

Aus der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Operationen
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann)
im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
(Geschäftsführender Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer)
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Zahnärztliche Präventionsexpertise in der Medizin am Beispiel der Darmkrebsvorsorgemotivation

**- Stellungnahmen von Patientinnen und Patienten zum Potenzial der Zahnärztlichen Praxis
bei den Bemühungen, die Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung zu steigern -**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des akademischen
Grades
Doktor der Zahnmedizin
(Dr. med. dent.)

der
Universitätsmedizin
der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald
2014

vorgelegt von:
Philine Henriette Metelmann
geb. am: 08.07.1989
in: Berlin

Dekan: Prof. Dr. Reiner Biffar

1. Gutachter: Prof. Dr. Wolfgang Sümnick

2. Gutachter: Prof. Dr. Katrin Hertrampf

(3. Gutachter:)

Ort, Raum: Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Innere Medizin

Tag der Disputation: 24.11.2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1	Wissenschaftlicher Hintergrund	1
1.1	EINLEITUNG	1
1.2	FRÜHERKENNUNG UND IHRE BEDEUTUNG IM BEHANDLUNGSKONZEPT DES KOLOREKTALEN KARZINOMS	2
1.2.1	Krankheitsbild	2
1.2.2	Möglichkeiten der Früherkennung	3
1.2.3	Gründe für Nichtinanspruchnahme	8
1.3	PRÄVENTIONSEXPERTISE IN DER ZAHNÄRZTLICHEN PRAXIS	12
1.3.1	Versorgungsauftrag	12
1.3.2	Patientenklientel	13
1.3.3	Präventionserfahrung	17
1.4.1	Breitenwirksame Kampagnen	22
1.4.2	Personalisierte Medizin	23
1.4.3	Motivierende Gesprächsführung	27
2	Fragestellung	33
3	Material und Methoden	34
3.1	STUDIENZIELE	34
3.1.1	Primäres Studienziel	34
3.1.2	Sekundäres Studienziel	34
3.2	ART DER STUDIE	34
3.2.1	Primäres Studienziel	34
3.2.2	Sekundäres Studienziel	35
3.3	TEILNEHMER	35
3.4	INTERVIEW	35
3.4.1	Programmsätze	35
3.4.2	Verfahrenssätze	36
3.4.3	Stellungnahmen	37
3.5.1	Primäres Studienziel	38
3.5.2	Sekundäres Studienziel	38
3.6	AUSWERTUNG	39
3.6.1	Primäres Studienziel	39
3.6.2	Sekundäres Studienziel	39
4	Ergebnisse	40
4.1	STELLUNGNAHMEN ZU DEN PROGRAMMSÄTZEN UND VERFAHRENSSÄTZEN	40
4.1.1	Zahnärztliche Versorgung und Thema Darmkrebs (Interview Teil 1, Programmsatz 1)	40
4.1.2	Fachfremdes Thema (Interview Teil 1, Programmsatz 2)	41
4.1.3	Oralkompetenz (Interview Teil 1, Programmsatz 3)	42
4.1.4	Kompetenzgrenzen (Interview Teil 1, Programmsatz 4)	43

4.1.5	Beratungspflicht (Interview Teil 1, Programmsatz 5).....	44
4.1.6	Beratungswunsch (Interview Teil 1, Programmsatz 6)	45
4.1.7	Beratungseinschränkung (Interview Teil 1, Programmsatz 7)	46
4.1.8	Beratungsverantwortung (Interview Teil 1, Programmsatz 8).....	47
4.1.9	Beratungsdruck (Interview Teil 1, Programmsatz 9).....	48
4.1.10	Beratungsabneigung (Interview Teil 1, Programmsatz 10)	49
4.1.11	Beratungsneigung (Interview Teil 1, Programmsatz 11).....	51
4.1.12	Beratungsablehnung (Interview Teil 1, Programmsatz 12).....	52
4.1.13	Dank für Beratung (Interview Teil 1, Programmsatz 13).....	53
4.1.14	Tabuthema Darmkrebs (Interview Teil 1, Programmsatz 14)	53
4.1.15	Wunsch nach Broschüren (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 1)	54
4.1.16	Wunsch nach neuen Medien (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 2)	55
4.1.17	Ablehnung neuer Medien (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 3)	55
4.1.18	Gesprächswunsch (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 4)	56
4.1.19	Fachärztliche Priorisierung (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 5).....	56
4.1.20	Wunsch nach mediengestütztem Gespräch (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 6)	57
4.1.21	Suche einer Empfehlung (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 7)	57
4.1.22	Medienauswertung mit dem Praxispersonal (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 8)	58
4.1.23	Gesprächswunsch mit dem Praxispersonal (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 9).....	58
4.1.24	Wunsch nach kürzerem Beratungsgespräch (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 10).....	59
4.1.25	Wunsch nach längerem Beratungsgespräch (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 11).....	59
4.1.26	Wunsch nach Beratung vor der Behandlung (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 12)	60
4.1.27	Wunsch nach Beratung nach der Behandlung (Interview Teil 2, Verfahrenssatz 13).....	60
4.2	KRITIK	61
4.2.1	Fragestellung.....	61
4.2.2	Programmsätze und Verfahrenssätze	62
4.2.3	Interview	62
4.2.4	Interviewpartner	62
4.2.5	Ergebnisse	63
4.2.6	Übertragung der Ergebnisse	63
4.3	AUSWERTUNG DER STELLUNGNAHMEN	63
4.3.1	Generelle Aufmerksamkeit für das Thema	64
4.3.2	Generelle Beschäftigung mit dem Thema.....	64
4.3.3	Generelle Stringenz der Stellungnahmen	64
4.3.4	Beschäftigung mit den Programmsätzen in ihrer Gesamtheit.....	65
4.3.5	Beschäftigung mit den Programmsätzen im Einzelnen.....	66
4.3.6	Programmsätze mit besonders hoher Akzeptanz	67
4.3.7	Programmsätze mit geringer Akzeptanz.....	67
4.3.8	Programmsätze mit unentschiedener Akzeptanz	67
4.3.9	Programmsätze mit stark diskrepanter Akzeptanz in Sprechzimmer und Wartezimmer.....	68

4.3.10	Programmsätze mit stark diskrepanter Akzeptanz bei Frauen und Männern	68
4.3.11	Meinungsbild zu den Verfahrenssätzen für eine Motivationskampagne	69
5	Diskussion.....	71
5.1	ÜBER DIE EINSTELLUNG DER PATIENTEN ZUR KREBSVORSORGE	71
5.2	ÜBER DIE ERWARTUNGEN DER PATIENTEN AN IHREN ZAHNARZT	74
5.3	ÜBER DIE VORSTELLUNGEN DER PATIENTEN VON EINER ZAHNÄRZTLICHEN INTERVENTION.....	78
6	Ausblick.....	81
6.1	ROLLENVERSTÄNDNIS	82
6.2	ART DER INTERVENTION	85
7	Zusammenfassung	91
7a	SUMMARY.....	92
8	Abbildungsverzeichnis.....	94
9	Tabellenverzeichnis.....	94
10	Literaturverzeichnis	97
11	Anlagen	107
	Eidesstattliche Erklärung	113
	Danksagung	114

VORWORT

„Prävention aus vielen Händen“, lautet die Überschrift für eine gemeinsame Aktion von Ärzten und Zahnärzten in Deutschland, in Mecklenburg-Vorpommern organisiert und im Juni 2014 öffentlich gemacht durch die Zahnärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung:

„Haus- und Fachärzte sowie Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern wollen künftig gemeinsame Initiativen ergreifen, um mehr Patienten zu Vorsorgeuntersuchungen zu motivieren. (...) Mit dieser Zusammenarbeit soll ein neuer sektorenübergreifender Weg eingeschlagen werden, um die Anzahl der empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen zu steigern. Der von den Haus- und Fachärzten entwickelte ärztliche Präventionspass soll auch in den Wartezimmern der Zahnärzte ausliegen.“, heißt es dazu im Mitteilungsblatt der Zahnärzteschaft¹. Im Journal der Kassenärztlichen Vereinigung² wird dazu ausgeführt: *„Die Haus-, Fach- und Zahnärzte sind aufgerufen, mit dem Ausfüllen der Pässe mehr Patienten zu motivieren, regelmäßig die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen zu beanspruchen.“*

„Früherkennung Darmkrebs“ ist ein Themenschwerpunkt des Präventionspasses³. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, wie dieses Anliegen im Versorgungsalltag der zahnärztlichen Praxis am besten zum Erfolg geführt werden kann.

¹ „Prävention aus vielen Händen“. Dens – Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. 23. Jahrgang, Juni 2014, Seite 10

² „Prävention aus vielen Händen“. Journal Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. 23. Jahrgang, Mai 2014, Seite 17

³ „Präventionspass. Ein Service der Kassenärztlichen Vereinigung und der ärztlichen Berufsverbände in Mecklenburg-Vorpommern.“ Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

1 WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND

1.1 EINLEITUNG

In Deutschland betrifft rund jede siebte Krebserkrankung den Darm.

Darmkrebs ist die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern und Frauen und die häufigste beide Geschlechter betreffende Krebserkrankung⁴.

1 von 14 Männern und 1 von 17 Frauen werden im Laufe ihres Lebens am Darmkrebs erkranken, fast ein Drittel von ihnen wird daran versterben.⁵

Diese Zahlen sind vor allem deshalb so alarmierend, weil sich wenige Krebserkrankungen mittels Früherkennung so gut verhindern oder heilen lassen wie Krebs im Dickdarm und Rektum und weil Deutschland eines der umfassendsten Krebsfrüherkennungsprogramme im internationalen Vergleich hat⁶. Die Teilnahme am Screening auf kolorektale Karzinome wird ab dem 50. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommen, sie kann die Inzidenz um 76-90% senken⁷. Trotzdem nimmt nur rund ein Fünftel der Anspruchsberechtigten am Screening teil⁸.

Das liegt unter anderem daran, dass das Wissen über das kolorektale Karzinom und die Vorsorgemöglichkeiten in der Bevölkerung insgesamt unzureichend ist⁹, was durch ein zu geringes Informationsangebot oder eine zu geringe Informationsaufnahme bedingt sein kann. Zudem fühlen sich 80 bzw. mehr als 70% der zum Thema Befragten von der Krankheit nur wenig oder gar nicht bedroht¹⁰.

⁴ RKI, GEKID: „Krebs in Deutschland 2009/2010“ 9. Ausgabe, 2013

⁵ RKI, GEKID „Krebs in Deutschland 2009/2010“ 9. Ausgabe, 2013: Lebenszeitrisiko m7,0%, w5,7%; rohe Sterberate 2010: m 33,8%, w30,0%

⁶ Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan, 2012

⁷ Geiger et al. 2008

⁸ Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan, 2012: Teilnahmeraten: m19,3 bzw. w21,3% (55-74Jahre, kumuliert 2003-2011)

⁹ Geiger et al. 2008, Beeker et al.2000

¹⁰ Mogwitz 2014, Wardle et al. 2000, Geiger et al. 2008

Die zahnärztliche Praxis als eine von allen Sozial- und Altersschichten konsultierte und von der Mehrheit der Patienten regelmäßig aufgesuchte Gesundheitseinrichtung, deren Präventionsexpertise zumindest innerhalb ihrer Kernkompetenz anerkannt ist, könnte in der Krebsprävention mit einem fächerübergreifenden Ansatz eine motivierende Rolle spielen.

„Zahnärzte befinden sich (...) in einer idealen Lage, um präventive Beratung bereitzustellen und innerhalb ihrer lokalen Gemeinschaften als Fürsprecher für die Gesundheit zu werben.“¹¹

1.2 FRÜHERKENNUNG UND IHRE BEDEUTUNG IM BEHANDLUNGSKONZEPT DES KOLOREKTALEN KARZINOMS

1.2.1 KRANKHEITSBILD

Der Begriff Kolorektales Karzinom (KRK) fasst bösartige Neubildungen des Dickdarms und des Mastdarms zusammen (ICD-10, C18-21). Im Jahr 2014 werden in Deutschland nach einer Prognose des Robert-Koch-Instituts 35.500 Männer und 28.400 Frauen neu am KRK erkranken.¹² Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 71 bzw. 75 Jahren für Männer bzw. Frauen, die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 65%, damit gehört das KRK zu den Tumorerkrankungen mit mittlerer Prognose.

Über 80% der kolorektalen Karzinome entstehen im Zuge einer Adenom-Karzinom-Sequenz: Aus einem Adenom der Darmschleimhaut kann sich innerhalb von 10 Jahren ein kolorektales Karzinom entwickeln. Adenome lassen sich bei rund 30% der Menschen im mittleren und höheren Alter finden. „Fortgeschrittene Adenome“ (>1cm, villös) zeigen bereits eine schwere Dysplasie und haben eine Entartungstendenz von bis zu 50%.

Die klinische Symptomatik des KRK ist uneinheitlich und unspezifisch, oft sind keine Frühsymptome zu bemerken, weshalb das KRK häufig verkannt wird. Hinweise auf ein KRK sind eine rasch auftretende Änderung der Stuhlgewohnheiten (paradoxe Diarrhö, Bleistiftstuhl, Tenesmen, Windabgänge, Schleimabgänge), zunehmende abdominelle Schmerzen und die allgemeine B-Symptomatik von Tumorerkrankungen. Bei Blutabgängen per anum und einem

¹¹ Heilmann et al. 2014

¹² RKI, GEKID: „Krebs in Deutschland 2009/2010“, 9. Ausgabe, 2013

veränderten Stuhlverhalten über 2-3 Wochen sollte so lange von einer malignen Grunderkrankung ausgegangen werden, bis das Gegenteil bewiesen ist.

Zur Diagnostik des KRK dienen die Anamnese, eine digitale rektale Untersuchung (bis zur Kohlrausch-Falte möglich) und eine Koloskopie (bis ins terminale Ileum). Endorektale Sonographie und MRT können zum Tumorstaging herangezogen werden, abdominelle Sonographie und CT zur Metastasensuche. In der Nachsorge werden vor allem Tumormarker (CA 19-9, CEA) beobachtet.

Die Resektion des KRK ist das Therapieverfahren der Wahl, rund 50% der Operationen können sphinktererhaltend durchgeführt werden. Der Nutzen einer neoadjuvanten Radio-/Chemotherapie zum „downstaging“ wird derzeit noch diskutiert. Nach einer R0-Resektion (in sano) liegt die 5-Jahresüberlebensrate bei 70%.

Zur Primärprävention eines KRK gibt es evidenzbasierte Ernährungs- und Verhaltensempfehlungen (Evidenzgrad B/2b):¹³ regelmäßige körperliche Aktivität, eine Gewichtsreduktion bei einem BMI>25, ein erhöhter Anteil von Ballaststoffen (30g/d) und von Obst und Gemüse(5 Portionen/d) in der Nahrung, der Verzicht auf den täglichen Verzehr von rotem bzw. verarbeitetem Fleisch, die Limitierung des Alkoholkonsums und die Nikotinkarenz. Es gibt Hinweise, dass Personen, die sehr wenig faserreiche Kost zu sich nehmen, ein 40% höheres KRK-Risiko haben.¹⁴

Um Ernährungsempfehlungen geben zu können, sind retrospektive Studien über einen langen Erhebungszeitraum nötig, da das KRK meistens eine Entstehungszeit von 10 Jahren hat, was Ergebnisse schnell ungenau macht. Spezifische Diättempfehlungen zur Reduktion des Risikos, an einem KRK zu erkranken, sind derzeit noch nicht möglich sind.

1.2.2 MÖGLICHKEITEN DER FRÜHERKENNUNG

Die 5-Jahres-Überlebensrate von Patienten mit KRK ist stark davon abhängig, wie früh die Erkrankung entdeckt wird. Bei 69% der Männer und 72% der Frauen liegt bei Erstdiagnose ein

¹³ Leitlinienprogramm Onkologie 2013: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom

¹⁴ Bingham 2006

KRK im Stadium T3 oder T4 vor.¹⁵ Das KRK reicht dann schon bis in die Serosa der Darmschleimhaut bzw. das Peritoneum oder andere Organe.

Obwohl diese Tumorerkrankung durch etablierte medizinische Verfahren früh entdeckt werden kann, liegt die Teilnahmerate an Darmkrebsfrüherkennungs-Untersuchungen nur bei rund 19%¹⁶.

Der Begriff „Screening“ bezeichnet „...systematische Suchstrategien nach Kranken oder Gefährdeten mittels klinischer Tests, Befragungen und körperlichen Untersuchungen.“¹⁷ Bei Reihenuntersuchungen im Screening sollen möglichst viele Personen in einer Zielgruppe erreicht werden. In Deutschland wurde das KRK-Screening 2002 in das Leistungsprogramm der Krankenkassen aufgenommen.

Ab dem Alter von 50 Jahren haben Versicherte Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur KRK-Früherkennung:¹⁸

Vom 50.-55. Lebensjahr sollte jährlich ein Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl durchgeführt werden, bei positivem Ergebnis sollte eine Koloskopie durchgeführt werden.

Ab dem 55. Lebensjahr empfiehlt sich eine komplette Koloskopie, die nach 10 Jahren wiederholt wird. Versicherte können diese 2 Koloskopien im Abstand von 10 Jahren kostenlos durchführen lassen. Falls endoskopische Maßnahmen abgelehnt werden, besteht der Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.

Bei Patienten mit familiärer Belastung wird ein früherer KRK-Screeningstart empfohlen.¹⁹

Bei Realisierung dieser Screening-Empfehlungen ist die Wahrscheinlichkeit, ein KRK zu entwickeln, als sehr gering einzuschätzen.²⁰ 84-94% der KRK-bedingten Tode könnten vermieden werden, wenn die Screening-Empfehlungen umgesetzt werden würden.²¹ Vor dem 50. Lebensjahr sind kolorektale Karzinome deutlich weniger nachweisbar, ein allgemeines

¹⁵ RKI, GEKID: „Krebs in Deutschland 2009/2010“, 9. Ausgabe, 2013

¹⁶ Riens et al. 2011, Schäfer et al. 2012

¹⁷ Nienhoff et al. 2006

¹⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen, 2011

¹⁹ Leitlinienprogramm Onkologie 2013: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom; Davila et al. ASGE 2006: Guideline: Colorectal Cancer Screening and Surveillance

²⁰ Winawer et al. 2003

²¹ Becker et al. 2007

Screening ist bis dahin noch nicht sinnvoll.²² Bei Patienten über 75 Jahren ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis aufgrund der steigenden Komplikationsrate als ungünstig anzusehen.²³

Die Koloskopie gilt als Goldstandard des KRK-Screenings:²⁴ Sie besitzt, wenn vollständig und qualitätsgesichert durchgeführt, die höchste Sensitivität (ca. 95%) und Spezifität zur Detektion von Adenomen und Karzinomen; und ist als kosteneffektiv anzusehen.²⁵

Bei 11,6% der männlichen und 10,8% der weiblichen Patienten wird während einer Koloskopie ein hyperplastischer Polyp entdeckt. Adenome lassen sich bei 30,2% (1 von 3) der Männer und 19,1% (1 von 5) der Frauen finden.²⁶ Abhängig von ihrer Größe werden durchschnittlich 22% aller Polypen übersehen, selten jedoch Polypen ab 10mm Größe.²⁷ Mit einer Biopsiezange oder -schlinge können auffällige Befunde noch während der Koloskopie abgetragen werden. Durch diese Möglichkeit der Polypektomie ist die Koloskopie diagnostische und therapeutische Maßnahme, primär- und sekundär-präventive Intervention zugleich und das Risiko, an KRK zu erkranken kann um 76-90% gesenkt werden.²⁸ Patienten mit einem malignen Befund sind bei der Diagnosestelle im Mittel 68,5 bzw. 68,9 Jahre alt (männlich bzw. weiblich). Das heißt, dass beispielsweise für Frauen die Krebsdiagnose 6 Jahre vor dem mittleren Erkrankungsalter gestellt werden kann.²⁹ Eine Koloskopie sollte durch eine digitale rektale Untersuchung ergänzt werden, bedarf einer Darmvorbereitung, dauert zirka 30 Minuten und kann ambulant und in Analgosedierung durchgeführt werden, was viele Patienten begrüßen.³⁰ Mögliche Komplikationen sind Blutungen, kardiopulmonale Probleme, Perforationen und Infektionen. Die Komplikationsrate liegt bei 2,8 von 1000 durchgeführten Koloskopien³¹ und ist als höher anzunehmen, wenn eine Polypektomie durchgeführt wird.

²² Imperiale et al. 2002

²³ Schäfer et al. 2012

²⁴ Leitlinienprogramm Onkologie 2013: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom; Mogwitz 2014

²⁵ Pignone et al. 2002; Sieg, Brenner 2007; Sekiguchi et al. 2012

²⁶ Schäfer et al. 2012

²⁷ van Rijn et al. 2006

²⁸ Winawer et al. 1993; Citarda et al. 2001

²⁹ Schäfer et al. 2012

³⁰ Hüppe et al. 2004

³¹ Whitlock et al. 2008

Mit Hilfe der Sigmoidoskopie lässt sich nur ein 30-50 cm langer distaler Kolonabschnitt beurteilen. Sie dient als Alternative, wenn Patienten die Koloskopie ablehnen. Zum Auffinden proximaler Karzinome ist zusätzlich jährlich ein Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl ratsam.

Patienten zwischen 50 und 55 Jahren und jene älter als 55 Jahre, die jegliche endoskopische Vorsorgeuntersuchung ablehnen und ein nur durchschnittliches Darmkrebsrisiko haben, sollten Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl durchführen. Bei positivem Testergebnis ist jedoch eine Koloskopie nötig. Mittels jährlicher Stuhlkontrollen lässt sich die KRK-bedingte Mortalität um 23-33% senken³², dieser Effekt ist auch nach 30 Jahren „follow-up“ noch nachweisbar³³. Ein „fecal occult blood test“ (FOBT) ist für den Patienten einfach anzuwenden: An drei aufeinanderfolgenden Tagen werden je zwei Stuhlproben auf mit Guajak-Harz imprägnierte Testbriefchen aufgetragen („Guajak-Test“). Anhand einer Pseudoperoxidase-Reaktion des Hämoglobins bei Zugabe von Wasserstoffperoxid-Lösung lässt sich verstecktes Blut im Stuhl als Farbumschlag (Guajakblau) erkennen. Der FOBT hat eine geringe Sensitivität und Spezifität. Er kann leicht beeinflusst werden, zum Beispiel durch bestimmte Nahrungsmittel und Medikamente, Mikroblutungen im Gastrointestinaltrakt, aber auch Parodontitis. Alternativ können deshalb auch immunologische FOBT (iFOBT) mit nachgewiesener hoher Spezifität (>90%) und Sensitivität eingesetzt werden: Diese basieren auf dem Nachweis von Antikörpern gegen humanes Globin und werden nicht durch Nahrungsmittel oder Medikamente beeinflusst, sind allerdings deutlich teurer und werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt. Auch Enzymatische Stuhltests sind keine GKV-Leistung, sie weisen etwa das tumorspezifische Enzym M2-PK nach.

Da KRK und Adenome DNA ins Blut und in die Faeces abgeben, können Screening-Tests auch auf dem Nachweis von mutierten und epigenetisch veränderten DNA-Sequenzen in entsprechenden Proben beruhen. Der derzeit noch weiter zu erprobende SEPT9-Test beispielsweise weist methylierte DNA des Septin-9-Gens im Blut nach, ist einem Stuhltest aber noch deutlich unterlegen.³⁴

³² Mandel et al. 1993

³³ Shaukat et al. 2013

³⁴ Ahlquist et al. 2014

Das „Darmkrebscreening der Zukunft“³⁵ sieht eine individuelle Risikostratifizierung vor, welche den Screening-Beginn abhängig macht von Alter und Risikofaktoren (familiäre Belastung, männliches Geschlecht, Adipositas, Diabetes mellitus, Nikotinabusus...) und die Auswahl an Screening-Methoden erhöht. Ziel sollte die Entwicklung eines nichtinvasiven und hochpräzisen Routinetests sein, der feststellen kann, ob benigne bzw. maligne Kolonoplasien vorhanden sind. Bis dahin bleibt die Koloskopie - mit ihren Alternativen bei Ablehnung - die primäre Methode. (Abb. 1)

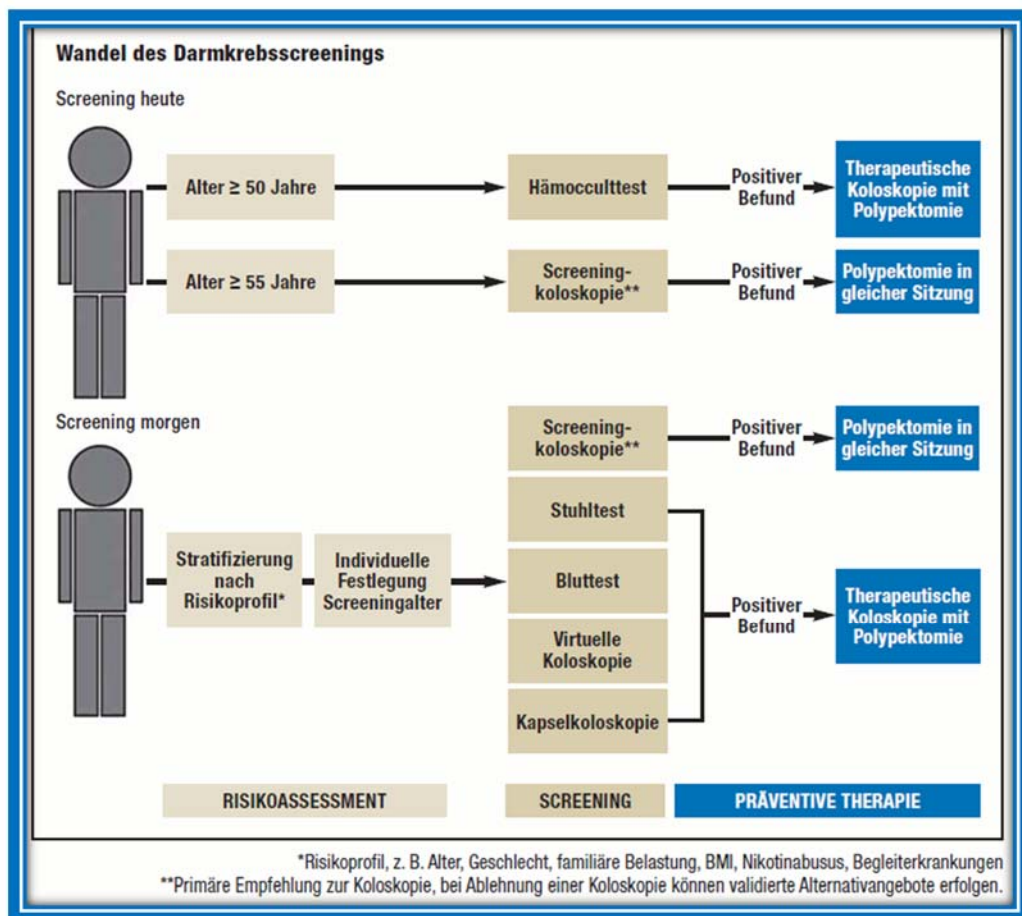


Abbildung 1: Wandel des Darmkrebscreenings³⁶

³⁵ Kolligs 2014

³⁶ Kolligs 2014

1.2.3 GRÜNDE FÜR NICHTINANSPRUCHNAHME

„Warum gehen Sie nicht zur Krebsvorsorge?“ Im Mittelpunkt eines Forschungsprojektes der Arbeitsgruppe Cancer Politics der Universität Greifswald aus dem Jahre 2007³⁷ stand die Frage, aus welchen Gründen viele Menschen die Möglichkeiten der Krebsfrüherkennung nicht nutzen. Auf eine Umfrage in den regionalen Medien von Mecklenburg-Vorpommern im Winter 2006/2007 hin gingen Zuschriften mit rund 400 verwertbaren Aussagen ein, die nach den Methoden der qualitativen Sozialforschung ein offenes Meinungsbild zu der Frage ergaben, warum viele Menschen die Angebote der Krebsvorsorge nicht nutzen. Die folgenden deutschsprachigen Zitate stammen aus den Zuschriften, die angegebenen Gründe dafür sind vielfältig:

Lähmende Krebsangst

„Krebs ist eine Sackgasse. Am Ende steht Tod.“, schreibt eine Frau, deren Vater an einem Tumorleiden verstorben ist.

Krebs wird als etwas Schreckliches³⁸ und Stigmatisierendes wahrgenommen, die Angst vor einem positiven Befund ist groß³⁹, das Thema wird tabuisiert⁴⁰. Eine Krankengeschichte wie diese steht beispielhaft für die Wahrnehmung vieler Patienten: „Im Dezember 2005 klagte meine Frau über Rückenschmerzen. Sie musste manchmal beim Spaziergehen stehen bleiben. Sie wurde gründlich untersucht ... Es wurde nichts festgestellt... Im Januar 2006 wurden zwei Geschwüre festgestellt, die auf Krebs deuteten... Leber und Nieren befallen, keine Chemo mehr möglich. Am 10. März erfolgte auf meine Bitte die Entlassung nach Hause. Dort ist meine Frau am 16.3.2006 um 3 Uhr in meinen Armen verstorben.“

Diffuse Arztangst

„Die Medizin ist ja noch nicht so weit.“, „Ich stehe der Schulmedizin sehr kritisch gegenüber.“, „Ich bin sehr empfindlich.“. Die Angst, Ärzte aufzusuchen, ist weit verbreitet.⁴¹ Oft steht sie in Verbindung mit der Angst vor der zufälligen Entdeckung einer lebensbedrohenden

³⁷ Metelmann et al. 2007

³⁸ Levin et al. 1985; McCaffery et al. 2001

³⁹ Austin et al. 2009; Foo et al. 2011; Green et al. 2008; Palmer et al. 2008; Percac-Lima et al. 2009; Denberg et al. 2005; Janz et al. 2003; Weitzmann et al. 2001

⁴⁰ Estape et al. 1992; Zamanzadeh et al. 2013, Mogwitz 2014

⁴¹ Armstrong et al. 2006; Mogwitz 2014; Madlensky et al. 2004; Palmer et al. 2008

Krebserkrankung. Mit der Vermeidung von Arztbesuchen versuchen manche Patienten, die Bedrohlichkeit einer Krebserkrankung aus ihrem Leben auszublenzen.

Konkrete Angst vor Schmerzen und Belastungen durch die Früherkennung

„Diese Untersuchungen tun auch sehr weh.“, „Erforderliche Untersuchungen sind nicht nur oft unangenehm, sondern man sträubt sich innerlich dagegen, wenn man vor dem Ergebnis Angst hat.“. Einige Maßnahmen der Prävention sind mit Unannehmlichkeiten verbunden und erfordern Überwindungskraft, besonders wenn ohnehin innere Vorbehalte bestehen.⁴²

Vogel-Strauß-Einstellung

„Ich hätte nicht gedacht, dass die Statistik auch mich betrifft ...“ - die Vulnerabilitäts- und Risikowahrnehmung von Patienten kann durch unrealistischen Optimismus beeinträchtigt werden und die Notwendigkeit der Teilnahme an der Krebsprävention als gering erscheinen lassen⁴³ oder sogar als Rechtfertigung der Nichtinanspruchnahme dienen.⁴⁴ Die gültige Feststellung „Es kann jeden treffen!“ wird oft ergänzt mit dem Gedanken „... aber es muss ja nicht jeden treffen.“

Einige ältere Patienten haben zudem die pragmatische Meinung, dass Screening und gesundheitsförderndes Verhalten in ihrem Alter nicht mehr notwendig und sinnvoll sind.

Sorglosigkeit bis Fatalismus

„Puritaner, Veganer und Gesundheitsapostel werden von ihr genauso betroffen, wie Vorgeschiedigte aller Art.“ Krebserkrankungen werden oft als schicksalhaft wahrgenommen.⁴⁵ „Es scheint, dass der Mensch im Alter vermehrt zu Genmutationen neigt und Krebs ein Bestandteil seiner biologischen Entwicklung ist.“ In einer US-amerikanischen Studie⁴⁶ findet die Aussage „It seems like almost everything causes cancer“ Zustimmung bei fast der Hälfte der Teilnehmer. 27,0% der Befragten meinen außerdem „There’s not much people can do to lower their chances of getting cancer“. Dabei wird zu Recht erkannt, dass bei einigen Tumoren die

⁴² Consedine et al. 2004; Foo et al. 2011; Jones et al. 2010; Palmer et al. 2008; Stockwell et al. 2003; Weitzmann et al. 2001, Rawl et al. 2000, Harewood et al. 2002; Friedemann-Sánchez et al. 2007

⁴³ Renner, Hahn 2009; Green et al. 2008; Weitzmann et al. 2001

⁴⁴ Baumann et al. 2014

⁴⁵ Miles et al. 2011; Foo et al. 2011; McCaffery et al. 2001; Baumann et al. 2014

⁴⁶ Niederdeppe, Levy 2007

Ursachen und Auslöser wenig bekannt sind, und zugleich verkannt, dass es auch für diese Tumoren klare Behandlungsschemata und gute Heilungsaussichten gibt.

Kein Vertrauen in die Prävention

„Ich war regelmäßig zu vorbeugenden Untersuchungen beim Hausarzt, Frauenarzt und zur Darmspiegelung. Ein Vierteljahr nach der letzten Untersuchung bei der Frauenärztin bekam ich Blutungen aus der Scheide, ging erneut zu ihr und erhielt die Diagnose auf Krebsverdacht. Es war für mich eine herbe Enttäuschung.“ Derartige Enttäuschungen lassen einige Patienten am Sinn der Prävention zweifeln.⁴⁷ Die Fülle von Vorsorgemaßnahmen und Empfehlungen empfinden viele Patienten zudem als unübersichtlich: „There are so many recommendations about preventing cancer, it’s hard to know which ones to follow.“⁴⁸ Das mangelnde Vertrauen in den Wert der Untersuchungen wird teilweise auch genährt durch schlechte Erfahrungen mit der Organisation der Krebsvorsorge: „In meinem Gesicht macht sich ein hässlicher brauner Fleck breit, der mich beunruhigt. Folglich versuche ich, einen Termin beim Hautarzt zu bekommen. Wartezeit drei Monate!“

Finanzielle Belastung durch die Krebsvorsorge

„... sind die hohen Kosten zum Beispiel für eine PSA-Diagnostik oder für Mammographie eine Schweinerei!“. Vertreter von Sozialverbänden sehen für eine Reihe von Menschen finanzielle Schwierigkeiten bei der Prävention: „Diese Kosten können immer mehr Menschen (Arbeitslosengeldberechtigte, von den Krankenkassen ausgeschlossene Arme, Grundsicherungsempfänger, Obdachlose und Rentner mit niedriger Rente) nicht aufbringen. Gibt es eigentlich schon einen Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung wegen der Unmöglichkeit, die Krebsvorsorge aus Kostengründen tatsächlich in Anspruch nehmen zu können?“ Die Betroffenen selbst machen allerdings immer wieder deutlich, dass sie durchaus auch bereit sind, sich an den Kosten der Prävention zu beteiligen: „... dass ich selbstverständlich auch in diesem Jahr zur Krebsvorsorgeuntersuchung bei meinem Frauenarzt Dr. S. war, und in diesem Jahr habe ich sogar 60,08 Euro bezahlt (Ultraschalluntersuchung und Blutentnahme).“

Die Darmkrebsvorsorge wird von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

⁴⁷ Mogwitz 2014; McCaffery et al. 2001

⁴⁸ Niederdeppe, Levy 2007

Wenig ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein

„Mein Körper war mir eigentlich immer egal.“, „Wir waren früher nicht so körperlich eingestellt.“, „Um unsere Gesundheit hat sich immer der Staat gekümmert.“. Hedonistische Lebenseinstellungen sind häufig Grundlage für riskantes Verhalten.⁴⁹ Vielen Patienten sind Notwendigkeit und Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen auch schlicht gar nicht bewusst.⁵⁰

Gesundheitsbewusst zu leben ist Teil eines Lebensstiles, der nicht von allen Patienten gepflegt wird.

„Wir brauchen einen gesellschaftlichen Diskurs, der die Eigenverantwortung stärker hervorhebt.“ Selbstkontrolle und Vorsorgeuntersuchung bei Beschwerdelosigkeit sind Teil der Lebensführung dieser Patienten: „Trotz regelmäßiger Vorsorgeuntersuchung ertastete ich den Knoten bei einer Selbstkontrolle.“, „Vorsorge ist für mich die Zusammenarbeit mit einem Arzt.“

Angst vor einer Lebenswende mit der Krebsdiagnose

„Mein Mann war immer gesund. Im Jahre 2004 diagnostizierte man nach einer Darmspiegelung einen Tumor. Es war eine Vorsorgeuntersuchung ohne jegliche Symptome.“, „Die Nachricht kam für mich aus heiterem Himmel und ich dachte, das kann doch nicht sein. Ich bin doch gesund, bin sportlich, habe zweimal in der Woche Volleyball gespielt und bin kein Kind von Traurigkeit.“

Eine Krebsdiagnose kann das Leben in seiner geordneten Gegenwart und gesicherten Zukunft durcheinanderbringen.⁵¹ „Die mit der Diagnose Krebs unvermeidlich aufkommende Krebsangst macht vielen Patienten das Leben mehr als schwer (...) Depressionen bis hin zu Suiziden sind Ergebnis und Folge solcher Ängste.“

Angst vor Entscheidungsnot

„Wie lange benötigt ein unentschlossener Mensch, um bis zum Operationstermin zu gelangen?“ Nach der Früherkennung eines Tumors sehen sich viele Patienten konfrontiert mit

⁴⁹ Baumann et al. 2014

⁵⁰ Austin et al. 2009; Wee et al. 2005; Klabunde et al. 2006; Foo et al. 2011; Rawl et al. 2000

⁵¹ McCaffery et al. 2001; Weitzmann et al. 2001

gefürchteten Entscheidungszwängen, denn entschlossenes Handeln gewinnt nun lebenswichtige Bedeutung. Mancher fürchtet, dass dies über seine Kräfte geht. „Nach all dem Erlebten bin ich nicht mehr der Mensch mit der Seele und dem Herzen, der ich mal war.“

Anast vor Chancenlosigkeit einer Behandlung

„Ich habe mich gefragt, ob gegen meinen Krebs überhaupt ein Kraut gewachsen ist.“ Die meisten Menschen sind sich vermutlich der Tatsache bewusst, dass Krebserkrankungen immer zum Tode führen, wenn sie nicht behandelt werden. Manche nehmen nicht an Untersuchungen teil, weil sie auch kein besseres Ergebnis erwarten, wenn sie sich auf eine Behandlung einlassen: „Ich kenne niemanden in meinem Umfeld, der von Krebs geheilt wurde.“ Einige Patienten zweifeln in diesem Zusammenhang am Entwicklungsstand der Medizin⁵²: „Ist ein Operateur überhaupt in der Lage, mikroskopisch kleine Karzinomherde zu erkennen und zu beseitigen?“, „Von der Chemotherapie hört man nichts Gutes.“, „Ich weiß, dass die Strahlenbehandlung eigentlich wirkungslos ist.“

1.3 PRÄVENTIONSEXPERTISE IN DER ZAHNÄRZTLICHEN PRAXIS

1.3.1 VERSORGUNGS-AUFTRAG

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde befasst sich mit der Prävention, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen im oralen Bereich.

Zahnärztliche Leistungen umfassen das Gebiet der Prophylaxe, die Zahnerhaltung, den Zahnersatz, sowie kieferorthopädische und oralchirurgische Behandlungsfelder.

Die Prophylaxe nimmt laut einer Erhebung des Instituts der Deutschen Zahnärzte rund 7,33% der zahnärztlichen Arbeitszeit in Anspruch, Beratungen rund 22,42% der Gesamtzeit.⁵³

⁵² Madlensky et al. 2004

⁵³ Brecht et al. 2009: Tabelle 3: Zahnärztliche Arbeitszeit nach Leistungsgruppen im Jahr 2006 (Deutschland, Gesetzliche und Private Krankenversicherung)

Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) aus dem Jahr 2006 erfasst als repräsentative Erhebung sozialepidemiologische und oralepidemiologische Daten für die Bundesrepublik Deutschland. Hierfür wurden durch das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammern im Jahr 2005 mehr als 4500 Personen aus allen Altersgruppen und sozialen Schichten zahnmedizinisch untersucht und einer Befragung unterzogen. Die fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V, Erfassungszeitraum Oktober 2013 bis Juni 2014) wird weitere Erkenntnisse liefern können.

Um sich einen Überblick über die zahnärztliche Versorgung in einer Bevölkerungsgruppe zu verschaffen, können der Kariessanierungsgrad und die Dichtezeit betrachtet werden.

Der Kariessanierungsgrad einer Bevölkerung kann als Indikator für die Versorgung mit zahnärztlichen Dienstleistungen gesehen werden. In Deutschland zeigen sich ein hoher Kariessanierungsgrad bei Kindern und Jugendlichen (78,1% und 79,8%), und ein sehr hoher Kariessanierungsgrad bei Erwachsenen und Senioren (95,6% und 94,8%).⁵⁴

Die Dichtezeit beschreibt in diesem Kontext die Anzahl von Einwohnern pro behandelndem Zahnarzt⁵⁵. Laut einer Prognose des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)⁵⁶ werden in den Jahren 2010-2020 auf einen Zahnarzt 1.236 Patienten kommen. Bei konservativer Betrachtung der jährlichen Approbationszahlen und moderaten Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung sind es 2030 schon 1.260 Patienten pro behandelnden Zahnarzt – der Versorgungsauftrag pro Zahnmediziner wird damit wachsen.

1.3.2 PATIENTENKLIENTEL

Der routinemäßige Kontrollbesuch beim Zahnarzt stellt einen festen Bestandteil des Mundgesundheitsverhaltens an. Eine im Vergleich zur DMS III (1997) wachsende Zahl von Patienten – 76,1% der Erwachsenen (35-44 Jährige) und 72,2% der Senioren (65-74 Jährige) – geht regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle.⁵⁷

⁵⁴ Micheelis et al. 2006: DMS IV

⁵⁵ /pro behandelnder Zahnärztin. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die geschlechtsneutrale Differenzierung verzichtet.

⁵⁶ Brecht et al. 2009

⁵⁷ Micheelis et al. 2006: DMS IV

Bei Erwachsenen (45-64 Jährige) liegt die durchschnittliche Kontaktfrequenz zahnärztlicher Dienste bei 2,8 in den letzten 12 Monaten. Junge Senioren (65-74 Jährige) gehen durchschnittlich 2,5mal pro Jahr zum Zahnarzt, ältere Senioren (75-79 Jährige) sogar 3,4mal.⁵⁸

Dabei ist die soziale Zahnarzt-Bindung in allen Alterskohorten außerordentlich stark ausgeprägt: Durchschnittlich 90% (90,8% der Erwachsenen, 94% der Senioren) gehen immer zu demselben Zahnarzt. Lediglich 9,2% der Erwachsenen und 6,0% der Senioren geben an, keinen festen oder überhaupt keinen Zahnarzt zu haben.

Zahnkaries und Parodontopathien stellen die Hauptkrankheitsbilder in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde dar.

Seit den 1970er Jahren konnte in den industrialisierten Ländern ein Rückgang der Karieshäufigkeit (caries decline) beobachtet werden.⁵⁹ Gleichzeitig kommt es zu einer regionalen und sozialschichtabhängigen Polarisierung (caries polarization). In diesem Zusammenhang wird von biopsychosozialen Erkrankungsrisiken gesprochen (geringe Bildung, niedriges Einkommen...).⁶⁰ Dieses sozialmedizinische Problem erfasst in unterschiedlichem Maße alle Altersgruppen. 10% aller 12-Jährigen weisen 61% aller kariösen Läsionen in ihrer Altersgruppe auf.

Auch parodontale Erkrankungen zeigen einen Sozialschichtgradienten und sind vor allem bei erwachsenen Patienten ein zunehmendes Problem und ein häufiger Grund für Zahnverlust:⁶¹ Die plaqueassoziierte, bakteriell bedingte Entzündung des Zahnhalteapparates führt durch einen fortschreitenden Gewebeerlust (Desintegration des Kollagens, Knochenabbau) zum Verankerungsverlust der Zähne („Attachment-Verlust“). Durch Umwandlung des Saumepithels in Taschenepithel und Proliferation nach apikal und lateral kommt es zur Bildung einer Zahnfleischtasche. Die Diagnose Parodontitis wird ab einer mit der zahnärztlichen Sonde messbaren Taschentiefe von über 3mm gestellt.

⁵⁸ Public Use File des „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung/8.Welle März/April 2005: Durchschnittliche Kontaktfrequenz zä Dienste nach Altersgruppen in Dtl. (2005);

Ähnliche Ergebnisse in DMSIV (Micheelis et al. 2006) unveröffentlichtes Datenmaterial

⁵⁹ Oesterreich, Ziller 2006

⁶⁰ Oesterreich, Ziller 2014

⁶¹ Micheelis et al. 2006: DMS IV

Der von der WHO eingeführte Community Periodontal Index (CPI) dient der Beurteilung des parodontalen Gesundheitszustands. Pathogenetische bedeutsame Taschenbildung wird mit Grad 3 (Taschentiefe von 4-5mm) und Grad 4 (Taschentiefe von ≥ 6 mm) klassifiziert. Bei 52,7% der Erwachsenen und 48% der Senioren ist ein CPI Grad 3 feststellbar, bei 20,5% der Erwachsenen und 39,8% der Senioren sogar ein CPI Grad 4.

Das gramnegative, obligat anaerobe Stäbchenbakterium *Fusobacterium nucleatum* ist einer der Leitkeime in supra- und subgingivaler Plaque – und kann außerdem in entarteten Darm- polypen in 10fach-100fach höheren Werten als üblich gefunden werden. Das Fusobakterien- Adhäsin FadA bindet an E-Cadherin an der Oberfläche von Darmzellen und fördert über eine Entzündungsreaktion die Zellproliferation des kolorektalen Karzinoms.⁶² Hier besteht also ein direkter Zusammenhang zwischen Parodontitis- und Darmkrebs-Risikopatienten.

Fusobacterium nucleatum kann als verstärkender Risikofaktor bei der Entwicklung von Kolon- Adenomen zu Kolon-Karzinomen gesehen werden. Die Rolle von beispielsweise Stuhltests auf *Fusobacterium nucleatum* als prognostisches und diagnostisches Mittel ist derzeit noch Gegenstand der Forschung.⁶³

Eine weitere Verbindung lässt sich in ähnlichen Risikofaktoren für parodontale Erkrankungen und kolorektale Karzinome sehen: Dazu zählen Übergewicht (BMI $>25\text{kg/m}^2$), Tabakkonsum, einfache Schulbildung und fehlendes Gesundheitsbewusstsein. Auch bei parodontalen Erkrankungen gibt es zudem einen großen Aufklärungs- und Informationsbedarf in der Bevölkerung. („low periodontal awareness“).⁶⁴

Die Hochrisikogruppe scheint jedoch organisatorisch gut erreichbar zu sein: 73,1% der Erwachsenen und 79,8% der Senioren mit schwerer Parodontalerkrankung (Taschentiefen ≥ 6 mm) gehen regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle.

Sozialbedingte gesundheitliche Ungleichheiten stellen auch in der Zahnmedizin eine der größten Herausforderungen dar.⁶⁵ Hier sind Verbesserungen vor allem in der Vorbeugung von

⁶² Rubinstein et al. 2013; Kostic et al. 2013; Han et al. 2013; Han et al. 2014

⁶³ Flanagan et al. 2014

⁶⁴ Deinzer et al. 2008

⁶⁵ Heilmann et al. 2014

frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries), der Betreuung von Patienten mit Behinderungen und pflegebedürftiger und hochbetagter Patienten nötig.⁶⁶ Wie sich schon am Beispiel des *Fusobacterium nucleatum* zeigt, entstehen zahnmedizinische und allgemeinmedizinische Gesundheitsstörungen häufig aus vergleichbaren oder gleichen Problemlagen: etwa ungesunder Ernährungsweise, Nikotinabusus, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel oder Stress. Dieser epidemiologisch fundierte Ansatz der gemeinsamen Risiko-/Gesundheitsfaktoren (common risk/health factor approach)⁶⁷ ermöglicht es, mit der ursächlichen Bekämpfung von riskantem Verhalten, das einer Fülle wichtiger chronischer Erkrankungen gemein ist, nicht nur positiv direkt auf die orale, sondern gleichzeitig auch auf die Gesundheit des Gesamtorganismus einzuwirken. Dabei hat sich gezeigt, dass Interventionen, die eine Änderung der individuellen Risikofaktoren und Lebensführung zum Ziel haben („victim-blaming“) wenig effektiv sind.⁶⁸ Stattdessen wird empfohlen, die ursächlichen sozialen, wirtschaftlichen und Umweltfaktoren so zu beeinflussen zu versuchen, dass gesundheitsförderndes Verhalten wahrscheinlicher wird („die Ursache der Ursache bekämpfen“)⁶⁹; *„(...) to change people is much more difficult than to change their environment (...)“*⁷⁰.

Präventionsorientierte Zahnmedizin sollte deshalb lebenslang, altersspezifisch und risikogruppenorientiert wirken, um die Folgen von sozial- und altersbedingten Ungleichheiten auf die Mundgesundheit einzudämmen und damit auch auf die Gesundheit des Gesamtorganismus positiv einzuwirken.⁷¹ (Abb. 2)

⁶⁶ Oesterreich, Ziller 2006

⁶⁷ Sheiham, Watt 2000; Heilmann et al. 2014; Oesterreich 2014

⁶⁸ Kay, Locker 1996

⁶⁹ Heilmann et al. 2014

⁷⁰ Rosenstock 1966

⁷¹ Oesterreich, Ziller 2006

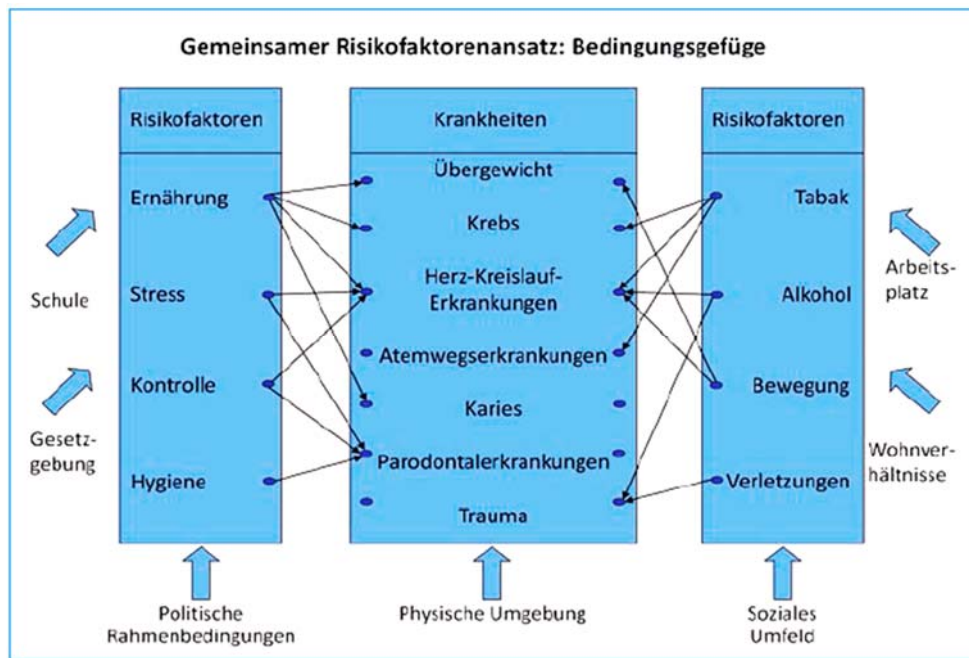


Abbildung 2: Der common risk factor approach: Gemeinsame Risikofaktoren für eine Reihe chronischer Erkrankungen⁷²

1.3.3 PRÄVENTIONSERFAHRUNG

„Die zahnmedizinischen Präventionsbemühungen bei Kindern und Jugendlichen sind eine nachweisbare, in der deutschen Präventionslandschaft Vorbildcharakter besitzende Erfolgsgeschichte.“⁷³

Prophylaxe (aus dem Griechischen: „prophylasso“ – „von vornherein ausschließen“) und Prävention (aus dem Lateinischen: „praevenire“ – „zuvorkommen“, „verhüten“) als Maßnahmen zur Vorbeugung, frühen Erkennung und rechtzeitigen Therapie von Krankheiten nehmen seit Ende der 1980er Jahre im zahnärztlichen Versorgungsalltag einen immer höheren Stellenwert ein.⁷⁴ In der Struktur der Zahnarztpraxen ist eine Zunahme des Prophylaxepersonals bei gleichzeitiger Abnahme eigener Zahntechniker festzustellen.⁷⁵

⁷² Heilmann et al. 2014

⁷³ Oesterreich, Ziller 2014

⁷⁴ Oesterreich, Ziller 2014

⁷⁵ Hussein et al. 2012

Damit löst der Schwerpunkt Prävention das alte kurative, mechanistische geprägte Modell der Zahnmedizin ab, das nur bereits existierende Erkrankungen behandelte und dem Ziel der Mundhygieneverbesserung in langfristiger Sicht nicht mehr gerecht werden kann.⁷⁶

Zahnärztliche Prävention ist auf verschiedenen, sich ergänzenden Ebenen organisiert: Sie richtet sich an die Bevölkerung (Kollektivprophylaxe), bestimmte Teile der Bevölkerung (Gruppenprophylaxe) und das Individuum (Individualprophylaxe).

Die Kollektivprophylaxe wirkt unabhängig von individuellen Risikofaktoren („Gießkannenprinzip“) auf alle Mitglieder einer Population, vorwiegend als staatlich-institutionelle Vorgaben. Diese breitenwirksame Kariesprophylaxe erfolgt hauptsächlich durch Fluoridierung (zum Beispiel Genehmigung von fluoridiertem Speisesalz).

Gruppenprophylaxe erfolgt an Schulen und Kindergärten. Grundlage ist der §21 SGB V, welcher die Förderung von Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen von Kindern und Jugendlichen (bis zum 16. Lebensjahr) für die Krankenkassen verpflichtend macht. Diese zahnmedizinische Basisprophylaxe besteht aus überwachtem Zähneputzen, Fluoridierung, Motivation und Instruktion zur häuslichen Mundpflege und Ernährungsberatung. Fluoridlackapplikation kann bei hohem Kariesrisiko zusätzlich als Intensivprophylaxe durchgeführt werden. Durch gruppenprophylaktische Maßnahmen wurden im Jahr 2007/2008 4,9 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland erreicht. Bis zum Jahr 2020 wird eine weitere Steigerung des Betreuungsgrades auf 80% der Kindergärten und Grundschulen angestrebt.⁷⁷

Kollektiv- und Gruppenprophylaxe sollen der Herstellung einer gesundheitlichen Chancengleichheit dienen.⁷⁸

Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis ergänzt vom 6. bis zum noch nicht vollendeten 18. Lebensjahr die Gruppenprophylaxe. Sie erfolgt risikobezogen als individuelle Aufklärung, lokale Fluoridlackapplikation, professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung. Als begleitende Anreizsysteme zu einem regelmäßigen, kontrollorientierten Zahnarztbesuch konnten mit großem Erfolg der Zahnärztliche Kinderpass und das Bonusheft für erwachsene Patienten eingeführt werden.⁷⁹

⁷⁶ Hellwig, Altenburger 2011

⁷⁷ Ziller et al. 2012

⁷⁸ Oesterreich 2014

⁷⁹ Hoffmann 2013

In einer gemeinsamen Stellungnahme mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung betont die Bundeszahnärztekammer die Bedeutung dieses Paradigmenwechsels hin zu einer präventionsorientierten biopsychosozialen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde:⁸⁰

„Die Zahnmedizin ist mit einer erfolgreichen Kollektivprophylaxe (Speisesalzfluoridierung) sowie in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit den Früherkennungsuntersuchungen, der Gruppen- und Individualprophylaxe (§§21, 22 SGB V) sowie einem Bonusmodell Vorreiter und Vorbild in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.“

Gruppen- und Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen dienen als Mundgesundheitserziehung und Motivation im Sinne eines Empowerment-Ansatzes dazu, lebenslange, eigenverantwortliche Mundpflege zu initiieren.

Sichtbar werden diese Bemühungen in einer deutlichen Verringerung der Karieshäufigkeit. Deutschland kann hier internationale Spitzenwerte verzeichnen, von der WHO formulierte Zielwerte konnten bereits unterboten werden. Im Vergleich zur 3. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS) 1997 kann in der DMS IV bei 12-Jährigen ein Kariesrückgang um 58,8% beobachtet werden (0,7 statt 1,7 Zähne mit Karieserfahrung). Als Gründe werden hier vor allem die auch in dieser Alterskohorte etablierten regelmäßigen Zahnarztbesuche und die im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe ausgeweiteten Fissurenversiegelungen angesehen.⁸¹ Hierbei werden kariesanfällige Zahnfissuren und -grübchen mit Kunststoffmaterial präventiv verschlossen, um der Entstehung von Karies zuvorzukommen oder erste Stadien von Karies zu arretieren. 71,1% der 12-Jährigen haben laut DMS IV mindestens eine Fissurenversiegelung.

Die Karieserfahrung von Patienten kann mit dem DMFT-Index angegeben werden, dieser gibt die Summe der kariösen (decayed), wegen Karies fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth) an. Patienten mit Fissurenversiegelung haben im Durchschnitt einen DMFT von 0,6; Patienten ohne Fissurenversiegelung durchschnittlich einen DMFT von 1,1.

Auch in den Kohorten der Erwachsenen und Senioren kann ein Kariesrückgang beobachtet werden. So konnte der DMFT bei Erwachsenen von 16,1 (1997) auf 14,5 (2005) gesenkt

⁸⁰ Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Gemeinsame Stellungnahme zum geplanten Gesetz zur Förderung der Prävention, Berlin, Mai 2013

⁸¹ Micheelis et al. 2006: DMS IV

werden; bei Senioren von 23,6 (1997) auf 22,1 (2005). Gründe hierfür waren vor allem weniger kariesbedingte Extraktionen. Es ist aber einen Anstieg der Häufigkeit von Wurzelkaries und parodontaler Erkrankungen zu beobachten.

Grundlegende Ursachen für die Erfolge zahnmedizinischer Präventionsbemühungen sind die Etablierung und gesetzliche Fixierung von Prophylaxeprogrammen (ab 1988, §§21 und 22 SGB V), der Einsatz von fluoridhaltigen Mundhygienemitteln, die zunehmende Verwendung fluoridhaltiger Salze (seit 1991) und Mineralwässer, das durch verstärkte Aufklärung wachsende orale Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Diagnostik, Prävention und Therapie.

72,5% der Zahnärzte, die einen Arbeitsschwerpunkt angeben, sehen Prophylaxe/Prävention als ihr Hauptaufgabenfeld an.⁸² Als Gründe für diese Entscheidung nennen Zahnärzte die zunehmende Nachfrage der Patienten (96% der Befragten), einen finanziellen Zugewinn (84% der Befragten) und eine größere berufliche Zufriedenheit durch die Arbeit mit sauberen Mundhöhlen und gesundheitsbewussten, motivierten Patienten (82% der Befragten). Ein qualifiziertes Prophylaxeangebot gilt heute als wirksames Mittel zur Imageverbesserung.⁸³ Über die Hälfte der Zahnärzte fühlt sich genug trainiert, evidenzbasierte Prävention auszuführen.⁸⁴

Trotz dieser Entwicklung gibt es Hinweise, dass die Qualität der Prophylaxebemühungen nicht einheitlich und ausreichend ist.⁸⁵ Über 90% der Zahnärzte klären ihre Patienten zu präventiven Maßnahmen auf und bemühen sich, diese zu motivieren.⁸⁶ Dennoch zeigt sich ein großer Wissensmangel über Themen der Prävention in der Bevölkerung.⁸⁷

Barrieren, Prävention Leitliniengerecht durchzuführen liegen laut einer Umfrage von WITTON und Mitarbeitern (2013) bei zu geringer Personalzahl (68%), Zeitmangel (60%) und mangelhafter Ausstattung (53%).⁸⁸

⁸² Micheelis et al. 2010

⁸³ Hussein et al. 2012

⁸⁴ Witton, Moles 2013

⁸⁵ Pearce, Catleugh 2013

⁸⁶ Hussein et al. 2012

⁸⁷ Deinzer et al. 2008

⁸⁸ Witton, Moles 2013

Wissen über Prävention – beispielsweise auch Ernährungslenkung – wird in der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung derzeit nur ungenügend vermittelt.⁸⁹ Eine intensive, vielseitige Schulung zur evidenzbasierten Prävention und zu allgemeinmedizinischen Aspekten ist hier zu integrieren.⁹⁰ 58% der von WITTON befragten Zahnärzte hätten keine Probleme damit, ihre Routine zu ändern.⁹¹

Auch HEILMANN und Mitarbeiter sehen im aktuellen zahnmedizinischen Gesundheitssystem „(...) die Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht voll ausgeschöpft.“⁹²

Die von der Bundeszahnärztekammer für 2020 angestrebten Mundgesundheitsziele basieren auf der Idee einer vorsorgeorientierten Zahnmedizin und lebensbegleitender Prävention in allen Bereichen, um die subjektive Lebensqualität zu erhalten und die orale Gesundheit in Wechselwirkung mit dem Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen. Der regelmäßige kontrollorientierte Besuch beim Zahnarzt eröffnet Potenziale für Screening und möglichst frühzeitige Überweisung zur fachärztlichen Behandlung von beispielsweise Diabetes mellitus.⁹³ In dieses Konzept könnte sich eine Motivationskampagne zum Darmkrebs-Screening in der Zahnarztpraxis einreihen.

1.4 MOTIVATIONSTECHNIKEN ZUR KREBSFRÜHERKENNUNG

Darmkrebs ist heute nicht mehr ein medizinisches, sondern ein kommunikatives Problem.⁹⁴

Strategien zur Erhöhung der Inanspruchnahme des KRK-Screening müssen sich am Interventionsziel orientieren⁹⁵: Ist dem (zukünftigen) Patienten das Problem bewusst? Besitzt er Wis-

⁸⁹ Hussein et al. 2012; Pearce, Catleugh 2013

⁹⁰ Pearce, Catleugh 2013; Oesterreich, Ziller 2006; Hoffmann 2013

⁹¹ Witton, Moles 2013

⁹² Heilmann et al. 2014

⁹³ Bundeszahnärztekammer 2004: Mundgesundheitsziele; Ziller et al. 2006; Oesterreich, Ziller 2014

⁹⁴ Erol Sander, Schauspieler und Testimonial der Felix Burda Stiftung.

⁹⁵ Somaini 1989

sen zum Problemthema? Hier müssen Aufklärung und Information erfolgen. Fehlt dem Patienten die Motivation, zur Vorsorge zu gehen? Hier sind überzeugende Kommunikation, Beratung oder auch Gruppendiskussionen mögliche Strategien. Diese für die Steigerung der Inanspruchnahmeraten des KRK-Screening bedeutenden Interventionsziele gelten als leicht bis mittelschwer zu verändern. Schwerer zu verändernde Interventionsziele wie Fähigkeitenvermittlung, Ausführung und Aufrechterhaltung spielen in der zu besprechenden Thematik eine geringere Rolle und ihnen könnte beispielsweise mit sozialer Verstärkung und Selbstmanagement begegnet werden.

1.4.1 BREITENWIRKSAME KAMPAGNEN

Die 2001 aus persönlicher Motivation heraus gegründete Felix Burda Stiftung ist heute eine der bekanntesten Institutionen auf dem Gebiet der Darmkrebsprävention in Deutschland. Umfassende Medienaktionen, bekannte Testimonials und die Initiation des deutschen „Darmkrebsmonat März“ sollen die Öffentlichkeit auf die Wichtigkeit der Darmkrebsvorsorge aufmerksam machen. Der Zugang zur Bevölkerung kann auf vielfältige Weise erfolgen: So zum Beispiel über Printmedien, Fernsehen, Radio, Internet, Außenwerbung oder auch so genannte Ambient Media. Letzteres bezeichnet eine Werbemaßnahme, die in den spezifischen Lebensbereichen der Zielgruppe platziert wird (Gratis-Postkarten, Info-Screens...). Ziel solcher breitenwirksamer Kampagnen ist vor allem die Steigerung des Problembewusstseins und das Überwinden eines Tabuthemenstatus'. Mehrere Studien belegen das (auch international) geringe Bewusstsein der Bevölkerung für das KRK.⁹⁶ Zudem besteht aufgrund der Assoziation mit der Darmfunktion und dem Ausscheidungsprozess ein vermehrtes Schamgefühl.⁹⁷ Eine US-amerikanische Untersuchung beschreibt das Problem mit den Worten "(...) *CRC is not on the public's "radar screen"(...)*"⁹⁸ und weist auf die Bedeutung von Öffentlichkeitswerbung für die soziale Akzeptanz des Themas hin: "(...) *The more it's in the media, the more socially acceptable it is to talk about it – whether AIDS or cancer, (...)*".⁹⁹ So gibt es auch die Idee, KRK als Thema in das Unterhaltungsfernsehens einzubringen¹⁰⁰, wie es die ARD zum Beispiel in der Serie „Lindenstraße“ umgesetzt hat.

⁹⁶ Austin et al.2009; Wee et al.2005; Klabunde et al.2006; Foo et al.2012; Rawl et al.2000

⁹⁷ Beeker et al.2000; Greisinger et al. 2006

⁹⁸ Beeker et al. 2000

⁹⁹ Beeker et al. 2000

¹⁰⁰ Mogwitz 2014

In einer Gesellschaft, die nahezu allumfassend und ständig Zugriff auf das Internet hat und über „Social Media“ vernetzt ist, spielen diese Medien auch zur Informationsbeschaffung eine große Rolle. So geben in einer Studie¹⁰¹ über Möglichkeiten, die KRK-Screening-Inanspruchnahme zu steigern 49% der Befragten an, bevorzugt ihren Arzt zu Fragen über Krebs zu konsultieren – immerhin 33% jedoch würden eher im Internet selbstrecherchieren. Hier gilt es also, qualitativ hochwertige Informationsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.¹⁰² Die Felix Burda Stiftung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche Krebshilfe beispielsweise versuchen, diesem Bedarf mit einem adäquaten Informationsangebot nachzukommen.

Es scheint Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Medien und der Teilnahme am KRK-Screening zu geben¹⁰³; wobei mehr Gesundheitsliteratur zwar weniger Barrieren, aber nicht unbedingt auch bessere Inanspruchnahme bedeutet.¹⁰⁴ Die Lektüre von Aufklärungsmaterial kann Ängste und Befürchtungen abbauen, Symptomaufmerksamkeit und Patientenzufriedenheit steigern. Jedoch scheinen Patienten mehr auf die Gestaltung und Lesbarkeit der Informationsmaterialien zu achten, als auf deren Inhalt.¹⁰⁵

Trotz aller Vorzüge der breitenwirksamen Kampagnen sollten diese wohl vor allem als Grundbaustein angesehen werden, auf den personalisierte Medizin aufbauen kann. Sie dienen der Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung, können Auslösereiz sein für Patienten, die bereits „bereit“ sind zur Verhaltensänderung/Aufnahme präventiver Maßnahmen – sind allerdings ineffektiv in der Meinungsbildung.¹⁰⁶

1.4.2 PERSONALISIERTE MEDIZIN

Die Entscheidung zur Teilnahme am KRK-Screening ist stark positiv assoziiert mit einer Empfehlung vom Hausarzt¹⁰⁷, dieser nimmt als bekannter Gesundheitsexperte eine Schlüsselstelle für die Steigerung der Inanspruchnahme ein.¹⁰⁸

¹⁰¹ Geiger et al. 2008

¹⁰² Baumann et al. 2014

¹⁰³ Geiger et al. 2008

¹⁰⁴ Peterson et al. 2007

¹⁰⁵ Humphris et al. 2001

¹⁰⁶ Rosenstock 1966

¹⁰⁷ Farmer et al. 2008; Underhill, Kiviniemi 2012; Jandorf et al. 2010; Basch et al. 2012; Messina et al. 2009; Taouqi et al. 2010; Young et al. 2007; Stockwell et al. 2003; Wee et al. 2005; Christie et al. 2009; Palmer et al. 2008

¹⁰⁸ Lasser et al. 2009; Underhill, Kiviniemi 2012

Personalisierte Informationen zum Thema Krebs werden von den meisten Patienten bevorzugt¹⁰⁹. Informationen, die dem Patienten auf ihn zugeschnitten vermittelt werden, werden möglicherweise stärker verinnerlicht, da der Patient die ihm zugeteilte Aufmerksamkeit besonders zu schätzen weiß.¹¹⁰

Dabei führen die am stärksten individualisierten und personalisierten Maßnahmen (zugeschnittene Patientenbriefe plus durch Motivational Interviewing ergänzte Beratung durch den Arzt) zu den größten Inanspruchnahmeraten (53,3% im Vergleich zu 37,9% bei nicht individualisiertem Brief und nicht MI-basierte Intervention).¹¹¹

Personalisierte Medizin kann nur wirksam sein bei einem guten, vertrauensvollen Verhältnis zum Arzt.¹¹² Fehlendes Vertrauen in den Arzt und allgemeines Misstrauen der Medizin gegenüber sind eine starke Barriere, am KRK-Screening teilzunehmen.¹¹³ Zahnärzten wird in Deutschland einer Umfrage des IDZ¹¹⁴ zufolge von rund der Hälfte der Patienten großes Vertrauen entgegengebracht. Den eigenen Zahnarzt finden sogar dreiviertel der Befragten vertrauenserweckend. 90,2% der von dem IDZ Befragten gehen immer zu demselben Zahnarzt.¹¹⁵ Regelmäßige Hausarzt-Besuche und regelmäßige Zahnarzt-Besuche¹¹⁶ sind positiv assoziiert mit der Teilnahme an KRK-Vorsorgeuntersuchungen.¹¹⁷

DENBERG und Mitarbeiter untersuchten 2005 warum Patienten trotz Empfehlung nicht zur KRK-Vorsorge gehen.¹¹⁸ Dabei fanden sie heraus, dass die Unterhaltungen mit dem Hausarzt über das Thema häufig sehr kurz waren (unter 1Minute) und sich rund die Hälfte der Patienten im Nachhinein an gar nichts oder nur an eine einfache, unkomplizierte Empfehlung („Gehen Sie zum Screening.“) erinnern kann. Die andere Hälfte der Patienten erinnert sich nur an 1 bis 2

¹⁰⁹ Geiger et al. 2008

¹¹⁰ Weinstein et al. 1998

¹¹¹ Ling et al. 2009

¹¹² Geiger et al. 2008; Farmer et al. 2008; Underhill, Kiviniemi 2012; Baumann et al. 2014

¹¹³ Palmer et al. 2008

¹¹⁴ Micheelis, Süßlin 2012 : S.19, Tabelle 16 „Subjektives Vertrauensausmaß hinsichtlich des zuletzt besuchten Zahnarztes in Deutschland (2011)“; S. 15, Tabelle 13 „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011“

¹¹⁵ Micheelis, Süßlin 2012 : S.12, Tabelle 8 „Soziale Zahnarztbindung in der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich 2011, 2002 und 1995“

¹¹⁶ Sutton et al. 2000

¹¹⁷ Christie et al. 2009

¹¹⁸ Denberg et al. 2005

Informationen, wobei die wichtigsten Inhalte meist nicht behalten werden. Viele Gespräche blieben also ineffektiv.

Es kann förderlich sein, Patienten geschlechtsspezifisch zu informieren und motivieren¹¹⁹: Männer haben andere Informationsbedürfnisse und Sorgen als Frauen. Während die meisten weiblichen Patienten so viele Informationen wie möglich erhalten möchten, um zu wissen, was sie erwartet, wirken zu viele Details auf die meisten männlichen Patienten eher abschreckend. Ein männlicher Teilnehmer einer US-amerikanischen Befragungsstudie drückt es wie folgt aus: „You don't have to go into great depth of what you are going to do, so much as you need to impress the importance of the test: Do you like living?“.

Das Wissen darüber, dass eine Sedierung während der Koloskopie möglich ist, ist für viele Patienten allerdings entscheidungsgebend.¹²⁰ Männern ist die erzielte Schmerzreduktion am wichtigsten, Frauen erhoffen sich vor allem eine Reduktion von Angst und dem Gefühl von Verletzlichkeit und Ausgesetztheit. Die Blöße¹²¹ und „fehlende Sittsamkeit“ einer Koloskopie wird als Barriere angesehen¹²², vor allem von weiblichen Patienten. Einige Patienten würden sogar Verzögerungen bei der Terminsetzung oder eigene Kosten in Kauf nehmen, um von einem gleichgeschlechtlichen Arzt untersucht zu werden.¹²³ Frauen, die sich nur von einer Ärztin untersuchen lassen möchten, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit überhaupt am Screening teil.¹²⁴

Einige Patienten fühlen sich überfordert, wenn sie sich mit mehreren Gesundheitsthemen auf einmal beschäftigen sollen.¹²⁵ Frauen sind im Screening-Alter oft auf die Menopause fixiert, es gibt deshalb Hinweise, dass es sinnvoll sein kann, sie früher über den Nutzen eines KRK-Screenings zu informieren, als erst dann, wenn die erste Untersuchung bereits nötig ist. So verbliebe mehr Zeit zur psychologischen Vorbereitung und das KRK kann auf eine Stufe gestellt

¹¹⁹ Friedemann-Sánchez et al. 2007

¹²⁰ Friedemann-Sánchez et al. 2007, Hüppe et al. 2004

¹²¹ Friedemann-Sánchez et al. 2007

¹²² Denberg et al. 2005

¹²³ Menees et al. 2005

¹²⁴ Stockwell et al. 2003

¹²⁵ Denberg et al. 2005; Friedemann-Sánchez et al. 2007

werden mit anderen weiblichen Krankheiten, um das Screening zu einer Routine zu machen, wie es die Mammographie und der PAP-Abstrich bereits häufig sind.

Patienten, die nicht an der Darmkrebsvorsorge teilnehmen, tun das unter anderem auch deshalb nicht, weil sie ihr eigenes Risiko, am KKR zu erkranken, im Vergleich zu der Vergleichsgruppe als zu gering einschätzen.¹²⁶ Diesem so genannten „unrealistischem Optimismus“ oder „optimistischem Fehlschluss“ sollte mit Risikokommunikation entgegengetreten werden: Das bedeutet, mit konkreten und absoluten, statt mit relativen Häufigkeiten und Risiken zu arbeiten und die Informationen so weit wie möglich zu personalisieren, um die Identifikation des Patienten mit dem Krankheitsrisiko zu steigern. Außerdem sollten die Nutzen von Maßnahmen zur Risikominimierung dargestellt werden. Die Frage, ob das Induzieren von Angst – als Mittel gegen unrealistischen Optimismus – motivierend oder abschreckend wirkt, wird diskutiert.¹²⁷ Auch hier spielen wohl soziale Unterschiede eine Rolle.

Qualitativ hochwertige, patientenbezogene Kommunikation zeichnet sich durch vier Haupt-eigenschaften aus¹²⁸:

- die Patientenperspektive, Hauptsorgen und -gefühle werden beachtet;
- individuelle psychologische Bedürfnisse und der soziokulturelle Hintergrund werden beachtet;
- es besteht ein Wertekonsens des medizinischen Problems und der Behandlungsoptionen (“shared understanding”);
- Arzt und Patient sind Partner auf Augenhöhe bei der Entscheidungsfindung.

¹²⁶ Geiger et al. 2008; Renne, Hahn 2009

¹²⁷ Rosenstock 1966; Baumann et al. 2014

¹²⁸ Epstein et al. 2005

1.4.3 MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

„(...)the future of health promotion programs lies with stage-matched, proactive, and interactive interventions.“¹²⁹

Die in der Gesundheitspsychologie begründeten sozial-kognitiven Modelle zur Beschreibung und Vorhersage von gesundheitsrelevantem Verhalten¹³⁰ sind gute Grundlage für die Konzeptionierung von Interventionen.¹³¹

Eines der ältesten Modelle zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten ist das Health Belief Model.¹³² Es beschreibt die Aufnahme präventiver Maßnahmen als abhängig von drei Faktoren:¹³³

Der erlebten Bedrohung durch die entsprechende Krankheit, der Erwartung an die jeweilige Präventionsmaßnahme und der Motivation, gesundheitsförderlich zu handeln. Die erlebte Bedrohung ist abhängig von der Risikowahrnehmung und davon, als wie schwerwiegend der Patient die Erkrankung einschätzt. Die Erwartung an eine Präventionsmaßnahme hingegen wird durch die wahrgenommenen Nutzen und Barrieren beeinflusst. Diese Faktoren – Bedrohungserleben, Erwartungen und Motivation – werden mental verrechnet und es ergibt sich eine bestimmte Wahrscheinlichkeit, dass ein Verhalten ausgeübt wird, sprich eine Präventionsmaßnahme durchgeführt wird. CODORI und Mitarbeiter stellen konkret für das KKK-Screening fest: *“(...) the belief, that CRC can be prevented and higher perceived risk were associated with significantly greater odds of screening.”*¹³⁴ ROSENSTOCK betont dabei die Bedeutung individueller Wahrnehmung: *“(...) the person’s belief about the availability and effectiveness of various courses of action, and not the objective facts about the effectiveness of action, determines what course he will take.”*¹³⁵ Demographische (Alter...), psychische (Persönlichkeit) und soziale (Gruppendruck...) Einflüsse und spezifische Handlungsreize (Kampagnen...) spielen demnach ebenfalls eine große Rolle. Aus diesem Modell abgeleitete Gesundheitsvorsorge besteht damit vor allem aus Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit.¹³⁶

¹²⁹ Prochaska, Velicer 1997

¹³⁰ Schwarzer 2008

¹³¹ Weinstein et al. 1998

¹³² Rosenstock 1966; Becker, Maiman 1975

¹³³ Rosenstock 1988

¹³⁴ Codori et al. 2001

¹³⁵ Rosenstock 1966

¹³⁶ Deinzer et al. 2008

Das HEALTH BELIEF MODEL („Modell gesundheitlicher Überzeugungen“) bildete die Grundlage für viele Theorien der Gesundheitsverhaltensänderung.

Ein weiteres sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens ist der Health action process approach¹³⁷ („Gesundheitsverhaltenstheorie“). Hier wird zwischen einer präintentionalen Motivationsphase und einer postintentionalen Volitionsphase unterschieden. Erstere dient der Intentionsbildung – abhängig von Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung und motivationaler Selbstwirksamkeitserwartung erfolgt eine Zielsetzung. In der postintentionalen Volitionsphase (lat. velle = wollen) wird das gesetzte Ziel erfolgreich angestrebt. Für die Initiierung und Aufrechterhaltung dieser Zielverfolgung spielen Planung und Selbstwirksamkeitserwartung eine Rolle. Patienten können auf Grundlage dieses Prozessmodells drei verschiedenen Gruppen zugeordnet werden, um maßgeschneiderte Interventionen möglich zu machen: Es wird unterschieden zwischen Non-Intendor (Unmotivierter), Intendor (Motivierter) und Actor (Aktiver).

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung¹³⁸ beschreibt als sozial-kognitives Modell den Ablauf der Veränderung menschlichen Verhaltens. Es beschreibt 5 Stufen, die sequenziell durchlaufen werden und den motivationalen Zustand beschreiben:

- A) Precontemplation: Phase der Absichtslosigkeit, der Patient hat kein Problembewusstsein und keinen Änderungswunsch in naher Zukunft (innerhalb der nächsten 6 Monate) – dies kann durch Verdrängung oder mangelnde Wahrnehmung und Information bedingt sein.
- B) Contemplation: Phase der Absichtsbildung, in der sich ein Problembewusstsein entwickelt und eine Verhaltensänderung erwogen wird.
- C) Preparation: Phase der Vorbereitung, eine Veränderung wird für die unmittelbare Zukunft (nächster Monat) angestrebt und geplant.
- D) Action: Phase der Handlung, es kommt/kam zu einer aktiven Änderung.
- E) Maintenance: Phase der Aufrechterhaltung und Stabilisierung der Verhaltensänderung.

¹³⁷ Schwarzer 1992, S.217-243

¹³⁸ Prochaska, Velicer 1997; Heidenreich, Hoyer 2001

Einige Autoren¹³⁹ beschreiben zusätzlich eine sechste Phase („Termination“), in der der Änderungsprozess abgeschlossen ist und damit das problematische Verhalten endgültig aufgegeben und die neue Verhaltensweise verinnerlicht wurde.

Es kann grob davon ausgegangen werden, dass sich von den Patienten der Risikogruppe (keine abgeschlossene Verhaltensänderung) 40% in der Phase der Absichtslosigkeit, 40% in der Phase der Absichtsbildung und 20% in der Phase der Vorbereitung befinden¹⁴⁰ – öffentliche Gesundheitskampagnen müssen dies berücksichtigen.¹⁴¹

Um Veränderung zu erreichen, sind Veränderungsprozesse nötig (Abb. 3). Dabei wurden fünf kognitiv-affektive und fünf verhaltensorientierte Prozesse beschrieben, die wichtige Hinweise für die Konzeptionierung von Interventionen geben¹⁴² und auf die stadienspezifisch gezielt gewirkt werden sollte. Kognitiv-affektiv erfolgt die Verhaltensänderung durch das Steigern des Problembewusstseins („Consciousness Raising“), emotionales Erleben („Dramatic Relief“ – v.a. genutzt bei Medienkampagnen, Testimonials), die Neubewertung der persönlichen Umwelt („Environmental Reevaluation“), die Selbstneubewertung („Self-Reevaluation“) und das Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen („Social Liberation“). Verhaltensorientierte Veränderungsprozesse sind die Selbstverpflichtung („Self-Liberation“), Risikomanagement/Selbstverstärkung („Contingency Management“), das Nutzen hilfreicher Beziehungen („Helping Relationship“), die Gegenkonditionierung („Counterconditioning“), und die Kontrolle der Umwelt („Stimulus Control“).

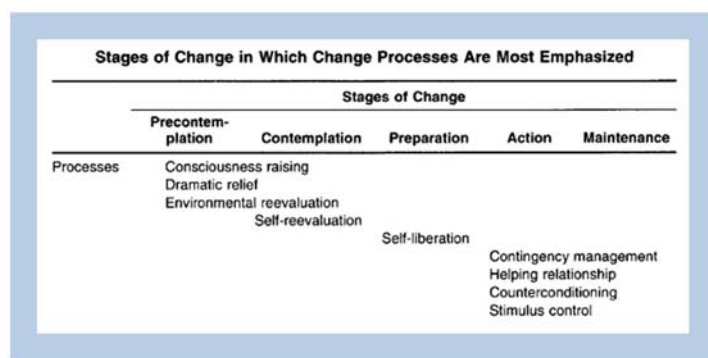


Abbildung 3: Veränderungsprozesse im Durchlauf der Stufen im Transtheoretischen Modell¹⁴³

¹³⁹ Prochaska, Velicer 1997

¹⁴⁰ Prochaska, Velicer 1997

¹⁴¹ Weinstein et al. 1998; Deiner et al. 2008

¹⁴² Weinstein et al. 1998

¹⁴³ Prochaska, Velicer 1997: S. 43 „Integration of Relationships Between Stages and Processes of Change“

Das Transtheoretische Modell geht von einem spiralförmigen Durchlauf der Stufen aus, das heißt, dass Rückfälle möglich sind und es zu mehreren Versuchen der schrittweisen Verhaltensänderung kommen kann¹⁴⁴. Hierbei spielt die Selbstwirksamkeitserwartung („Self-Efficacy“)¹⁴⁵ des Patienten eine große Rolle¹⁴⁶, also die eigene Erwartung des Patienten an sich selber, die Verhaltensänderung zu erreichen („Confidence“) und auch in kritischen Situation („Temptation“) aufrecht erhalten zu können. Patienten muss ihre „Mitverantwortung als Co-Produzent ihrer Gesundheit“¹⁴⁷ bewusst werden. Bei Patienten in der Phase der Absichtslosigkeit ist die Selbstwirksamkeitserwartung am geringsten. In der Phase der Termination sollte sie definitionsgemäß¹⁴⁸ bei 100% liegen und die „Temptation“ bei 0% - dieses Idealziel kann selten erreicht werden, weshalb das lebenslange Verbleiben in der Phase der Aufrechterhaltung meist als realisierbares Ziel anzusehen ist.

Auf dem Gebiet der Zahnmedizin pars pro toto ist die Selbstwirksamkeitserwartung ausgeprägt: Mehr als 2/3 der Befragten in der Deutschen Mundgesundheitsstudie IV sind der Überzeugung, dass sie selbst „viel“ bis „sehr viel“ dazu beitragen können, ihre orale Gesundheit zu erhalten. Diese Aussagen korrelieren zudem mit besseren oralen Befunden.¹⁴⁹

WEINSTEIN¹⁵⁰ ergänzt in seinem Precaution Adoption Process Model noch zwei neue Stufen zum Transtheoretischen Modell: Er unterscheidet zwischen Patienten, die unwissend sind (hier zum Beispiel: von der Präventionsmaßnahme noch nichts gehört haben) und denen, die nur noch nie aktiv darüber nachgedacht haben (... an der Präventionsmaßnahme teilzunehmen). Außerdem unterscheidet er zwischen Patienten, die entschieden haben, die Vorsorgemaßnahme nicht zu treffen und denen, die noch nicht gehandelt haben, weil sie ihre Entscheidung erst noch einmal überdenken müssen.

Interventionen zur Veränderung von gesundheitsgefährdender Verhaltensweise sollten stadienspezifisch¹⁵¹ erfolgen, um den Progress – also den Weg durch die verschiedenen

¹⁴⁴ Weinstein et al. 1998

¹⁴⁵ Bandura 1982

¹⁴⁶ Deinzer et al. 2008

¹⁴⁷ Oesterreich, Ziller 2006

¹⁴⁸ Prochaska, Velicer 1997

¹⁴⁹ Micheelis et al. 2006: DMS IV: „Subjektive Kontrollüberzeugung im Sinne von aktiver Einflussnahme“

¹⁵⁰ Weinstein 1988

¹⁵¹ Green 1987

Stadien – zu fördern. Prochaska – der Begründer des Transtheoretischen Modells – stellt dazu fest: „*Without planned interventions, populations will remain stuck in the early ages.*“¹⁵² Der Patient soll sich einer nachhaltigen Verhaltensänderung immer mehr annähern. Dabei laufen kognitive Bilanzierungsprozesse ab: Es werden immer mehr Vorteile und immer weniger Nachteile wahrgenommen. Die individuelle Wahrnehmung von Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung („pros and cons“) wird als Entscheidungsbalance („decisional balance“) bezeichnet. Um von der Phase der Absichtslosigkeit zu der Phase der Absichtsbildung zu gelangen, muss es zu der vermehrten Wahrnehmung von Vorteilen kommen. Für das Erreichen der Handlungsphase ist vor allem das Abnehmen der wahrgenommenen Nachteile ausschlaggebend. Es wird angenommen, dass der Anstieg der wahrgenommenen Vorteile doppelt so groß sein muss wie die Abnahme der wahrgenommenen Nachteile, weshalb Interventionen besonders die Vorzüge einer Verhaltensänderung betonen sollten.¹⁵³ Eine positive Einstellung zum Screening führt zu vermehrter Intentionsbildung.¹⁵⁴ Viele Patienten haben jedoch diesen Prozess nicht abgeschlossen, sie befinden sich in einem Stadium der Ambivalenz (lat. ambo valere „beide gelten“; meist in der Phase der Absichtsbildung). Hier sind motivierende Maßnahmen hilfreich, vor allem individuelle Beratungsgespräche mittels Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI)¹⁵⁵: Dieser Beratungsansatz zielt darauf ab, Zwiespälte aufzudecken und aufzulösen und so eine intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. MI ist auf Zusammenarbeit ausgelegt und findet in einer Atmosphäre der gegenseitigen Akzeptanz und des fürsorglichen Mitfühlens statt. Es hat sich gezeigt, dass erwartete Unterstützung durch den Arzt, Angehörige und Freunde positiv mit der Intentionsbildung assoziiert ist.¹⁵⁶ Durch das Untersuchen der Beweggründe für die Veränderung wird die persönliche Motivation und Selbstverpflichtung des Patienten auf das bestimmte Ziel hin gestärkt. Die Vorgehensweise ist strukturiert: Herstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, Finden eines Konsultationsfokus, Hervorrufen intrinsischer Motivation, Planen der Veränderung.

¹⁵² Prochaska, Velicer 1997

¹⁵³ Prochaska, Velicer 1997

¹⁵⁴ McCaffery et al. 2001

¹⁵⁵ Burke et al. 2002

¹⁵⁶ Manne et al. 2003

Die verwendete Sprache sollte veränderungsorientiert sein und basiert auf vier Gesprächstechniken: offene Fragen, Bestätigungen, reflektierendes Zuhören, regelmäßige Zusammenfassungen.

Positive Ansätze werden verstärkt, durch Reflektion werden änderungsmotivierte Äußerungen hervorgerufen. Letztendlich soll der Patient in die Planungsphase eintreten. Planung gilt als Mediator zwischen Intention und Verhalten.¹⁵⁷ Die Motivierende Gesprächsführung hat sich als nützlich für die Aufklärung über Gesundheitsthemen erwiesen.¹⁵⁸ Interesse am Screening kann als Prädiktor für die Intentionsbildung gesehen werden.¹⁵⁹

Eine Intervention zum Thema Darmkrebsvorsorge (5-10Min.) könnte wie folgt ablaufen:

- Vermittlung des persönlichen Risikos und evidenzbasierten Nutzens einer Vorsorgekoloskopie, Anstoß einer kognitiven Bilanzierung; vermittelt durch Broschüren
- Individuelles Gespräch über Inhalte der Risikokommunikation und Ergebnis der kognitiven Bilanzierungsprozesse
- Anregung einer konkreten Handlungsplanung, falls Intentionsbildung erreicht; oder kurze Intervention auf Grundlage des Motivational Interviewing, falls keine Intentionsbildung erreicht.

ROSENSTOCK fasst zusammen „(...)a decision to take a health action is influenced by the individual's state of readiness to behave, by his socially and individually determined beliefs about the efficacy of alternative actions, by psychological barriers to action, by interpersonal influences and by one or more cues or critical incidents which serve to trigger a response.“¹⁶⁰

Die Entscheidung, trotz Symptomlosigkeit an einer Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, wird demnach nur dann gefällt, wenn der Patient psychologisch bereit ist, das Screening für durchführbar, angemessen und sinnvoll empfindet und einen Auslösereiz erhält.

¹⁵⁷ Sutton 2008

¹⁵⁸ Wahab et al. 2008

¹⁵⁹ Sutton et al. 2000

¹⁶⁰ Rosenstock 1966

2 FRAGESTELLUNG

„Die regelmäßige Inanspruchnahme von Terminen zur Erhaltung der Zahngesundheit in der Bevölkerung“, meint HANNÖVER¹⁶¹, „stellt ein ideal geeignetes Portal zur Gesundheitsförderung und Prävention anderer populationsbezogener Erkrankungen dar.“

„Healthcare providers, such as dentists, seem to be capable of bridging the gap to risk groups,“ so die Einschätzung der Arbeitsgruppe HERTRAMPF¹⁶² zur Früherkennung von Mundhöhlenkarzinomen, deren Verbesserungsmöglichkeiten in einer verstärkten Einbeziehung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland gesehen werden. „They might offer a promising social setting for successful health communication efforts. They should act as relevant gatekeepers and provide orientation and confidence if the health professional-patient interaction and relationship is stable and trustful. Therefore, healthcare providers should be integrated as soon as prevention campaigns are conceptualized.“

Ist das Konzept übertragbar vom Mundhöhlenkarzinom - auch populationsbezogen - auf andere Krebserkrankungen?

„Dieses bislang kaum ausgeschöpfte Potential,“ wird einerseits von HANNÖVER vermutet, „könnte zur Steigerung der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorgemaßnahmen genutzt werden,“ aber andererseits mag Freeman¹⁶³ dieses Potential, eine translationale Präventionsexpertise der Zahnarztpraxis für die Medizin, zumindest für das Hochschul- und Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten nicht erkennen.

Diese Arbeit widmet sich den Fragen, wie dieses Potenzial von Patientinnen und Patienten beim Zahnarzt eingeschätzt wird und wie es gegebenenfalls zur Steigerung der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorgemaßnahmen ausgeschöpft werden kann.

¹⁶¹ Persönliche Mitteilung 2014: PD Dr. Dr. Wolfgang Hannöver, Universität Greifswald, Institut für Medizinische Psychologie, 17487 Greifswald, Walther-Rathenau-Straße 48, Deutschland, hannoeve@uni-greifswald.de

¹⁶² Baumann et al. 2014

¹⁶³ Persönliche Mitteilung 2014: Prof. Martin Freeman, University of Minnesota, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 406 Harvard Street SE Room V366, VFW Building, MMC 36, Minneapolis, MN 55455, USA, Freem020@umn.edu

3 MATERIAL UND METHODEN

3.1 STUDIENZIELE

Die Untersuchung hat 2 Studienziele, von denen das erste dem „Ob-überhaupt“ einer Motivationskampagne zur Darmkrebsvorsorge in der Zahnarztpraxis gilt und das zweite dem „Wenn-ja-dann-wie“.

3.1.1 PRIMÄRES STUDIENZIEL

Primäres Studienziel war es, von typischen Patientinnen und Patienten einer Zahnarztpraxis zu erfahren, ob man in dieser Umgebung das Thema individuelle Darmkrebsvorsorge ansprechen kann, ob dies besser im Wartezimmer und schriftlich zurückhaltend geschehen sollte oder besser im Sprechzimmer mit einem persönlichen zahnärztlichen Gespräch, und was die Patientinnen und Patienten von einer Kampagne in der Zahnarztpraxis halten, die zur Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen motivieren soll.

3.1.2 SEKUNDÄRES STUDIENZIEL

Sekundäres Studienziel war es, von den Patientinnen und Patienten, die die Idee einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis gut fanden, zu erfahren, wie sie sich diese konkret wünschen.

3.2 ART DER STUDIE

Die Untersuchung erfolgte als Befragung mit strukturierten Interviews, wobei verschiedene Sätze im Kontext der beiden Studienziele vorgelegt wurden mit der Bitte um eine Meinungsbildung und Stellungnahme. Diese Meinungsbildung generierte die Grundlage für eine deskriptive Auswertung.

3.2.1 PRIMÄRES STUDIENZIEL

Zu der Frage, ob man in der Zahnarztpraxis für das Thema individuelle Darmkrebsvorsorge und Motivation zur Teilnahme überhaupt Aufmerksamkeit erreicht und dann dies erfolgreicher

mit einer schriftlichen Ansprache im Wartezimmer oder mit einem persönlichen zahnärztlichen Gespräch im Sprechzimmer, fand die Untersuchung als Vergleichsstudie zwischen einer Patientengruppe im Wartezimmer und einer Patientengruppe im Sprechzimmer statt.

3.2.2 SEKUNDÄRES STUDIENZIEL

Zu der Frage, wie solch eine Motivationskampagne gegebenenfalls aussehen könnte, wurde die Vergleichsstudie ergänzt mit weiteren Interviews ausgewählter Patientinnen und Patienten, die im ersten Teil des Interviews die Motivation zur Darmkrebsvorsorge bereits durchaus für ein Thema der Zahnarztpraxis gehalten hatten.

3.3 TEILNEHMER

In die Untersuchung wurden 100 Teilnehmer einbezogen, 50 Frauen und 50 Männer, die hauptsächlich im 1. Quartal 2013 das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Greifswald aufgesucht haben und repräsentativ als typische Zahnarztpatienten angesehen werden können. Alle Befragten waren älter als 50 Jahre, d.h. in der wichtigsten Zielgruppe einer Motivationskampagne zur Darmkrebsvorsorge, aber aktuell nicht wegen einer Krebserkrankung in Behandlung und dadurch nicht vorgeprägt gegenüber onkologischen Themen. Für die Vergleichsstudie wurden die Teilnehmer zufällig 2 Gruppen zugeteilt, einer „Wartezimmergruppe“ und einer „Sprechzimmergruppe“.

3.4 INTERVIEW

Das Interview bestand aus 2 separaten Teilen (siehe Anlage 1 und 2).

3.4.1 PROGRAMMSÄTZE

Teil 1 verfolgte das primäre Studienziel, nämlich was Patientinnen und Patienten von einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis zur Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen halten. Dazu wurden ihnen diese 14 Sätze vorgelegt:

1. *„Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.“*
2. *"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis."*
3. *"Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten."*
4. *"Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen."*
5. *" Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen."*
6. *"Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen."*
7. *"Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen."*
8. *"Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen."*
9. *"Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis."*
10. *"Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde."*
11. *"Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen."*
12. *"Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte."*
13. *"Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge."*
14. *"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich."*

3.4.2 VERFAHRENSSÄTZE

Teil 2 verfolgte das sekundäre Studienziel, nämlich von den Interessierten an der Idee einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis zu erfahren, wie sie sich diese konkret wünschen. Dazu wurden ihnen diese 13 Sätze vorgelegt:

1. *"Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen."*
2. *"Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden."*
3. *"Mit technischen Neuheiten wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend."*
4. *"Mir wäre ein persönliches Beratungsgespräch mit meinem Zahnarzt zur Darmkrebsvorsorge lieber als eine Broschüre."*
5. *"Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber."*
6. *"Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme."*
7. *"Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt."*
8. *"Broschüren oder Filme zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen."*
9. *"Eine persönliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen."*
10. *"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als fünf Minuten dauern."*
11. *"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als zehn Minuten dauern."*
12. *"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, bevor mit der Behandlung begonnen würde."*
13. *"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, nachdem die Behandlung abgeschlossen wäre."*

3.4.3 STELLUNGNAHMEN

Wenn die Teilnehmer eine Stellungnahme zu diesen Programm- und Verfahrenssätzen angeben wollten, standen ihnen fünf Zuordnungen zur Verfügung:

- *stimme gar nicht zu,*
- *stimme nicht zu,*
- *unentschieden,*
- *stimme zu,*
- *stimme voll und ganz zu.*

3.5 STUDIENPROTOKOLL

3.5.1 PRIMÄRES STUDIENZIEL

Die Vergleichsstudie stellte die Stellungnahmen zum Teil 1 dieser Interviewfragen, nämlich zu den Programmsätzen, in der „Wartezimmergruppe“ und in der „Sprechzimmergruppe“ gegenüber.

Die „Wartezimmergruppe“, 25 Frauen und 25 Männer, erhielt bei der Anmeldung an der Rezeption der Zahnklinik ein Papier mit den Programmsätzen. Die Patientinnen und Patienten wurden von einer Zahnärztlichen Fachangestellten eingeladen, im Wartezimmer die Sätze zu lesen, ihre individuelle Stellungnahme selbst einzutragen und das Papier, auf diese Weise ganz, teilweise oder gar nicht ausgefüllt, später wieder abzugeben.

Der „Sprechzimmergruppe“, 25 Frauen und 25 Männern, wurden die Programmsätze erst nach dem Eintreten in das Sprechzimmer und vor Beginn einer Behandlung vom zahnärztlichen Behandler selbst mündlich vorgetragen mit der Bitte um Stellungnahmen, die auch hier ganz, teilweise oder gar nicht erfolgen konnten, und die vom Behandler hier persönlich auf den Interviewbögen vermerkt wurden.

3.5.2 SEKUNDÄRES STUDIENZIEL

10 Frauen und 10 Männer, die den Gedanken einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis zur Darmkrebsvorsorge in den Programmsätzen positiv bewertet hatten und für eine Fortsetzung des Interviews zur Verfügung standen, wurden für die Befragung zum sekundären Studienziel ausgewählt. Ihnen wurden die Verfahrenssätze, wie sie sich diese Motivationskampagne konkret wünschen, zur Stellungnahme vorgetragen.

3.6 AUSWERTUNG

3.6.1 PRIMÄRES STUDIENZIEL

Die Stellungnahmen zu den Programmsätzen wurden zunächst deskriptiv ausgewertet mit besonderem Augenmerk auf der Einstellung von Männern als spezieller Zielgruppe der Angebote zur Darmkrebsfrüherkennung und den unterschiedlichen Effekten entweder schriftlicher Ansprache ("Wartezimmergruppe") oder mündlicher, zahnärztlicher Ansprache ("Sprechzimmergruppe") zum Themenkomplex Krebsvorsorge.

3.6.2 SEKUNDÄRES STUDIENZIEL

Das Meinungsbild aus den ergänzenden Verfahrenssätzen dient als strukturierte Materialsammlung, um eine Motivationskampagne zur Darmkrebsvorsorge in der Zahnarztpraxis für eine spätere Untersuchung konkret zu entwerfen.

4 ERGEBNISSE

4.1 STELLUNGNAHMEN ZU DEN PROGRAMMSÄTZEN UND VERFAHRENSSÄTZEN

4.1.1 ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG UND THEMA DARMKREBS (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 1)

„Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.“
In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind 28 der 50 Patientinnen und Patienten bereit, gleich zu diesem ersten und grundsätzlichen Programmsatz Stellung zu beziehen, wenngleich fast zur Hälfte unentschieden:

Tabelle 1.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 1 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
1	Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in zahnärztliche Versorgung passt.	1 (1)	1 (1)	13 (3)	12 (5)	1 (0)

Frauen sind häufiger zur Antwort bereit (18/25) als Männer (10/25). Nach Abzug der unentschiedenen Auskünfte stimmen 2 von 50 Befragten, beides Männer, der Aussage in unterschiedlichem Ausmaß nicht zu und 13 von 50 Befragten, 8 Frauen und 5 Männer, stimmen mehr oder weniger zu.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) nehmen etwas weniger Patientinnen und Patienten Stellung zu dieser Aussage, 18 von 50, dafür aber deutlich entschlossener mit weniger als einem Viertel Unentschiedener:

Tabelle 1.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 1 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
1	Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in zahnärztliche Versorgung passt.	2 (1)	10 (3)	4 (2)	2 (0)	0

Frauen sind auch hier häufiger zur Antwort bereit (12/25) als Männer (6/25). Nach Abzug der unentschiedenen Auskünfte stimmen aber 12 von den 50 schriftlich und ohne Zahnarztkontakt Befragten, das sind 4 der 6 Männer und 8 der 12 Frauen, der Aussage in unterschiedlichem Ausmaß nicht zu. Nur 2 von 50, 1 Frau und 1 Mann, stimmen der Aussage zu.

Zusammenfassend: In der Atmosphäre des Sprechzimmers und bei persönlicher Ansprache durch den zahnärztlichen Behandler findet die einleitende und grundsätzliche Aussage des Interviews, dass Darmkrebsvorsorge ein Thema für die zahnärztliche Praxis sei, recht viel Zustimmung, allerdings deutlich überwiegend bei Frauen. In der Wartezimmerumgebung und ohne direkte Ansprache bleibt dieses Verständnis dagegen sehr gering.

4.1.2 FACHFREMDES THEMA (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 2)

"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis." Deutlich weniger der Befragten, 19 von 50, sehen sich in der „Sprechzimmergruppe“ (SG) in der Lage, zu diesem nächsten und jetzt konträren Programmsatz des Interviews Stellung zu beziehen, wengleich auch hier wieder fast zur Hälfte unentschieden:

Tabelle 2.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 2 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
2	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis.	0	10 (2)	8 (7)	0	1 (0)

Frauen sind ebenso häufig zur Antwort bereit (9/25) wie Männer (10/25). Nach Abzug der unentschiedenen Auskünfte stimmen 10 von 50 Befragten, ganz überwiegend Frauen, der Aussage nicht zu.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) nehmen viel weniger Patientinnen und Patienten Stellung zu dieser Aussage, 8 von 50, und sie stimmen ihr im Gegensatz zu der Sprechzimmergruppe mehrheitlich zu:

Tabelle 2.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 2 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
2	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis.	0	0	3 (1)	5 (2)	0

Zusammenfassend: Bei persönlicher zahnärztlicher Ansprache teilen die meisten Patientinnen und Patienten nicht die Aussage, dass das Thema Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis fachfremd sei und keinen Platz habe.

4.1.3 ORALKOMPETENZ (Interview Teil 1, Programmsatz 3)

"Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) nehmen 32 der 50 Patientinnen und Patienten zu dieser Aussage des Interviews, dem Expertenstatus der Zahnärzte für Gesundheit auch außerhalb ihres engeren Fachgebietes, eine Haltung ein, und diesmal sind sie seltener unentschieden:

Tabelle 3.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 3 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
3	Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten.	0	3 (0)	12 (6)	16 (9)	1 (0)

Frauen sind kaum häufiger zur Antwort bereit (17/25) als Männer (15/25), und Männer stimmen kaum häufiger der Aussage zu (9/17) als Frauen (8/17), allerdings kommen Gegenstimmen nur von Frauen (3/3).

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) stößt die Aussage nicht auf Interesse (3/50), wird höchstens befürwortet (1/50).

Tabelle 3.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 3 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
3	Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten.	0	0	2 (1)	1 (0)	0

Zusammenfassend: Wenn sich Patientinnen und Patienten in der Zahnarztpraxis für dieses Thema überhaupt interessieren, dann teilen sie mehrheitlich die Auffassung, dass Zahnmediziner ihre Aufmerksamkeit auch auf Krankheiten außerhalb ihres Kerngebietes richten sollten.

4.1.4 KOMPETENZGRENZEN (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 4)

"Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind nur 16 der 50 Patientinnen und Patienten bereit, zu dieser Selbstbegrenzung des zahnärztlichen Auftrages Stellung zu beziehen, und dies zur Hälfte unentschieden:

Tabelle 4.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 4 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
4	Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen.	0	7 (3)	8 (6)	1 (1)	0

Frauen und Männer unterscheiden sich in der Häufigkeit der Antworten nicht, und auch nicht in ihrem Meinungsbild, bei dem 7 von 50 Patientinnen und Patienten zahnärztliche

Verantwortung auch außerhalb des Mundraumes sehen. Die ähnlich intendierte Aussage 3 wurde auch ähnlich kommentiert.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es kaum Interesse und keine Meinung bei dieser Aussage:

Tabelle 4.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 4 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
4	Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Die Positionierungen zu den Aussagen 3 und 4 verstärken sich gemeinsam in dem Bild von zahnärztlicher Berufsverantwortung, die über die Mundhöhle hinaus reicht. Die Befragten in der Wartezimmergruppe haben allerdings ihr Interesse am Thema inzwischen weitgehend verloren, und sie gehen auch auf die folgenden Aussagen im ihnen schriftlich vorliegenden Interview nahezu nicht mehr ein.

4.1.5 BERATUNGSPFLICHT (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 5)

"Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) äußern sich 24 der 50 Patientinnen und Patienten zu dieser Aussage mit einer Aufgabenzuweisung für die zahnärztliche Praxis, allerdings mehrheitlich unentschieden:

Tabelle 5.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 5 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
5	Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen.	2 (1)	8 (4)	13 (7)	1 (0)	0

Frauen sind genauso häufig zur Antwort bereit wie Männer. Nach Abzug der unentschiedenen Auskünfte stimmen 10 von 50 Befragten, Männer wie Frauen, der Aussage in unterschiedlichem Ausmaß nicht zu, die nur von 1 Frau Zustimmung erfahren hat.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es gleich verteilt kaum Interesse und keine Meinung.

Tabelle 5.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 5 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
5	Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Die größere Verantwortung der zahnärztlichen Praxis in der Gesundheitspflege auch außerhalb der Mundhöhle wird gesehen (Aussagen 3 und 4), aber daraus wird keine Pflichtaufgabe zur Beratung bei Darmkrebsfrüherkennung abgeleitet

4.1.6 BERATUNGSWUNSCH (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 6)

"Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) äußern sich 17 der 50 Patientinnen und Patienten zu dieser Aussage, aber weitgehend unentschieden (12/17), vorwiegend aus der Gruppe der Männer (9/12):

Tabelle 6.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 6 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
6	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen.	0	2 (0)	12 (9)	3 (2)	0

Wo Entscheidungen getroffen werden, 3 Frauen und 2 Männer, halten sie sich bei Zustimmung und Ablehnung die Waage.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es gleich verteilt kaum Interesse und keine Meinung.

Tabelle 6.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 6 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
6	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Die Patientinnen und Patienten in der zahnärztlichen Praxis wissen nicht, ob sie sich ein derartiges Angebot, Beratung zur Krebsvorsorge, wünschen sollen.

4.1.7 BERATUNGSEINSCHRÄNKUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 7)

"Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen." Hier fällt die Positionierung noch viel vorsichtiger aus, in der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind nur 2 Frauen von 50 befragten Patientinnen und Patienten bereit, zu dieser Aussage eine Meinung zu äußern:

Tabelle 7.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 7 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
7	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen.	0	2 (0)	7 (6)	0	0

Beide Frauen stimmen nicht zu. In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es gleich verteilt kaum Interesse und keine Meinung.

Tabelle 7.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 7 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
7	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Weder generell (Aussage 7) noch unter bestimmten Bedingung wird in dieser Phase des Interviews eine zahnärztliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge gewünscht.

4.1.8 BERATUNGSVERANTWORTUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 8)

"Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) greifen 25 der 50 Patientinnen und Patienten die Aussage 8, die in direkter Korrelation zu den Aussagen 3 und 4 steht, auf und treffen vorwiegend eine Entscheidung (19/25):

Tabelle 8.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 8 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
8	Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen.	0	2 (2)	6 (5)	15 (9)	2 (0)

Das Meinungsbild fällt sehr deutlich positiv aus (17/19) mit nur 2 Gegenstimmen, beide von Männern. In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es gleich verteilt kaum Interesse und keine Meinung:

Tabelle 8.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 8 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
8	Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Das Antwortverhalten weicht vom bisherigen Duktus (Aussagen 3 und 4) nicht ab, Zahnärzte seien kompetent über die engeren Fachgebietsgrenzen hinaus, steht aber noch inkongruent neben der Zurückhaltung gegenüber zahnärztlichen Beratungsangeboten zur Darmkrebsvorsorge (Aussagen 5, 6 und 7).

4.1.9 BERATUNGSDRUCK (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 9)

"Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind 24 der 50 Patientinnen und Patienten bereit, Stellung zu beziehen, und zwar zu zwei Dritteln entschieden:

Tabelle 9.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 9 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
9	Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.	7 (3)	9 (6)	8 (5)	0	0

Insgesamt entscheiden sich mehr Männer (9/16) als Frauen (7/16). Alle lehnen die Aussage ab. In der „Wartezimmergruppe“ (WG) teilt ein Mann diese Ablehnung.

Tabelle 9.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 9 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
9	Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.	0	1 (1)	1 (0)	0	0

Zusammenfassend: Erwartet wird die Aktivität für Darmkrebsvorsorge in der Zahnarztpraxis jedenfalls noch nicht.

4.1.10 BERATUNGSABNEIGUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 10)

"Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde." 27 der 50 Patientinnen und Patienten in der „Sprechzimmergruppe“ (SG) äußern sich zu dieser Aussage, und 23 von 27 treffen eine Entscheidung:

Tabelle 10.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 10 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
10	Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.	4 (1)	16 (11)	4 (3)	3 (2)	0

Es sind vorwiegend Männer, die sich hier positioniert haben (14/23), aber bei Frauen und Männern wird die Meinung dieser Aussage gleichermaßen ganz überwiegend nicht geteilt.

Tabelle 10.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 10 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
10	Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.	0	0	1 (0)	1 (0)	0

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es wiederum kein Interesse an dieser Aussage, aber der Mann, der sich zu einer Stellungnahme gegenüber dieser Aussage entscheidet, stimmt ihr zu, steht also im Gegensatz zur "Sprechzimmergruppe".

Zusammenfassend: Die allgemeine Positionierung zu dieser Aussage ist etwas überraschend, denn bislang wurde eine Einbeziehung der Zahnarztpraxis in die Angelegenheiten von Darmkrebs und Vorsorge eher zurückhaltend gesehen (Aussagen 5, 6 und 7). Die jetzige Meinungsbildung ist allerdings eindeutig und von vielen Einzelvoten getragen. Sie lässt sich als allmählicher Wandel im Verlaufe des Interviews und zunehmender Beschäftigung mit dem Thema betrachten.

4.1.11 BERATUNGSNEIGUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 11)

"Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen." 41 der 50 Patientinnen und Patienten in der „Sprechzimmergruppe“ (SG) geben bei nur 1 unentschiedenen Stellungnahme ihre Position in dieser Aussage ab:

Tabelle 11.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 11 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
11	Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen.	0	0	1 (1)	25 (15)	15 (4)

Die Aussage erhält von 19 Männern und 21 Frauen Zustimmung und wird auch in der „Wartezimmergruppe“ (WG) positiv bewertet:

Tabelle 11.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 11 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
11	Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen.	0	0	1 (1)	1 (0)	0

Zusammenfassend: In dieser Phase des Interviews ist eine Beratungsleistung in der zahnärztlichen Praxis zur Darmkrebsvorsorge völlig unumstritten.

4.1.12 BERATUNGSABLEHNUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 12)

"Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind 27 der 50 Patientinnen und Patienten bereit, auf diese Aussage einzugehen:

Tabelle 12.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 12 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
12	Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.	5 (1)	18 (11)	3 (3)	1 (1)	0

Bei wenigen Enthaltungen sehen nahezu alle Frauen und Männer beim Thema Darmkrebs keine unangenehmen Aspekte beim Gespräch in der zahnärztlichen Praxis. In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es gleich verteilt kaum Interesse und keine Meinung.

Tabelle 12.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 12 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
12	Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.	0	0	2 (1)	0	0

Zusammenfassend: Patientinnen und Patienten weichen in der zahnärztlichen Praxis dem Gespräch über Fragen der Darmkrebsvorsorge nicht aus.

4.1.13 DANK FÜR BERATUNG (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 13)

"Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) sind 40 der 50 Patientinnen und Patienten bereit, Stellung zu beziehen, wobei 1 Votum unentschieden ausfällt:

Tabelle 13.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 13 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
13	Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.	0	0	1 (1)	29 (21)	10 (0)

Alle Frauen und Männer sehen eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge jetzt positiv. Das Meinungsbild in der Wartezimmergruppe steht dem nicht entgegen:

Tabelle 13.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 13 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
13	Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.	0	0	1 (1)	1 (0)	0

Zusammenfassend: Das Meinungsbild bestätigt noch einmal die Einstellung der Sprechzimmergruppe zur Aussage 11.

4.1.14 TABUTHEMA DARMKREBS (INTERVIEW TEIL 1, PROGRAMMSATZ 14)

"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich." In der „Sprechzimmergruppe“ (SG) geben 39 der 50 Patientinnen und Patienten eine Stellungnahme ab:

Tabelle 14.1 Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 14 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
14	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich.	10 (5)	25 (12)	2 (2)	2 (2)	

Bei 2 Gegenmeinungen und 2 unentschiedenen Haltungen sehen 35 Männer und Frauen in dem Thema Darmkrebsvorsorge kein Tabuthema.

In der „Wartezimmergruppe“ (WG) gibt es dazu keine Meinung:

Tabelle 14.2 Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 14 mit dem Votum (...) der Männer

	WG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
14	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich.			2 (1)		

Zusammenfassend: Das Thema Darmkrebsvorsorge ist kein Tabuthema für die zahnärztliche Praxis.

4.1.15 WUNSCH NACH BROSCHÜREN (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 1)

"Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 15: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 15 mit dem Votum (...) der Männer

	SG	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
15	Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen.				16 (8)	4 (2)

Die befragten 10 Frauen und 10 Männer stimmen alle der Aussage zu.

4.1.16 WUNSCH NACH NEUEN MEDIEN (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 2)

"Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 16: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 16 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
16	Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden.	3 (0)	14 (7)	3 (3)		

Diese Aussage wird von allen Frauen und von 7 Männern abgelehnt. Es gibt keine Zustimmung.

4.1.17 ABLEHNUNG NEUER MEDIEN (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 3)

"Mit technischen Neuheiten wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 17: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 17 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
17	Mit technischen Neuheiten wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend.			10 (7)	10 (3)	

Die Aussage findet bei der Hälfte der Befragten Zustimmung, dabei mehr Frauen (7/10) als Männern (3/10).

4.1.18 GESPRÄCHSWUNSCH (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 4)

"Mir wäre ein persönliches Beratungsgespräch mit meinen Zahnarzt zur Darmkrebsvorsorge lieber als eine Broschüre." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 18: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 18 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
18	Mir wäre ein persönliches Beratungsgespräch mit meinem Zahnarzt zur Darmkrebsvorsorge lieber als eine Broschüre.			6 (3)	14 (7)	

Dieser Aussage schließen sich zwei Drittel der Befragten an.

4.1.19 FACHÄRZTLICHE PRIORISIERUNG (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 5)

"Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 19: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 19 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
19	Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber.			12 (6)	8 (4)	

Bei viel Unentschiedenheit sind Frauen und Männer bei Beratungen zum Krebsproblem eher auf einen Facharzt orientiert.

4.1.20 WUNSCH NACH MEDIENGESTÜTZTEM GESPRÄCH (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 6)

"Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 20: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 20 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
20	Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme.		2 (1)	16 (8)	2 (1)	

Ein eindeutiges Meinungsbild gibt es zu dieser Aussage nicht.

4.1.21 SUCHE EINER EMPFEHLUNG (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 7)

"Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 21: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 21 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
21	Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt.				20 (10)	

Alle befragten Frauen und Männer sind damit zufrieden, wenn sie von ihrem Zahnarzt eine erinnernde Empfehlung zur Darmkrebsvorsorge erhalten.

4.1.22 MEDIENAUSWERTUNG MIT DEM PRAXISPERSONAL (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 8)

"Broschüren oder Filme zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 22: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 22 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
22	Broschüren oder Filme zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.		20 (10)			

Alle Männer und Frauen sehen im zahnärztlichen Praxispersonal keinen Ansprechpartner für Fragen der Darmkrebsvorsorge.

4.1.23 GESPRÄCHSWUNSCH MIT DEM PRAXISPERSONAL (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 9)

„Eine persönliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.“ Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 23: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 23 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
23	Eine persönliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.		19 (10)	1 (0)		

Alle Männer und fast alle Frauen sehen im zahnärztlichen Praxispersonal keinen Ansprechpartner für Fragen der Darmkrebsvorsorge.

4.1.24 WUNSCH NACH KÜRZEREM BERATUNGSGESPRÄCH (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 10)

"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als fünf Minuten dauern." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 24: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 24 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
24	Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als fünf Minuten dauern.			20 (10)		

Die Dauer ist Männern wie Frauen nicht wichtig.

4.1.25 WUNSCH NACH LÄNGEREM BERATUNGSGESPRÄCH (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 11)

„Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als zehn Minuten dauern.“ Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 25: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 25 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
25	Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als zehn Minuten dauern (siehe vorher)			20 (10)		

Die Dauer ist Männern wie Frauen nicht wichtig.

4.1.26 WUNSCH NACH BERATUNG VOR DER BEHANDLUNG (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 12)

"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, bevor mit der Behandlung begonnen würde. Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 26: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 26 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
26	Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, bevor mit der Behandlung begonnen würde.			12 (6)	8 (4)	

Den meisten Befragten, Frauen wie Männern, ist der Zeitpunkt der Beratung nicht wichtig, aber im Zweifelsfalle (8/8) wäre die Beratung vor der Behandlung besser.

4.1.27 WUNSCH NACH BERATUNG NACH DER BEHANDLUNG (INTERVIEW TEIL 2, VERFAHRENSSATZ 13)

"Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, nachdem die Behandlung abgeschlossen wäre." Zu der Aussage wird wie folgt Stellung bezogen:

Tabelle 27: Meinungsbild von 20 Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 27 mit dem Votum (...) der Männer

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
27	Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, nachdem die Behandlung abgeschlossen wäre.		8 (4)	12 (6)		

Den meisten Befragten, Frauen wie Männern, ist der Zeitpunkt der Beratung nicht wichtig, aber für eine Beratung nach der Behandlung gibt es wenig Zustimmung (8/20).

4.2 KRITIK

4.2.1 FRAGESTELLUNG

Die Untersuchung geht von einer Idee aus: Motivation zur Darmkrebsvorsorge durch geeignete Intervention in der Zahnarztpraxis. Die Idee kommt für Patientinnen und Patienten, die im Wartezimmer damit konfrontiert werden, so überraschend und erscheint so unpassend, dass sie sich einer eingehenden Beschäftigung mit dem Thema überwiegend und schnell versagen. In dieser Gruppe von Befragten wurden nur wenige Interviewbögen ausgefüllt, und dies auch nur bei den ersten orientierenden Programmsätzen, die zur Zustimmung oder Ablehnung gestellt wurden. Die Interviews haben in der Gruppe von Patientinnen und Patienten, die sich damit schriftlich und ohne persönliche Ansprache im Wartezimmer beschäftigt hatten, zu der Erkenntnis geführt, dass das Thema Darmkrebsvorsorge in der Zahnarztpraxis "kein Selbstläufer ist". Erst wenn im Sprechzimmer und unter dem direkten Einfluss eines zahnärztlichen Behandlers das Thema aufgebracht wird, kann Beschäftigung ausgelöst und aufrechterhalten werden.

Nicht ganz auszuschließen ist allerdings, dass diese Beschäftigung gelegentlich weniger mit gewecktem Interesse und mehr mit Vermeidungsverhalten der Patientinnen und Patienten zu tun hat, die bei erkennbarem Desinteresse eine jetzt und zukünftig nicht so zugewandte Behandlung durch den Zahnarzt fürchten mögen.

Die Idee und daraus resultierend die Fragestellung der Untersuchung hat also möglicherweise die Interviewpartner überfordert, die sich dieser Überforderung mit Abbruch des Interviews (Wartezimmergruppe) entzogen oder möglicherweise mit nicht plausiblen Stellungnahmen zu den Aussagen reagierten (Sprechzimmergruppe).

4.2.2 PROGRAMMSÄTZE UND VERFAHRENSÄTZE

Die Aussagen wurden formuliert von Menschen außerhalb der Zielgruppe der Darmkrebsvorsorgekampagnen und ohne persönliche Darmkrebs Erfahrung oder erkennbar unmittelbare Betroffenheit. Damit sind Aussagen entstanden, die versuchen, sich in die Situation der Zielgruppe hinein zu versetzen, ohne die Zielgruppe aus eigener Unmittelbarkeit zu kennen. Ein Programmsatz (4.1.7) ist den meisten Befragten, die sich dazu mündlich äußern konnten, zu unpräzise in seiner Aussage gewesen für eine Stellungnahme und wurde deshalb nicht in die Auswertung einbezogen.

4.2.3 INTERVIEW

Die Befragten im Wartezimmer konnten zwischen den Aussagen auf dem Interviewbogen hin und her springen, was sie allerdings wohl nicht taten, denn die wenigen ausgefüllten Bögen dokumentieren fast alle nur Stellungnahmen zu den ersten beiden Fragen. Die Befragten im Sprechzimmer konnten nicht hin und her springen, denn ihnen wurde die Sammlung der Aussagen von der ersten bis zur letzten vorgelesen. Dabei wird vielen Interviewpartnern aufgefallen sein, dass die Aussagen häufig die Perspektive wechselten, aber auch redundant angelegt waren, was das Antwortverhalten beeinflusst haben mag und vielfache Verweigerung einer Positionierung.

4.2.4 INTERVIEWPARTNER

Die untersuchten Patientinnen und Patienten sind das typische Klientel einer Zahnarztpraxis und sie gehören alle zur Zielgruppe der Darmkrebsvorsorge. Insofern liefern nicht nur die interessiert an den Interviews Mitwirkenden verwertbare Aussagen für die Auswertung, sondern auch die Non-Responder, die nicht zur Mitwirkung zu gewinnen waren, und die dokumentiert Unentschiedenen verwertbare Aussagen, weil sie sichtbar machen, wie stark oder eben nicht stark zunächst das Interesse für Darmkrebsaufklärung in der Zahnarztpraxis ist. Da sich die qualifizierten Stellungnahmen nach Abzug der Non-Responder und der Un-

entschiedenen in der Wartezimmergruppe allerdings nur auf wenige Patientinnen und Patienten stützen, könnten besonders hier individuelle Zufälligkeiten einen großen Einfluss auf das Meinungsbild haben.

4.2.5 ERGEBNISSE

Weil die Datenbasis aus den Befragungen damit durch individuelle Zufälligkeiten gefährdet blieb, wurde auf eine weitergehende und zunehmend ungesicherte Deutung des Aussageverhaltens verzichtet zugunsten eines eher qualitativen Meinungsbildes.

4.2.6 ÜBERTRAGUNG DER ERGEBNISSE

Das Thema der Untersuchung hat eine erhebliche politische, für die Zahnärzteschaft berufspolitische Dimension, denn es geht um die Bedeutung der Krebsvorsorge, hier am Beispiel der Früherkennung von Darmkrebs, im Zusammenhang gesundheitlicher Prävention und die Rolle, die Zahnärztinnen und Zahnärzte dabei in ihrer Praxis übernehmen können. „Die regelmäßige Inanspruchnahme von Terminen zur Erhaltung der Zahngesundheit in der Bevölkerung stellt ein ideal geeignetes Portal zur Gesundheitsförderung und Prävention anderer populationsbezogener Erkrankungen dar,“ hat HANNÖVER 2012 eingeschätzt und daraus abgeleitet: "Dieses bislang kaum ausgeschöpfte Potential könnte zur Steigerung der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorgemaßnahmen genutzt werden.“

4.3 AUSWERTUNG DER STELLUNGNAHMEN

100 Patientinnen und Patienten einer Zahnklinik, die gerade auf ihre zahnärztliche Behandlung warten, werden gebeten, 14 Programmsätze zum Thema Darmkrebsvorsorge mit einer persönlichen Stellungnahme zu beantworten und was sie davon halten, wenn sie in der Zahnarztpraxis angesprochen und motiviert werden, an Untersuchungen zur Früherkennung teilzunehmen. Die eine Hälfte dieser Gruppe ("Wartezimmergruppe") beschäftigt sich mit diesen Sätzen, die wie Denkanstöße zu lesen und hören sind, im Wartezimmer und füllt dort auch einen Fragebogen aus, die andere Hälfte ("Sprechzimmergruppe") wird von ihrem Be-

handler nach dem Platznehmen auf dem Zahnarztstuhl und vor Beginn konkreter zahnärztlicher Maßnahmen mit demselben Fragebogen, jedoch persönlich interviewt. Alle Befragten gehören zur Zielgruppe der Darmkrebsvorsorge.

4.3.1 GENERELLE AUFMERKSAMKEIT FÜR DAS THEMA

Das Thema erfährt unterschiedliche Aufmerksamkeit, je nachdem, ob die Befragten ihm im Wartezimmer oder im Sprechzimmer begegnen. Im Sprechzimmer mit dem Thema Darmkrebsvorsorge konfrontiert beschäftigen sich grundsätzlich alle angesprochenen Patientinnen und Patienten (100%) in unterschiedlichem Umfang mit den Programmsätzen. Im Wartezimmer tut das nur ein Drittel (36%), davon Frauen doppelt so oft wie Männer.

4.3.2 GENERELLE BESCHÄFTIGUNG MIT DEM THEMA

Wenn die Befragten die Beschäftigten mit den Programmsätzen im Wartezimmer und ganz für sich beginnen, geht das Interesse schon nach der Stellungnahme zur 2. Aussage fast vollständig verloren. Auf die 1. Aussage gehen 36% der Befragten ein, auf die 2. Aussage 16%, von da an sind es nur noch 4 bis 6%.

Wenn die Beschäftigung im Sprechzimmer stattfindet, hier zusammen mit dem Behandler, gehen auf die 1. Aussage 56% ein, auf die 2. Aussage 38%, danach sind es durchschnittlich 43% und mit den letzten 4 Fragen wird eine generelle Beschäftigung von im Durchschnitt 74% erreicht. Dabei sind in gleichem Umfang Frauen und Männer im Sprechzimmer zu Stellungnahmen bereit, im Wartezimmer sehr stark überwiegend Frauen.

4.3.3 GENERELLE STRINGENZ DER STELLUNGNAHMEN

In beiden Gruppen bleiben sich alle Befragten jeweils in ihrer Grundeinstellung zum Thema bis auf wenige Ausnahmen treu. Wer dem Programmsatz *"Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten."* Zustimmung erteilte, war auch mit dem Satz *"Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen."* einverstanden, lehnte aber den Satz *"Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde."* ab.

In der Sprechzimmergruppe fällt allerdings eine Entwicklung des Meinungsbildes insgesamt auf, hin zu einer zunehmend entschiedenen und positiven Einstellung gegenüber den Programmsätzen: Am Anfang des Interviews, beim 1. Satz, „Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.“, äußern sich noch fast die Hälfte der Befragten und vorwiegend Frauen in ihrer Stellungnahme unentschieden. Am Ende des Interviews bei dem 13. Satz, "Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.", ist bei breiter Zustimmung nur noch 1 Mann unentschieden.

4.3.4 BESCHÄFTIGUNG MIT DEN PROGRAMMSÄTZEN IN IHRER GESAMTHEIT

Wenn sich im Wartezimmer und im Sprechzimmer jeweils 50 Patientinnen und Patienten 14 Sätzen widmen, dann kommen für jede Gruppe 700 Entscheidungen zusammen, wie man sich zu diesen Aussagen verhält:

Die Zahnarztpatienten gehen im Sprechzimmer auf 52% dieser Sätze ein, im Wartezimmer auf 6%.

Die Sätze bieten eine Positionierung an, Zustimmung oder fehlende Zustimmung, was im Sprechzimmer bei 38% auch erfolgt, im Wartezimmer bei 2%.

Bei dieser geringen Beschäftigung mit den Programmsätzen im Wartezimmer ist eine Differenzierung nach Männern und Frauen hier nicht sinnvoll, aber in der Sprechzimmergruppe kommt eine Auswertung nach dem differenzierten Eingehen zu diesen Verhältniszahlen:

Männer beschäftigen sich im Sprechzimmer und in Gegenwart des Behandlers mit 54% und Frauen mit 51% der Programmsätze.

Allerdings bleiben Männer bei ihrer Meinung zu den angebotenen Antwortmöglichkeiten in 18% unentschieden, Frauen in 10%.

Die Aussagen führen bei direkter zahnärztlicher Ansprache bei 36% der Männer und 41% der Frauen zu einer Positionierung, also zu Zustimmung oder zu keiner Zustimmung.

4.3.5 BESCHÄFTIGUNG MIT DEN PROGRAMMSÄTZEN IM EINZELNEN

Auf einige Fragen gehen in der Sprechzimmergruppe sehr viele Patienten ein. Mehr als drei Viertel haben sich beschäftigt mit den Sätzen "*Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen.*", nämlich 82 %, zu fast gleichen Teilen Frauen und Männer, dann "*Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.*", hier 80%, darunter mehr Männer als Frauen, und zuletzt "*Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich.*" diesmal 78%, ebenfalls mehr Männer als Frauen.

Wenigstens die Hälfte der im Sprechzimmer Befragten ist zusätzlich interessiert an den Programmsätzen "*Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten.*" (64%, etwas mehr Frauen als Männer), "*Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.*" (54%, deutlich mehr Männer als Frauen), "*Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.*" (54%, deutlich mehr Männer als Frauen) und "*Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen.*" (50%, davon zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen).

Weniger als ein Viertel der Befragten in der Sprechzimmergruppe geht dagegen ein auf den Satz "*Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.*", 18%, davon zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen.

Im Wartezimmer gehen die Patienten überhaupt nur auf einen Satz zu wenigstens mehr als einem Viertel ein, auf den 1. Satz des Interviews, "*Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.*", nämlich 36%, davon zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer.

Auffällig ist, dass in der Wartezimmergruppe nur die Sätze des Anfangsteils Aufmerksamkeit finden, während von den 7 häufig bewerteten Sätzen der Sprechzimmergruppe 5 Aussagen am Ende des Interviews präsentiert wurden. Im Sprechzimmer entwickelt sich während der Befragung zunehmendes Interesse am Thema, im Wartezimmer schläft es ein.

4.3.6 PROGRAMMSÄTZE MIT BESONDERS HOHER AKZEPTANZ

2 Aussagen erfahren in der Sprechzimmergruppe herausragend und überhaupt sehr hohe Zustimmung, „Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.“ mit 78% und "Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen." mit 80%. Niemand lehnt den ersten Satz ab, niemand den zweiten. Auch in der Wartezimmergruppe, in der sich mit diesen beiden Sätzen allerdings nur 2 Befragte beschäftigen, erfolgt Zustimmung, keine Ablehnung.

Die Zustimmung in der Sprechzimmergruppe wird von Frauen und Männern gleichermaßen getragen. Auffällig ist dabei lediglich, dass Frauen sich viel häufiger zu einem stimme voll und ganz zu entschließen, bei dem zweiten Satz doppelt so häufig wie Männer, bei dem ersten Satz sogar ausschließlich.

4.3.7 PROGRAMMSÄTZE MIT GERINGER AKZEPTANZ

4 Sätze fallen auf, die in der Sprechzimmergruppe ganz überwiegend abgelehnt werden, „Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich.“ mit 70% Ablehnung bei 4% Zustimmung, „Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.“ mit 46% Ablehnung bei 2% Zustimmung, „Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.“ mit 40% Ablehnung bei 6% Zustimmung und „Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.“ ohne jede Zustimmung, aber mit 32% Ablehnung.

In der Wartezimmergruppe, in der sich mit der Aussage "Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde." allerdings nur 2 Befragte beschäftigen, wird diese Aussage nicht abgelehnt, sondern von 1 Patientin geteilt.

Die Ablehnung fällt bei Männern und Frauen in annähernd gleicher Höhe aus, wobei Frauen lediglich häufiger die verstärkte Formulierung stimme gar nicht zu wählen.

4.3.8 PROGRAMMSÄTZE MIT UNENTSCHEIDENER AKZEPTANZ

Bei einigen Sätzen ist in der Sprechzimmergruppe eine Positionierung zu der Aussage erkennbar schwer gefallen:

"Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen." finden 14% nicht und 2% stimmen zu, aber 16% sind unentschieden, Männer und Frauen gleichermaßen.

" Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen.", die entgegengesetzte Ansicht, teilen 2%, lehnen 26% ab, aber 16% sind unentschieden, Männer und Frauen gleichermaßen. Zu dem Satz „Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen." mochten sich 24% nicht entscheiden, davon drei Viertel Männer. 6% stimmten zu, mehrheitlich Männer, 4 % stimmten nicht zu, Frauen.

Auf den Satz "Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen." sind in der Sprechzimmergruppe überhaupt nur 18% der Patientinnen und Patienten eingegangen, fünf Sechstel davon unentschieden, fast ausschließlich Männer.

Bei allen vier Sätzen wurde auch in der Wartezimmergruppe keine Position bezogen, bei allerdings nur 4% Interesse an den Aussagen.

4.3.9 PROGRAMMSÄTZE MIT STARK DISKREPANTER AKZEPTANZ IN SPRECHZIMMER UND WARTEZIMMER

Gleich die erste Aussage des Interviews, „Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.“, erfährt in den beiden Vergleichsgruppen sehr unterschiedliche Aufnahme. In der Sprechzimmergruppe stimmen 26% zu und 4% lehnen die Aussage ab, in der Wartezimmergruppe stimmen 4% zu und 24% lehnen die Aussage ab. Die kleine Minderheit der Ablehner in der Sprechzimmergruppe wird ausschließlich von Männern bestimmt, die kleine Minderheit der Zustimmer in der Wartezimmergruppe ausschließlich von Frauen.

4.3.10 PROGRAMMSÄTZE MIT STARK DISKREPANTER AKZEPTANZ BEI FRAUEN UND MÄNNERN

Frauen und Männer haben an einigen Programmsätzen bemerkenswert unterschiedliches Interesse oder geben bemerkenswert unterschiedliche Stellungnahmen ab. „Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen

Praxis." ist ein Satz, den Frauen ganz überwiegend ablehnen, während Männer sich hier unentschieden verhalten. Zu dem Satz „*Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen.*“ geben nur ganz wenige Teilnehmer eine Stellungnahme ab, aber davon zwei Drittel Männer, und dies eher unentschieden im Vergleich mit den Frauen, die hier ablehnen. „*Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.*“ lehnen vorwiegend Männer ab. Andererseits verhalten sich zu dem Satz „*Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.*“ nur Männer, wenn absolut auch in kleiner Zahl, unentschieden oder zustimmend.

4.3.11 MEINUNGSBILD ZU DEN VERFAHRENSSÄTZEN FÜR EINE MOTIVATIONSKAMPAGNE

20 Patienten, 10 Frauen und 10 Männer, die in den Programmsätzen den Gedanken einer Motivationskampagne zur Darmkrebsvorsorge in der Zahnarztpraxis positiv bewertet hatten und für eine mündliche Fortsetzung des Interviews zur Verfügung standen, haben sich zu einer Serie von Verfahrenssätzen geäußert, wie diese Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis konkret aussehen sollte:

Die persönliche Empfehlung und eine Broschüre aus zahnärztlicher Hand werden als die wichtigsten Elemente einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis gesehen. "*Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen.*" und "*Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt.*" erfahren unter den Befragten volle Zustimmung (100%). Im Zweifelsfall wiegt jedoch das zahnärztliche Wort schwerer, denn zu dem Satz "*Mir wäre ein persönliches Beratungsgespräch mit meinem Zahnarzt zur Darmkrebsvorsorge lieber als eine Broschüre.*" äußerten sich 70% zustimmend, Frauen und Männer gleichermaßen, 30% zeigten sich unentschieden.

Technisches Informationsgerät wird von der Zielgruppe, die für Darmkrebsvorsorge gewonnen werden soll, nicht besonders geschätzt. Der Satz „*Mit technischen Neuheiten wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend.*“ findet 50% Zu-

stimmung und „*Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden.*“ findet 85% Ablehnung, vorwiegend von Frauen. Filmen wird vorwiegend ratlos begegnet, „*Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme.*“ findet nur 10% Zustimmung, dagegen auch 10% Ablehnung und 80% Unentschlossenheit.

Wenn es um Motivationskampagnen in der zahnärztlichen Praxis wird der Zahnarzt selbst in der Pflicht gesehen. Ein Angebot wie „*Broschüren oder Filme zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.*“ stößt auf 100% Ablehnung, ebenso „*Eine persönliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.*“ mit 95% Ablehnung. Allerdings wird wohl vom Zahnarzt oft auch nicht mehr erwartet als eine Empfehlung oder Erinnerung, einen Facharzt für das Thema Darmkrebsvorsorge aufzusuchen. Immerhin 40% meinen, „*Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber.*“

Wie lang ein Motivationsgespräch dauern sollte, ist den Befragten gänzlich unwichtig. Niemand legt sich zu den Verfahrenssätzen „*Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als fünf Minuten dauern.*“ und „*Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als zehn Minuten dauern.*“ mit einer Entscheidung fest.

Der geeignete Zeitpunkt für diese Empfehlung oder eine motivierende Beratung wird, wenn die Befragten überhaupt eine Position beziehen, vor der zahnärztlichen Behandlung gesehen. „*Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, bevor mit der Behandlung begonnen würde.*“, meinen 40%, und im gleichen Sinne lehnen 40% ab: „*Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge wäre am günstigsten, nachdem die Behandlung abgeschlossen wäre.*“

5 DISKUSSION

Die Ergebnisse sollen aus drei Perspektiven diskutiert werden: Was wissen wir aus der Literatur und erfahren aus den Stellungnahmen über grundsätzliche Einstellungen gegenüber Krebsvorsorge? Welche Erwartungen stellen die befragten Patientinnen und Patienten in diesem Zusammenhang an ihren Zahnarzt? Wie wünschen sich die befragten Patientinnen und Patienten eine Intervention des Zahnarztes zur Teilnahme an der Krebsvorsorge?

5.1 ÜBER DIE EINSTELLUNG DER PATIENTEN ZUR KREBSVORSORGE

Darmkrebsvorsorge ist kein Thema, mit dem sich Menschen gerne und unkompliziert beschäftigen.¹⁶⁴ Das Bewusstsein für Darmkrebs ist in der Bevölkerung nicht sehr stark ausgeprägt¹⁶⁵, die gedankliche Verbindung mit der Darmfunktion und dem Ausscheidungsprozess bewirkt ein vermehrtes Schamgefühl¹⁶⁶ und auch Angstbarrieren behindern oft die Teilnahme an den notwendigen Untersuchungen¹⁶⁷.

In der wissenschaftlichen Literatur werden mehrere soziodemographische Faktoren in den Zusammenhang mit der Einstellung gegenüber Krebsvorsorge überhaupt und speziell der Teilnahme an Darmkrebsvorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gebracht. Eine Arztempfehlung zu erhalten, ist stark positiv mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen assoziiert¹⁶⁸. Außerdem korrelieren das Vorhandensein eines Hausarztes¹⁶⁹ und die Anzahl der Arztbesuche¹⁷⁰ positiv mit der Screening-Teilnahme. Mit zunehmender Wahrnehmung von Vorteilen¹⁷¹ und abnehmender Wahrnehmung von Barrieren¹⁷² nimmt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme zu. Ein positiver Zusammenhang wurde auch mit

¹⁶⁴ Ergebnisse: 4.2.1, 4.2.2

¹⁶⁵ Austin et al.2009 ; Wee et al.2005; Klabunde et al.2006; Foo et al.2012; Rawl et al.2000

¹⁶⁶ Beeker et al.2000; Greisinger et al. 2006

¹⁶⁷ Metelmann et al. 2007

¹⁶⁸ Jandorf et al. 2010; Basch et al. 2012; Christie et al. 2006; Messina et al. 2009; Taouqi et al. 2010; Menon et al. 2003; Young et al. 2007; Stockwell et al. 2003; Wee et al. 2005; Farmer et al. 2008; Janz et al. 2003

¹⁶⁹ Jandorf et al. 2010; Geiger et al. 2008; Christie et al. 2006; Harewood et al. 2002

¹⁷⁰ Swan et al. 2010; Young et al. 2007

¹⁷¹ Menon et al. 2003; Sutton et al. 2000; Jandorf et al. 2010

¹⁷² Sutton et al. 2000; Janz et al. 2003; Menon et al. 2003; Chen et al. 2010; Basch et al. 2012; Jandorf et al. 2010; Taouqi et al. 2010; Farmer et al. 2008

einer höheren Bildung des Patienten gefunden¹⁷³. Das generelle eigene Gesundheitsverhalten hat Einfluss auf das Screening-Verhalten: Nichtraucher, Sporttreibende, Patienten, die regelmäßig zum Zahnarzt gehen¹⁷⁴ und Patientinnen, die Mammographien durchführen lassen¹⁷⁵, gehören zu den typischen KRK-Screening-Teilnehmern. Derzeit noch widersprüchlich diskutiert werden die Bedeutung von einer positiven Familienanamnese¹⁷⁶, von Geschlecht, Alter, Einkommen, ethnischer Abstammung, Familienstand, Risikowahrnehmung/Sorge und von einer Teilnahme am FOBT.¹⁷⁷

Ob ein Patient am KRK-Screening teilnimmt, hängt unter anderem von seiner Selbstwirksamkeitserwartung ab: „Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass mein Handeln zum gewünschten Ergebnis führt? Lohnt es sich für mich, zur KRK-Vorsorge zu gehen?“ In diese kognitive Bilanzierung gehen verschiedene Verhaltensoptionen ein: Die erwarteten subjektiven Kosten werden gegen den erwarteten subjektiven Nutzen abgewogen; ökonomische Erwägungen, persönlich relevante Aspekte und emotionale Konsequenzen werden bedacht. Für diese Überlegungen muss die Person Kenntnis über ihr Gesundheitsrisiko und über Möglichkeiten zur Vermeidung des Risikos haben. Jedoch belegen mehrere Studien, dass viele Patienten über ein fehlendes oder inadäquates Wissen zum Thema KRK und Screening verfügen.¹⁷⁸ Dieses Unwissen ist eine bedeutende Barriere, an der KRK-Vorsorge teilzunehmen. Der Nutzen präventiver Maßnahmen ist einem großen Teil der Bevölkerung überhaupt nicht bewusst und das Angebot des Screenings ist nur mangelhaft präsent.¹⁷⁹ Dementsprechend sind die meisten Hindernisgründe vor allem im Zusammenhang mit präintentionalen Faktoren zu sehen. Ärztliche Empfehlungen spielen eine große Rolle in der Intentionsbildung und -umsetzung. Wird dem Patienten vom Arzt angeraten, am KRK-Screening teilzunehmen, hat dies den größten Einfluss auf sein Verhalten.¹⁸⁰ Die fehlende ärztliche Empfehlung ist eine häufige¹⁸¹,

¹⁷³ Anderson et al. 2011; Chen et al. 2010; Menon et al. 2003; Swan et al. 2010; Wee et al. 2005; Geiger et al. 2008; Miles et al. 2011

¹⁷⁴ Sutton et al. 2000

¹⁷⁵ Harewood et al. 2002; Stockwell et al. 2003

¹⁷⁶ Young et al. 2007; Madlensky et al. 2004

¹⁷⁷ Mogwitz et al. 2014

¹⁷⁸ Austin et al. 2009; Percac-Lima et al. 2009; Weitzman et al. 2001; Klabunde et al. 2006; Harewood et al. 2002; Denberg et al. 2005

¹⁷⁹ Austin et al. 2009; Foo et al. 2012; Rawl et al. 2000; Wee et al. 2005; Klabunde et al. 2006

¹⁸⁰ Madlensky et al. 2003; Young et al. 2007

¹⁸¹ Stockwell et al. 2003; Wee et al. 2005; Weitzman et al. 2001; Klabunde et al. 2006; Green et al. 2008; Palmer et al. 2008; Harewood et al. 2002; Madlensky et al. 2004

wenn nicht sogar die häufigste¹⁸² Barriere, am KRK-Screening teilzunehmen – und ihre Bedeutung nimmt zu: Nach ihren Gründen zur Nichtteilnahme befragte Patienten, gaben mit wachsender Häufigkeit „keine Arztempfehlung erhalten“ an (Vergleich 2011 und 2007/8)¹⁸³. Dieses Defizit ist oft Ursache, das eigene Risiko niedriger einzuschätzen. Aber auch trotz Empfehlung und sogar trotz Überweisung machen nur rund 50% der Patienten dann überhaupt einen Screening-Termin – und von diesen erscheinen dann immer noch rund 3% nicht zum Termin.¹⁸⁴ Der Grund hierfür kann im fehlenden Vertrauen in den Arzt liegen.¹⁸⁵

UNDERHILL und Mitarbeiter betonen zudem die Bedeutung der Patientenzufriedenheit: „... *patient satisfaction has the potential to lead to improved adherence to medical advice...*“.¹⁸⁶

Barrieren sind auch kulturell bedingt, weshalb hier ein individueller Zugang nötig ist: So zeigte sich zum Beispiel in Singapur, dass der FOBT dort am besten akzeptiert ist und Aufklärung mehr Vorbehalte gegen den FOBT als gegen die Koloskopie aufheben konnte.

Einige Autoren sehen deutliche Geschlechtsunterschiede in den Gründen, nicht am KRK-Screening teilzunehmen¹⁸⁷: Frauen empfinden die Vorbereitungen und vor allem die Prozedur als gefühlsbedingte Barriere und betrachten das KRK als männliche Krankheit, „... possibly due to the emphasis on reproductive health over women’s lifetime.“¹⁸⁸. Männer haben weniger und andere – vor allem körperliche – Barrieren, wie zum Beispiel die Angst vor Schmerzen. Andere Autoren hingegen sehen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.¹⁸⁹

Viele Patienten wissen nicht, dass sie einen Termin für das Screening selber ausmachen können.¹⁹⁰ Insgesamt scheinen organisatorische Barrieren¹⁹¹ aber von geringerer Bedeutung zu sein als emotional-kognitive.¹⁹²

Zusammenfassend sind die fehlende Arztempfehlung, die Abwesenheit von Symptomen, Angst vor Schmerzen und einer unangenehmen Vorbereitung und Untersuchung die über-

¹⁸² Jones et al. 2010; Robinson et al. 2011

¹⁸³ Robinson et al. 2011

¹⁸⁴ Denberg et al. 2005

¹⁸⁵ Palmer et al. 2008

¹⁸⁶ Underhill, Kiviniemi 2012

¹⁸⁷ Wardle et al. 2005; Friedemann-Sánchez et al. 2007

¹⁸⁸ Friedemann-Sánchez et al. 2007

¹⁸⁹ Vincent et al. 2011

¹⁹⁰ Denberg et al. 2005

¹⁹¹ Hulscher et al. 1997

¹⁹² McCaffery et al. 2001

wiegenden Hindernisse, an den KRK-Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Daneben spielen das fehlende Wissen über Notwendigkeit und Inhalt der KRK-Prävention und die fehlende Alltagspräsenz eine Rolle. Außerdem kommt es häufig zur Verdrängung des Themas, da Tod und Krankheit oft als Tabu gelten.¹⁹³

Wenn man dies alles in Betracht zieht, ist die große Bereitschaft vieler Patientinnen und Patienten, sich beim Zahnarzt auf das Thema Darmkrebsvorsorge einzulassen¹⁹⁴, eine Beratung gerne anzunehmen¹⁹⁵ und sogar dankbar dafür zu sein¹⁹⁶ so ermutigend wie überraschend.

5.2 ÜBER DIE ERWARTUNGEN DER PATIENTEN AN IHREN ZAHNARZT

Zahnärztinnen und Zahnärzten sind grundsätzlich sehr geeignete und ständige Gesundheitsberater. Prophylaxe nimmt 7% ihrer Arbeitszeit in Anspruch, Beratungen 22%.¹⁹⁷

72,5% der Zahnärzte, die für ihre Praxistätigkeit einen Arbeitsschwerpunkt erkennen, sehen Prophylaxe oder Prävention als ihr Hauptaufgabenfeld an.¹⁹⁸

Sie besitzen eine berufstypische „Kümmer-Kompetenz“, die sie für Patienten mit vernachlässigter Oralhygiene und desolaten Gebissverhältnissen regelmäßig aufbringen müssen, aber sie sind auch, zum Beispiel im Bereich der ästhetischen Zahnmedizin, mit einem sehr gesundheitsbewussten Lebensstil bei ihren Patienten gut vertraut.

Zahnärztinnen und Zahnärzte sind allerdings keine Krebsärzte, was ihren Patientinnen und Patienten natürlich bewusst ist^{199, 200, 201}. Ihre Zuwendung gilt bei allen Aspekten der Krebsvorsorge -über ihre wichtige Früherkennungsaufgabe bei Mundkrebspatienten hinaus- nicht der Krankheit auf sachlicher Ebene, sondern dem Patienten persönlich²⁰². Ihre Kernkompetenz verbindet sich im Idealfall mit einer patientenzentrierten Grundhaltung von Akzeptanz,

¹⁹³ Mogwitz 2014

¹⁹⁴ Ergebnisse: 4.1.10

¹⁹⁵ Ergebnisse: 4.1.11

¹⁹⁶ Ergebnisse: 4.1.13

¹⁹⁷ Brecht et al. 2009: S.8, Tabelle 3: „Zahnärztliche Arbeitszeit nach Leistungsgruppen im Jahr 2006 (Deutschland, Gesetzliche und Private Krankenversicherung)“

¹⁹⁸ Micheelis et al. 2010

¹⁹⁹ Ergebnisse: 4.1.19

²⁰⁰ Ergebnisse: 4.1.9

²⁰¹ Ergebnisse: 4.1.5

²⁰² Balint 2010

Empathie und Kongruenz, mit der sie die Angstbarrieren vieler Menschen und hier z.B. im Zusammenhang mit Krebserkrankungen überwinden können²⁰³.

Zahnärzte gehören neben Allgemeinärzten zu den Medizinern mit der höchsten Inanspruchnahme ärztlich-ambulanter Leistungen durch die Bevölkerung.²⁰⁴ (Abb. 4) Sie sehen unter ihren Schmerzpatienten sogar Menschen, die sich sonst jedem Arztkontakt entziehen.²⁰⁵ Sie haben deshalb besonders gute Möglichkeiten, viele Menschen mit dem Thema Krebsvorsorge zu erreichen.

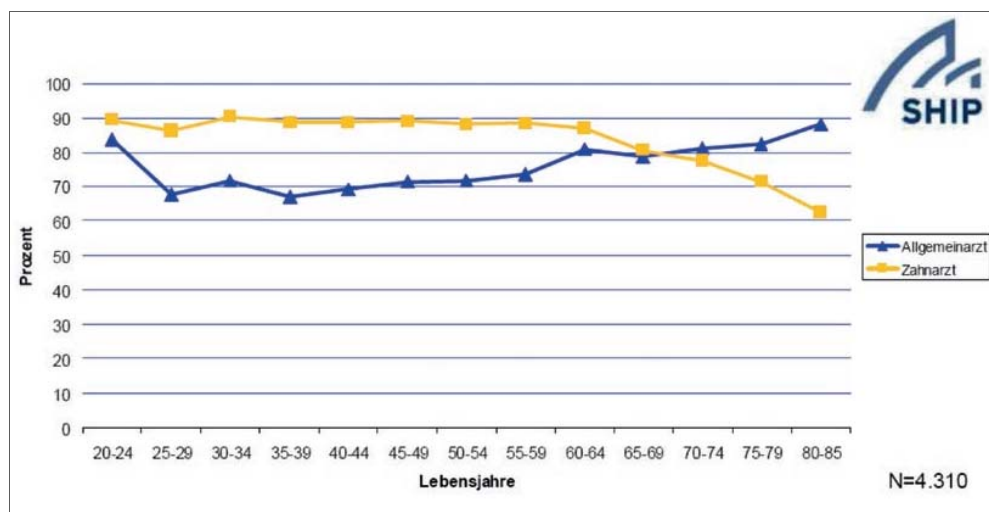


Abbildung 4: Altersabhängige Aufschlüsselung der Inanspruchnahme von Zahn- und Allgemeinärzten²⁰⁶

Die typische Zielgruppe der Darmkrebsvorsorge sucht besonders oft und regelmäßig die Zahnarztpraxis auf, bis zum Alter von 66 Jahren sogar häufiger als die Allgemeinarztpraxis. 76,1% der 35- bis 44-Jährigen und 72,2% der 65- bis 74-Jährigen gehen regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle.²⁰⁷ Bei 45- bis 64-Jährigen liegt die durchschnittliche Kontaktfrequenz zahnärztlicher Dienste bei 2,8 in den letzten 12 Monaten.²⁰⁸ Die Patientengruppe, bei der ein

²⁰³ Hope et al. 1998

²⁰⁴ Oesterreich, Ziller 2006; DEGS1, IDZ Mai 2013: „Inanspruchnahme ärztlich-ambulanter Leistungen der Bevölkerung in Deutschland in den letzten 12 Monaten“, 18-79-Jährige, Allgemeinmediziner 79,4%, Zahnärzte/Kieferorthopäden 71,7%

²⁰⁵ Baumann et al. 2014

²⁰⁶ Hoffmann 2013

²⁰⁷ Micheelis et al. 2006: DMS IV

²⁰⁸ Public Use File des „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung/8.Welle März/April 2005: Durchschnittliche Kontaktfrequenz zu Diensten nach Altersgruppen in Dtl. (2005); Ähnliche Ergebnisse in DMS IV (Micheelis et al. 2006) unveröffentlichtes Datenmaterial

direkter Zusammenhang zwischen Parodontitis- und Darmkrebsrisiko zu bestehen scheint, ist organisatorisch besonders gut erreichbar: 73,1% der Erwachsenen und 79,8% der Senioren mit schwerer Parodontalerkrankung (Taschentiefen $\geq 6\text{mm}$) gehen regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle²⁰⁹.

Diese Patientinnen und Patienten, die also mehrmals jährlich den Zahnarzt konsultieren, zeigen allerdings von sich aus an dem Thema Darmkrebsvorsorge nahezu kein Interesse, wenn man sie lediglich mit Lesestoff im Wartezimmer konfrontiert^{210, 211}. Sie sind zunächst weit überwiegend der Ansicht, dass Beratung zur Darmkrebsvorsorge kein Thema ist, das in die zahnärztliche Versorgung passt²¹², dass Darmkrebsvorsorge ein fachfremdes Thema ist und keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis hat²¹³. Weiter geht ihre Meinungsbildung hierzu nicht. Mehrere Studien belegen das geringe Bewusstsein der Bevölkerung für Darmkrebs.²¹⁴

Patientinnen und Patienten, die im Sprechzimmer vom Zahnarzt selbst und persönlich zu dem Themenkomplex angesprochen werden, reagieren dagegen viel aufgeschlossener und differenzierter²¹⁵. Der Zahnarzt nimmt hier vermutlich die Rolle eines Hausarztes an, und es ist bekannt, dass die Beschäftigung mit Krebsvorsorge stark positiv assoziiert mit einer Empfehlung vom Hausarzt²¹⁶.

Die Aussage, dass Darmkrebsvorsorge ein Thema ist, das in die zahnärztliche Versorgung passt, erfährt jetzt viel Zustimmung^{217, 218}, und nahezu niemand mag hier feststellen, dass Darmkrebsvorsorge ein fachfremdes Thema sei und keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis habe²¹⁹.

Zahnärzte werden zunächst nach breit übereinstimmender Meinung als Gesundheitsexperten gesehen, die generell auch Erkrankungen außerhalb der Mundhöhle betrachten sollten, und

²⁰⁹ Rubinstein et al. 2013; Kostic et al. 2013

²¹⁰ Ergebnisse: 4.2.1.

²¹¹ Ergebnisse: 4.2.2.

²¹² Ergebnisse: 4.1.1

²¹³ Ergebnisse 4.1.2

²¹⁴ Austin et al. 2009; Wee et al. 2005; Klabunde et al. 2006; Foo et al. 2012; Rawl et al. 2000

²¹⁵ Ergebnisse: 4.2.4

²¹⁶ Farmer et al. 2008; Underhill, Kiviniemi 2012; Jandorf et al. 2010; Basch et al. 2012; Messina et al. 2009; Taouqi et al. 2010; Young et al. 2007; Stockwell et al. 2003; Wee et al. 2005; Christie et al. 2009; Palmer et al. 2008

²¹⁷ Ergebnisse: 4.1.1

²¹⁸ Ergebnisse: 4.1.4

²¹⁹ Ergebnisse: 4.1.2

sogar nicht nur dann, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen. Viele Patientinnen und Patienten in der Zahnarztpraxis haben offensichtlich bemerkt, dass ganzheitliche medizinische Betrachtungen und der Schwerpunkt Prävention das alte kurative Modell der Zahnmedizin derzeit ablösen, das nur bereits existierende Erkrankungen behandelte und schon alleine dem Ziel der Mundhygieneverbesserung in langfristiger Sicht nicht mehr gerecht werden kann.²²⁰ Der Zahnarzt nimmt vermutlich zukünftig wie jetzt bereits der Hausarzt als anerkannter Gesundheitsexperte eine Schlüsselstelle bei der Motivation zur Krebsvorsorge ein.²²¹

Wenn man aber dann so weit geht, eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien in der zahnärztlichen Praxis regelrecht zu fordern²²², weil sie dort zu den festen Aufgaben zähle, dann werden die befragten Patientinnen und Patienten im Sprechzimmer allerdings doch wieder zurückhaltend. Zu der Aussage, ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen, mag nahezu niemand eine Meinung äußern, genau so wenig zu Beratungsangeboten unter bestimmten Bedingungen, die in der Befragung allerdings im Konkreten unklar bleiben²²³.

Andererseits findet die allgemeiner gehaltene Aussage, ein verantwortungsvoller Zahnarzt kläre immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen, wiederum breite Zustimmung²²⁴. Immerhin: Niemand erwartet heute eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis²²⁵.

Dass Darmkrebs überhaupt ein brisantes²²⁶ oder unangenehmes Thema²²⁷ sei, sogar ein Tabuthema²²⁸, über das man lieber nicht mit dem Zahnarzt sprechen möchte, findet abschließend kaum jemand, im Gegenteil, eine Beratung zur Teilnahme an Darmkrebsvorsorge durch den Zahnarzt halten nahezu alle der im Sprechzimmer von ihrem Behandler angesprochenen Patientinnen und Patienten für gut oder sehr gut²²⁹, wären dafür dankbar oder

²²⁰ Hellwig, Altenburger 2011

²²¹ Lasser et al. 2009; Underhill, Kiviniemi 2012

²²² Ergebnisse: 4.1.5

²²³ Ergebnisse: 4.1.7

²²⁴ Ergebnisse: 4.1.8

²²⁵ Ergebnisse: 4.1.9

²²⁶ Ergebnisse: 4.1.10

²²⁷ Ergebnisse: 4.1.12

²²⁸ Ergebnisse: 4.1.14

²²⁹ Ergebnisse: 4.1.11

sogar voll und ganz dankbar²³⁰. Auch wenn Männer und Frauen sich in ihren Auffassungen zu einigen Programmsätzen manchmal etwas unterscheiden, hinter diesem zentralen Bekenntnis stehen sie gemeinsam²³¹. Hier kommt sicherlich die hohe soziale Zahnarzt-Bindung in allen Alterskohorten zum Ausdruck, die das nötige Vertrauen schafft auch für solche Gespräche – 9 von 10 Patientinnen und Patienten (90,8% der Erwachsenen, 94% der Senioren) gehen immer zu demselben Zahnarzt²³².

5.3 ÜBER DIE VORSTELLUNGEN DER PATIENTEN VON EINER ZAHNÄRZTLICHEN INTERVENTION

Wie kann die Motivation in der zahnärztlichen Praxis zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge konkret aussehen?

Darmkrebs wird heute immer weniger als medizinisches Problem betrachtet und immer mehr als kommunikativer Mangel.²³³ Intervention für mehr Vorsorgeaktivität muss sich an einem Interventionsziel orientieren²³⁴: Lässt sich dem Patienten in der Zahnarztpraxis das Problem Darmkrebs bewusst machen? Aufklärung und Information sind hier gefragt. Fehlt dem Patienten die Motivation, zur Vorsorge zu gehen? Kommunikation und Beratung können wirksam sein.

Um dem Patienten das Problem Darmkrebs bewusst machen, kann man in der Zahnarztpraxis die Instrumente der breitenwirksamen Kampagnen nutzen, Printmedien, Fernsehen, Radio, Internet, sogar Außenwerbung oder auch Ambient Media, also Informationsmaßnahmen, die für die spezifischen Aufenthaltsbereiche der Zielgruppe konzipiert sind (Gratis-Postkarten, Info-Screens), hier z.B. das Wartezimmer der Zahnarztpraxis. Die Felix Burda Stiftung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche Krebshilfe stellen hochwertige Informationsmaterialien zur Verfügung, nicht zuletzt Broschüren.

²³⁰ Ergebnisse: 4.1.13

²³¹ Ergebnis: 4.2.10

²³² Micheelis, Süßlin 2012: S.12, Tabelle 8 „Soziale Zahnarztbindung in der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich 2011, 2002 und 1995“

²³³ Erol Sander, Schauspieler und Testimonial der Felix Burda Stiftung.

²³⁴ Somaini et al. 1989

Wenn es solche Broschüren in der Praxis gibt, möchten die befragten Patientinnen und Patienten sie nicht im Wartezimmer vorfinden, sondern gerne vom Zahnarzt selbst überreicht bekommen²³⁵. Filme, Fernsehen oder Elektronik zum Thema im Wartezimmer mag jedenfalls diese Gruppe von Menschen im erhöhten Risikoalter für Darmkrebs nicht^{236, 237}. Das persönliche Gespräch mit dem Zahnarzt wird bevorzugt, auch in Verbindung mit schriftlichem Material²³⁸. Dieses Verhalten ist vermutlich dem Alter der Zielgruppe geschuldet, es wird sich in Zukunft ändern²³⁹. Schon 2008 geben in einer Studie²⁴⁰ über Möglichkeiten, die Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge zu steigern, 49% der Befragten an, bevorzugt ihren Arzt zu Fragen über Krebs zu konsultieren, aber 33% recherchieren bereits selbst im Internet.

Fehlt dem Patienten die Motivation oder sind Angstbarrieren oder Schamgefühl zu groß, um zur Vorsorge zu gehen, dann helfen nicht die Instrumente der breitenwirksamen Kampagnen, sondern dann bedarf es eines persönlichen Ansatzes, der personalisierten Medizin. Personalisierte Informationen zum Thema Krebs werden von den meisten Patienten bevorzugt²⁴¹, sie können besonders wirksam sein bei einem guten, vertrauensvollen Verhältnis zum Arzt²⁴². Zahnärzten wird in Deutschland von rund der Hälfte der Patienten großes Vertrauen entgegengebracht²⁴³. Den eigenen Zahnarzt finden sogar dreiviertel der Befragten vertrauenserweckend²⁴⁴.

²³⁵ Ergebnisse: 4.1.15

²³⁶ Ergebnisse: 4.1.16

²³⁷ Ergebnisse: 4.1.17

²³⁸ Ergebnisse: 4.1.18

²³⁹ Ergebnisse: 4.1.20

²⁴⁰ Geiger et al. 2008

²⁴¹ Geiger et al. 2008

²⁴² Geiger et al. 2008; Farmer et al. 2008; Underhill, Kiviniemi 2012

²⁴³ Micheelis, Süßlin 2012 : S.19, Tabelle 16 „Subjektives Vertrauensausmaß hinsichtlich des zuletzt besuchten Zahnarztes in Deutschland (2011)“

²⁴⁴ Micheelis, Süßlin 2012: S. 15, Tabelle 13 „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011“

In der vorliegenden Studie wird dem Zahnarzt eine entscheidende Rolle gegeben, wenn es um die Motivation seiner Patientinnen und Patienten zur Darmkrebsvorsorge geht^{245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252}.

Das Praxispersonal spielt beim Anstoß zur Teilnahme an Darmkrebsvorsorge keine Rolle^{253, 254}, es ist auch unwichtig, wie lange so ein motivierendes Gespräch dauert^{255, 256} das allerdings eher vor²⁵⁷ als nach²⁵⁸ der eigentlichen zahnärztlichen Behandlung stattfinden sollte - von Bedeutung scheint nach der Befragung nur dies zu sein: Mir reicht es, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt²⁵⁹, finden nahezu alle Patientinnen und Patienten.

Die Ergebnisse der Studie zeichnen ein Bild von den Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis zur Darmkrebsvorsorge. Sie geben aber keinen Aufschluss, wie die Patienten dann mit der Empfehlung umgehen, d.h. ob sie die Empfehlung annehmen, sich zur Krebsvorsorge anmelden, den Termin auch wahrnehmen, und was sie zu ihrem Verhalten führt.

²⁴⁵ Ergebnisse: 4.1.3

²⁴⁶ Ergebnisse: 4.1.6

²⁴⁷ Ergebnisse: 4.1.8

²⁴⁸ Ergebnisse: 4.1.11

²⁴⁹ Ergebnisse: 4.1.13

²⁵⁰ Ergebnisse: 4.1.15

²⁵¹ Ergebnisse: 4.1. 18

²⁵² Ergebnisse :4.1.21

²⁵³ Ergebnisse: 4.1.22

²⁵⁴ Ergebnisse: 4.1.23

²⁵⁵ Ergebnisse: 4.1.24

²⁵⁶ Ergebnisse: 4.1.25

²⁵⁷ Ergebnisse: 4.1.26

²⁵⁸ Ergebnisse: 4.1.27

²⁵⁹ Ergebnisse: 4.1.21

6 **AUSBLICK**

Der Nationale Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (Januar 2012)²⁶⁰ sieht eine Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung vor (Handlungsfeld 1). Dabei soll das KRK-Screening an die Qualitätsvorgaben der aktuellen Auflage der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Darmkrebs-Screenings“ angepasst werden. Teilnehmeraten sollen gesteigert, Organisationsmängel behoben und alternative Screeningmethoden entwickelt werden. Für die Umsetzung eines solchen evidenzbasierten, systematischen, bevölkerungsbezogenen und qualitätsgesicherten Vorsorgeprogrammes werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen. So ist vorgesehen, die Teilnahmequoten durch ein Einladungsverfahren zu steigern: Auf Basis der Daten der Kostenträger oder der Meldeämter können persönlich standardisierte, abgestimmte Anschreiben an die Anspruchsberechtigten verschickt werden, die Informationen zum KRK-Screening und eine Einladung zum Beratungsgespräch enthalten. Der Versicherte soll in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung treffen zu können. Außerdem soll innerhalb dieses Modellprojekts ein Recall-System und die Anwendung von iFOBTs getestet werden. Als weitere Maßnahme ist geplant, die konzentrierte Öffentlichkeitsarbeit und Public Private Partnerships zu stärken, so zum Beispiel in Hausarzt-Praxen, allen Medien, Stiftungen und im Rahmen betrieblicher Vorsorge. Als Gesamtziel für das KRK-Screening gibt der Nationale Krebsplan die flächendeckende Einführung des organisierten und bevölkerungsbezogenen KRK-Früherkennungsverfahrens bis spätestens 2015 an. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG, in Kraft getreten am 9. April 2013²⁶¹) soll die Voraussetzungen für eine flächendeckende Krebsfrüherkennung schaffen. Dies soll durch den bundesweiten Aufbau klinischer Krebsregister und durch ein schriftliches Einladungssystem für Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung erfolgen. Diese Schreiben sollen zielgruppengerecht, barrierefrei und in einfacher Sprache verfasst werden und über Nutzen und Risiken des Screenings aufklären.

²⁶⁰ Bundesministerium für Gesundheit: Nationaler Krebsplan, 2012; Richter-Kuhlmann 2013

²⁶¹ www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0617.pdf
abgerufen am 22.06.2014

HOFFMANN sieht in der zahnmedizinischen Versorgung große Potentiale für neue Präventionsstrategien: *„Die Zahnärzteschaft verfügt über exzellente Voraussetzungen, um künftig eine stärkere Rolle bei der Früherkennung und beim Monitoring von Allgemeinerkrankungen zu spielen.“*²⁶²

Im Hinblick auf den common risk factor approach stellen OESTERREICH und ZILLER²⁶³ 2014 fest: *„Insofern ist eine gesundheitspolitische Inklusion der Zahnmedizin in alle präventiven Überlegungen dringend zu empfehlen.“*

HEILMANN und Mitarbeiter ergänzen: *„Der gemeinsame Risikofaktorenansatz konzentriert sich auf die gemeinsamen zugrunde liegenden Determinanten für Gesundheit und liefert eine Begründung für präventive Strategien, die darauf abzielen, die allgemeine Gesundheit zu verbessern und auf diese Weise Ungleichheiten zu reduzieren.“*²⁶⁴

„Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.“ und *„Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen.“* sind die beiden Programmsätze der Untersuchung, die die höchste Zustimmung unter den Befragten erhalten haben und Anregung geben, die Idee einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis weiter zu verfolgen. Für die Konzeption einer weiterführenden Untersuchung dieser Idee besteht vorrangig Klärungsbedarf und rücken drei Fragen in den Mittelpunkt: Welche Rolle kann eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt aus translationaler Präventionsexpertise heraus übernehmen? Wie sollte dann eine im zahnärztlichen Versorgungsalltag mögliche und angemessene Intervention aussehen? In welcher Weise kann diese Leistung ergebnisorientiert honoriert werden?

6.1 ROLLENVERSTÄNDNIS

„Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber.“, diesem Verfahrenssatz stimmten 40% der Befragten im Konkretisierungsteil des Interviews zu, und dieser Satz scheint auch die Einstellung von Patientinnen und Patienten in den USA wiederzugeben. Welche Rolle kann dann die Zahnärztin oder der Zahnarzt in der Praxis übernehmen?

²⁶² Hoffmann 2013

²⁶³ Oesterreich, Ziller 2014

²⁶⁴ Heilmann et al. 2014

In den USA ist das Kolorektale Karzinom die dritthäufigste Krebsart, die Frauen und Männer betrifft. Jedoch sinken die Inzidenzraten dort seit ungefähr den letzten 20 Jahren. Dies wird in den Zusammenhang mit der steigenden Inanspruchnahme von KRK-Screening-Tests gesetzt.²⁶⁵ Tatsächlich sind 65,1% der befragten US-Amerikaner „up-to-date“ mit den Screening-Empfehlungen.²⁶⁶ Im Jahre 2002 waren es erst 54%. 7,2% haben ein Screening durchführen lassen, sind aber momentan nicht mehr „up-to-date“ und 27,7% haben noch nie an der KRK-Vorsorge teilgenommen. Innerhalb der verschiedenen US-Staaten fallen Schwankungen in den Teilnahmeraten von 76,3% (Massachusetts) bis 55,7% (Arkansas) auf. Die Screeningrate ist in den USA deutlich vom Versicherungsstatus und Einkommen abhängig, die Teilnahmezahlen sind im ärmeren Süden deutlich geringer. Laut der American Cancer Society könnte die Mortalitätsrate für das KRK halbiert werden, wenn die Screening-Empfehlungen von allen eingehalten werden würden.²⁶⁷

Der Hausarzt (primary-care provider) ist in den USA die häufigste Quelle für KRK-Screening-Empfehlungen. Seine Empfehlung hat den größten Einfluss auf die Entscheidung des Patienten, am Screening teilzunehmen.²⁶⁸ Viele Hausärzte halten die Koloskopie für die beste Screening-Methode und den FOBT für weniger effektiv in der KRK-Mortalitätssenkung und informieren deshalb nicht über Optionen. Dementsprechend ist die Koloskopie in den USA die beliebteste Screening-Methode (61,7% der durchgeführten Screenings; FOBT: 10,4%). Die Zunahme der Teilnahme am KRK-Screening wird vor allem auf die steigende Anzahl der Koloskopien zurückgeführt. In keinem anderen Land werden mehr Koloskopien durchgeführt als dort.²⁶⁹ US-Patienten berichten über starke Präferenzen für bestimmte Screening-Methoden, aber viele würden sich für den FOBT entscheiden, wenn sie objektive Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten erhalten. Zudem führen Patienten, die den FOBT bevorzugen das Screening wahrscheinlicher durch als solche, die die Koloskopie favorisieren.²⁷⁰ Dem Patienten alle Möglichkeiten des KRK-Screenings aufzuzeigen und anzubieten, erhöht die

²⁶⁵ American Cancer Society: Cancer Facts & Figures 2014

²⁶⁶ Centers for Disease Control and Prevention 2013: Screening-Empfehlungen der United States Preventive Services Task Force (USPSTF): 50-75Jährige, high-sensitivity FOBT 1x/y oder Koloskopie 1x/10y oder Sigmoidoskopie 1x/5y plus FOBT 1x/3y; vergleichbar mit denen in Deutschland

²⁶⁷ American Cancer Society: Cancer Facts & Figures 2014

²⁶⁸ Persönliche Mitteilung: Dr. Aasma Shaukat, MD, MPH, Minneapolis Veterans Affairs Health Care System, Department of Gastroenterology, Minneapolis, USA; 19.02.2014

²⁶⁹ Persönliche Mitteilung: Dr. Aasma Shaukat, MD, MPH, Minneapolis Veterans Affairs Health Care System, Department of Gastroenterology, Minneapolis, USA; 19.02.2014

²⁷⁰ Centers for Disease Control and Prevention 2013

Teilnahmewahrscheinlichkeit. („Just say „Go get your Screening!““²⁷¹)Deshalb wird empfohlen, die vom Patienten bevorzugte Screening-Methode zu eruieren und ihm alle Optionen zu ermöglichen.²⁷² Termine für die KRK-Vorsorge können ohne Überweisung direkt beim Gastroenterologen vereinbart werden, die Kosten werden meist ganz oder teilweise von der Krankenversicherung übernommen, es sind jedoch Eigenanteile von bis zu 200 Dollar möglich. FOBT-Testkits werden kostenlos in Kliniken und Praxen verteilt.

Das gemeinsam gesetzte Ziel verschiedener US-Krebsorganisationen ist das Erreichen einer Screeningrate von 80% bis zum Jahr 2018.²⁷³ Um dies zu erreichen, wird auf eine offensive Herangehensweise, Qualitätssicherung und organisierte, populationsbezogene Interventionen in Bevölkerungsgruppen mit geringen Teilnahmeraten gesetzt. Zudem sollen finanzielle Barrieren für Screening und follow-up eliminiert und FOBT und Koloskopie durchgängiger propagiert werden. Außerdem soll die KRK-Screeningmotivation auf Settings außerhalb der ärztlichen Praxis ausgeweitet werden.²⁷⁴

Öffentlichkeitswirksame Kampagnen und ausführliche, zielgruppenspezifische Informationsangebote im Internet sind fester Bestandteil der Darmkrebsvorsorge in den USA und haben in der Bevölkerung ein breites Bewusstsein geschaffen und die Enttabuisierung vorangetrieben.²⁷⁵ Der US-Senat macht seit dem Jahr 2000 den Monat März zum „Colon Cancer Awareness Month“. Durch Werbung im Fernsehen, Radio und Internet und auf Plakaten konnte ein großes Bewusstsein für die Problematik in der Bevölkerung geschaffen werden. Projekte in Highschools beispielsweise rufen die Schüler auf, ihre Eltern zu motivieren, am KRK-Screening teilzunehmen. Es gibt zahlreiche Initiativen von Vereinen, einzelnen Staaten und einzelnen Personen.²⁷⁶

²⁷¹ Persönliche Korrespondenz Dr. Aasma Shaukat, MD, MPH, Minneapolis Veterans Affairs Health Care System, Department of Gastroenterology, Minneapolis, USA; 19.02.2014

²⁷² Centers for Disease Control and Prevention 2013; He, Efron 2011

²⁷³ American Cancer Society, National Colorectal Cancer Roundtable's (NCCRT), American College of Gastroenterology: "Eighty by 2018 Pledge"

²⁷⁴ Centers for Disease Control and Prevention 2013

²⁷⁵ American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Motto: "Stay on top of your health!" www.asge.org

Centers for Disease Control and Prevention www.cdc.gov

American College of Gastroenterology www.gi.org

American Cancer Society, Motto: "The official sponsor of birthdays" www.cancer.org

²⁷⁶ Persönliche Korrespondenz Dr. Aasma Shaukat, MD, MPH, Minneapolis Veterans Affairs Health Care System, Department of Gastroenterology, Minneapolis, USA; 19.02.2014

Besondere Aufmerksamkeit erreichte im März 2000 die US-Fernsehmoderatorin Katie Couric, die – nachdem ihr Ehemann an Darmkrebs verstarb – ihre Teilnahme an einer Vorsorgekoloskopie inklusive Vorbereitung für das Fernsehen filmen ließ. Der daraufhin zu verzeichnende Anstieg der Koloskopie-Teilnahmeraten um 20% wird als „Katie Couric Effect“ bezeichnet und hielt 9 Monate an.²⁷⁷

Welche Rolle kann nun in Deutschland die Zahnärztin oder der Zahnarzt im Versorgungsalltag übernehmen? Die Darmkrebsvorsorge ist in den USA deutlich erfolgreicher als in Deutschland. Die dortigen Erfahrungen und Erkenntnisse sollten – sofern auf das hiesige Gesundheitssystem übertragbar – genutzt werden, um die Screeningraten auch hier zu erhöhen. Die Idee, der Zahnarztpraxis eine Funktion zu geben, um die Screeningraten zu steigern, folgt so einer amerikanischen Erfahrung und Erkenntnis, nämlich die KRK-Screeningmotivation auf Settings außerhalb der fachärztlichen Praxis auszudehnen, um so wie in den USA in der Bevölkerung ein breites Bewusstsein für Darmkrebsvorsorge zu schaffen.

6.2 ART DER INTERVENTION

Zahnärztinnen und Zahnärzte können keine fachlich qualifizierte Beratung in der Darmkrebsvorsorge leisten. Worin kann dann ihr angemessener Beitrag bestehen und wie sollte diese Intervention aussehen?

„Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten.“ und *„Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt.“*, dies erwarten die befragten Patientinnen und Patienten in der vorliegenden Untersuchung. Zahnärztin und Zahnarzt können mit der Kraft ihrer persönlichen Autorität eine kurze Empfehlung aussprechen oder sie können sich als Gesundheitsexperten mit ihren Patienten über gesundheitliche Prävention unterhalten und dabei Krebsvorsorge überhaupt als Teilaufgabe ansprechen.

Die kurze Empfehlung wird in einem Satz bestehen, der anknüpfen kann an die Lektüre des Anamnesebogens, wie er in vielen Zahnarztpraxen im Wartezimmer ausgefüllt wird, wenn dieser eine Frage nach dem Stand der persönlichen Krebsvorsorge enthält. Die Empfehlung

²⁷⁷ Cram et al. 2003; He, Efron 2011

kann die hausarztähnliche persönliche Verbindung vieler niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte zu ihren Patienten nutzen und eine medizinische Vorbildfunktion. "Sie waren ja noch nie bei der Darmkrebsvorsorge, lese ich gerade, das sollten Sie aber mal tun, habe ich auch hinter mir", könnte so eine Empfehlungssatz lauten.

Nach den Ergebnissen der Untersuchung ist nicht damit zu rechnen, dass so eine Empfehlung gänzlich ungelegen kommt oder den Zahnarzt in Konflikt mit seinem Patienten bringt. *"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis."* ist in den Stellungnahmen nur äußerst selten mit Zustimmung versehen worden. *"Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich."* und *"Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte."*, diesen beiden Aussagen mochte in der Studie nahezu niemand zustimmen. Und wer mit dem Thema dennoch nichts zu tun haben will, macht sich bereits im Anamnesebogen erkennbar, weil er die Frage nach dem Stand der persönlichen Krebsvorsorge nicht ausfüllt.

Vielen Patientinnen und Patienten könnte nur diese Empfehlung nicht reichen. *"Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen."* Mit dieser Aussage, die unter den Verfahrenssätzen volle Zustimmung erfahren hat, wird der Bedarf von schriftlichem Informationsmaterial zum Thema Darmkrebsvorsorge auch in der Zahnarztpraxis aufgezeigt, und der Wunsch der Patienten, dass sie Broschüren u. ä. nicht im Wartezimmer ausgelegt vorfinden, sondern aus der Hand und mit dem persönlichen Nachdruck der Zahnärztin oder des Zahnarztes erhalten wollen. Wenn man die Idee einer Motivationskampagne in der Zahnarztpraxis weiter verfolgt, wäre jetzt festzulegen, welches Informationsmaterial sich für die Zahnarztpraxis eignet und zur Verfügung gestellt werden soll und welche Kooperationspartner anzusprechen sind, z.B. von Seiten der Fachärzteschaft und ihren wissenschaftlichen und berufsständischen Gesellschaften, von Seiten der Deutschen Krebsgesellschaft, der Krebshilfe, der Krankenkassen, der Medien und nicht zuletzt der diesem Thema besonders eng verbundenen und auf diesem Gebiet sehr erfolgreichen Felix-Burda-Stiftung.

"Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden." dieser Aussage stimmt in der Untersuchung niemand von den Befragten zu, sondern, im Gegenteil, die derzeitige Zielgruppe für Darmkrebsvorsorge, alles Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe über 50 Jahren, findet zur Hälfte: *"Mit technischen Neuheiten*

wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend." Dennoch sollte schon jetzt die Intervention in der Zahnarztpraxis über Broschüren hinaus geplant werden, um auch für die kommenden Generationen in der Zielgruppe rechtzeitig angemessene Informationsmedien einsetzen zu können. Immerhin sagen schon jetzt einige Befragte in der Untersuchung, *"Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme."*

In Einzelfällen wird es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten, wie sie in der Untersuchung der Aussage *"Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen."* offen oder sogar positiv gegenüber standen, die kurze Empfehlung des Zahnarztes zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge aufgreifen und das Gespräch vertiefen möchten. Hier wird der Zahnarzt als Experte für ganzheitliche gesundheitliche Prävention anerkannt und gefordert: *"Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen."* fand in der Untersuchung sehr breite Zustimmung, aber ein verantwortungsvoller Zahnarzt wird sich und seine Patienten auch nicht fachlich überfordern.

Weil ohnehin über die Besiedlung mit *Fusobacterium nucleatum* in der supra- und subgingivalen Plaque hinaus weitere Risikofaktoren in ähnlicher Weise für parodontale Erkrankungen und für kolorektale Karzinome bestehen, darunter Übergewicht (BMI >25kg/m²), Tabakkonsum, einfache Schulbildung und fehlendes Gesundheitsbewusstsein, greifen zahnmedizinische Prävention und Darmkrebsprävention auf ähnliche Literatur und Kernsätze zurück, die in ein substantiiertes gesundheitliche Beratungsgespräch der Zahnärztin oder des Zahnarztes einfließen können²⁷⁸:

Gesundheit wird durch gesundheitsbewusstes Verhalten erreicht. Gesundheit gehört zur Selbstverantwortung. Der Einfluss der Lebensweise auf die Erkrankung ist doppelt so groß wie die Einflüsse der Umwelt und der biologischen Prädisposition und vier Mal so groß wie der Einfluss des Gesundheitswesens. Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit ist für eine Reihe von Krankheitsbildern nachgewiesen, z. B. als signifikante Risi-

²⁷⁸ Benecke, Vogel 2003; Deutsches Institut für Ernährungsforschung 1999; US Department of Health and Human Service 2002; Mensink 1999; Helmert 2003

kosenkung bei Darmkrebs. Für etwa 35% aller Krebserkrankungen wird die Ernährung verantwortlich gemacht. Zu den Erkrankungen, die durch falsche Ernährung ausgelöst oder gefördert werden, gehört Darmkrebs. Die Selbstverantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten kommt nicht nur in der Eigeninitiative für richtige Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität zum Ausdruck, sondern auch in der regelmäßigen Teilnahme an Krebsvorsorgeprogrammen z. B. gegen das kolorektale Karzinom.

Ob ein zahnärztliches Beratungsgespräch zur Darmkrebsvorsorge allerdings überhaupt zum Spektrum der Interventionen in der Zahnarztpraxis gehören sollte und was so eine Intervention an Inhalten enthalten sollte, darüber müsste mit einer eigenen Untersuchung Erkenntnis gewonnen werden.

6.3 HONORIERUNG

Unter den wirtschaftlichen Bedingungen des zahnärztlichen Versorgungsalltages wäre noch die Frage einer Honorierung anzusprechen, wenn die Idee einer Darmkrebs-Screeningmotivation in der Zahnarztpraxis weiter verfolgt werden soll. Dabei geht es weniger um eine Vergütung für die erbrachte Motivationsleistung des Zahnarztes, die im Falle eines einfachen Empfehlungssatzes ja zumindest zeitlich vernachlässigbar erscheint, es geht vielmehr um ein Honorar, das ein Zahnarzt erhält, wenn seine Bemühungen tatsächlich und nachweisbar erfolgreich waren und einen Patienten zur Teilnahme am Darmkrebscreening motiviert haben. Diese Frage richtet sich zunächst an die Präventionsstrategie der Politik und wie sie mit ihren Entscheidungen den niedrigen Teilnehmerzahlen bei Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen entgegenwirken will.

Politik muss Rahmenbedingungen schaffen und Rahmenbedingungen brauchen Zielvorstellungen. Die Zielvorstellungen beim Thema Darmkrebs und Zahnarztpraxis können durchaus sehr unterschiedlich sein, je nachdem, ob man eher dem Programmsatz *„Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in die zahnärztliche Versorgung passt.“* zuneigt oder eher dem Programmsatz *„Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis.“*. Die naheliegende Frage lautet, wo die Politik ihre Priorität setzt.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Prävention und Kuration erfordert politische Entscheidungen, die auf Grundlage unseres Grundgesetzes stets Mehrzielentscheidungen unter Berücksichtigung zahlreicher Anspruchsgruppen sind. In den Mittelpunkt gehört dabei die Tatsache, dass Krebsprävention als Handlung letztlich etwas ist, was der Einzelne an sich und seinem Körper selbst vollziehen muss. Grundlegend muss ein Verständnis der beidseitigen Verantwortung von Individuum und Gemeinschaft sein, um keine überzogenen Erwartungen an eine von staatlicher Seite initiierte Präventionspolitik aufkommen zu lassen.

Die Frage der Prioritätensetzung für oder gegen Darmkrebs-Screeningmotivation in der Zahnarztpraxis wird also gestochen von einer übergeordneten Frage, nämlich welche Anreize die Politik überhaupt setzen kann und möchte, damit Menschen in ihrem persönlichen Alltag zu mehr Vorsorge bereit sind, darunter eben auch Darmkrebsfrüherkennung. Es besteht die Gefahr der Überforderung, was Politik in der Krebsprävention vernünftigerweise leisten kann. Die Motivierung von Patientinnen und Patienten zur Darmkrebsvorsorge kann man im Handlungsspektrum der Politik zwischen Vorsorgepflicht und Stärkung der Eigeninitiative einordnen, und die jeweilige Zuordnung hat entscheidende Auswirkung auf die Berechtigung eines Motivationsangebotes in der Zahnarztpraxis und seiner Honorierung. In einem Pflichtprogramm zur Krebsfrüherkennung, für das die Erfahrungen der täglichen ärztlichen Lebenswirklichkeit verschleppter Tumorerkrankungen und die tatsächlichen niedrigen Teilnehmerzahlen sprechen, werden Kampagnen in der Zahnarztpraxis gar nicht mehr benötigt. Bei einer Stärkung der Eigeninitiative, und dafür spricht, dass man eine verantwortungsvolle und gesundheitsbewusste Lebensweise, zu der viel mehr gehört als nur die Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen, nicht verordnen kann, sind Motivationskampagnen aller Art und z.B. in der Zahnarztpraxis unverzichtbar. Ob ein einheitlicher Zugang für alle Menschen überhaupt sinnvoll sein kann, bleibt bei diesen Überlegungen eine offene politische Frage. Wie die Eigeninitiative der Patienten gestärkt werden kann und was sich mit Anreizsystemen erreichen lässt, die es günstiger und erstrebenswert machen, gesund zu leben statt ungesund, ist eine nicht nur ökonomische Frage²⁷⁹. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt dazu fest, „dass Anreizstrukturen die Umsetzung des Präventionsgedankens sowohl unterstützen als auch konterkarieren können“²⁸⁰.

²⁷⁹ Zok 2005

²⁸⁰ SVR–Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005

Entscheidend wird sein, „ob es gelingt, individuelle Anreizsysteme sowohl für den Arzt als auch für den Patienten zu schaffen, die es ermöglichen (...) den gesunden Menschen zu belohnen“. Im Zusammenhang von Zahnarztpraxis und Darmkrebs-Screeningmotivation sollte deshalb zunächst über ein Anreizsystem nachgedacht werden, das Zahnärztinnen und Zahnärzte gewinnen kann, sich für die Teilnahme ihrer Patientinnen und Patienten an der Darmkrebsvorsorge einzusetzen.

Für die Konzeption einer weiterführenden Studie muss also geklärt werden, ob für eine Intervention in der Zahnarztpraxis die geeigneten politischen Rahmenbedingungen vorhanden sind und wie ein zahnärztlicher Beitrag zur Stärkung der Eigeninitiative honoriert werden kann²⁸¹. Eine besonders interessante Idee in diesem Zusammenhang ist in der vorliegenden Untersuchung am Rande der Interviews geäußert worden:

Die Zahnarztpraxis kennt eine Reihe von typisch zahnärztlichen und erfolgreichen Präventionsmaßnahmen, die als individuelle Gesundheitsleistung angeboten werden, wie z.B. die Professionelle Zahnreinigung (PZR). Ein adäquates und gesundheitspolitisch sinnvolles Anreizsystem für Patient und Zahnarzt könnte darin bestehen, dass die Krankenkasse mit oder ohne staatliche Beteiligung jedem Patienten eine Professionelle Zahnreinigung bei seiner Zahnärztin bezahlt, wenn sie ihn nachweisbar zur Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung motiviert hat. Der Patient hat doppelten Nutzen, der Zahnarzt wird für den Erfolg seiner Motivationsbemühungen honoriert, Politik und Krankenkassen sehen die doppelte Verbesserung in Bezug auf Mundgesundheit und Teilnahme am Darmkrebs-Screening als ihr gesundheitspolitisches Resultat.

Sachverständigenrat: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bonn, 2005

²⁸¹ McClure 1976

7 ZUSAMMENFASSUNG

Zahnärztliche Präventionsexpertise kann in der Medizin eine wichtige Funktion übernehmen, wenn das Potenzial der Zahnärztlichen Praxis genutzt wird, um die Teilnahmeraten an der Darmkrebsfrüherkennung zu steigern. „Die regelmäßige Inanspruchnahme von Terminen zur Erhaltung der Zahngesundheit in der Bevölkerung stellt ein ideal geeignetes Portal zur Gesundheitsförderung und Prävention anderer populationsbezogener Erkrankungen dar,“ hat HANNÖVER diese Reserven eingeschätzt.

Patientinnen und Patienten, die im Wartezimmer einer zahnärztlichen Einrichtung sitzen und dort mit Lesestoff über Darmkrebsvorsorge versorgt werden, haben an dem Thema zunächst nahezu kein Interesse. Sie sind weit überwiegend der Ansicht, dass Beratung zur Darmkrebsvorsorge nicht zu den Aufgaben einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes gehört, dass Darmkrebsvorsorge ein fachfremdes Thema ist und keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis hat. Weiter geht ihre Meinungsbildung hierzu nicht.

Patientinnen und Patienten, die dagegen im Sprechzimmer vom Zahnarzt selbst und persönlich zu dem Themenkomplex angesprochen werden, reagieren viel aufgeschlossener und differenzierter. Die Aussage, dass Darmkrebsvorsorge ein Thema ist, das in die zahnärztliche Versorgung passt, erfährt jetzt viel Zustimmung, und nahezu niemand mag hier feststellen, dass Darmkrebsvorsorge ein fachfremdes Thema sei und keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis habe.

In einer Befragungsstudie mit 100 ambulanten Patientinnen und Patienten im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald werden Zahnärzte als Gesundheitsexperten wahrgenommen, die generell auch Erkrankungen außerhalb der Mundhöhle betrachten sollten, und sogar nicht nur dann, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen. Die Aussage, ein verantwortungsvoller Zahnarzt kläre immer über gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen, findet breite Zustimmung. Allerdings: Niemand erwartet heute eine fachärztliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.

Dass Darmkrebs überhaupt ein brisantes oder unangenehmes Thema sei, sogar ein Tabuthema, über das man lieber nicht mit dem Zahnarzt sprechen möchte, findet kaum jemand, im Gegenteil, eine Beratung zur Teilnahme an Darmkrebsvorsorge durch den Zahnarzt halten nahezu alle der im Sprechzimmer von ihrem Behandler angesprochenen Patientinnen und Patienten für gut oder sehr gut, wären dankbar oder sogar voll und ganz dankbar.

Wie kann die Motivation in der zahnärztlichen Praxis zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge konkret aussehen?

Wenn es Broschüren gibt, möchte man sie gerne vom Zahnarzt selbst überreicht bekommen. Filme, Fernsehen oder Elektronik zum Thema im Wartezimmer finden derzeit weniger Aufmerksamkeit. Das persönliche Gespräch mit dem Zahnarzt wird bevorzugt, auch in Verbindung mit schriftlichem Material.

"Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge." und *"Mir reicht es, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt"*, stimmen nahezu alle befragten Patientinnen und Patienten in dieser Untersuchung überein.

Motivationskampagnen in der Zahnarztpraxis zur verstärkten Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung bedeuten eine stärkere ärztliche Orientierung der Zahnmedizin, wie sie der Wissenschaftsrat seit langem fordert. Das allgemeinmedizinische Engagement der Zahnmedizin setzt dort an, wo die Krebserkrankung nach Auffassung aller Onkologen und nach den Daten der WHO heute am wirkungsvollsten bekämpft werden kann: bei der Krebsfrüherkennung und Risikominderung.

7A SUMMARY

Dentist's expertise in prevention can play an important role in general medicine. HANNÖVER estimates this potential as high: „Regular dental check-ups are an ideal opportunity for health promotion and prevention of population-based diseases.“

Patients sitting in the waiting room of a dental facility who were provided with reading material about colon cancer prevention initially showed almost no interest in that topic.

Most of them did not consider consultations about colon cancer prevention to be within the dentist's scope of practice. However, patients personally addressed by their dentist in the treatment room, were more approachable and receptive to this topic. Almost none of them found colon cancer prevention to be a topic outside the subject area or inapplicable in a dental practice.

In this study with 100 ambulatory patients at the Department of Dentistry, Universitätsmedizin Greifswald, Germany, dentists are recognized as health care experts that should generally also recognize extraoral diseases, even if they are not salient. The statement that responsible dentists should inform patients about health-relevant topics, even if they do not affect oral health, achieves broad acclaim. Yet no patient expects a consultation about colon cancer prevention in the dental practice.

Most of the patients did not consider colon cancer a volatile, uncomfortable or taboo topic, which they do not wish to talk about with their dentist. On the contrary, almost all of the patients in the treatment room who were offered a personal consultation about colon cancer prevention appreciated this or appreciated it very much and were thankful or very thankful for broaching the issue with their dentist.

How should motivation for colon cancer prevention be implemented in dental practice? Reading material should be handed out personally by the dentist. Video clips and electronic information about this topic did not seem to be effective in the waiting room. Patients preferred a personal consultation by their dentist, in combination with handed-out reading material.

Almost all patients of this study agreed with the statements: "I would be thankful for a consultation about colon cancer prevention." and "I would be fine with just an advice to visit with my doctor about colon cancer prevention."

Motivational campaigns for colon cancer prevention can support a closer connection between general medicine and dentistry. The involvement of dentistry would use the tools that – according to oncologists and the WHO – fight cancer the most efficiently: early detection and risk abatement.

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Wandel des Darmkrebsscreenings

Abbildung 2: Der common risk factor approach: Gemeinsame Risikofaktoren für eine Reihe chronischer Erkrankungen

Abbildung 3: Veränderungsprozesse im Durchlauf der Stufen im Transtheoretischen Modell

Abbildung 4: Altersabhängige Aufschlüsselung der Inanspruchnahme von Zahn- und Allgemeinärzten

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 1 (Zahnärztliche Versorgung und Thema Darmkrebs)

Tabelle 1.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 1 (Zahnärztliche Versorgung und Thema Darmkrebs)

Tabelle 2.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 2 (Fachfremdes Thema)

Tabelle 2.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 2 (Fachfremdes Thema)

Tabelle 3.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 3 (Oralkompetenz)

Tabelle 3.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 3 (Oralkompetenz)

Tabelle 4.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 4 (Kompetenzgrenzen)

Tabelle 4.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 4 (Kompetenzgrenzen)

Tabelle 5.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 5 (Beratungspflicht)

Tabelle 5.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 5 (Beratungspflicht)

- Tabelle 6.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 6 (Beratungswunsch)
- Tabelle 6.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 6 (Beratungswunsch)
- Tabelle 7.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 7 (Beratungseinschränkung)
- Tabelle 7.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 7 (Beratungseinschränkung)
- Tabelle 8.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 8 (Beratungsverantwortung)
- Tabelle 8.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 8 (Beratungsverantwortung)
- Tabelle 9.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 9 (Beratungsdruck)
- Tabelle 9.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 9 (Beratungsdruck)
- Tabelle 10.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 10 (Beratungsabneigung)
- Tabelle 10.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 10 (Beratungsabneigung)
- Tabelle 11.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 11 (Beratungsneigung)
- Tabelle 11.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 11 (Beratungsneigung)
- Tabelle 12.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 12 (Beratungsablehnung)
- Tabelle 12.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 12 (Beratungsablehnung)
- Tabelle 13.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 13 (Dank für Beratung)
- Tabelle 13.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 13 (Dank für Beratung)

- Tabelle 14.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 14 (Tabuthema Darmkrebs)
- Tabelle 14.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 14 (Tabuthema Darmkrebs)
- Tabelle 15.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 15 (Wunsch nach Broschüren)
- Tabelle 16.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 16 (Wunsch nach neuen Medien)
- Tabelle 17.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 17 (Ablehnung neuer Medien)
- Tabelle 17.2: Meinungsbild aller Befragten der Wartezimmergruppe zur Aussage 17 (Ablehnung neuer Medien)
- Tabelle 18.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 18 (Gesprächswunsch)
- Tabelle 19.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 19 (Fachärztliche Priorisierung)
- Tabelle 20.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 20 (Wunsch nach mediengestütztem Gespräch)
- Tabelle 21.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 21 (Suche einer Empfehlung)
- Tabelle 22.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 22 (Medienauswertung mit dem Praxispersonal)
- Tabelle 23.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 23 (Gesprächswunsch mit dem Praxispersonal)
- Tabelle 24.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 24 (Wunsch nach kürzerem Beratungsgespräch)
- Tabelle 25.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 25 (Wunsch nach längerem Beratungsgespräch)
- Tabelle 26.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 26 (Wunsch nach Beratung vor der Behandlung)
- Tabelle 27.1: Meinungsbild aller Befragten der Sprechzimmergruppe zur Aussage 27 (Wunsch nach Beratung nach der Behandlung)

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahlquist, D.A., Taylor, W.R., Mahoney, D.W., Zou, H., Domanico, M., Thibodeau, S.N., Boardman, L.A., Berger, B.M. & Lidgard, G.P. 2012, "The stool DNA test is more accurate than the plasma septin 9 test in detecting colorectal neoplasia", *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 10, no. 3, pp. 272-277.
- American Cancer Society 2014, "Cancer Facts & Figures 2014", Corporate Center: American Cancer Society Inc, Atlanta.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf> (abgerufen am 10.02.2014).
- Anderson, J.C., Fortinsky, R.H., Kleppinger, A., Merz-Beyus, A.B., Huntington III, C.G. & Lagarde, S. 2011, "Predictors of compliance with free endoscopic colorectal cancer screening in uninsured adults", *Journal of general internal medicine*, vol. 26, no. 8, pp. 875-880.
- Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., Long, J.A., McMurphy, S. & Shea, J.A. 2006, "Distrust of the Health Care System and Self-Reported Health in the United States", *Journal of general internal medicine*, vol. 21, no. 4, pp. 292-297.
- Austin, K.L., Power, E., Solarin, I., Atkin, W.S., Wardle, J. & Robb, K.A. 2009, "Perceived barriers to flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer among UK ethnic minority groups: a qualitative study", *Journal of medical screening*, vol. 16, no. 4, pp. 174-179.
- Balint, M. 2010, "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit", Klett-Cotta, Stuttgart.
- Bandura, A. 1982, "Self-efficacy mechanism in human agency.", *American psychologist*, vol. 37, no. 2, pp. 122.
- Basch, C.H., Basch, C.E., Wolf, R.L. & Zybert, P. 2012, "Distinguishing Factors for Asymptomatic Colonoscopy Screening", *Journal of Cancer Education*, vol. 27, no. 3, pp. 521-525.
- Baumann, E., Scherer, H., Wiltfang, J., Wenz, H., Koller, M. & Hertrampf, K. 2014, im Druck, "Formative Evaluation for an Oral Cancer Prevention Campaign: In-depth Understanding of Cognitive and Communication Patterns of People at Risk", *Psycho-Oncology*.
- Becker, F., Nusko, G., Welke, J., Hahn, E. & Mansmann, U. 2007, "Follow-up after colorectal polypectomy: a benefit–risk analysis of German surveillance recommendations", *International journal of colorectal disease*, vol. 22, no. 8, pp. 929-939.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. 1975, "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations", *Medical care*, vol. 13, no. 1, pp. 10-24.
- Becker, C., Kraft, J.M., Southwell, B.G. & Jorgensen, C.M. 2000, "Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention", *Journal of community health*, vol. 25, no. 3, pp. 263-278.
- Benecke, A. & Vogel, H. 2003, "Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 16. Übergewicht und Adipositas", *Robert Koch Institut–Statistisches Bundesamt*, Berlin.

- Bingham, S. 2006, "The fibre-folate debate in colo-rectal cancer", *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 65, no. 01, pp. 19-23.
- Brecht, J., Meyer, V. & Micheelis, W. 2009, "Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030", *IDZ-Information*, vol. 1.
- Bundesministerium für Gesundheit: Kommunikationsstab (Referat für Öffentlichkeitsarbeit) 2012, "Nationaler Krebsplan. Ziel 2b - Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung", pp. 16-17.
- Bundeszahnärztekammer 2004, „Mundgesundheitsziele für Deutschland 2020 - Ziele, Zielsetzungen und Zielvorhaben“, vol. 15, no. 7.
- Bundeszahnärztekammer & Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Berlin, Mai 2013, "Gemeinsame Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur a) öffentlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080) der Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 217/13) und Gegenäußerung der Bundesregierung vorbehaltlich der Überweisung und b) Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Marlies Volkmer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen (BT-Drucksache 17/9059)".
- Burke, B.L., Arkowitz, H., Dunn, C. 2002, "The efficacy of motivational interviewing and its adaptations", eds. W.R. Miller, S. Rollnick, in: *Motivational interviewing: Preparing people to change*, Guilford Press, New York, pp. 217–250.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2013, "Vital signs: colorectal cancer screening test use-United States, 2012", *MMWR.Morbidity and mortality weekly report*, vol. 62, no. 44, pp. 881-888.
- Chen, C., Basch, C.E. & Yamada, T. 2010, "An evaluation of colonoscopy use: implications for health education", *Journal of Cancer Education*, vol. 25, no. 2, pp. 160-165.
- Christie, J., Jandorf, L., Itzkowitz, S., Halm, E., Freeman, K., King, S., Dhulkifl, R., McNair, M., Thelemaque, L., Lawsin, C. & Duhamel, K. 2009, "Sociodemographic correlates of stage of adoption for colorectal cancer screening in African Americans", *Ethnicity & disease*, vol. 19, no. 3, pp. 323-329.
- Citarda, F., Tomaselli, G., Capocaccia, R., Barcherini, S., Crespi, M. & Italian Multicentre Study Group 2001, "Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence", *Gut*, vol. 48, no. 6, pp. 812-815.
- Codori, A., Petersen, G.M., Mighoretti, D.L. & Boyd, P. 2001, "Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer: potential for cancer prevention", *Preventive medicine*, vol. 33, no. 2, pp. 128-136.
- Consedine, N.S., Magai, C., Krivoshekova, Y.S., Ryzewicz, L. & Neugut, A.I. 2004, "Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review", *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, vol. 13, no. 4, pp. 501-510.

- Cram, P., Fendrick, A.M., Inadomi, J., Cowen, M.E., Carpenter, D. & Vijan, S. 2003, "The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: the Katie Couric effect", *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, no. 13, pp. 1601-1605.
- Davila, R.E., Rajan, E. & Baron, T.H. 2006, "ASGE guideline: colorectal cancer screening and surveillance", *Gastrointestinal endoscopy*, vol. 63, no. 4, pp. 546-557.
- Deinzer, R., Micheelis, W., Granrath, N. & Hoffmann, T. 2008, "Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland—Ergebnisse einer Repräsentativerhebung", *IDZ-Information*, vol. 1.
- Denberg, T.D., Melhado, T.V., Coombes, J.M., Beaty, B.L., Berman, K., Byers, T.E., Marcus, A.C., Steiner, J.F. & Ahnen, D.J. 2005, "Predictors of nonadherence to screening colonoscopy", *Journal of general internal medicine*, vol. 20, no. 11, pp. 989-995.
- Deutsches Institut für Ernährungsforschung 1999, "Krebsprävention durch Ernährung", Potsdam-Rehbrücke. http://www.dife.de/presse/mediathek/jahresberichte/DIfE_99_00_dt.pdf (abgerufen am 10.02.2014)
- Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L. & Duberstein, P.R. 2005, "Measuring patient-centered communication in patient–physician consultations: theoretical and practical issues", *Social science & medicine*, vol. 61, no. 7, pp. 1516-1528.
- Estape, J., Palombo, H., Hernandez, E., Daniels, M., Estape, T., Grau, J.J., Vinolas, N. & Mane, J.M. 1992, "Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital", *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*, vol. 3, no. 6, pp. 451-454.
- Farmer, M.M., Bastani, R., Kwan, L., Belman, M. & Ganz, P.A. 2008, "Predictors of colorectal cancer screening from patients enrolled in a managed care health plan", *Cancer*, vol. 112, no. 6, pp. 1230-1238.
- Flanagan, L., Schmid, J., Ebert, M., Soucek, P., Kunicka, T., Liska, V., Bruha, J., Neary, P., Dezeeuw, N. & Tommasino, M. 2014, "Fusobacterium nucleatum associates with stages of colorectal neoplasia development, colorectal cancer and disease outcome", *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, vol.33, no. 8, pp. 1381-1390.
- Foo, A.S., Thia, J.J., Ng, Z.P., Fong, N.P. & Koh, G.C. 2012, "Colorectal cancer screening: the effectiveness of education on its barriers and acceptability", *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, vol. 24, no. 4, pp. 595-609.
- Friedemann-Sánchez, G., Griffin, J.M. & Partin, M.R. 2007, "Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs¹", *Health Expectations*, vol. 10, no. 2, pp. 148-160.
- Geiger, T.M., Miedema, B.W., Geana, M.V., Thaler, K., Rangnekar, N.J. & Cameron, G.T. 2008, "Improving rates for screening colonoscopy: Analysis of the health information national trends survey (HINTS I) data", *Surgical endoscopy*, vol. 22, no. 2, pp. 527-533.
- Green, A.R., Peters-Lewis, A., Percac-Lima, S., Betancourt, J.R., Richter, J.M., Janairo, M.R., Gamba, G.B. & Atlas, S.J. 2008, "Barriers to screening colonoscopy for low-income Latino and white patients in an urban community health center", *Journal of general internal medicine*, vol. 23, no. 6, pp. 834-840.

- Green, L.W. 1987, "How physicians can improve patients' participation and maintenance in self-care", *The Western journal of medicine*, vol. 147, no. 3, pp. 346-349.
- Greisinger, A., Hawley, S.T., Bettencourt, J.L., Perz, C.A. & Vernon, S.W. 2006, "Primary care patients' understanding of colorectal cancer screening", *Cancer detection and prevention*, vol. 30, no. 1, pp. 67-74.
- Han, Y.W. 2014, "Oral Bacteria as Drivers for Colorectal Cancer", *Journal of Periodontology*, posted online on February 28, 2014, (doi:10.1902/jop.2014.140039).
- Han, Y.W. & Wang, X. 2013, "Mobile microbiome: oral bacteria in extra-oral infections and inflammation", *Journal of dental research*, vol. 92, no. 6, pp. 485-491.
- Hannöver, W. 2013 "Steigerung der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen im Rahmen der zahnärztlichen Prävention", persönliche Mitteilung.
- Harewood, G.C., Wiersema, M.J. & Melton III, L.J. 2002, "A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy", *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 97, no. 12, pp. 3186-3194.
- He, J. & Efron, J.E. 2011, "Screening for Colorectal Cancer", *Advances in Surgery*, vol. 45, no. 1, pp. 31-44.
- Heidenreich, T. & Hoyer, J. 2001, "Stadien der Veränderung bei Substanzmissbrauch und-abhängigkeit: Eine methodenkritische Übersicht", *SUCHT-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis/Journal of Addiction Research and Practice*, vol. 47, no. 3, pp. 158-170.
- Heilmann, A., Sheiham, A., Watt, R.G. & Jordan, A.R. 2014, "Gemeinsamer Risikofaktorenansatz - Gesundheitsbotschaften neu gedacht", *Zahnärztliche Mitteilungen*, vol. 104, no. 13 A, pp. 30-34.
- Hellwig, E. & Altenburger, M. 2011, "Paradigmenwechsel in der Zahnerhaltung", *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, vol. 54, no. 9-10, pp. 1015-1021.
- Helmert, U. 2003, "Individuelle Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998", *Das Gesundheitswesen*, vol. 65, no. 10, pp. 542-547.
- Hoffmann, W. 2013, "Medizin durch Zahnmediziner", *IGZ – Die Alternative, Mitteilungsblatt der Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände Deutschland IGZ e.V.*, vol. 19, no. 1, pp. 28-29.
- Hope, R.A., Longmore, J.M., McManus, S. & Wood-Allum, C. 1998, *Oxford handbook of clinical medicine*, ed. Hope, R.A., Oxford University Press Oxford, Oxford.
- Hulscher, M.E., van Drenth, B.B., Mookink, H.G., van der Wouden, J.C. & Grol, R.P. 1997, "Barriers to preventive care in general practice: the role of organizational and attitudinal factors", *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 47, no. 424, pp. 711-714.
- Humphris, G. M., Ireland, R. S. & Field, E. A. 2001, "Immediate knowledge increase from an oral cancer information leaflet in patients attending a primary health care facility: a randomised controlled trial", *Oral oncology*, vol. 37, no.1, pp. 99-102.

- Hüppe, D., Lemberg, L. & Felten, G. 2004, "Effectiveness and patient tolerance of screening colonoscopy -- first results", *Zeitschrift für Gastroenterologie*, vol. 42, no. 7, pp. 591-598.
- Hussein, R., Walter, U. & Schneller, T. 2013, "Ausübung und Ausbau der Prophylaxe in deutschen Zahnarztpraxen: ein Vergleich der Ergebnisse von 2000 und 2009", *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, vol. 68, no. 1, pp. 30-37.
- Imperiale, T.F., Wagner, D.R., Lin, C.Y., Larkin, G.N., Rogge, J.D. & Ransohoff, D.F. 2002, "Results of screening colonoscopy among persons 40 to 49 years of age", *New England Journal of Medicine*, vol. 346, no. 23, pp. 1781-1785.
- Jandorf, L., Ellison, J., Villagra, C., Winkel, G., Varela, A., Quintero-Canetti, Z., Castillo, A., Thélémaque, L., King, S. & DuHamel, K. 2010, "Understanding the barriers and facilitators of colorectal cancer screening among low income immigrant Hispanics", *Journal of immigrant and minority health*, vol. 12, no. 4, pp. 462-469.
- Janz, N.K., Wren, P.A., Schottenfeld, D. & Guire, K.E. 2003, "Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study", *Preventive medicine*, vol. 37, no. 6, pp. 627-634.
- Jones, R.M., Woolf, S.H., Cunningham, T.D., Johnson, R.E., Krist, A.H., Rothenich, S.F. & Vernon, S.W. 2010, "The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, no. 5, pp. 499-507.
- Kay, E. & Locker, D. 1996, "Is dental health education effective? A systematic review of current evidence", *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 24, no. 4, pp. 231-235.
- Klabunde, C.N., Schenck, A.P. & Davis, W.W. 2006, "Barriers to colorectal cancer screening among Medicare consumers", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 30, no. 4, pp. 313-319.
- Kolligs, F. 2014, "Darmkrebscreening: Auf dem Weg zur Individualisierung", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 111, no. 6, pp. A218 / B-186 / C-182.
- Kostic, A.D., Chun, E., Robertson, L., Glickman, J.N., Gallini, C.A., Michaud, M., Clancy, T.E., Chung, D.C., Lochhead, P. & Hold, G.L. 2013, "Fusobacterium nucleatum potentiates intestinal tumorigenesis and modulates the tumor immune microenvironment", *Cell host & microbe*, vol. 14, no. 2, pp. 207-215.
- Lasser, K.E., Murillo, J., Medlin, E., Lisboa, S., Valley-Shah, L., Fletcher, R.H., Emmons, K.M. & Ayanian, J.Z. 2009, "A multilevel intervention to promote colorectal cancer screening among community health center patients: results of a pilot study", *BMC Family Practice*, vol. 10, no. 1, pp. 37.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.0, AWMF Registrierungsnummer: 021-007OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> (abgerufen am 21.01.2014).
- Levin, D.N., Cleeland, C.S. & Dar, R. 1985, "Public attitudes toward cancer pain", *Cancer*, vol. 56, no. 9, pp. 2337-2339.
- Ling, B.S., Schoen, R.E., Trauth, J.M., Wahed, A.S., Eury, T., Simak, D.M., Solano, F.X. & Weissfeld, J.L. 2009, "Physicians encouraging colorectal screening: a randomized controlled trial of enhanced

- office and patient management on compliance with colorectal cancer screening", *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, no. 1, pp. 47-55.
- Madlensky, L., Esplen, M.J., Gallinger, S., McLaughlin, J.R. & Goel, V. 2003, "Relatives of colorectal cancer patients: factors associated with screening behavior", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, no. 3, pp. 187-194.
- Madlensky, L., Esplen, M.J. & Goel, V. 2004, "Reasons given by relatives of colorectal cancer patients for not undergoing screening", *Preventive medicine*, vol. 39, no. 4, pp. 643-648.
- Mandel, J.S., Bond, J.H., Church, T.R., Snover, D.C., Bradley, G.M., Schuman, L.M. & Ederer, F. 1993, "Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood", *New England Journal of Medicine*, vol. 328, no. 19, pp. 1365-1371.
- Manne, S., Markowitz, A., Winawer, S., Guillem, J., Meropol, N.J., Haller, D., Jandorf, L., Rakowski, W., Babb, J. & Duncan, T. 2003, "Understanding intention to undergo colonoscopy among intermediate-risk siblings of colorectal cancer patients: a test of a mediational model", *Preventive medicine*, vol. 36, no. 1, pp. 71-84.
- McCaffery, K., Borril, J., Williamson, S., Taylor, T., Sutton, S., Atkin, W. & Wardle, J. 2001, "Declining the offer of flexible sigmoidoscopy screening for bowel cancer: a qualitative investigation of the decision-making process", *Social science & medicine*, vol. 53, no. 5, pp. 679-691.
- McClure, W. 1976, "The medical care system under national health insurance: four models", *Journal of health politics, policy and law*, vol. 1, no. 1, pp. 22-68.
- Menees, S.B., Inadomi, J.M., Korsnes, S. & Elta, G.H. 2005, "Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening", *Gastrointestinal endoscopy*, vol. 62, no. 2, pp. 219-223.
- Menon, U., Champion, V.L., Larkin, G.N., Zollinger, T.W., Gerde, P.M. & Vernon, S.W. 2003, "Beliefs associated with fecal occult blood test and colonoscopy use at a worksite colon cancer screening program", *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 45, no. 8, pp. 891-898.
- Mensink, G. 1999, "Körperliche Aktivität", *Gesundheitswesen, Sonderheft*, vol. 61, no. 2, pp. S126-S131.
- Metelmann, H.R., Arbeitsgruppe Cancer Politics 2007, „Im Mittelpunkt die Angst“, *Zahnärztliche Mitteilungen*, vol. 97, no. 18, pp. 128-131
- Messina, C.R., Lane, D.S. & Colson, R.C. 2009, "Colorectal cancer screening among users of county health centers and users of private physician practices", *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, vol. 124, no. 4, pp. 568-578.
- Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B. & Reich, E. 2010, "Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie", *IDZ-Information*, vol. 1.

- Micheelis, W. & Süßlin, W. 2012, "Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011 ", *IDZ-Information*, vol. 1.
- Micheelis, W., Schiffner, U. & Hoffmann, T. 2006, *Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV): Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005*, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV.
- Miles, A., Rainbow, S. & von Wagner, C. 2011, "Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in England", *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, vol. 20, no. 10, pp. 2132-2140.
- Niederdeppe, J. & Levy, A.G. 2007, "Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors", *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, vol. 16, no. 5, pp. 998-1003.
- Nienhoff, J. 2006, "Sozialmedizin systematisch (1.Ausg.)", *UNI-MED Verlag, Bremen*, , pp. 152, Z. 2-5.
- Oesterreich, D. 2014, "Verantwortung für die Gesellschaft – Soziales Engagement der Zahnärzteschaft", *IGZ – Die Alternative, Mitteilungsblatt der Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände Deutschland IGZ e.V.*, vol. 20, no. 2, pp. 4-6.
- Oesterreich, D. & Ziller, S. 2014, "Zahnmedizinische Prävention - Erfolge, Wirksamkeit und Herausforderungen am Beispiel der Kariesprophylaxe" in *Prävention - Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Report Versorgungsforschung.*, eds. R. Henke, P.C. Scriba & F. Zepp, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, pp. 133-145.
- Oesterreich, D. & Ziller, S. 2006, "Präventionsorientierte Zahn-, Mund-und Kieferheilkunde—wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang" in *Prävention* Springer, pp. 553-574.
- Palmer, R.C., Midgette, L.A. & Dankwa, I. 2008, "Colorectal cancer screening and African Americans: findings from a qualitative study", *Cancer Control*, vol. 15, no. 1, pp. 72.
- Pearce, M. & Catleugh, M. 2013, "Are general dental practitioners providing best practice in prevention in everyday general practice?", *Primary dental journal*, vol. 2, no. 3, pp. 38-43.
- Percac-Lima, S., Grant, R.W., Green, A.R., Ashburner, J.M., Gamba, G., Oo, S., Richter, J.M. & Atlas, S.J. 2009, "A culturally tailored navigator program for colorectal cancer screening in a community health center: a randomized, controlled trial", *Journal of general internal medicine*, vol. 24, no. 2, pp. 211-217.
- Peterson, N.B., Dwyer, K.A., Mulvaney, S.A., Dietrich, M.S. & Rothman, R.L. 2007, "The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior", *Journal of the National Medical Association*, vol. 99, no. 10, pp. 1105-1112.
- Pignone, M., Saha, S., Hoerger, T. & Mandelblatt, J. 2002, "Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the US Preventive Services Task Force", *Annals of Internal Medicine*, vol. 137, no. 2, pp. 96-104.

- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. 1997, "The transtheoretical model of health behavior change", *American journal of health promotion*, vol. 12, no. 1, pp. 38-48.
- Rawl, S.M., Menon, U., Champion, V.L., Foster, J.L. & Skinner, C.S. 2000, "Colorectal cancer screening beliefs", *Cancer practice*, vol. 8, no. 1, pp. 32-37.
- Renner, B. & Hahn, A. 2009, "Stereotype Vorstellungen über eine gefährdete Person und unrealistisch optimistische Risikoeinschätzungen", Konstanz: *Bibliothek der Universität Konstanz*, Zuerst ersch. in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4 (1996), 3, pp. 220-240
- Richter-Kuhlmann, E. 2013, "Darmkrebs-Screening nach 2016", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 110, no. 46, pp. C1865.
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18.Juni 2009, in Kraft getreten am 3.Oktober 2009, "§37; III. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom", vol. Bundesanzeiger 2009, Nr.148a, zuletzt geändert am 16.Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011, pp. 28-35.
- Riens, B., Schäfer, M. & Altenhofen, L. 2011, "Teilnahmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich", Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.
- Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Berlin, 2013, "Krebs in Deutschland 2009/2010.", vol. 9, pp. 36-39.
- Robinson, C.M., Cassells, A.N., Greene, M.A., Beach, M.L., Tobin, J.N. & Dietrich, A.J. 2011, "Barriers to colorectal cancer screening among publicly insured urban women: no knowledge of tests and no clinician recommendation", *Journal of the National Medical Association*, vol. 103, no. 8, pp. 746-753.
- Rosenstock, I.M. 1966, "Why people use health services", *The Milbank Memorial Fund quarterly*, vol. 44, no.3, pp. 94-127.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. & Becker, M.H. 1988, "Social learning theory and the health belief model", *Health Education & Behavior*, vol. 15, no. 2, pp. 175-183.
- Rubinstein, M.R., Wang, X., Liu, W., Hao, Y., Cai, G. & Han, Y.W. 2013, "Fusobacterium nucleatum promotes colorectal carcinogenesis by modulating E-cadherin/Beta-catenin signaling via its unique FadA adhesin", *Cell host & microbe*, vol. 14, no. 2, pp. 195-206.
- Schäfer M, Althofen, L. & Graf von Stillfried, D. 2012, "Darmkrebsprävention: Teilnahmeraten stagnieren - mehr Information erforderlich", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 109, no. 11, pp. A528-A530.
- Schwarzer, R. 2008, "Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors", *Applied Psychology*, vol. 57, no. 1, pp. 1-29.
- Schwarzer, R. 1992, "Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model", ed Schwarzer, R., in: *Self-Efficacy - Thought Control of Action*, Hemisphere Publishing Corp Washington, DC, xiv, pp. 217-243.

- Sekiguchi, M., Matsuda, T., Tamai, N., Sakamoto, T., Nakajima, T., Otake, Y., Kakugawa, Y., Murakami, Y. & Saito, Y. 2012, "Cost-effectiveness of total colonoscopy in screening of colorectal cancer in Japan", *Gastroenterology research and practice*, vol. 2012, doi:10.1155/2012/728454.
- Shaukat, A., Mongin, S.J., Geisser, M.S., Lederle, F.A., Bond, J.H., Mandel, J.S. & Church, T.R. 2013, "Long-term mortality after screening for colorectal cancer", *New England Journal of Medicine*, vol. 369, no. 12, pp. 1106-1114.
- Sheiham, A. & Watt, R.G. 2000, "The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health", *Community dentistry and oral epidemiology*, vol. 28, no. 6, pp. 399-406.
- Sieg, A. & Brenner, H. 2007, "Cost-saving analysis of screening colonoscopy in Germany", *Zeitschrift für Gastroenterologie*, vol. 45, no. 9, pp. 945-951.
- Somainsi, B. 1989, "Strategien zur Verhaltensänderung", *AIDS und HIV-Infektion. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis*, ecomed, Landsberg aL, pp. 1-17.
- Stockwell, D.H., Woo, P., Jacobson, B.C., Remily, R., Syngal, S., Wolf, J. & Farraye, F.A. 2003, "Determinants of colorectal cancer screening in women undergoing mammography", *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 98, no. 8, pp. 1875-1880.
- Sutton, S. 2008, "How does the health action process approach (HAPA) bridge the intention-behavior gap? An examination of the model's causal structure", *Applied Psychology*, vol. 57, no. 1, pp. 66-74.
- Sutton, S., Wardle, J., Taylor, T., McCaffery, K., Williamson, S., Edwards, R., Cuzick, J., Hart, A., Northover, J. & Atkin, W. 2000, "Predictors of attendance in the United Kingdom flexible sigmoidoscopy screening trial", *Journal of medical screening*, vol. 7, no. 2, pp. 99-104.
- SVR-Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, "Koordination und Qualität im Gesundheitswesen", <http://dip.bundestag.de/btd/15/056/1505670.pdf> (abgerufen am 10.02.2014).
- Swan, J., Breen, N., Graubard, B.I., McNeel, T.S., Blackman, D., Tangka, F.K. & Ballard-Barbash, R. 2010, "Data and trends in cancer screening in the United States", *Cancer*, vol. 116, no. 20, pp. 4872-4881.
- Taouqi, M., Ingrand, I., Beauchant, M., Migeot, V. & Ingrand, P. 2010, "Determinants of participation in colonoscopic screening by siblings of colorectal cancer patients in France", *BMC cancer*, vol. 10, no. 1, pp. 355.
- Underhill, M.L. & Kiviniemi, M.T. 2012, "The association of perceived provider-patient communication and relationship quality with colorectal cancer screening", *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, vol. 39, no. 5, pp. 555-563.
- US Department of Health and Human Services 2002, "Physical activity fundamental to preventing disease", US Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Washington DC. <http://aspe.hhs.gov/health/reports/physicalactivity/> (abgerufen am 10.02.2014).

- van Rijn, J.C., Reitsma, J.B., Stoker, J., Bossuyt, P.M., van Deventer, S.J. & Dekker, E. 2006, "Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review", *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 101, no. 2, pp. 343-350.
- Vincent, J., Hochhalter, A.K., Broglio, K. & Avots-Avotins, A.E. 2011, "Survey respondents planning to have screening colonoscopy report unique barriers", *The Permanente Journal*, vol. 15, no. 1, pp. 4-11.
- Wahab, S., Menon, U. & Szalacha, L. 2008, "Motivational interviewing and colorectal cancer screening: a peek from the inside out", *Patient education and counseling*, vol. 72, no. 2, pp. 210-217.
- Wardle, J., Sutton, S., Williamson, S., Taylor, T., McCaffery, K., Cuzick, J., Hart, A. & Atkin, W. 2000, "Psychosocial influences on older adults' interest in participating in bowel cancer screening", *Preventive medicine*, vol. 31, no. 4, pp. 323-334.
- Wee, C.C., McCarthy, E.P. & Phillips, R.S. 2005, "Factors associated with colon cancer screening: the role of patient factors and physician counseling", *Preventive medicine*, vol. 41, no. 1, pp. 23-29.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. & Sutton, S.R. 1998, "Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues.", *Health Psychology*, vol. 17, no. 3, pp. 290.
- Weitzman, E.R., Zapka, J., Estabrook, B. & Goins, K.V. 2001, "Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal cancer screening", *Preventive medicine*, vol. 32, no. 6, pp. 502-513.
- Whitlock, E.P., Lin, J.S., Liles, E., Beil, T.L. & Fu, R. 2008, "Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the US Preventive Services Task Force", *Annals of Internal Medicine*, vol. 149, no. 9, pp. 638-658.
- Winawer, S.J., Zauber, A.G., Ho, M.N., O'Brien, M.J., Gottlieb, L.S., Sternberg, S.S., Waye, J.D., Schapiro, M., Bond, J.H. & Panish, J.F. 1993, "Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy", *New England Journal of Medicine*, vol. 329, no. 27, pp. 1977-1981.
- Winawer, S., Fletcher, R., Rex, D., Bond, J., Burt, R., Ferrucci, J., Ganiats, T., Levin, T., Woolf, S. & Johnson, D. 2003, "Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale—update based on new evidence", *Gastroenterology*, vol. 124, no. 2, pp. 544-560.
- Witton, R.V. & Moles, D.R. 2013, "Barriers and facilitators that influence the delivery of prevention guidance in health service dental practice: a questionnaire study of practising dentists in Southwest England", *Community dental health*, vol. 30, no. 2, pp. 71-76.
- Young, W.F., McGloin, J., Zittleman, L., West, D.R. & Westfall, J.M. 2007, "Predictors of colorectal screening in rural Colorado: testing to prevent colon cancer in the high plains research network", *The Journal of Rural Health*, vol. 23, no. 3, pp. 238-245.
- Zamanzadeh, V., Rahmani, A., Valizadeh, L., Ferguson, C., Hassankhani, H., Nikanfar, A. & Howard, F. 2013, "The taboo of cancer: the experiences of cancer disclosure by Iranian patients, their family members and physicians", *Psycho-Oncology*, vol. 22, no. 2, pp. 396-402.
- Ziller, S., Micheelis, W., Oesterreich, D. & Reich, E. 2006, "Goals for oral health in Germany 2020", *International dental journal*, vol. 56, no. 1, pp. 29-32.
- Zok, K. 2005, "Bonusprogramme und Zusatzversicherungen in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter 3.000 GKV-Mitgliedern", *WIdO Monitor*, vol. 2, no. 1, pp. 1-7.

11 ANLAGEN

Interview Teil 1

Motivationskampagnen in der zahnärztlichen Praxis zur verstärkten Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen - *Grundsätzliche Einstellung von Patientinnen und Patienten*

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
1	Beratung zur Darmkrebsvorsorge ist ein Thema, das in zahnärztliche Versorgung passt.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
2	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein fachfremdes Thema und hat keinen Platz in der zahnärztlichen Praxis.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
3	Als Gesundheitsexperten sollten Zahnärzte generell auch Erkrankungen außerhalb des Mundraums betrachten.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
4	Erkrankungen außerhalb des Mundraums sollten nur angesprochen werden, wenn sie dem Arzt direkt ins Auge fallen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
5	Eine Beratung zur Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien passt nicht nur in die zahnärztliche Praxis, sie sollte dort zu den festen Aufgaben zählen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
6	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge durch meinen Zahnarzt generell wünschen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
7	Ich würde mir eine solche Beratung zur Darmkrebsvorsorge nur unter bestimmten Bedingungen wünschen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
8	Ein verantwortungsvoller Zahnarzt klärt immer über Gesundheitsrelevante Dinge auf, auch wenn sie nicht die Mundgesundheit betreffen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
9	Ich erwarte eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge in der zahnärztlichen Praxis.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
10	Das ist ein brisantes Thema, über das ich lieber nicht mit meinem Zahnarzt sprechen würde.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
11	Ich würde eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge von meinem Zahnarzt gern annehmen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
12	Mir wäre es unangenehm, wenn mein Zahnarzt mit mir über das Thema Darmkrebs sprechen wollte.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
13	Ich wäre dankbar für eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
14	Das Thema Darmkrebsvorsorge ist ein Tabuthema für mich.					

Interview Teil 2

Motivationskampagnen in der zahnärztlichen Praxis zur verstärkten Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen - Konkrete Vorstellungen von Patientinnen und Patienten

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
15	Eine Broschüre zum Thema Darmkrebsvorsorge würde ich gern von meinem Zahnarzt persönlich bekommen.					
16	Ich würde Filme auf Tablet-PCs oder Wartezimmer TV zum Thema Darmkrebsvorsorge gut finden.					
17	Mit technischen Neuheiten wie Tablet-PCs gehe ich nicht gern um. Ein Wartezimmer TV empfinde ich unpassend.					
18	Mir wäre ein persönliches Beratungsgespräch mit meinem Zahnarzt zur Darmkrebsvorsorge lieber als eine Broschüre.					
19	Eine persönliche Beratung wäre mir durch einen Facharzt lieber.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
20	Am besten wäre es für mich, wenn ich Filme, Broschüren und eine Beratung bekäme.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
21	Mir reicht es aus, wenn mein Zahnarzt mir eine Empfehlung mit auf den Weg gibt.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
22	Broschüren oder Filme zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
23	Eine persönliche Beratung zur Darmkrebsvorsorge könnte ich mit dem Praxispersonal besprechen.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
24	Eine Beratung zur Darmkrebsvorsorge müsste mehr als fünf Minuten dauern. keine quantitative Erfassung					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unent- schieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
25	Eine Beratung zur Darmkrebsvor- sorge müsste mehr als zehn Minu- ten dauern. siehe vorher					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unent- schieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
26	Eine Beratung zur Darmkrebsvor- sorge wäre am günstigsten, bevor mit der Behandlung begonnen würde.					

		stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unent- schieden	stimme zu	stimme voll und ganz zu
27	Eine Beratung zur Darmkrebsvor- sorge wäre am günstigsten, nach- dem die Behandlung abgeschlos- sen wäre.					

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum: 25. Juli 2014

Unterschrift

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich in besonderer Weise beim Fertigstellen dieser Arbeit unterstützt haben.

Herrn Prof. Dr. Wolfgang Sümnick bin ich sehr dankbar dafür, dass er sich des Themas und meiner Arbeit angenommen hat. Bereits in seiner zahnärztlichen Ausbildungszeit war ihm das Thema „Früherkennung von Karzinomen“ ein pflichtgemäßes Anliegen des Stationsdienstes in der Kieferchirurgie.

Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, der als Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer - und hier zuständig für den Bereich Prävention - in vielerlei Hinsicht die inhaltliche und wissenschaftliche Verbindung hergestellt hat zwischen Krebsvorsorge und zahnärztlichem Versorgungsalltag.

Herrn PD Dr. Dr. Wolfgang Hannover danke ich sehr für die Supervision bei der Erstellung der Fragensammlung und ihrer Auswertung und für die eingehende Beratung zu den psychologischen Aspekten eines derartigen Präventionsansatzes in der Zahnarztpraxis.

Herr Professor Dr. Markus M. Lerch hat mir sehr geholfen, den nötigen fachlichen Hintergrund zur Früherkennung von Darmkrebs zu entwickeln, dafür möchte ich herzlich danken.

Darüber hinaus hat er mir geholfen, Verbindung aufzunehmen und Beratung zu erhalten von Prof. Martin Freeman, Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, University of Minnesota, Minneapolis, USA und zu Dr. Aasma Shaukat, Minneapolis Veterans Affairs Health Care System, Department of Gastroenterology, Minneapolis, USA. Für die Gespräche, die ich mit beiden Experten für Darmkrebs führen durfte während meines Aufenthaltes an der University of Minnesota und für ihre wertvollen Impulse bin ich sehr dankbar.