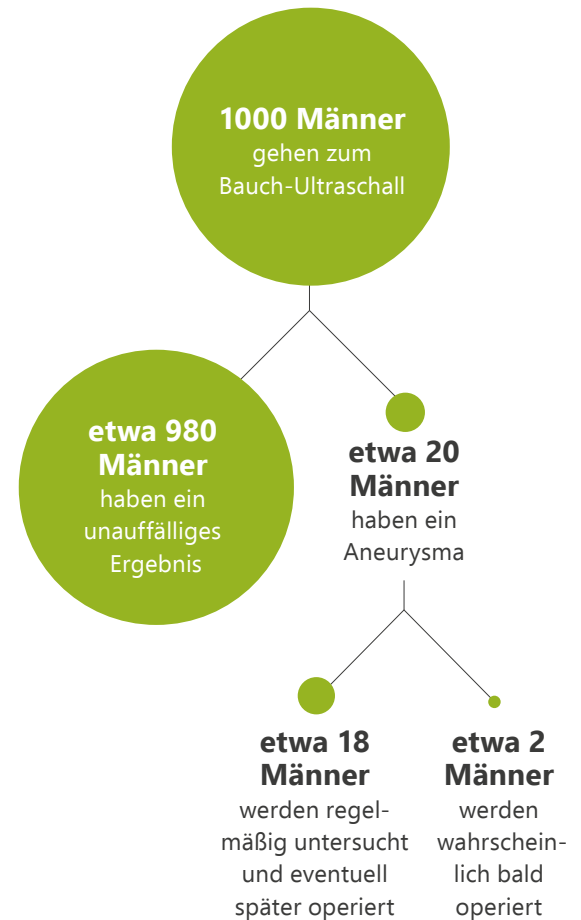
Bei der Früherkennung wird der Durchmesser der Bauchschlagader mit einem Ultraschall-Gerät gemessen. Vom Ergebnis dieser Untersuchung hängt das weitere Vorgehen ab.

Wenn sich 1000 Männer ab 65 Jahren untersuchen lassen, ist mit folgenden Ergebnissen zu rechnen:

- Etwa **980 von 1000 Männern** haben **kein Aneurysma**: Der Durchmesser ihrer Bauchschlagader ist kleiner als 3 cm. Dieses Ergebnis ist unauffällig.
- Etwa **18 von 1000 Männern** haben ein **kleines bis mittleres Aneurysma**: Bei einem Durchmesser zwischen 3 und 5,4 cm empfehlen Fachleute, die Bauchschlagader regelmäßig per Ultraschall zu kontrollieren. Wenn sie sich weiter dehnt, kann später ein operativer Eingriff sinnvoll sein.
- Etwa **2 von 1000 Männern** haben ein **großes Aneurysma**: Bei einem Durchmesser ab 5,5 cm ist das Risiko für einen Riss vergleichsweise hoch. Dann wird meist ein operativer Eingriff empfohlen.

Die nebenstehende Grafik zeigt die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal.

Was passiert, wenn 1000 Männer ab 65 Jahren zur Früherkennung gehen?



Aber:

- Auch bei einem unauffälligen Ergebnis kann sich später noch ein Aneurysma entwickeln.
- Auf der anderen Seite hätte nicht jedes Aneurysma, das gefunden wird, jemals gesundheitliche Probleme bereitet.

Welche Vorteile hat die Untersuchung?

Vor allem bei einem großen Aneurysma besteht die Gefahr, dass es in den nächsten Jahren unerwartet reißt. Das kann tödlich sein.

Studien haben untersucht, wie viele Risse und Tode langfristig vermieden werden können, wenn man ein Aneurysma frühzeitig entdeckt. Die folgende Schätzung zeigt, was man in den 13 Jahren nach der Ultraschall-Untersuchung ungefähr erwarten kann:

Von 1000 Männern ab 65 Jahren ...

	... reißt ein Aneurysma	... sterben an einem Aneurysma
Ohne Früherkennung	bei etwa 7	etwa 6
Mit Früherkennung	bei etwa 4	etwa 3
Das heißt: Von 1000 Männern werden ...	 ... etwa 3 vor einem Riss bewahrt	 ... etwa 3 vor einem Tod durch ein Aneurysma bewahrt

Welche Nachteile hat die Untersuchung?

Ein Teil der Aneurysmen, die bei der Untersuchung gefunden werden, wäre ohne Früherkennung niemals aufgefallen. Sie wären nicht gerissen, Kontrolluntersuchungen oder operative Eingriffe wären nicht erforderlich gewesen. Leider lassen sich solche harmlosen Aneurysmen nicht sicher von gefährlichen unterscheiden.

Nach Schätzungen bleibt etwa die Hälfte der entdeckten Aneurysmen harmlos. Es sind vor allem kleine Aneurysmen, die niemals aufgefallen wären. Das bedeutet:

Etwa 20 von 1000 Männern, die an der Untersuchung teilnehmen, erfahren von einem Aneurysma. Bei etwa 10 von ihnen hätte das Aneurysma aber keine Probleme bereitet.

Was ändert sich, wenn man von einem Aneurysma weiß?

Die Diagnose kann unterschiedliche und auch widersprüchliche Gefühle auslösen. Manche Männer sind froh, dass ihr Aneurysma erkannt wurde – die Kontrolluntersuchungen geben ihnen ein Gefühl der Sicherheit.

Andere Männer hätten im Nachhinein lieber nicht von dem Aneurysma erfahren. Denn dieses Wissen kann Angst auslösen und verunsichern.

Viele Männer leben fortan in dem Bewusstsein, dass ihr Leben gefährdet ist. Beschwerden wie Bauchschmerzen können beängstigend sein. Außerdem schränken viele Männer aus Sorge vor einem Riss ihren Alltag ein. Sie werden vorsichtiger und meiden körperliche Belastungen.

Was geschieht bei einem operativen Eingriff?

Bei einer vorbeugenden Operation gibt es zwei Möglichkeiten:

- Das Aneurysma wird entfernt und durch ein künstliches Gefäßstück ersetzt. Für diese Operation ist ein Bauchschnitt erforderlich.
- In das Aneurysma wird ein Röhrchen eingesetzt. Für diesen Eingriff ist ein kleiner Schnitt in der Leiste erforderlich. Über diesen Schnitt wird das Röhrchen mit einem Katheter eingeführt und bis zum Aneurysma vorgeschoben.

Beide Eingriffe können Leben retten. Sie können aber auch zu schwerwiegenden Komplikationen führen, beispielsweise einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Lungenentzündung.

Deshalb muss individuell beurteilt werden, ob die Gefahr, die von einem Aneurysma ausgeht, einen operativen Eingriff rechtfertigt. Die Entscheidung dafür oder dagegen hängt auch von dem Gesundheitszustand eines Mannes ab und davon, wie er selbst die Vor- und Nachteile eines Eingriffs einschätzt.

Was passiert, wenn man nicht an der Früherkennung teilnimmt?

Sie können selbst entscheiden, ob und in welchem Alter Sie die Untersuchung in Anspruch nehmen. Wenn Sie sich gegen die Früherkennung entscheiden, hat dies für Ihren Versicherungsschutz keine Folgen: Auch wenn später zufällig bei anderen Untersuchungen ein Aneurysma festgestellt wird, übernimmt Ihre Krankenkasse selbstverständlich die Behandlungskosten.

Quellen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen. URL ...

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Versicherteninformation zum Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen – Addendum zum Auftrag S13-04. URL ...

Weitere Informationen zur Früherkennung von Aneurysmen der Baumschlagader finden Sie im Internet unter
> [Link zur Internetseite](#) <

Stand: September 2016

Pflichttext

Die wichtigsten Informationen:

- Wenn ein Aneurysma reißt, ist dies lebensbedrohlich. Die Früherkennung verringert das Risiko, dass ein Aneurysma reißt und man stirbt.
- Früh erkannte Aneurysmen werden häufiger operiert. Ein operativer Eingriff kann Leben retten, aber auch schwerwiegende Komplikationen mit sich bringen.
- Manche Aneurysmen hätten nie Probleme bereitet.
- Das Wissen um ein Aneurysma kann Sorgen bereiten und die Lebensqualität beeinträchtigen.

Ob Sie an der Früherkennung teilnehmen oder nicht, ist Ihre ganz persönliche Entscheidung. Sie zu treffen, kann schwer fallen. Sie müssen sich nicht sofort entscheiden, sondern können sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen.

Platz für Ihre Fragen
