Darmkrebsvorsorge: Wie kann die Akzeptanz in der Bevölkerung erhöht werden?

Mit dem Ziel einer erhöhten Teilnahmerate bei der Darmkrebsvorsorge machen Stiftungen und Krankenkassen durch ihre Aktivitäten auf das Thema aufmerksam. Für die Akzeptanz spielt die Kommunikation der Ratsuchenden mit den Ärzten eine große Rolle.

Die Rolle der Stiftungen und der Krankenkassen bei der Akzeptanzsteigerung


Gründung und Aktivitäten der Stiftungen


Sie sind ferner Schirmherren (KolosSal-, Dachs-Studie) oder sogar mitbeteilt an wissenschaftlichen Studien zur Versorgungsforschung (FAMKOL-Studie), die z.T. vom Bundesgesundheitsministerium mitfinanziert werden.

### Aktivitäten der Krankenkassen


### Aktionen


### Einführung eines Einladungsverfahrens

Mit der politischen Entscheidung für das KFRG wird sich die Landschaft der Voraussicht nach deutlich verändern. Zahlreiche Krankenkassen greifen im Rahmen von Modellprojekten das bundesweit vorgesehene Einladungsverfahren bereits jetzt auf und versuchen, Vorreiter zu sein – wie z.B. die BKK bzw. die Barmer GKE, die ein solches Projekt in Bayern begonnen hat.

### Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung

**Qualifizierte Information** Es bleibt aber ganz entscheidend festzuhalten, dass auch nach Einführung eines organisierten Einladungsverfahrens die qualifizierte Information die zentrale Rolle spielen wird. So haben die Stiftung LebensBlicks, die Universitätsmedizin Mannheim und das DKFZ im Rahmen des Workshops Anfang 2014 die „Mannheimer Erklärung zur zielgruppen- und spezifischen Bevölkerungsinformation“ formuliert, die den Diskussionen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen Rah.
men für das neue KFRG geben kann [12]. An dieser Erklärung haben neben den Stiftungen auch gerade die Krankenkassen und die Politik sowie viele Fachexperten mitgewirkt.

Aufmerksamkeit schaffen. Die qualifizierte Information ist das eine; ungeachtet dessen bleibt es aber Aufgabe v.a. der Stiftungen weiterhin nicht darin nachzulassen, das Thema Darmkrebs nicht aufdringlich, aber doch konstant als Grundrisschen im Fokus zu halten. Wer vielfach Arzt-Patienten-Seminare organisiert bzw. als Referent dort mitgewirkt hat, weiß, mit welch Bedeutung dieses Themas für viele Menschen.


Zwischenfazit


Die Rolle der Ärzte und Ärztinnen bei der Akzeptanzsteigerung

Die Beziehung zwischen Arzt und Mensch (nicht Patient)

Von der Arzt-Patienten-Beziehung ist die Beziehung im Falle der Beratung zu einer Vorsorgeleistung zu unterscheiden. Während der Patient den Arzt aufsucht, um Hilfe in einem akuten oder chronischen Krankheitsprozess mit Symptomen zu erhalten, spricht der Arzt, der nach Vorsorge fragt, aus einer gesunden persönlichen Verfassung heraus den Arzt an.

Definitionsgemäß ist die persönliche Situation bei Primär- und Sekundärprävention bei der Darmkrebsvorsorge (Primärprävention) und Früherkennung (Sekundärprävention) nicht mit Symptomen verbunden. Dies ist ein wesentlicher Grund für die Durchführung der Früherkennung bei Darmkrebs, da die bereits vorhandenen Vorstufen einer Krebsentwicklung nicht zu Symptomen führen, aber existieren und in einem unbekannten Zeitintervall mit großer Wahrscheinlichkeit zu Darmkrebs führen könnten.

Im Falle der Arzt-Patienten-Beziehung erleidet der Patient durch die Krankheit und ihre Symptome einen Autonomieverlust. Es entsteht eine ungewollte Abhängigkeit von Entscheidungen, die der Patient auf Anraten oder Handeln des Arztes zu treffen hat. Im Falle der Beratung zu Vorsorge oder Früherkennungsmaßnahmen besteht seitens des Ratsuchenden kein Autonomieverlust.

Im Gegensatz zur Arzt-Patienten-Beziehung ist die Beziehung zwischen der Person, die nach Vorsorge und Früherkennung fragt, und dem Arzt, der um Auskunft gebeten wird, gleichberechtigt und gleichgewichtet.

Diese Situation ist grundsätzlich für Ärzte fremd und erfordert eine besondere Fortbildung in der Wahrnehmung dieser Situation und dem Umgang mit einer gleichberechtigten und ggf. gleichinformierten Person.

Die Arzt-Mensch-Kommunikation


Der Arzt-Mensch-Kommunikation kommt eine Schlüsselfunktion bei der Akzeptanz oder Ablehnung der Prädvention zu.

In den Grundzügen dieser Kommunikation spielen persönliche, sozio-demografische, kulturelle, bildungs- und ausbildungsbedingte und kognitive Faktoren eine Rolle. Letztendlich ist der Aus- und Abgleich dieser Faktoren in der Verständigung zwischen Person und Arzt das entscheidende Element einer gut gestalteten Kommunikation. Die verschiedenen Ebenen der Kommunikation mit dem Ergebnis der Entscheidung werden u.a. besprochen als

- paternalistisch
- der Arzt als perfekter Ratgeber
- Shared-Decision-Making
- informierte Entscheidung [14]

Den meisten Ärzten ist die Ebene der paternalistischen Funktion vertraut. Schon seltener nehmen sie die Rolle des perfekten Ratgebers ein und noch seltener üben sie das Shared-Decision-Making und die informierte Entscheidung aus.

Einfluss des Internets

Als problematisch hat sich in der Vergangenheit die Überlagerung durch öffentliche Erkenntnisquellen, wie z.B. das Internet, gezeigt, das diese Kommunikationssebenen beeinflusst und wie ein Störfaktor wirken kann. Insbesondere ist dabei die unkritische und ungeprüfte Information ein Faktor, der aufseiten der rasanten Personen zu Ängsten oder nicht erfüllbaren Erwartungen führt. Gerade in diesen Fällen ist eine Kommunikation wichtig, die auf die persönliche Risikokonstellation Rücksicht nimmt und wirksam die informierte Entscheidung zur Teilnahme an einem Screeningverfahren unterstützt [15].

Einfluss der Kommunikationsart

Die Art der Kommunikation hat ebenfalls entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz der Darmkrebsfrüherkennung. So konnte gezeigt werden, dass die Schilde rung von Patientengeschichten und die Darstellung der Folgen der Krebskrankung mit Leiden, Tod und Operation zu einer Steigerung der Teilnahmemeraten führt [16].

Einfluss kognitiver und sozio-demografischer Faktoren

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der den Ausgang der Kommunikation zur informierten Entscheidung beeinflusst, ist die cognitive und sozio-demografische Situation der Person. So können zwar noch 90% der über die Koloskopie aufgeklärten Personen den Nutzen einer Koloskopie benennen, jedoch sind nur 50% bzw. 25% in
Die Aufgabe des G-BA zur Umsetzung des KFRG


Fazit


Zur Person


Dr. med. Berndt R. Birkner, Gastroenterologe am Max Weber Platz, München. Zusatzqualifikationen in Medizinischer Informatik und Qualitätsmanagement; Fellowships: AGAF, FACP, FASGE, FEBG.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Glück hilft nicht. 
Unsere Trainings schon.


- Einfach und schnell den richtigen Stent finden
- Ihr Arbeitsumfeld optimal vorbereiten
- Stents sicher implantieren und repositionieren

MICRO-TECH Europe More than you expect.