Interventions for increasing uptake in screening programmes

Abstract

Introduction

Opportunities for the early detection of disease are not sufficiently being taken advantage of. Specific interventions could increase the uptake of prevention programmes. A comprehensive analysis of effectiveness and cost-effectiveness of these interventions with reference to Germany is still needed.

Objectives

This report aimed to describe and assess interventions to increase uptake in primary and secondary prevention and to explore the assessment of their cost-effectiveness.

Methods

29 scientific databases were systematically searched in a wide strategy. Additional references were located from bibliographies. All published systematic reviews and primary studies were assessed for inclusion without language restrictions. Teams of two reviewers identified the literature, extracted data and assessed the quality of the publications independently.

Results

Four HTA reports and 22 systematic reviews were identified for the medical evaluation covering a variety of interventions. The economic evaluation was based on two HTA-reports, one meta-analysis and 15 studies. The evidence was consistent for the effectiveness of invitations and reminders aimed at users, and for prompts aimed at health care professionals. These interventions were the most commonly analysed. (Financial) Incentives for users and professionals were identified in a small number of studies. Limited evidence was available for cost-effectiveness showing incremental costs for follow-up reminders and invitations by telephone. Evidence for ethical, social and legal aspects pointed to needs in vulnerable populations.

Discussion

The material was heterogeneous regarding interventions used, study populations and settings. The majority of references originated from the United States and focused on secondary prevention. Approaching all target groups by invitations and reminders was recommended to increase uptake in prevention programmes in general.
Conclusions

Further research should aim to focus on primary prevention. Future research should also focus on specific interventions aiming to include vulnerable target groups and individuals, who have not previously made use of opportunities for prevention.

Zusammenfassung

Einleitung

Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung werden von der Bevölkerung in Deutschland nicht ausreichend in Anspruch genommen. Über spezifische Verfahren könnte ihre Inanspruchnahme gesteigert werden. Zur Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit von Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate liegen für Deutschland bislang keine umfassenden Analysen vor.

Fragestellung

Der vorliegende Bericht untersucht, welche wirksamen Verfahren es zur Steigerung der Teilnehmeraten in der Primärprävention und Krankheitsfrüherkennung gibt, und wie deren Kosteneffektivität bewertet wird.

Methodik

Die systematische Literaturrecherche mit breiter Suchstrategie ohne Sprachrestriktion erfasst 29 Datenbanken (Datum der Recherche: Juni 2005) und Referenzlisten von Publikationen. Eingeschlossen werden Informationssynthesen und Primärstudien. Die Literaturschuläuf, Datenextraktion und Qualitätsbewertung der Dokumente wird von zwei unabhängigen Personen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Evidenzbasis des medizinischen Teils umfasst vier HTA-Berichte und 22 systematische Übersichtsarbeiten mit einer Vielfalt von Verfahren. Die ökonomische Bewertung basiert auf zwei HTA-Berichten, einer Metaanalyse und 15 Primärstudien. Die Wirksamkeit von Einladungen und Erinnerungshilfen für Nutzer sowie für Erinnerungshilfen und Handlungsaufforderungen für Ärzte wird in den Informationsquellen durchgängig belegt. Dies sind gleichzeitig auch die am häufigsten untersuchten Verfahren zur Steigerung der Teilnehmeraten. (Finanzielle) Anreize für Leistungsträger und Leistungserbringer werden in wenigen Veröffentlichungen untersucht. Die Kostenwirksamkeit von Verfahren wird für wiederholte Erinnerungen und telefonische Einladungen belegt. Es finden sich Hinweise auf steigende Wirksamkeit bei inkrementalen Kosten. Die Veröffentlichungen zu ethischen, sozialen und juristischen Aspekten weisen auf einen Bedarf nach spezifischen (auch kultursensiblen) Verfahren in vulnerablen Bevölkerungsgruppen hin.
Diskussion

Das vorliegende Datenmaterial ist sehr heterogen hinsichtlich der Verfahren, Studienpopulationen und Settings. Die Mehrzahl der Arbeiten stammt aus den USA und befasst sich mit sekundärpräventiven Maßnahmen. Allgemeingültige Empfehlungen zur Teilnahmeratensteigerung bei der Krankheitsfrüherkennung umfassen den Einsatz von Einladungen und Erinnerungssystemen unabhängig vom Adressaten.

Schlussfolgerung

Weiterer Forschungsbedarf besteht im Bereich primärpräventiver Maßnahmen und zu spezifischen Verfahren zur Einbindung von vulnerablen Zielgruppen und Personen, die bislang keine Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung in Anspruch genommen haben.

Schlüsselwörter: Prävention, Effektivität, Teilnahmerate, Früherkennung, Review
Executive Summary

1. Introduction

Oral health prophylaxis in children follows a systematic approach and is reaching a high uptake in the eligible population in Germany. A similar approach and success cannot be seen in other programmes in primary and secondary prevention (screening). The effectiveness and cost-effectiveness of interventions to increase the uptake of such programmes have not yet been comprehensively assessed for Germany.

2. Objectives

This report aims to identify effective interventions to increase uptake in primary and secondary prevention programmes. It also aims to identify evidence for the cost-effectiveness of such interventions. The report does not refer to the effectiveness and appropriateness of the respective technologies or methods applied during primary prevention or screening efforts.

3. Medical evaluation

3.1 Methods

Relevant reviews and primary studies published between 1990 and 2005 were identified in a wide systematic literature search strategy through 29 scientific databases. There were no language restrictions (date of search: June 2005). Electronic and manual search produced 2396 documents, and 255 publications were selected following previously defined criteria. Additional references were located through searching the bibliographies of documents. Full text systematic reviews, randomized controlled trials and controlled trials were included. Quality assessment of documents was performed using checklists developed by the German Scientific Working Group on Technology Assessment in Health Care. Selection of references, data extraction and quality assessment were performed independently by two reviewers. Data were analysed qualitatively. The analysis followed a classification into five categories: (1) target population, (2) access, (3) systems management, (4) implementation, and (5) use of electronic databases.

3.2 Results

The medical evaluation of this report was based on the evidence of four health technology assessment reports and 22 systematic reviews published between 1996 and 2004. A multitude of interventions were effectively increasing uptake. Targeted, carefully planned, theoretically founded and programmatic interventions were identified as essential key elements for increasing uptake through systems management. Effective interventions were:

• aiming at patients, individuals or users, as well as physicians and other health care professionals,
• improving access to target populations (e.g. by invitation letters),
• implementing screening in provision of health care (e.g. changes in office management), and
• making use of electronic databases (e.g. registry of residents or of patients in a given physician’s practice).

Invitations (preferably for a fixed appointment) and reminder systems targeting users and health care professionals effectively increase uptake in different areas of prevention. Advice from health professionals was also effective. Reducing financial barriers for users effectively increased uptake, while economic incentives for users showed mixed results. Education interventions were of limited effectiveness. Invitations and reminder systems targeting users and health care professionals were described in the references most frequently. More data on interventions targeting users was available than on interventions targeting professionals. Only a small number of studies assessed financial incentives and bonuses aiming at health service providers and health care professionals.

3.3 Discussion

The complexity of the topic and the numerous diseases represented resulted in a high number of references. Study populations and interventions reviewed were heterogeneous. Screening (i.e. secondary prevention) was overrepresented in comparison with primary prevention. The majority of documents examined mammography-screening and screening for cervical carcinoma, while interventions aimed at increasing uptake among men and children appeared to be understudied. Primary prevention was mostly studied in a medical setting. The authors propose that the small number of references identified from the field of primary prevention can be explained by the fact that in this field, the effectiveness in reaching target audiences is largely investigated in non-randomized study designs. This leads to a systematic exclusion of primary prevention studies from the scope of more stringent systematic reviews at a higher level of evidence. In addition, uptake is less often used as the outcome in this field. Rather, outcomes are more closely linked to the effects of the preventive effort itself (e.g. number of abstinent smokers, body weight lost).

It is unlikely that relevant publications were missed in the extensive and systematic literature search including the bibliographies. A bias towards positive and significant results cannot be excluded.
4. Economic evaluation

4.1 Methods

Relevant references published between 1990 and 2004 were identified in a wide literature search strategy through 29 scientific databases. There were no language restrictions (date of search June 2005). Studies focusing on interventions to increase uptake in primary and secondary prevention programmes explicitly, and comparing a minimum of two interventions, effectiveness, costs or cost-effectiveness of interventions were included.

Contents and results of selected studies were summarized from an economic perspective and quality was assessed using standard criteria (developed by the German Scientific Working Group Technology Assessment for Health Care). Study objectives, design, target populations, outcomes, costs, discounting, results, sensitivity analysis, discussion and conclusions of authors were summarized. These aspects were then briefly commented and assessed.

Determinants of costs were systematically extracted and listed from included references. Direct medical costs included staff costs and material costs. Additional costs to the participant (i.e. travel and time) were summarized as direct non-medical costs. The determinants of costs were listed to demonstrate similarities and differences of the cost presentation and calculation used in the references. Effectiveness and costs of the interventions used to increase uptake (or incremental cost per additional user) were assessed and compared. In order to allow for descriptive comparison, incremental cost-effectiveness was calculated from the data available, where references did not provide this outcome. Costs were adjusted for inflation rates.

4.2 Results

Two health technology assessment reports, one meta-analysis, eight randomized and seven non-randomized primary studies were included. Eleven references originated from the United States, five from the United Kingdom and two from Australia. None of the studies was conducted in Germany.

All but three of the references described individual cost components. Calculation of costs was mostly limited to direct medical costs. Cost of staff was the major component. Direct non-medical costs were described in one reference from a societal perspective. Interventions to increase uptake were assessed in mammography-screening and targeting women as users in a majority of references. Sequence and combination of interventions, calculation and presentation of costs as well as methods used in analysing cost-effectiveness varied substantially between references.

References compared different invitation systems with each other. Invitations combined with a follow-up reminder were compared with invitations only, invitations with educative interventions. Most documents focused on a comparison between written invitations and invitations by telephone. Two trends were identified: (1) invitations with a (written) follow-up reminder increased uptake at moderate incremental costs, when compared to invitations only, and (2) telephone reminders increased uptake (the size of the effect varied) at moderate to high incremental costs, when compared to written reminders.

4.3 Discussion

Direct comparison of results was limited by the substantial heterogeneity of references. Publications differed regarding interventions used to increase uptake, selection of study population (inclusion and exclusion criteria), design, setting, determinants of costs included in calculation and assessment of cost-effectiveness. Methods of health-economic analysis were not uniform. Different methods were used to calculate and present costs and to determine effectiveness and cost-effectiveness. The evidence-base was too small for consistently reliable conclusions.

5. Ethical/Social aspects

References selected for medical evaluation were also assessed searching the content for ethical and social aspects of interventions to increase uptake. The references looked at targeted interventions to increase uptake in specific populations with little or insufficient participation in prevention programmes. Particular effort was needed to increase uptake in vulnerable populations. Social influence and marketing and outreach activities effectively increased uptake in mammography-screening programmes. Tailored interventions and complex interventions addressing multiple barriers in access to programmes were particularly effective. Uptake in screening programmes for cervical cancer was found to be determined by the socio-economic status of women. Ethnic minorities were effectively reached by culturally sensitive interventions and uptake was increased. The overall evidence did not support a thorough analysis of ethical and social aspects.

6. Legal aspects

References selected for medical evaluation were also assessed searching the full text for legal aspects of interventions to increase uptake. Informed consent was discussed in a small number of reviews, only. Uptake appeared to decline with the use of increasingly more detailed risk information provided to users. The evidence did not support a thorough analysis of legal aspects.

7. Discussion of combined results

Systematic reviews and health technology assessment reports mostly originated from the United States and primary studies from Germany were not identified. The authors referred to limitations in directly applying the re-
sults from United States references in Germany. Urgent research needs were identified in this review. Published data on uptake in primary and secondary prevention programmes in Germany point to a need for improving the current situation. The results of this review should be relevant to the national population-based mammography-screening programme (currently being implemented) as an example, where uptake was not sufficient in pilot projects.

While there was evidence for increased uptake following interventions involving a number of different health related professions, some of these professions are not established in Germany. Currently the training of migrants as health mediators is being studied.

8. Conclusions

This systematic review respected the complexity of the topic and the heterogeneity of the material. The authors identified qualitative information that can be applied to interventions to increase uptake. The generalizable results were interpreted to be of particular value. The authors recommended to systematically introduce effective interventions in primary and secondary prevention programmes. Research needs were identified in broadening the evidence base, benefiting the co-operation between decision makers, organizations and patients in setting priorities in quality improvement in prevention. The evidence relating to the involvement of health service providers was insufficient and did not allow for an evaluation. This lack of adequate evidence also precluded the evaluation of programmes making use of bonus payments or penalties.

Further research needs were identified in addressing primary prevention, as well as the ethical, social and legal aspects of early disease detection. The differences described between the Anglo-American and the German health care systems called for national studies on the specific challenges and opportunities of interventions to increase uptake in Germany. The authors recommended to also consider developments in quality improvement in future updates. Compliance and non-compliance has increasingly replaced uptake as the outcome of studies following the establishment of professional standards and guidelines. This development was seen to be reinforced by payment schemes making use of rewards and penalties linked to compliance. An update of this report should therefore aim to more clearly differentiate the two outcomes “uptake” and “compliance” and to reflect the development of quality improvement in the German health care system. The ongoing European and national efforts targeting migrants and the growing interest in interventions for “hard-to-reach” populations will be ready for inclusion in an update of this report by 2009 at the latest. The ongoing development and dissemination of communication media and data processing systems support this timing for an update. More recent developments (SMS, Email) could not be adequately addressed in the references. An update is also needed to review the developments in screening for cervical carcinoma, where a new technology for early disease detection is being introduced.
Kurzfassung

1. Einleitung

Maßnahmen der Früherkennung im Sinn von Primär- und Sekundärprävention werden in Deutschland bis auf die Gruppenprophylaxe zur Mundgesundheit bei Kindern eher unsystematisch angeboten und nicht ausreichend von der Bevölkerung in Anspruch genommen. Zur Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit von Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate liegen für Deutschland bislang keine umfassenden Analysen vor.

2. Fragestellung

Es wird untersucht, welche Verfahren es zur Steigerung der Teilnahmeraten in der Primärprävention und Krankheitsfrüherkennung gibt sowie wie deren Wirksamkeit und Kosteneffektivität zu bewerten sind. Die Wirksamkeit oder Angemessenheit der jeweiligen Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahme ist nicht Gegenstand dieses Berichts.

3. Medizinische Bewertung

3.1 Methodik

In einer systematischen Literaturrecherche werden 29 wissenschaftliche Datenbanken nach relevanten Informationssynthesen und Primärstudien der Jahrgänge 1990 bis 2005 mit einer breiten Suchstrategie ohne Sprachrestriktion durchsucht (Datum der Recherche: Juni 2005). Ergänzend werden die Referenzlisten der identifizierten Dokumente eingesehen. Es werden systematische Informationssynthesen, randomisierte kontrollierte Studien (RCT) oder kontrollierte klinische Studien (CCT) eingeschlossen, die im Volltext vorliegen. Über die systematische Literaturrecherche und eine zusätzliche manuelle Literatursuche werden 2396 Dokumente identifiziert, von denen nach Screening auf inhalitliche und formale Kriterien 255 ausgewählt werden. Diese werden nach zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert. Die Qualitätsbewertung erfolgt anhand der von der German Scientific Working Group on Technology Assessment in Health Care erarbeiteten Checklisten. Die Literaturlaufwähle, die Datenextraktion und die Qualitätsbewertung der Dokumente werden von zwei unabhängigen Personen vorgenommen. Die Informationssynthese erfolgt qualitativ. Für die Analyse wird eine fünfstufige Klassifikation mit den Bereichen (1) Zielpopulation, (2) Zugang, (3) Systemsteuerung, (4) Implementation und (5) Nutzung elektronischer Datenbestände gewählt.

3.2 Ergebnisse

Die Evidenzbasis des medizinischen Teils umfasst vier HTA-Berichte und 22 systematische Übersichtsarbeiten, die zwischen 1996 und 2004 veröffentlicht worden sind. Es steht eine Vielzahl von Verfahren zur Erhöhung von Teilnahmeraten zur Verfügung. Wesentlich für die Wirksamkeit einer Maßnahme zur Teilnahmeratensteigerung ist, wie insbesondere die Übersichtsarbeiten zu den systemsteuernden Verfahren zeigen, eine zielorientierte, sorgfältig geplante, theoretisch fundierte und programmatische Herangehensweise. Wirksam sind Verfahren, die

- sich an Patienten oder die Allgemeinbevölkerung als Einzelpersonen oder Nutzer sowie an Ärzte und andere Leistungsanbieter richten,
- den Zugang zu einer Zielpopulation bauen (z.B. Einladungsschreiben),
- die Implementation der Krankheitsfrüherkennung in der Versorgungspraxis (z.B. durch Praxismanagement) oder
- Datenbestände (z.B. eines Einwohnermelderegisters, Arztpraxis) nutzen.

Bezogen auf einzelne Verfahren sind Einladungen (vorzugsweise mit Terminvorgabe) und Erinnerungssysteme jeglicher Art für Nutzer und Leistungserbringer sowie Empfehlungen von Professionellen wirksam. Während ökonomische Anreize bei Nutzern widersprüchliche Ergebnisse zeigen, steigert der Abbau finanzieller Hürden bei Nutzern effektiv die Teilnahme. Edukative Verfahren sind begrenzt wirksam.

Einladungen und Erinnerungssysteme sind sowohl für Nutzer als auch für Anbieter die am häufigsten beschriebenen Verfahren. Insgesamt liegt an anbieter-gemessen an den nutzerbezogenen Interventionen weniger Datenmaterial vor. Auch finanzielle Anreize und Bonusse für Leistungsträger und -erbringer sind bislang wenig in Studien untersucht.

3.3 Diskussion

Aufgrund der Komplexität des Themas und der Vielzahl an Indikationsbereichen ist das Datenmaterial nicht nur umfangreich, sondern auch heterogen in Bezug auf die untersuchten Studienpopulationen und Verfahren. Es schwerend kommt hinzu, dass keine einheitliche Nomenklatur für die einzelnen Verfahren verwendet wird. Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung sind in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten gegenüber der Primärprävention deutlich überrepräsentiert. Es überwiegen Untersuchungen zum Mammographie- und Zervixkarzinomscreening und damit die Zielgruppe der Frauen, während z.B. auf Männer oder Kinder bezogene Verfahren weitgehend unberücksichtigt bleiben. Werden primärpräventive Maßnahmen untersucht, so erfolgt dies überwiegend im ärztlich/medizinischen Kontext oder Setting. Ursächlich für die geringere Zahl an erfassten Studien zu primärpräventiven Indikationsbereichen ist zu diskutieren, dass die Erreichbarkeit von Personen für primärpräventive Interventionen vielfach durch nicht-randomisierte Studiendesigns untersucht wird mit der Folge der systematischen Nicht-Berücksichtigung dieser Studien in qualitativ anspruchsvollen systematischen Übersichtsarbeiten.
Außerdem werden häufig nicht Teilnahmeraten als Zielgröße ermittelt, sondern die Wirksamkeit der Maßnahme an sich, z.B. die Zahl der abstinenten Raucher, das Ausmaß der Gewichtsabnahme. Durch die umfangreiche und standardisierte Suchstrategie sowie die zusätzliche Durchsicht von Referenzlisten ist es eher unwahrscheinlich, dass wesentliche vorhandene Publikationen zum Thema nicht berücksichtigt worden sind. Ein Publikationsbias zugunsten von Studien mit positiven bzw. signifikanten Resultaten ist nicht auszuschließen.

4. Ökonomische Bewertung

4.1 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine systematische Literaturrecherche mit einer breiten Suchstrategie sowie vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Eingeschlossen werden Studien, die explizit auf Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate an Programmen der Krankheitsfrüherkennung eingehen und dabei mindestens zwei Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate einander gegenüberstellen und Effektivität, Kosten und Kosteneffektivität der einbezogenen Verfahren vergleichen.

Die Inhalte und die Ergebnisse der einzelnen relevanten Studien werden aus gesundheitsökonomischer Sicht zusammenfassend beschrieben und anhand von Kriterienkatalogen (Transparenz- und Qualitätskatalog) bewertet. Die Kurzbeschreibung beinhaltet Fragestellung und Evaluationsrahmen, Studiendesign, Zielpopulation, Effektparameter, Kosten, Diskontierung, Ergebnisse, Behandlung von Unsicherheiten, Diskussion und Schlussfolgerungen der Autoren. Anschließend werden die einzelnen Themenbereiche kurz kommentiert und bewertet.

Zu einer umfassenden Darstellung der zu berücksichtigenden Kostendeterminanten, werden die Kosten aus den eingeschlossenen Studien systematisch extrahiert und aufgelistet. Die direkten medizinischen Kosten werden nach Personal- und Sachkosten differenziert. Als direkte nicht-medizinische Kosten werden Begleitkosten, die den Teilnehmern durch die Inanspruchnahme von Programmen der Krankheitsfrüherkennung entstehen (z.B. Fahrtkosten und Zeitaufwand) subsumiert. Durch die detaillierte Auflistung der Kostendeterminanten soll insbesondere aufgezeigt werden, inwieweit gleiche oder verschiedene Kostendeterminanten in den einzelnen Studien berücksichtigt werden. Die Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate an Programmen der Krankheitsfrüherkennung werden in den Studien hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Kosten (bzw. inkrementellen Kosten pro zusätzlich gewonnenem Teilnehmer) überprüft und verglichen. Um einen deskriptiven Vergleich zu ermöglichen, wird die inkrementelle Kosteneffektivität für die Studien, die dazu keine Angaben machen, selbst errechnet. Zudem werden die berücksichtigten Kosten der Verfahren inflationsbereinigt.

4.2 Ergebnisse

Für den ökonomischen Teil werden zwei HTA-Berichte, eine Metaanalyse und sowohl randomisierte als auch nicht-randomisierte Primärstudien eingeschlossen. Von den eingeschlossenen Studien wurden elf in den USA, fünf in Großbritannien und zwei in Australien durchgeführt.

Bis auf drei Studien nehmen alle Studien eine Darstellung der einzelnen Kostenkomponenten vor. In allen eingeschlossenen Studien beschränkt sich die Kostenkalkulation auf die direkten medizinischen Kosten. Die Personalkosten machen dabei den Hauptanteil der Kosten aus. Nur eine Studie erfolgt aus gesellschaftlicher Perspektive und führt direkte nicht-medizinische Kosten auf. Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien vergleicht Verfahren, die an Frauen als Nutzer adressiert sind mit der Zielsetzung, die Teilnahme an einer Mammographie zu erhöhen. In der Reihenfolge und der Kombination der eingesetzten Verfahren sowie in der Art der Kostenberechnung bzw.-darstellung sowie der Durchführung der Kosteneffektivitätsanalyse unterscheiden sich die Studien wesentlich voneinander.

In den eingeschlossenen Studien werden als Verfahren unterschiedliche Einladungssysteme miteinander verglichen, Einladungen mit anschließender Erinnerung gegen einfache Einladungen evaluiert, unterschiedliche Erinnerungssysteme verglichen sowie Erinnerungen gegen edukative Verfahren getestet. Besonderes Gewicht wird dem Vergleich von schriftlichen und telefonischen Verfahren gegeben. Soweit ein Vergleich der Studien zulässig ist, sind zwei Tendenzen erkennbar: (1) Einladungen mit (schriftlicher) Erinnerung steigern die Teilnahmerate gegenüber reinen Einladungen teilweise deutlich bei moderaten inkrementellen Kosten. (2) Telefonische Erinnerungen steigern die Teilnahmerate gegenüber schriftlichen Erinnerungen, allerdings unterschiedlich deutlich. Die inkrementellen Kosten steigen moderat bis stark an.

4.3 Diskussion

Eine Gegenüberstellung der Studienergebnisse ist aufgrund der Heterogenität der Studien nur beschränkt möglich. Die Studien unterscheiden sich bezüglich der Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate, der Selektion (Ein-, Ausschlusskriterien), des Studiendesigns, des Settings, der Einbeziehung der Kostendeterminanten in die Berechnung und der Ermittlung der Kosteneffektivität erheblich voneinander. Es wird keine einheitliche gesundheitsökonomische Evaluierungsmethode angewendet. Die Kostenberechnung bzw. -darstellung sowie die Bestimmung der Effektivität bzw. Kosteneffektivität erfolgt in den Studien nach unterschiedlichen Methoden. Insgesamt sind es zu wenige Studien, um durchgehend belastbare Aussagen formulieren zu können.
5. Ethische Bewertung/Soziale Aspekte

Die für die medizinische Bewertung ausgewählten Über- sichtsarbeiten werden zusätzlich nach ethischen und sozialen Aspekten durchsucht. Für den Zugang zu be- stimmten Bevölkerungsgruppen, die bisher nicht oder nicht in ausreichendem Umfang an Programmen zur Früherkennung beteiligt sind, werden spezifische Interventionen eingesetzt. Besondere Anstrengungen zur Steigerung der Teilnahmerate in vulnerablen Bevölkerungsgruppen sind erforderlich. Soziale Beeinflussung, Marketing und zugehende Verfahren bewirken ein Anstei- gen der Teilnahmerate im Mammographiescreening und maßgeschneiderte sowie komplexe Ansätze, die gleich- zeitig mehrere Zugangshindernisse abbauen, sind beson- ders wirksam. Beim Zervixkarzinomscreening entscheidet der sozioökonomische Status der Frauen über die erziel- bare Teilnahmerate. Ethnische Minderheiten können mit kultursensiblen Verfahren erreicht werden. Insgesamt ist die Datenlage nicht ausreichend für eine differenzierte Analyse.

6. Juristische Betrachtungen

Die für die medizinische Bewertung ausgewählten Über- sichtsarbeiten werden zusätzlich nach juristischen Aspekten durchsucht. Die aufgeklärte Entscheidung der Teilnehmer findet in den veröffentlichten Arbeiten bisher wenig Berücksichtigung. Es gibt Hinweise, dass mit zuneh- mender Detaillierung der Risikoaufklärung eine geringere Teilnahme an präventiven Maßnahmen resultiert. Insgesamt ist die Evidenz nicht ausreichend für eine differen- zierte Betrachtung juristischer Aspekte.

7. Zusammenfassende Diskussion aller Ergebnisse

Die systematischen Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte stammen überwiegend aus den USA, deutsche Primärstu- dien werden nicht gefunden. Die Ergebnisse der US- amerikanischen Übersichtsarbeiten können nur einge- schränkt übertragen werden. Hieraus lässt sich ein aktu- eller Forschungsbedarf ableiten. Die vorhandenen Daten zur Teilnahmerate an Früherken- nungsprogrammen in Deutschland weisen auf eine ver- besserungswürdige Situation hin. Relevanz haben die Ergebnisse dieses Berichts beispielsweise für das im Aufbau befindliche bundesweite bevölkerungsbezogene Mammographiescreening, dessen Teilnahmeraten in bisherigen Modellprojekten noch nicht ausreichend sind. Zur Wirksamkeit des Einsatzes einer Reihe von Gesund- heitsberufen liegt Evidenz vor, allerdings sind diese Be- rufsberufe in Deutschland nicht ausdifferenziert. Der Ein- satz von Migranten als Gesundheitsmediatoren wird derzeit in Deutschland erprobt. Aus den Übersichtsarbeiten ist ableitbar, dass bei der Wahl der Verfahren die zusätzliche Wirksamkeit und Mehrkosten berücksichtigt werden sollten ebenso wie die gleichzeitig zum Einsatz kommenden Interventionen oder deren Reihenfolge.

8. Schlussfolgerung

Der Wert der vorliegenden qualitativen Datensynthese liegt in der Entwicklung allgemeingültiger Aussagen zu Verfahren zur Teilnaheratensteigerung angesichts der Komplexität des Themas und der Heterogenität des wissen- schaftlichen Datenmaterials. Die in diesem Bericht als wirksam erkannten Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate sollten systematisch bei Maßnahmen der Primärprävention und Krankheitsfrüherkennung ange- setzt werden. Weitere wissenschaftliche Aufmerksamkeit verdient die Zusammenarbeit von Entscheidungsträgern, Organisation und Patienten im Prozess der Qualitätsent- wicklung in der Prävention, um eine Prioritätensetzung auf der Basis von Evidenz zu ermöglichen. Die Einbindung der Leistungsträger ist ungenügend untersucht, daher können insbesondere hinsichtlich der Effektivität von Bonus- oder Malusmodellen keine Bewertungen abgege- ben werden.

Weiterer Forschungsbedarf besteht für primärpräventive Maßnahmen sowie für ethische, juristische und soziale Aspekte der Krankheitsfrüherkennung in Deutschland. Insbesondere sollten deutsche Studien angesichts der systemimmanenten Unterschiede zur Gesundheitsversor- gung in den angloamerikanischen Ländern durchgeführt werden, um auch spezifische Grenzen und Chancen des Einsatzes der Verfahren aufzuzeigen. Zunehmend wird im Rahmen der Qualitätsentwicklung an Stelle der Teilnahmerate die Einhaltung oder Abwei- chung von gegebenen professionellen Standards und Leitlinien gemessen. Diese Entwicklung wird durch Finan- zierungsmodelle verstärkt, die Bonus- oder Malusregelun- gen mit der Compliance verbinden. Eine Aktualisierung dieses Berichts sollte den Aspekt der Compliance deshalb in seiner Abgrenzung von Teilnahmerate näher betrachten und auf die Entwicklung der Qualitätsentwicklung im deutschen Gesundheitssystem Bezug nehmen. Aktualisierungsbedarf ergibt sich auch aus der zunehmenden Aufmerksamkeit, die die Gruppe der schwer erreich- baren Personen erhält. Insbesondere vor dem Hintergrund europäischer und nationaler Anstrengungen zugunsten der Zielgruppe der Migranten ist ein Aktualisierungsbedarf in spätestens drei Jahren gegeben. Auch die Weiterent- wicklung und Verbreitung von Kommunikationsmedien (SMS, Email) und datenverarbeitenden Systemen, die derzeit in den Publikationen noch ungenügend abgebildet sind, unterstützen diesen zeitlichen Rahmen. Aktualisie- rungsbedarf ergibt sich ferner für das Zervixkarzinom- screening, da sich hier ein Umbruch in der Untersuchungs- methode abzeichnet.
Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. phil. Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
walter.ulla@mh-hannover.de

Bitte zitieren als
Walter U, Krauth C, Wienold M, Dreier M, Bantel S, Droste S. Verfahren zur Steigerung der Teilnahmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen. GMS Health Technol Assess. 2006;2:Doc16.

Artikel online frei zugänglich unter
http://www.egms.de/en/journals/hta/2006-2/hta000029.shtml

Veröffentlicht: 16.08.2006

Der vollständige HTA-Bericht in deutscher Sprache steht zum kostenlosen Download zur Verfügung unter:
http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta136_bericht_de.pdf

Copyright ©2006 Walter et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.