

Aus der  
Klinik und Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie  
Direktor: Prof. Dr. med. dent. Hermann Lang



**Behandlungsvermeidung (Health Care Avoidance)  
bei zahnärztlichen Patienten  
- Eine qualitative Studie zur Identifikation und Typisierung -**

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)  
der Medizinischen Fakultät  
der Universität Rostock

vorgelegt von

Isabell Gragoll  
geboren am: 02.09.1996  
in: Neustrelitz, Mecklenburg-Vorpommern

Rostock, 2022

Dekan: Prof. Dr. med. univ. Emil C. Reisinger, MBA

1. Gutachter: Prof. Dr. Hermann Lang

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie;

Universitätsmedizin Rostock

2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Kropp

Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie;

Universitätsmedizin Rostock

3. Gutachter: Prof. Dr. Michelle A. Ommerborn

Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie;

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Tag der Einreichung: 18.04.2022

Tag der Verteidigung: 06.12.2022

*Meinen Eltern*

## **Inhaltsverzeichnis**

1	Einleitung .....	1
1.1	Medizinisches Vermeidungsverhalten .....	2
1.2	Krankheitsbilder und Konsequenzen der medizinischen Vermeidung.....	5
1.3	Komplexität der Einflussgrößen des vermeidenden Verhaltens.....	7
1.4	Relevanz qualitativer Sozialforschung in der Medizin und Zahnmedizin.....	11
1.5	Theoretische Grundlagen der qualitativen Sozialforschung.....	12
1.6	Zielstellung und wissenschaftlicher Beitrag .....	14
2	Material und Methoden.....	17
2.1	Auswahl der Befragten und Feldzugang.....	18
2.1.1	Sampling.....	18
2.1.2	DMFT-Index.....	19
2.2	Ablauf und Durchführung .....	21
2.2.1	Rahmenbedingungen.....	21
2.2.2	Rechtliche Aspekte .....	21
2.2.3	Datenbögen .....	22
2.2.4	Leitfaden .....	22
2.2.5	Interviewselektion .....	22
2.2.6	Transkription .....	23
2.3	Erhebungsmethodik .....	23
2.3.1	Leitfadengestütztes Einzelinterview .....	23
2.3.2	Prinzip der theoretischen Sättigung.....	27
2.3.3	MAXQDA-Software .....	27
2.3.4	Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse.....	27
2.3.5	Kategorienbildung und Kategoriensystem .....	29
2.3.6	Dimensionen .....	33
2.3.7	Kurzportraitgenerierung .....	34
2.3.8	Typenbildende qualitative Inhaltsanalyse.....	35
3	Ergebnisse .....	38

## Inhaltsverzeichnis

---

3.1	Typologie der Zahnarztvermeidung .....	39
3.2	Typ A: Vermeidung durch Distanzierung .....	41
3.2.1	Definition des Vermeidungstypus A.....	41
3.2.2	Subtypus A1: Vermeidung des Zahnarztes durch Nachlässigkeit.....	42
3.2.2.1	Definition des Subtypus A1 (n = 3).....	42
3.2.2.2	Fallkurzportrait Patient LN.....	43
3.2.3	Subtypus A2: Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung.....	45
3.2.3.1	Definition des Subtypus A2 (n = 4).....	45
3.2.3.2	Fallkurzportrait Patientin GK .....	47
3.3	Typ B: Vermeidung durch Enttäuschung .....	49
3.3.1	Definition des Vermeidungstypus B (n = 7) .....	49
3.3.2	Fallkurzportrait Patientin SR.....	51
3.4	Typ C: Vermeidung durch Scham .....	54
3.4.1	Definition des Vermeidungstypus C (n = 2) .....	54
3.4.2	Fallkurzportrait Patientin MW .....	55
3.5	Typ D: Vermeidung durch Angst .....	57
3.5.1	Definition des Vermeidungstypus D (n = 4) .....	57
3.5.2	Fallkurzportrait Patientin KM .....	58
4	Diskussion.....	62
4.1	Methodisches Design.....	63
4.2	Methodische Stärken und Limitationen.....	64
4.3	Neue Erkenntnisse und mögliche Erklärungen.....	66
4.4	Intervention und praktische Relevanz in der Zahnmedizin.....	73
	Zusammenfassung.....	76
	Thesen.....	78
	Anhang.....	I
	Abbildungsverzeichnis .....	XI
	Tabellenverzeichnis .....	XI
	Abkürzungsverzeichnis .....	XII

## Inhaltsverzeichnis

---

Beteiligte niedergelassene Zahnarztpraxen .....	XIII
Lebenslauf .....	XIV
Danksagungen .....	XV
Selbständigkeitserklärung .....	XVII

## 1 Einleitung

Die Mundgesundheit zeichnet sich durch ein intaktes Gebiss, einen gesunden parodontalen Halteapparat und eine funktionell-intakte Mundschleimhaut aus. Sie ermöglicht eine problemlose Nahrungsaufnahme, ein selbstbewusstes Kommunizieren und ist wichtig für das allgemeine Wohlbefinden (Robert-Koch-Institut 2009). Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich die allgemeine Mundgesundheit in den meisten Industrieländern sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen stetig verbessert (Marthaler 2004). Trotz dieser weitreichenden Verbesserung sind Erkrankungen des Mundes und der Zähne nach wie vor verbreitet (Robert-Koch-Institut 2009). Nach Angaben der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie, kennen nur „jedes zweite Kind (45%) und jeder dritte Erwachsene (31%) [...] die Empfehlungen zur Zahnpflege und geben ein gutes Zahnputzverhalten an“ (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016).

Trotz eines zunehmenden medizinischen Bewusstseins in der heutigen Gesellschaft und der Vorzüge moderner Medizin, meiden viele Patienten die gesundheitliche Versorgung, obwohl ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines Arztbesuches durchaus vorhanden ist (Kannan & Veazie 2014). Obgleich die Erkenntnis über bestehende Vermeidungsproblematiken und deren Folgen vorliegt, bleibt diese Entwicklung aus medizinischer Sicht ein nur schwer verständliches Paradoxon. Zu diesem Zeitpunkt liegen nur wenige Studien vor, die sich mit den Hintergründen und Prinzipien des manifestierten Vermeidungsverhaltens solcher Patienten beschäftigen. Insbesondere für den Bereich der zahnmedizinischen Vermeidung sind derartige Studien eine Seltenheit. Auch für den deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Untersuchungen zu diesem Thema. Studien die sich mit der Vermeidung beschäftigen sind bisher überwiegend quantitativ angelegt und beschränken sich auf bestimmte Krankheiten beziehungsweise auf spezifische Fachdisziplinen in der Humanmedizin (Spleen *et al.* 2014; Leyva *et al.* 2020; Rupper *et al.* 2004; Lund-Nielsen *et al.* 2011). Neben medizinischen Studien mit großen Stichproben, die entwickelt wurden um generelle Aussagen über die Patientennutzung des Gesundheitssystems, sowie deren Einflussgrößen und Konstanten zu treffen (Cantor *et al.* 2009; Cornoni-Huntley *et al.* 1993; Institut der Deutschen Zahnärzte 2016), wurden bereits Studien im Hinblick auf Verhaltensmodelle in einem kleineren Umfang entwickelt. Diese ermöglichen unter anderem den Einfluss von Wahrnehmungen und Überzeugungen auf das Gesundheitssystem aus sozialwissenschaftlicher Sicht zu beschreiben (Rosenstock 1974) und können so die Komplexität des Gesundheitsverhaltens greifbarer darstellen (Andersen 2008).

Trotz verschiedenster Forschungsansätze und dem Verständnis der Komplexität des Vermeidungsverhaltens gelang es bisher nur vereinzelt Perspektiven und Erfahrungen einzelner Patienten bezüglich ihrer (zahn-)ärztlichen Vermeidung zu untersuchen. Dies bedeutet, dass weitgehend ungeklärt ist, wie sich individuell zu beobachtende Einflüsse konkret auf die Patienten auswirken und warum diese letztlich zu einem Vermeidungsverhalten führen. Viele Forscher verweisen daher auf die Notwendigkeit qualitativer Forschung, um die vielschichtigen Zusammenhänge der Vermeidung verstehen zu können (Byrne 2008; Spleen *et al.* 2014; Taber *et al.* 2015). Obwohl nach mehr Verständnis durch qualitative medizinische Studien gefordert wird, überwiegt in der Medizin und Zahnmedizin der Hang zu evidenzbasierten Studien, wodurch die Forschung bis heute überwiegend quantitativ ausgerichtet ist (Stewart *et al.* 2008). So bilden randomisierte Kontrollstudien, fragebogenorientierte Umfragen oder Querschnittsstudien bis heute die absolute Mehrzahl der angewandten Forschungsansätze (Craven *et al.* 1994).

### **1.1 Medizinisches Vermeidungsverhalten**

Das Vermeidungsverhalten setzt sich per definitionem zusammen aus „Verhaltensweisen, die gezeigt werden, um einen unangenehmen Reiz zu vermeiden“ (Brunner & Zeltner 1980). Laut dieser Definition versuchen Betroffene einem bestimmten Inhalt oder Thema, welches von ihnen als potentielle Bedrohung angesehen wird, auszuweichen, um sich mit diesem nicht auseinandersetzen oder gar konfrontieren zu müssen. Zumeist ist das Vermeidungsverhalten mit stark unangenehmen und hochgradig aversiven Affekten und Emotionen verknüpft und kann aufgrund der unterschiedlichen Wahrnehmung von Reizen individuell ausgeprägt sein (Sachse & Abegglen 2011). Vermeidungsprozesse können nach Sachse und Abegglen (2011) demnach sowohl automatisiert, als auch mehr oder weniger bewusst oder intentional einsetzen, um sich vor bestimmten Inhalten, Gedanken, Affekten oder Emotionen zu schützen. Zudem beschreiben sie, dass durch eine bestehende Vermeidung eine Auseinandersetzung mit den auslösenden und relevanten Schemata vermieden wird, wodurch das Problem aufrechterhalten und regelrecht konserviert wird.

Auch das medizinische Vermeidungsverhalten beruht auf diesen Erkenntnissen. Grundsätzlich richtet sich die Vermeidung hierbei gegen das Gesundheitssystem und damit verbundenen Vorsorgeuntersuchungen. Notwendige Behandlungen werden von betroffenen Patienten daher, entgegen eines durchaus bestehenden Bewusstseins, oftmals nicht rechtzeitig in Anspruch genommen (Kannan & Veazie 2014). Dies ist der Grund weshalb man im klinischen Alltag immer wieder auf Patienten trifft, die sich erst

dann bei einem Arzt vorstellen, wenn sie sich bereits in einem schlechten Gesundheitszustand befinden.

Diese Problematik bildet in Anbetracht des heute öffentlich zugänglichen Medizinangebots einen Widerspruch in sich und wird daher bereits in verschiedenen Gesundheitssektoren thematisiert (Spleen *et al.* 2014; Leyva *et al.* 2020; Rupper *et al.* 2004; Lund-Nielsen *et al.* 2011). In der Human- und Zahnmedizin konnten bereits verschiedene Einflussgrößen und Faktoren mit der Vermeidung in Zusammenhang gebracht werden. So konnte festgestellt werden, dass bestimmte Konstellationen soziodemografischer Faktoren nachweislich Einfluss auf eine regelmäßige ärztliche und zahnärztliche Vorsorge haben (McGrath *et al.* 2007; Rupper *et al.* 2004; Spleen *et al.* 2014; Hooley *et al.* 2012). Ein vergleichsweise jüngeres Alter, ein niedriges Einkommen oder ein geringerer Bildungsstand konnten mit der Vermeidung medizinischer Angebote in Verbindung gebracht werden (Rupper *et al.* 2004; Persoskie *et al.* 2014). Auch ein ländlicher Wohnsitz korreliert nachweislich mit einer vermeidenden Haltung (Spleen *et al.* 2014; Rupper *et al.* 2004). Neben solch soziodemografischen Variablen konnten daneben bereits komplexere Vermeidungsgründe erfasst werden. So wurde innerhalb quantitativ angelegter Studien festgestellt, dass auch patientenbezogene Faktoren, wie Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (Rupper *et al.* 2004) oder ein subjektiv unzureichend eingeschätzter Gesundheitszustand eine Vermeidungshaltung antreibt (Rupper *et al.* 2004; Spleen *et al.* 2014). Auch fehlendes Bewusstsein über eine Erkrankung, deren mögliche Behandelbarkeit oder die Angst vor einer möglichen Diagnose verleiten Patienten dazu den Arzt zu meiden (Brown *et al.* 2017).

Auch in der Zahnmedizin konnten bereits verschiedene Verhaltensweisen von Vermeidungspatienten beschrieben werden. Eine vermehrt mit der Vermeidung in Zusammenhang gebrachte und zugleich eine der am häufigsten thematisierten Ängste ist die Zahnarztangst (Agras *et al.* 1969; Fiset *et al.* 1989). Zahnarztphobie, als auch Zahnarztangst sind in der klinischen Praxis omnipräsent. Allein in Großbritannien sind Schätzungen nach 36% der Bevölkerung von Zahnarztangst betroffen, weitere 12% leiden unter extremer Zahnarztangst (Hill *et al.* 2013). Auch in Skandinavien haben epidemiologische Erhebungen gezeigt, dass etwa 7-10% der erwachsenen Bevölkerung große Angst vor dem Zahnarzt haben (Fiset *et al.* 1989; Hakeberg *et al.* 1992; Vassend 31). Vor diesem präsenten Hintergrund wurde die Angst vor dem Zahnarzt und zahnärztlichen Behandlungen bereits mehrfach als Vermeidungsfaktor thematisiert (Beaton *et al.* 2014; Abrahamsson *et al.* 2002a; Heyman *et al.* 2016) und gab bereits Anlass dazu, die Entwicklung der Angsthaltung in der jeweiligen Biographie des Patienten verstehen zu wollen (Liddell & Locker 2000). Heute unterscheidet man

zwischen einer klassifizierten pathologischen Zahnarztphobie und einer allgemeinen Zahnarztangst (Hooley *et al.* 2012). Nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* wird schwere Zahnarztangst als spezifische Phobie betrachtet (Widiger *et al.* 1994). Diese ist nach dieser Einteilung als klinisch signifikante Angst anzusehen, die durch die Konfrontation mit einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation ausgelöst wird und zu einem Vermeidungsverhalten führt. Darüber hinaus kann sie für die normalen Alltagsroutinen, die berufliche Tätigkeit und auch soziale Verbindungen eine enorme Beeinträchtigung darstellen (Widiger *et al.* 1994). Die Zahnbehandlungsangst stellt demnach ein wesentliches Problem dar, welches enorme Auswirkungen auf die Gesundheit und den Alltag betroffener Patienten haben kann. Die Angst vor dem Zahnarzt gilt außerdem als enormes Hindernis für die Inanspruchnahme zwingend notwendiger zahnärztlicher Behandlungen, wodurch mögliche Folgen der Erkrankung verschlimmert werden (Freeman 1999).

Obwohl sich die meisten Studien in Bezug auf Zahnarztvermeidung mit der Angst vor zahnärztlichen Behandlungen und den damit in Zusammenhang gebrachten unangenehmen Erfahrungen und traumatischen Erlebnissen beschäftigen, gibt es noch weitere Faktoren, die nachweislich zu einem Vermeidungsverhalten führen. So wurden beispielsweise Faktoren wie das Gefühl mangelnder Kontrolle, Machtlosigkeit und auch das Schamgefühl beschrieben (Moore *et al.* 1991; Locker 2003). Frühere skandinavische Studien verwiesen auf die Existenz von Verlegenheit, Scham und Schuldgefühlen, die sich im Kreislauf von Zahnarztangst wiederfinden lassen und zugleich eine wesentliche Rolle im Hintergrund der Zahnarztvermeidung einnehmen (Moore *et al.* 1991; Berggren & Meynert 1984). Sie vermuteten, dass die Zahnarztangst für eine Zuspitzung der Vermeidungsreaktion sorgt (ebd.). Die durch die Zahnarztangst vermehrt hervorgerufene Unfähigkeit einen Zahnarzt aufzusuchen, führt tatsächlich zu einer Verschlechterung der Mundgesundheit (McGrath & Bedi 2004; Hakeberg *et al.* 1993). Diese wiederum kann zum Entstehen von Scham-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen führen, die dadurch eine Vermeidungshaltung antreiben und schließlich die Angst vor einem erneuten Zahnarztbesuch verstärken können (Berggren & Meynert 1984).

Daneben werden Phänomene der *dentalen Gleichgültigkeit* (Nuttall 1996) und des *Motivationsverhaltens* (Syrjälä *et al.* 1994) beschrieben, welche die Patienten von einer regelmäßigen Zahnpflege- und Zahnarzt-routine abhalten. In einer Umfrage des *Office of Population Censuses and Surveys* wurde Apathie von mehr als einem Viertel der Befragten als Grund für zahnärztliche Nachlässigkeit genannt (Todd *et al.* 1982). Dies wird durch eine schottische Studie unterstrichen, die im Rahmen einer Umfrage zu einer

Gesundheitskampagne feststellte, dass die Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung ein geringeres Vermeidungsproblem für die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung darstellt als Apathie (Craven *et al.* 1994).

## 1.2 Krankheitsbilder und Konsequenzen der medizinischen Vermeidung

Die Distanzierung von der (zahn-)medizinischen Versorgung hat zwangsläufig negative Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der betroffenen Patienten (Moser *et al.* 2006; Richards *et al.* 1999). Sie trägt wesentlich zur Verzögerung der Darstellung und Behandlung von Symptomen bei, die mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einhergehen können (Moser *et al.* 2006; Virani *et al.* 2020; Richards *et al.* 1999; Caplan 2014). Als Folge der Vermeidung werden Krankheiten oft zu spät festgestellt, sodass Therapiemaßnahmen erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium eingeleitet werden können. Frühere Studien haben beispielsweise gezeigt, dass eine Verzögerung bei Vorliegen einer Tumorerkrankung tendenziell mit einem fortgeschrittenen Stadium verbunden ist, was zu einer deutlich schlechteren Überlebenschance führt (Caplan 2014; Richards *et al.* 1999). Auch Erkrankungen, wie ein Diabetes mellitus oder eine arterielle Hypertonie, führen durch die Vermeidung regelmäßiger Arztbesuche, als eine der häufigsten Ursachen, zwangsläufig zu einer dialysepflichtigen chronischen Niereninsuffizienz und damit einer deutlich schlechteren Ausgangslage (Gajjala *et al.* 2015; Weckmann *et al.* 2020).

Chronische Krankheiten sind in der Regel nicht leicht zu heilen und benötigen eine umfassende und langfristige medizinische Betreuung. Statistisch gesehen ist die Mehrheit der in Europa bekannten Krankheiten und Behinderungen chronischer Natur (Ledigo-Quigley *et al.* 2013). Innerhalb der letzten 15 Jahre leiden durchschnittlich 100 Millionen Bürger der europäischen Bevölkerung an einer chronischen Erkrankung, während bei zwei von drei Menschen, die das Rentenalter erreicht haben, mindestens zwei chronischen Erkrankungen nachweisbar sind (ebd.). Neben einem erhöhten Leidensdruck und einer Einschränkung der Lebensqualität, führen nach der Studie von Legido-Quigley *et al.* (2013) Verzögerungen der Therapie zu hohen Behandlungskosten. Zudem unterstrichen sie, dass 70-80% der Gesundheitskosten auf chronische Krankheiten zurückzuführen sind. Nach Legido-Quigley *et al.* entspricht dies 700 Milliarden Euro in der Europäischen Union. Auch der Anteil zahnmedizinischer Erkrankungen, der in diesem Zusammenhang einzuordnen ist, nimmt eine erhebliche Rolle ein. Orale Krankheiten zählen heute zu den häufigsten chronischen Erkrankungen, allein Karies ist nach einem Ranking der Weltgesundheitsorganisation an vierter Stelle

der Behandlungskosten für chronische Erkrankungen weltweit einzuordnen (Petersen *et al.* 2005).

Parodontalerkrankungen tragen ebenso zur weltweiten Belastung der chronischen Erkrankungen bei und haben in Anbetracht vieler Ansätze gemeinsame Risikofaktoren mit anderweitigen chronischen Erkrankungen (Cardoso *et al.* 2018). Sie werden heute mit mehreren allgemeinen systemischen chronischen Entzündungserkrankungen in Zusammenhang gebracht. So ist beispielsweise der Zusammenhang zwischen chronischer Parodontitis und Diabetes seit langem bekannt (Cardoso *et al.* 2018). Es gibt Hinweise dafür, dass das Vorhandensein von Parodontitis die glykämische Kontrolle des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern beeinträchtigt, wodurch das Risiko für andere Komplikationen bei Diabetes erhöht wird (Varon 2007; Borgnakke *et al.* 2015). Daneben konnte die chronische Parodontitis mit einem erhöhten Risiko für verschiedene Neoplasmen, insbesondere Plattenepithelkarzinomen, in Verbindung gebracht werden (Tezal *et al.* 2009). Aufgrund der komplexen Auswirkung parodontaler Erkrankungen, stellen diese neben der weltweiten Belastung chronischer Erkrankungen, gleichzeitig ein Problem der öffentlichen Gesundheit dar (Petersen, P.E., Baehni, P. C. 2012). Eine zahnmedizinische Vorsorge ist demnach zwingend indiziert. Ähnlich, wie bei anderen Körperregionen, kann sich die Gesunderhaltung der Mundhöhle nachweislich positiv auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten auswirken (Cardoso *et al.* 2018).

Die Vermeidung zahnmedizinischer Behandlungen nimmt durch erhebliche Kosten und eine meist langwierige Restauration von kariösen Läsionen eine entscheidende Belastungsrolle ein (Selwitz *et al.* 2007). Demnach wurden über 7% der gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 2007 für zahnärztliche Behandlungen und entsprechenden Zahnersatz ausgegeben (Robert-Koch-Institut 2009). Karies zählt nach wie vor zu den häufigsten nicht übertragbaren chronischen Krankheiten beim Menschen und ist unter anderem eine wichtige Ursache für die Entstehung von Schmerzen und Zahnverlust, sowie der Einschränkung täglicher Aktivitäten oder der Beeinträchtigung emotionaler Stabilität betroffener Patienten (Ledigo-Quigley *et al.* 2013; Institut der Deutschen Zahnärzte 2016).

Mehrere Studien haben gezeigt, dass Zahnarztvermeidung, die durch schwere Zahnarztangst ausgelöst wird, mit einer niedrigen mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden ist (McGrath & Bedi 2004; Hakeberg *et al.* 1993) und sich negativ auf psychosoziale Funktionen auswirkt (Moore *et al.* 1991; Berggren 1993; Hakeberg *et al.* 1993). Hierzu zählen Auswirkungen auf die physiologische, kognitive, verhaltensbezogene, gesundheitliche aber auch soziale Komponente betroffener

Patienten (Cohen *et al.* 2000). Somit haben orale Erkrankungen, die sich manifestiert haben, einen ausgeprägten Einfluss auf das Leben derartiger Patienten. Verschiedenen Berichten zufolge führt die Zahnarztangst zudem zu einer längeren Krankschreibung im Vergleich zu nicht ängstlichen Patienten (Hakeberg & Berggren 1993; Bach). Darüber hinaus führt ein sich verschlechternder Zahnstatus zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens (Berggren & Meynert 1984). Diese Verschlechterung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins wirkt sich wiederum negativ auf die soziale Interaktion der Patienten aus (ebd.). Bei einigen zahnärztlichen Vermeidungspatienten konnte außerdem ein ausgeprägtes Schamgefühl beobachtet werden (Moore *et al.* 2004; Nuttall 1996). Nach Moore *et al.* (2004) äußerte sich dies darin, dass es Patienten nach einer langen Vermeidungsstrecke unangenehm war, die Verzögerung einzugestehen und den Zahnzustand zu offenbaren. Andererseits stellten sie fest, dass das Schamgefühl durch ein gehemmtes Lächeln und Funktionsstörungen in sozialen Situationen nachgewiesen werden konnten. Besonders nach vielen Jahren Vermeidung wurde ein ausgeprägtes Schamgefühl festgestellt, das mit den Jahren der Vermeidung und der Intensität des Mundversteckens korrelierte. Neben Gefühlen wie dem eines schlechten Selbstbildes, schilderten Moore *et al.* in einigen Fällen sogar sozialen Rückzug, Persönlichkeitsveränderungen und Minderwertigkeitskomplexe.

### **1.3 Komplexität der Einflussgrößen des vermeidenden Verhaltens**

Eine Einschränkung bei der Erforschung von medizinischem Vermeidungsverhalten, besteht darin, dass es an Studien mangelt, die die Vermeidung aus der Patientenperspektive betrachten. Die meisten Untersuchungen wurden mit quantitativen oder psychometrischen Instrumenten durchgeführt, die aus der Medizin oder Psychologie übernommen und an den zu erschließenden Bereich der Arzt- oder Zahnarztvermeidung angepasst wurden. Bei der Anwendung solcher quantitativer Methoden besteht jedoch die Gefahr, dass wertvolle Informationen, die ein tieferes Verständnis des komplexen Vermeidungsprozesses wiedergeben können, verloren gehen.

Trotz der Erkenntnis über die bestehende Vermeidungsproblematik und deren Folgen, gibt es bisher in der Medizin und speziell in der Zahnmedizin nur wenige Studien, die sich mit dem Vermeidungsverhalten aus Sicht der Patienten beschäftigen. Ferner wurden Studien mit großen Stichproben entwickelt, um die generelle Nutzung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, sowie deren Einflussgrößen und Konstanten zu erschließen. So ist beispielsweise die *HINTS-Studie* (Cantor *et al.* 2009) darauf ausgerichtet, Patientengruppen zu erschließen, die große Informationslücken in

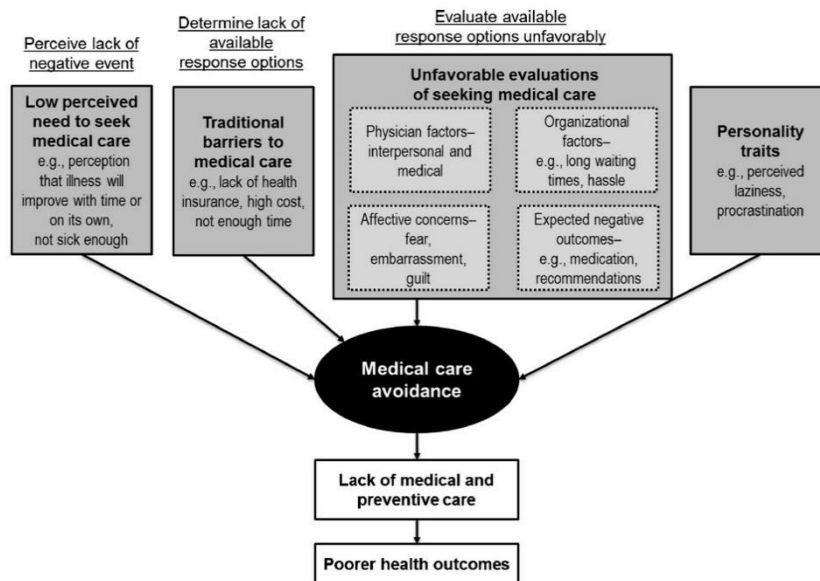
Bezug auf die Gesundheit haben und die Verbreitung von Gesundheitsinformationen in diesen Patientengruppen effektiver zu gestalten. Studien dieser Art dienen daher als wichtige Informationsquellen für Gesundheitsangaben und Konstanten für Gesundheitsverhalten. Ähnliche Studien werden bereits in verschiedenen Ländern durchgeführt, darunter auch China und Deutschland, um möglicherweise länderübergreifende Informationen zu erhalten. Auch Studien, wie die *EPESE-Studie* (Corroni-Huntley *et al.* 1993), die auf die Beschreibung und Identifikation von Prädiktoren, wie Sterblichkeit, Krankenhausaufenthalte und Risikofaktoren von chronischen Krankheiten ausgerichtet ist, vermittelt wichtige quantitativ medizinisch relevante Angaben. Daneben liefern zahnmedizinische Großstudien, wie die fünfte deutsche Mundgesundheitsstudie, *DMS V* (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016), wichtige Informationen und bieten Raum für evidenzbasierte Grundsatzdiskussionen.

Die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens stieß in einigen Fachdisziplinen auf großes Interesse. So wurde beispielsweise im Bereich der Onkologie das Gesundheitsverhalten von Patienten mit Kopf- und Halstumoren (Tromp *et al.* 2005) und das medizinische Vermeidungsverhalten von Patienten mit Darmkrebs (Ristvedt & Trinkaus 2005) untersucht. Auch im Bereich der Zahnmedizin wuchs das Interesse die komplexen Vermeidungsfaktoren zu erschließen. So wurden etwa Studien durchgeführt, die Aufschluss darüber geben sollten, wie psychologische und soziale Faktoren bei Zahnarztangst zusammenwirken und das Vermeidungsverhalten von Patienten beeinflussen (Abrahamsson *et al.* 2002a). Unter anderem wurde auch der Einfluss von Verlegenheitsphänomenen auf eine zahnarztvermeidende Haltung erforscht (Moore *et al.* 2004).

Aufgrund der Komplexität von Faktoren, die eine Vermeidung hervorrufen, wurden verschiedene Verhaltensmodelle entwickelt, um das Vermeidungsverhalten besser erklären zu können. Diese bedienen sich unterschiedlicher Ansätze und Vorgehensweisen und können in Bezug auf das Gesundheitssystem unterschiedlich angewandt werden. Hierbei ist das *Health-Belief-Modell* (Rosenstock 1974) zu nennen, in welchem aus sozialwissenschaftlicher Sicht als eines der ersten Modelle die Anstrengung unternommen wurde, den Einfluss von Wahrnehmungen und Überzeugungen auf das Gesundheitsverhalten zu beschreiben. Auch im *Behavioral Model of Health Services Use* (Andersen 2008) wird die Komplexität des Gesundheitsverhaltens dargestellt. Bei dem *Behavioral Model of Health Services Use* werden von Andersen drei verschiedene Komponenten unterschieden: prädisponierende Faktoren, unterstützende Faktoren und Bedarfsfaktoren (ebd.). Die prädisponierenden Faktoren schließen hierbei beispielsweise das Alter und Geschlecht

des betreffenden Probanden ein. Unterstützende Faktoren, sind nach Andersen (2008) jene Faktoren, die eine medizinische Serviceleistung ermöglichen. Hierbei berücksichtigte er Faktoren wie das Einkommen und Preise der Gesundheitsversorgung. Bedarfsfaktoren setzen sich aus seiner Sicht mit der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes der Menschen zusammen. Anhand des Modells von Andersen kann beispielsweise die Nutzung von Gesundheitsdiensten für eine Bevölkerung hypothetisiert werden.

Des Weiteren wurde bereits die *Crisis Decision Theory* (Sweeney 2008) zur Erklärung des vermeidendenden Verhaltens herangezogen. Das psychologische Modell der *Crisis Decision Theory* nach Sweeney (2008) geht davon aus, dass Menschen auf negative Ereignisse mit einem bestimmten Ablaufschema reagieren. Zuerst wird nach Sweeney die Schwere der Bedrohung bewertet und erst anschließend findet die Identifizierung von möglichen Reaktionsoptionen statt, die schließlich nach deren Verfügbarkeit geprüft werden. Taber *et al.* (2015) verglich dieses Modell mit seinen Studienergebnissen, die darauf ausgerichtet waren, aus einer qualitativen Perspektive festzustellen, warum Menschen eine ärztliche Versorgung meiden. Anhand des Modellvergleichs stellten Taber *et al.* fest, dass Teilnehmer, die einen geringer wahrgenommenen Bedarf an medizinischer Versorgung hatten, möglicherweise wenig Bedrohung oder hohe Selbstkontrolle in Bezug auf die entstandene medizinische Notwendigkeit empfanden. Studienteilnehmer, die über einen erschwerten medizinischen Zugang berichteten, fühlten sich möglicherweise in ihren Reaktionsmöglichkeiten eingegrenzt und suchten deswegen keine medizinische Hilfe (ebd.). Wiederum Teilnehmer, die von negativen Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung berichteten, erkannten allenfalls die medizinische Notwendigkeit einen Arzt aufzusuchen und empfanden die Suche nach dieser Option als machbar, hatten aber nach der *Crisis Decision Theory* möglicherweise das Gefühl, dass der Vorteil der medizinischen Versorgung die damit verbundenen Kosten nicht überwiegen könnte (ebd.). Die Abbildung 1 zeigt das konzeptionelle Modell der Vermeidung von medizinischen Versorgung, die sich aus der Kategorisierung der Studienergebnisse von Taber *et al.* (2015) ergab.

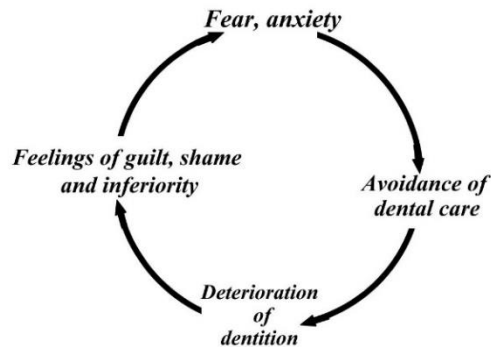


**Abb. 1: Crisis Decision Modell**

Die Darstellung des *Crisis Decision Modells* mit Studienergebnissen von Taber et al. (Taber et al. 2015). Die in den grau unterlegten Kästchen aufgeführten Kategorien und Gründe wurden in der Studie von Taber et al. als von den Teilnehmern generierte Gründe für die Vermeidung medizinischer Versorgung identifiziert. Die übergreifenden Bezeichnungen „Mangel an Wahrnehmung negativer Ereignisse“ („Perceive lack of negative event“), „Mangel an Feststellung verfügbarer Reaktionsmöglichkeiten“ („Determine lack of available response options“) und „Ungünstige Bewertung von Reaktionsmöglichkeiten“ („Evaluate available response options unfavorably“) wurden durch die Betrachtung der vorliegenden Kategorien und Codes im Lichte der Krisenentscheidungstheorie (Sweeney 2008) beeinflusst.<sup>1</sup>

Auch in der Zahnmedizin wurden Verhaltensweisen in Bezug auf die zahnärztliche Vermeidung analysiert. So verwiesen einige Studien auf einen möglichen Verhaltenskreis, der auf der Zahnarztangst und dessen vermeidenden Verhalten beruht (Moore et al. 1991; Berggren & Meynert 1984; Berggren et al. 1995). Berggren et al. (1984) erstellten einen sogenannten *Vicious circle of dental anxiety* (Abb. 2) der Zahnarztangst. In jenem nehmen Verlegenheit, Scham- und Schuldgefühle eine zentrale Rolle ein, tragen zur Behandlungsvermeidung bei und stehen zugleich mit der Verschlechterung des Gebisses in Zusammenhang.

<sup>1</sup> Die Bildunterschrift des *Crisis Decision Modells* wurde aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Die Referenzangabe in Bezug auf die Krisenentscheidungstheorie wurde aus der Originalquelle übernommen.



**Abb. 2: Vicious circle of dental anxiety**

Die Darstellung zeigt den sogenannten „Teufelskreis der Zahnarztangst“ nach Berggren et al. (Berggren & Meynert 1984).

Viele Ergebnisse von Studien spiegeln somit den multidimensionalen Charakter der Inanspruchnahme und Vermeidung des Gesundheitssystems wider. Auch Studien, die verschiedene Theorien und Forschungsliteratur der letzten Jahre analysierten kamen zu diesem Entschluss (Byrne 2008; Waldegg 2016). Aufgrund der Komplexität der Vermeidungsfaktoren werden Studien verlangt, die die Identifizierung von Merkmalen der Vermeidung des Gesundheitssystems und die Komplexität der Messung von Gesundheitsvermeidung einschließen (Byrne 2008). Laut Byrne (2008) sind systematischere Forschungsarbeiten notwendig, um die Zusammenhänge der Gesundheitsvermeidung zu bestimmen und zu verstehen. In diesen Studien solle der Einfluss von Vermeidungsverhalten auf bestimmte Patientengruppen untersucht werden. Insbesondere der Ansatz der qualitativen Forschung kann durch ein besseres Verständnis (Taber *et al.* 2015) und einen direkten und tieferen Bezug zum sozialen Hintergrund der Teilnehmenden einen großen Fortschritt in der Erforschung dieser Thematik geben (Gill *et al.* 2008; Stewart *et al.* 2008).

#### 1.4 Relevanz qualitativer Sozialforschung in der Medizin und Zahnmedizin

Das Problem der Gesundheitsvermeidung ist in der Medizin und der Zahnmedizin gut bekannt. Obwohl bei medizinischen, wie auch zahnmedizinischen Erkrankungen, ein hohes Präventionspotenzial besteht und es ein Aufgebot zahlreicher Vorsorgemaßnahmen gibt, wird dieses von bestimmten Patienten nur unzureichend genutzt (Barkowski *et al.* 1996; Institut der Deutschen Zahnärzte 2016; Cunningham & Le Felland 2008). Dies betrifft einen nicht unerheblichen Teil der Bevölkerung. So gaben beispielsweise im Jahr 2007 59 Millionen Amerikaner an, benötigte medizinische

Versorgung nicht erhalten oder herausgezögert zu haben (Cunnigham & Le Felland 2008). Insofern besteht nicht nur in der Wissenschaft der Drang mehr über vermeidende Faktoren und dessen Hintergründe erfahren zu wollen, sondern auch in der Wirtschaft und im gesundheitlichen Versorgungswesen, um aktuelle Prävalenz- und Interventionsdaten erlangen zu können. Die Rolle des Managements von Faktoren, die eine medizinische Versorgung beeinträchtigen oder vermeiden, einschließlich der Rolle des Patienten bei der Sicherstellung seiner eigenen Versorgung, verdient daher eine vermehrte Aufmerksamkeit.

Durch das Bedürfnis nach evidenzbasierten Studien in der Medizin und Zahnmedizin, ist deren Forschung bisher größtenteils quantitativ ausgerichtet (Stewart *et al.* 2008). Obwohl der Nutzen der qualitativen Forschung in der Medizin und Zahnmedizin bereits erkannt wurde und diese im Sektor der öffentlichen Gesundheit eingesetzt wird, beruht das Verständnis der Vermeidung auf nur wenigen qualitativen Studien (Fuller & Watt 1993). Meist handelt es sich um umfangreiche quantitative Studien, in denen das Vermeidungswissen nicht aus der Sicht der Patienten reflektiert und aus deren direkter Perspektive aufgearbeitet wird (Taber *et al.* 2015; Persoskie *et al.* 2014). In der Medizin und Zahnmedizin gibt es dagegen Themenfelder, die sich nicht mithilfe der quantitativen Vorgehensweise bearbeiten lassen. Demnach ist qualitative Forschung und ein sozialwissenschaftlicher Blickwinkel für Bereiche wichtig, in denen ein Einblick und Verständnis für bestimmte Phänomene erforderlich ist (Gill *et al.* 2008). Obwohl der Nutzen der qualitativen Forschung in der Medizin und Zahnmedizin bereits erkannt wurde und diese im Sektor der öffentlichen Gesundheit eingesetzt wird, gibt es bisher nur wenige Studien mit qualitativem Charakter (Fuller & Watt 1993). Folglich ist das Verständnis und das Bewusstsein für die Anwendungsmöglichkeiten qualitativer Forschung sehr begrenzt.

Qualitative Forschung kann einen Einblick in die persönlichen Perspektiven der Patienten bieten und den Forschenden ein umfassendes Verständnis bezüglich der Überzeugungen, Kenntnisse, Annahmen und Einstellungen ermöglichen. Zudem bietet sie eine größere Tiefe und methodische Flexibilität als quantitative Forschungsmethoden (Stewart *et al.* 2008; Pope & Mays 1995). Qualitative Forschungsmethodik ermöglicht dadurch einen direkteren und tieferen Bezug zum sozialen Hintergrund der Teilnehmer, der durch die isolierte Anwendung quantitativer Methodik nicht erreicht werden kann (Gill *et al.* 2008; Stewart *et al.* 2008).

## **1.5 Theoretische Grundlagen der qualitativen Sozialforschung**

In der empirischen Sozialforschung unterscheidet man zwischen qualitativen und

quantitativen Forschungsansätzen. Als Konstrukt der sozialwissenschaftlichen Forschung konkurrierten beide Ansätze in der Vergangenheit lange Zeit miteinander, was in der methodischen Abgrenzung des jeweils anderen Vorgehens begründet ist. Zwischenzeitlich geht man jedoch davon aus, dass sich eine Verknüpfung beider Ansätze günstig auf den Forschungsprozess ausüben könnte. Es folgten kombiniert qualitativ-quantitative Forschungsdesigns, die bis heute, in Form von Mixed-Methods-Ansätzen, angewandt werden (Kuckarzt 2014; Gläser-Zikuda *et al.* 2012). Auch der qualitative Blickwinkel, welcher damals stetig im Disput mit dem des qualitativen stand, gewann währenddessen immer mehr an Beachtung. Die Art des qualitativen Denkens und Forschens hat in den letzten Jahrzehnten eine tiefgreifende Veränderung innerhalb der Sozialwissenschaften bewirkt und dazu geführt, dass eine rein quantitative Vorgehensweise in vielen Humanwissenschaften nicht mehr als alleiniges Ideal gilt (Mayring 2016).

Die Unterscheidung quantitativer und qualitativer Forschungsansätze beruht auf der unterschiedlichen Denk- und Sichtweise von Menschenbildern. Der Ursprung des quantitativen Denkens liegt im Positivismus begründet, welcher menschliches Handeln auf das Reiz-Reaktion-Schema reduziert (Comte 2015). Der Positivismus geht davon aus, dass menschliches Handeln entlang von Reiz-Reaktions-Schemata verläuft und demnach objektiv und wertneutral erforscht und erklärt werden kann (Wichmann 2019; Mey & Mruck 2020). Dieser Grundsatz zeigt die Kerninhalte der quantitativen Forschung auf: standardisiertes Vorgehen, Fokussierung auf Ermittlung von Häufigkeit und quantifizierbaren Inhalten, Isolierung von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen und Annahme der Existenz allgemeingültiger Gesetze, die zur Erklärung menschlichen Handelns herangezogen werden können (Wichmann 2019). Demgegenüber steht der nicht standardisierte, qualitative Forschungsansatz, der sich am Interpretativismus orientiert (ebd.). Dieser betrachtet den Menschen als aktives Wesen, dessen Handlungen auf Sinnes- und Bedeutungsstrategien zurückzuführen sind (Comte 2015). Ein externer Reiz kann hierbei unterschiedlichen Einflüssen unterliegen, welche nur durch nicht standardisierte Forschungsmethoden verstanden werden können (Wichmann 2019). Diese Annahme bildet die qualitative Forschung in ihren Kerncharakteristika ab: Kontextualität, Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven betroffener Personen, Reflexivität der Forschenden sowie dem Verstehen als Erkenntnisprinzip und dem Prinzip der Offenheit gegenüber dem zu erforschendem Feld (Wichmann 2019; Mey & Mruck 2020). Die Auswahl der Erhebungsmethodik liegt demnach in den unterschiedlichen Erkenntniszielen des jeweiligen Ansatzes begründet.

Quantitative Forschung ist darauf ausgelegt, konkrete Hypothesen aufzustellen, die mittels Variablen überprüfbar sind, während qualitative Forschung auf die Generierung von Theorieaussagen anhand empirischer Daten abzielt (Mey & Mruck 2020). Somit ist die quantitative Forschung eher hypothesengeleitet, theorieprüfend, deduktiv und elementarisch ausgerichtet und untersucht meist eine große Anzahl von Probanden (Lamnek 1993; Kühl *et al.* 2009). Der qualitative Ansatz hingegen ist eher explorativ, theorieentwickelnd, induktiv und ganzheitlich ausgeprägt und untersucht oftmals eine kleinere Anzahl von Probanden intensiv (Kühl *et al.* 2009; Lamnek 1993). Bei der qualitativen Forschung geht es demnach weniger um das „Erklären“, als vielmehr um das „Verstehen“ (Brüsemeister 2008).

Im Verlauf der Zeit haben sich verschiedene detaillierte Vorgehensweisen qualitativer Forschung etabliert. Bis heute hat die qualitative Forschung in jeglicher Hinsicht einen zeitgemäßen Fortschritt erfahren, der durch verschiedene Wissenschaftsdisziplinen wie beispielsweise den Kommunikationswissenschaften, der Hermeneutik, der qualitativen Sozialforschung und des interpretativen Paradigmas und der Psychologie gewachsen ist (Mayring 2016; Kuckartz 2016). Es wurden qualitative Analyseverfahren entwickelt, die sich durch den Anspruch methodischer Kontrollierbarkeit und Regelgeleitetheit auszeichnen. Dies ermöglicht die Vergleichbarkeit und gleichzeitig den Fortschritt in der Präzision von qualitativen Forschungsergebnissen, um reproduzierbare und nachvollziehbare Ergebnisse auf der Basis qualitativer Forschung zu schaffen (Mayring 2016; Kuckartz 2016; Mey & Mruck 2020). Somit wird ein Zugang qualitativer Forschung eröffnet, der es ermöglicht, multiple Einflussgrößen eines Problems zu erschließen beziehungsweise zu verstehen und als Analyseinstrument menschliche Ansichten über die alleinige quantitative Wiedergabe von Zahlenwerten zu stellen.

## **1.6 Zielstellung und wissenschaftlicher Beitrag**

Trotz der heute allgemein verbesserten Mundgesundheitsituation, meidet in Deutschland weiterhin ein Teil der Bevölkerung die zahnmedizinische Versorgung (Enkling *et al.* 2006; Institut der Deutschen Zahnärzte 2016). Obgleich es bereits Studien zum Gesundheitsverhalten gibt und sich verschiedene Studienmodelle und Verhaltensansätze etabliert haben, mangelt es an Verständnis, wie verschiedene Faktoren das Verhalten der Patienten beeinflussen und letztlich zur Vermeidung führen.

Für den deutschen Raum gibt es bisher wenige Untersuchungen zu diesem Thema. Studien aus anderen Ländern haben gezeigt, dass es unterschiedliche Beweggründe für

Zahnarztvermeidung gibt (Freeman 1999; Hill *et al.* 2013). Diese Studien bedienen sich jedoch überwiegend standardisierten quantitativen Interviews, meist in Form von Fragebögen (Syrjälä *et al.* 1992; Sarkar *et al.* 2015), in denen wenig Raum für persönliche Erfahrungen und Einstellungen der Patienten geboten wird. Um Strategien zur frühzeitigen Intervention zu erarbeiten, muss die zahnärztliche Vermeidung jedoch aus Sicht der Patienten verstanden und zugrundeliegende Motive für die Zahnarztvermeidung erschlossen werden. Daher ist es notwendig sich mit den Ursachen der Vermeidung und den Beweggründen der Patienten für diese Verhaltensweisen auseinanderzusetzen, um so zu verstehen, warum Patienten den Gang zum Zahnarzt meiden und ihre eigene Mundgesundheit vernachlässigen, obwohl dies zu begleitenden psychosozialen Einschränkungen führen kann (Moore *et al.* 1991). Verschiedene Forscher machen bereits auf die Notwendigkeit qualitativer Studien in der Zahnmedizin aufmerksam (Bower & Scambler 2007; Meadows *et al.* 2003).

**Ziel dieser Studie** war es, anhand eines qualitativen Forschungsdesigns ein umfassenderes Verständnis für die Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen zu ermitteln, indem analysierte Vermeidungscharakteristika anhand einer Typologie dargestellt wurden. Als eine der ersten deutschen Studien, die sich auf Basis qualitativ erhobener Daten der Typenbildung in Zusammenhang mit der Vermeidung des Zahnarztes widmet, sollte so ein tiefer Einblick in die Entstehung der Ausprägung von Zahnarztvermeidungsmerkmalen ermöglicht werden. Auf Basis von teilnarrativen, leitfadengestützten Interviews wurden Patienten nach ihren subjektiven Beweggründen für die Zahnarztvermeidung befragt. Die ermittelten Gesprächsinhalte wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) analysiert und codiert sowie anschließend kriteriengeleitet polythetisch typisiert. Durch die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse wurde die Typenbildung methodologisch kontrollierbar. Unter Befolgung von sozialwissenschaftlichen Gütekriterien und etablierten qualitativen Methodenansätzen, wie denen der *Grounded Theory* (Strauss & Corbin 1998), konnten die Ergebnisse qualitativ abgesichert werden. Die Teilnehmer konnten bei der Typenbildung so gruppiert werden, dass eine minimale und maximale Kontrastierung erreicht wurde und ermittelte Vermeidungstypen dadurch voneinander abgegrenzt werden konnten. Anhand der Typologie sollte eine frühe Differenzierung und Einordnung von vermeidenden Patienten ermöglicht werden, die als möglicher Ansatz für spätere Interventions- und Präventionsstrategien zu betrachten ist.

**Der wissenschaftliche Beitrag der Arbeit** ist, dass durch den Einsatz von qualitativer Forschung, im Gegensatz zu einer rein quantitativen Erhebungsmethodik, komplexe

---

Verhaltensmuster in Bezug auf zahnärztliches Vermeidungsverhalten ermittelt und ein Zugang zu einer sonst schwer erreichbaren Patientengruppe ermöglicht werden konnte.

Es konnten verschiedene Vermeidungsfaktoren und Charakteristika für die Vermeidungshaltung gegenüber zahnärztlichen Behandlungen in Form von vier Typen dargestellt werden. Dabei wurden folgende Typen identifiziert: „Vermeidung des Zahnarztes durch *Distanzierung*“ (mit Unterteilung in zwei unterschiedliche Subtypen: „*Vermeidung des Zahnarztes durch Nachlässigkeit*“ und „*Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung*“), „*Vermeidung des Zahnarztes durch Enttäuschung*“, „*Vermeidung des Zahnarztes durch Scham*“ und „*Vermeidung des Zahnarztes durch Angst*“.

## 2 Material und Methoden

Bevor das Prinzip und der Ablauf der Datenerhebung sowie der dahinterstehende methodologische Ansatz und angewandte Analysemethoden dieser Dissertation ausführlich beschrieben werden, ist die kurze Darstellung der Datenerzeugung und -verarbeitung unerlässlich.

Die einzelne Patientenbefragung erfolgte durch ein leitfadengestütztes, teilnarratives Interview, bei dem der Leitfaden als grundlegendes Erhebungsinstrument im Fokus stand. Dieses Leitfadeninterview wurde in Form von Transkripten verschriftlicht. Anschließend wurden diese mithilfe der Software MAXQDA (MAXQDA Analytics Pro 2018 und 2020, VERBI Software GmbH 10557 Berlin, Deutschland) inhaltsanalytisch bearbeitet. Hierbei galt die Orientierung an der von Kuckartz (2016) beschriebenen inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse als Vorarbeit für die später, ebenfalls von ihm beschriebenen, inhaltlich typenbildenden Inhaltsanalyse. Zu beachten ist, dass es Analysebestandteile der inhaltlich strukturierenden sowie typenbildenden Inhaltsanalyse gibt, die parallel ablaufen oder aufeinander aufgebaut werden. Insbesondere die Kategorienbildung der inhaltsanalytischen Auswertung bildet einen in sich ständig veränderbaren Bestandteil des Auswertungsprozesses. Die Kategorienbildung und das endständige Kategoriensystem werden im Material- und Methodenteil aufgeführt und beschrieben. Sie sind Bestandteil der Auswertung und gehören bereits zu den ersten Ergebnissen der Datenauswertung. Da das Augenmerk aber insbesondere auf der Typenbildung liegt, wurde die Kategorienbildung und deren zugehörige Arbeitsschritte bereits in diesem Kapitel aufgeführt und erläutert.

Generell ist der Datenerhebungs- und Datenauswertungsprozess ein anderer als der bei quantitativen Studien. Bei qualitativen Studien muss die Datenerhebung nicht vollständig abgeschlossen sein, bevor mit der Datenauswertung begonnen werden kann (Kuckartz 2016). Zudem muss bei der initiierenden Textarbeit generell das *Prinzip der Offenheit* bewahrt werden. „Die Beforschten sollen die Gelegenheit haben, ihre eigene Sichtweise zu äußern, ihre eigene Sprache anstelle von vorgegebenen Antwortkategorien zu benutzen und ihre Motive und Gründe zu äußern“ (Kuckartz 2016). Zur Bewahrung des Prinzips muss sich der Interviewende gleichzeitig von möglichen Vorurteilen lösen und sich den von den Befragten vermittelten Inhalte öffnen (ebd.).

## 2.1 Auswahl der Befragten und Feldzugang

### 2.1.1 Sampling

Um Zugang zu Personen zu erhalten, welche Bezug zur gestellten Forschungsfrage hatten, war die vorherige Eingrenzung der Stichprobe anhand erstellter Sampling-Kriterien notwendig (Abbildung 3). Mithilfe dieser Eingrenzung war die Voraussetzung zur Beantwortung des erstellten Leitfadens, sowie eine Auseinandersetzung mit den Leitfragen durch die Probanden, zu erwarten. Es wurde nach Personen gesucht, welche einen im Vergleich zu vorliegenden Studien (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016), überdurchschnittlich hohen DMFT-Wert (Wert des individuellen Kariesbefalls, der sich aus kariösen (decayed D), fehlenden (missing M) und gefüllten (filled F) Zähnen (teeth T) zusammensetzt) aufwiesen und zusätzlich die empfohlene halbjährliche zahnärztliche Vorsorge (Bundesministerium für Gesundheit 2019) jahrelang nicht wahrgenommen hatten.

Patienten mit psychischen Störungen wurden aus der Studie ausgeschlossen. Definiert wurden psychische Störungen als „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person [...], die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind“ (World Health Organization 2019). Neben „erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen [...] beeinflussen [sie] die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten“ (Robert-Koch-Institut 2020). Aus diesem Zusammenhang ergibt sich, dass Patienten mit psychischen Vorerkrankungen bereits zuordnungsfähige Ursachen für eine mögliche Zahnarztvermeidung mit sich bringen, deren Ansatz interdisziplinär betrachtet werden muss. Aus diesem Grund wurden derartige Patienten nicht in die Studie aufgenommen. Gleiches gilt für Patienten mit einer phobischer Angststörung, da auch hier psychische Hintergründe berücksichtigt werden müssen. Vor dem Hintergrund, dass die gebildete Stichprobe darauf abzielte einen möglichst detaillierten und verständlichen Einblick in die Ursachen der Zahnarztvermeidung von Personen in Rostock und deren Umgebung zu schaffen, wurde außerdem von Probanden aus anderen Teilen Deutschlands oder Teilnehmern mit einem Migrationshintergrund abgesehen. Hierdurch sollte auch ein kultureller Einfluss und eine dadurch mögliche Überlagerung mit den in der Region vorherrschenden Vermeidungsgründen unterbunden werden. Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass teilnehmende Probanden vor dem Interview in keinem direkten Kontakt standen, um somit einen vorherigen Austausch über das Interview zu unterbinden und eine Verzerrung der Beantwortung des Interviews zu vermeiden.

Die angestrebte Anzahl von Patienten wurde durch das interne Mitwirken der Mitarbeiter und Studierenden der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans-Moral“ der Universitätsmedizin Rostock sowie durch die Unterstützung ausgewählter externer Zahnarztpraxen in Rostock (siehe Anhang beteiligte niedergelassene Praxen) und deren Umgebung erreicht. Im Zeitraum von Juni 2018 bis August 2019 wurden Patienten identifiziert, die nach einer längeren Abwesenheit in einer der eben genannten Einrichtungen behandelt wurden oder den Zahnschmerzdienst aufsuchten und somit die unten beschriebenen Einschlusskriterien erfüllten. Insgesamt wurden 60 Patienten ermittelt und kontaktiert. 34 Teilnehmer, davon 13 weiblich und 21 männlich, waren bereit an der Studie teilzunehmen und sind zu einem der ausgemachten Termine erschienen. Nach Erklärung des Studienmodells und einer Einwilligung durch die Patienten wurden diese qualitativ befragt.

- Alter: 18-70 Jahre
- keine manifesten psychischen Störungen
- DMFT > 11,2 (jüngere Erwachsene) oder 17,7 (jüngere Senioren) - bezogen auf 28 Zähne und orientiert an fünfter Mundgesundheitsstudie DMS V (DMFT: Summe aus kariösen, gefüllten und fehlenden Zähnen)
- der Patient hat innerhalb der letzten 2 Jahre oder länger keinen Zahnarzt aufgesucht und wurde innerhalb der letzten 2 Jahre oder einem länger zurückliegenden Zeitraum nicht wegen einem der mit der vorliegenden Krankheit assoziierten Symptome behandelt, oder
- der Patient hat sich trotz Arztbesuche nicht an die mit der problematisierten Erkrankung verbundenen Therapieempfehlungen des Zahnarztes gehalten
- der Patient war nicht wegen problematisierter Erkrankung in Behandlung, sondern nur für Akutbehandlungen oder Erkrankungen, die nicht mit dem Ereignis in Verbindung stehen
- Angstpatienten eingeschlossen, solange andere Einschlusskriterien erfüllt sind
- Einwilligungserklärung des Patienten

**Abb. 3: Sampling-Kriterien**

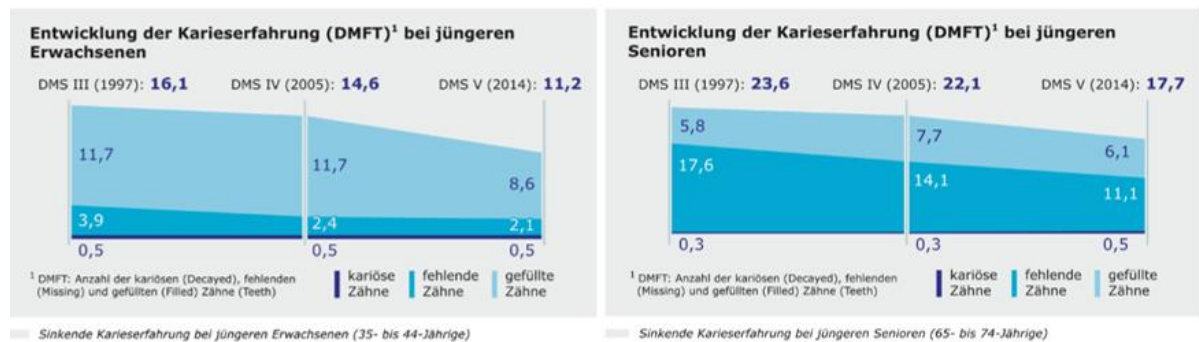
Kriterien zum Einschluss in die Studie zur qualitativen Patientenbefragung.

### 2.1.2 DMFT-Index

Der DMFT-Index wurde von Klein und Palmer (Klein & Palmer 1938) definiert und ist heute ein international gebräuchlicher Index, mit dem die Kariesverbreitung innerhalb der Bevölkerung gemessen wird. Er basiert auf der Anzahl kariöser (D = decayed), fehlender (M = missing) und gefüllter (F = filled) Zähne (T = teeth). Die Summe der

kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne ergibt somit den DMFT-Index. Festgesetzt ist dieser auf 32, berücksichtigt man die Weisheitszähne, oder 28, berücksichtigt man die Weisheitszähne nicht. In unserer Erhebung wurde die Gesamtanzahl auf 28 Zähne festgelegt. Zudem wurde das natürliche Fehlen von Zähnen, in Form einer möglichen Nichtanlage, nicht in die Berechnung einbezogen.

Auf Grundlage der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie, der DMS V (2016) ist festzustellen, dass ein genereller Kariesrückgang in allen Bevölkerungsschichten zu verzeichnen ist. Bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) lag der Kariesindex 2014 bei 11,2 und bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) bei 17,7.



#### Abb. 4: Sinkende Karieserfahrung nach DMS V

Aufgeführt ist die Karieserfahrung nach der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie, DMS V (2016) bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige).

In unserer Studie wurden ausschließlich Patienten mit einem deutlich über dem Durchschnitt liegendem DMFT-Index untersucht, da es sich aus dem Anlass der generell sinkenden Karieserfahrung hierbei um auffällige Unregelmäßigkeiten handelte.

Bei den jüngeren Erwachsenen (hierbei wurden in unserer Studie alle Probanden zwischen 35 bis 64 Jahren zusammengefasst) lag der DMFT-Mittelwert bei 19,7. Bei den jüngeren Senioren (hierbei wurden in unserer Studie alle Probanden zwischen 65 bis 70 Jahren eingeschlossen, da unsere Sampling-Kriterien ein maximales Alter von 70 Jahre festlegten) lag der Mittelwert bei 23,3. Nicht mit in die Mittelwertberechnung einbezogen wurde lediglich ein Proband, der nach Erhebung des DMFT-Index, von den gestellten Sampling-Kriterien abwich.

## **2.2 Ablauf und Durchführung**

### **2.2.1 Rahmenbedingungen**

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer: A 2017-0165). Potentielle Teilnehmer wurden durch den Interviewer selbst oder mitwirkende Personen der Studie angesprochen und mündlich aufgeklärt. Bei bestehendem Interesse wurde der Teilnehmer telefonisch kontaktiert und zu einem separaten Interviewtermin geladen. Die Interviewdauer wurde auf eine Interviewdauer von circa 30 bis 60 Minuten angesetzt. Für die Interviewerhebung wurde eine ruhige Umgebung gewählt. Wahlweise war dies die Bibliothek der Universitätszahnklinik Rostock. In besonderen Fällen, in denen beispielsweise eine Anreise nach Rostock nicht möglich war, konnten Einzelinterviews auch an einem ruhigen Ort in der Häuslichkeit der Probanden vereinbart werden. Das Vorhandensein weiterer Personen innerhalb des Interviewraumes, wurde weitestgehend vermieden, um Interviewunterbrechungen zu vermeiden. Die Studienteilnahme blieb aus sozialwissenschaftlichen Gründen unentgeltlich.

### **2.2.2 Rechtliche Aspekte**

Im Vorfeld des Interviews erfolgte zunächst wiederholend ein kurzer informeller Austausch über die Ziele und Hintergründe der Studie. Die Anonymität der Daten wurde erläutert und mögliche Fragen der Teilnehmer beantwortet. Hiermit wurde die Atmosphäre gelockert und eine mögliche Befangenheit der Studienteilnehmer abgebaut (Powell, R.A., Single, HM 1996). Vor Beginn der Interviewerhebung wurde zudem eine Patientenaufklärung (Abbildung 13) ausgehändigt und die Patienteneinwilligung (Abbildung 14) der Teilnehmer unterzeichnet. In Verbindung damit wurden die Patienten zu ihrem behandelnden Zahnarzt befragt, bei dem sie sich vor der langen Versäumnisspanne in Behandlung befanden. Bei Einwilligung und Kenntnisnahme konnten sie über diesen oder dessen Nachfolger eine Angabe machen. Durch die Erhebung der Einwilligungserklärung des jeweiligen Hauszahnarztes oder dessen Nachfolger sollte ein Abgleich zwischen den im Interview erhobenen Patienteninformationen zum letzten Zahnarztbesuch und denen des jeweiligen Zahnarztes erfolgen. Diese Information diente lediglich dem Interesse an einer möglichen weiterführenden Studie und sorgte bei einer abweichenden Datenaussage sowie bei Nichteinverständnis der Kontaktierung nicht für einen Ausschluss aus der Studie. Da diese Informationen keinen qualitativen Mehrwert mit sich brachten, wurden sie nicht weiter in die Studie mit eingebunden. Interessanterweise ließ sich letztlich aber

feststellen, dass die uns vorliegenden Vergleichsdaten zwischen Patienten und Zahnärzten stets kongruent waren.

### **2.2.3 Datenbögen**

Zur Vollständigkeit der qualitativen Daten wurden ein soziodemografischer Datenbogen (Abbildung 15) sowie ein allgemeiner, personenbezogener Datenbogen (Abbildung 16) vor Interviewbeginn angefertigt. Der soziodemografische Datenbogen beinhaltete Fragen zur sozialen Einordnung, die vorrangig auf den Bildungsstand und der Einordnung des familiären, sowie sozialen Umfeldes abzielten. Zudem wurden weitere Informationen hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes und -verhaltens, sowie früheren, zahnärztlichen Berührungspunkten erfragt. Im personenbezogenen Datenbogen wurden unter anderem der vollständige Name, die Adresse und die Telefonnummer der Teilnehmer abgefragt, um die Möglichkeit einer späteren Kontaktierung zu erhalten. Somit wurde die Vollständigkeit der Daten der Studienteilnehmer sowie den Grundsatz einer möglichen soziodemografischen Einordnung ermittelt. Durch Erhebung dieser Daten vor dem eigentlichen Interview wurde die gesprächsaufbauende Atmosphäre zusätzlich bestärkt und die Möglichkeit geboten, den Teilnehmer vor der Befragung etwas näher kennenzulernen. Die erhobenen Daten wurden zudem zu Teilen für die Erstellung der Kurzportraits genutzt.

### **2.2.4 Leitfaden**

Der Leitfaden und das entsprechende Leitfadeninterview werden im Bereich der Erhebungsmethodik unter 2.3 ausführlich besprochen. Der Vollständigkeits halber sei hier aber der Leitfaden als essenzieller Bestandteil der Datenerhebung erwähnt.

### **2.2.5 Interviewselektion**

Von den 34 geführten Interviews konnten nach eingehender Reflexion 20 Einzelinterviews für die weitere Auswertung genutzt werden. Gründe für den Ausschluss von Interviews aus dem Auswertungssystem waren unter anderem nach dem Interview bemerkte Unstimmigkeiten in Hinblick auf die festgelegten Sampling-Kriterien. Teilweise äußerten Befragte erst im Gesprächsverlauf von der Problematik einer vorliegenden psychischen Erkrankung. Andere Gründe für das nicht Erreichen der Narration waren Einzelinterviews mit nur stark eingeschränkter Beantwortung der Fragen, wie beispielsweise ausschließlichen Antworten mit „Ja“ oder „Nein“. Diese Gründe boten keinen Raum für eine Interpretation und Analyse der vorliegenden Forschungsfrage.

### **2.2.6 Transkription**

Nach Aufnahme der Interviews wurden diese mithilfe der Express Scribe Transkriptionssoftware (NCH Software, 80111 Greenwood Village CO, USA) durch den Interviewer selbst transkribiert. Die Transkription ist hierbei als das beste Mittel zur Dokumentation der erhobenen Audiomitschnitte zu betrachten und stellt eine unerlässliche Art der Dokumentation dar, die für die Datenauswertung unabdingbar ist (Mayring 2016; Gläser & Laudel 2010). Zudem ließ eine nachträgliche Transkription die vollständige Konzentration auf das Interview ohne externe Ablenkung zu. Für die Transkription wurde die Befolgung der Transkriptionsvorschriften nach Kuckartz (Kuckartz 2016) gewählt, die zusätzlich durch eigene Vorschriften erweitert wurden (Abbildung 17). Durch diese Art der Transkription war eine wörtliche Wiedergabe des Interviews möglich und ein zusätzlicher Verlust an Datenmaterial wurde vermieden. Zudem wurde durch die Befolgung von Transkriptionsregeln der Systematisierungsgrad erhöht und eine Nachvollziehbarkeit der erhobenen Daten gewährleistet. Alle personenbezogenen Daten wurden anschließend verschlüsselt und in einer separaten Anonymisierungstabelle aufgelistet. Nach Fertigstellung der Transkription wurden die Transkripte erneut Korrektur gehört und gegebenenfalls korrigiert.

## **2.3 Erhebungsmethodik**

### **2.3.1 Leitfadengestütztes Einzelinterview**

Für die Befragung der Teilnehmer wurde das Prinzip eines Leitfadeninterviews gewählt. Das Interview wurde dementsprechend leitfadengestützt durchgeführt. Es gewährleistete, dass der Interviewer das Gespräch gewissermaßen lenken konnte und die zu erforschenden Themenkomplexe in Form von Fragen angestoßen und untereinander vergleichbar wurden. Zusätzlich wurde die teilnarrative Ebene gesichert, damit der Befragte innerhalb der Fragenkomplexe flexibel und frei antworten konnte. Die Aufgabe des Leitfadeninterviews war es, dass „in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen“ (Flick 2017). Der Interviewleitfaden diente somit lediglich als „roter Faden“ in einem interaktiven Gesprächsprozess.

Bei der Formulierung der Leitfragen wurde sich an bereits formulierten Kriterien bedient (Kruse 2015). Es wurde darauf geachtet, dass keine uneindeutigen oder missverständlichen Fragen gestellt, Mehrfachfragen umgangen, eine einfache Wortwahl in Form von Alltagssprache verwendet und die Wortwahl dem Sprachschatz der zu interviewenden Patientengruppe angepasst wurde. Zudem sollten geschlossene

Fragen, sowie wertende Fragen oder Fragen, welche Erwartungen oder Schuld- und Schamgefühle auslösten umgangen werden. Suggestivfragen, sowie empathische Kommentare, eine Ausnahme bildeten hierbei gesprächsfördernde Affirmationen, wurden ebenfalls gemieden. Auch Deutungsangebote und geschlossene Nachfragen zur eigenen Verständnisüberprüfung sollten umgangen werden (Kruse 2015). Zudem wurde sich an dem System der *Strukturierung von Fragen* von Helfferich orientiert (Helfferich 2011). Hierdurch wurde der Leitfaden nicht als starres Konstrukt gesehen, sondern als Möglichkeit zusätzliche Fragen in Form von „Aufrechterhaltungsfragen“ und „konkreten Nachfragen“ stellen zu können, die die Beantwortung der Fragen vermochten zu bereichern. Die von Helfferich (2011) beschriebene „Aufrechterhaltungsfrage“ wurde hierbei genutzt, um den Redefluss aufrecht zu erhalten. Fragen wie beispielsweise: „Was fällt Ihnen zu diesem Thema noch so ein?“, wurden hierfür verwendet. Mithilfe von „konkreten Nachfragen“ konnten Nachfragen zu Themenkomplexen gestellt werden, die assoziativ im Gesprächsverlauf entstanden und im Gespräch noch nicht weiter erläutert wurden. Der erstellte Leitfaden bildete die essenzielle Grundlage zur Materialermittlung. Die Aufnahme des Leitfadeninterviews wurde mithilfe eines Diktiergerätes und einem entsprechenden Aufnahmeprogramm gewährleistet. Der Leitfaden (Abbildung 18) wurde anhand des vorliegenden Forschungsstandes erarbeitet. Die Entwicklung der Leitfragen basierte hierbei auf einer umfassenden Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung zur Gesundheitsvermeidung mit zahnärztlichem Schwerpunkt (Spleen *et al.* 2014; Rupper *et al.* 2004; Persoskie *et al.* 2014; McGrath *et al.* 2007; Abrahamsson *et al.* 2002a; Moore *et al.* 1991; Syrjälä *et al.* 1994; Taber *et al.* 2015). Dadurch wurde sichergestellt, dass vorhandenes Wissen zum Vermeidungsverhalten bei der Erstellung der Fragen berücksichtigt wurde und ein qualitativer Erkenntnisgewinn ermöglicht werden konnte. Der Interviewleitfaden gliederte sich dabei in drei Teilbereiche auf: Einstiegsstimulus (a), Hauptteil (b) und Schlussteil (c). Der Einstiegsstimulus sollte zunächst den Beginn des Interviews erleichtern und einen Anlass für den Befragten zum reflektierenden Erzählen geben. Zusätzlich sollte den Befragten die Sicherheit des aufmerksamen und verständnisvollen Zuhörens gegeben werden. Dem Befragten sollte verdeutlicht werden, dass seine persönliche Erzählung im Vordergrund steht, insbesondere vor dem Hintergrund, dass durch die Befragung Berührungspunkte zu sehr sensiblen Inhalten entstanden. Meist ergaben sich bereits hier Berichte über einschneidende Erinnerungen mit Zahnärzten, die weitreichende Folgen auf den weiteren Verlauf der Patienten hatten.

**a. Einstiegsstimulus:**

*„Für die Studie meiner Doktorarbeit, interessiert mich die Geschichte von Patienten, die über längere Zeit nicht beim Zahnarzt waren. Im Vordergrund stehen vor allem Ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse mit Zahnärzten. Aus diesem Grund, würde ich Sie dann mal bitten, sich an Ihren ersten Zahnarztbesuch zurückzuerinnern und mir zu erzählen, wie dieser verlief und wie die nachfolgenden Besuche beim Zahnarzt abliefen. Ich werde jetzt erstmal ruhig sein und zuhören und Sie erzählen einfach mal was Sie dazu noch wissen.“*

Der folgende Hauptabschnitt konzentrierte sich auf Fragen bezüglich der Erfahrungen mit Zahnärzten, Zahnarztbesuchen, der Reflexion der eigenen Mundgesundheit, deren Ursachen und Umgang damit, sowie Fragen nach der täglichen Mundhygiene und der Einstellung gegenüber Zahnärzten. Demnach machte er den größten Anteil des Interviewleitfadens aus und beinhaltete somit den größten Fragenanteil zur Beantwortung der Forschungsfrage.

**b. Hauptteil:**

- 1) *Können Sie mir mal etwas über Ihre bisherigen Erfahrungen mit Zahnärzten erzählen?*
- 2) *Wie sind Ihre Erfahrungen mit anderen Fachärzten?*
- 3) *Gibt es für Sie bestimmte Punkte, die Ihnen beim Zahnarztbesuch sehr wichtig sind?*
- 4) *Wie sieht es denn momentan mit Ihrer Zahngesundheit aus? Haben Sie zurzeit Beschwerden im Mundbereich?*
- 5) *Was denken Sie, was die Ursache dieser Beschwerden ist?*
- 6) *Würden Sie sagen, dass die Beseitigung dieser Beschwerden zwingend einen Zahnarztbesuch erfordert?*
- 7) *Können Sie mir beschreiben, wie Ihre tägliche Mundhygiene aussieht?*
- 8) *Wie sahen Ihre bisherigen Behandlungen beim Zahnarzt aus? Was wurde dort gemacht?*
- 9) *Können Sie mir sagen, wie wichtig für Sie Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt sind?*
- 10) *Sie waren ja vor dem vorhin bestätigten Datum längere Zeit nicht beim Zahnarzt gewesen. Gab es dafür einen speziellen Grund? Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, dass Sie wieder öfter zum Zahnarzt gehen? (Hindert eventuell der Gedanke an teure Kosten daran einen Zahnarzt aufzusuchen?)*
- 11) *Was würden Sie sagen? - Inwiefern hat sich ihre Einstellung gegenüber Zahnärzten über die Jahre entwickelt?*

Der Schlussteil wurde mit einem Einwurf eingeleitet, der verkündete, dass das Interview sich dem Ende neigt, um den Befragten darauf einzustimmen, dass die Befragung bald beendet ist. Zudem sollte eine lockere Ausgangsatmosphäre geschaffen werden, die wiederum den Erzählfluss des Befragten positiv beeinflussen sollte. Es folgten drei Abschlussfragen, die das Handling der Zahnmedizin im näheren Umfeld des Befragten und deren Austausch der gesundheitlichen Probleme, inbegriffen zahnmedizinischer Probleme, erfragten. Zuletzt wurde nach den Freizeitaktivitäten gefragt. Diese Frage bot einen zusätzlichen Hintergrundeinblick zur Person des Befragten und konnte für das weitere Verständnis günstig sein. Als Abschluss des Interviews wurde die Dankbarkeit der Führung des Interviews offenbart und abschließend die Möglichkeit einer weiteren Erzählposition ermöglicht, sodass weitere Gedankengänge und Einwürfe, die sich für den Befragten möglicherweise erst im Interviewverlauf ergaben, zusätzlich kommuniziert werden konnten. Diese letzte Frage ergab für die geführten Interviews insofern ein Mehrwert, weil von einigen Probanden die Gelegenheit genutzt wurde noch wichtige Eigenaspekte in das Gespräch einzubringen, zu denen sie vorher noch nicht die Gelegenheit hatten.

### **c. Schlussteil**

*So, das Gespräch neigt sich dann auch langsam dem Ende zu. Noch ein paar Fragen und dann haben wir es geschafft.*

- 1) *Gehen die Menschen aus Ihrem näheren Umfeld regelmäßig zum Zahnarzt? Wie sieht es mit Ihren Kindern aus?*
- 2) *Gibt es Leute, mit denen Sie sich über Ihre gesundheitlichen Probleme austauschen?*
- 3) *Können Sie mir noch sagen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten?*

*So, nun sind wir auch am Ende des Gesprächs angekommen und ich möchte mich schon mal herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Habe ich noch etwas vergessen oder gibt es noch etwas, was Sie mir erzählen möchten?*

Im Anschluss des Interviews wurde zur Vollständigkeit der Daten ein Protokollbogen (Abbildung 11) ausgefüllt. Er beinhaltet Angaben zur Interview-Nummer, das Pseudonym des Interviewten, Datum und Ort des Interviews, sowie Ende und Beginn des Interviews, um die genaue Dauer des geführten Interviews festzuhalten. Zusätzlich wurden Vermerke zu Pausen, der bestehenden Atmosphäre während des Gesprächs,

sowie Störungen und Besonderheiten im Gesprächsverlauf gemacht. Diese Angaben brachten einen wesentlichen Vorteil für eine spätere Reflexion des Interviews.

### **2.3.2 Prinzip der theoretischen Sättigung**

Die Datenerhebung und -auswertung wurden mithilfe der *Grounded-Theory-Methodik* nach dem Prinzip des theoretischen Samplings bis zur theoretischen Sättigung des Feldes miteinander verwoben (Strauss & Corbin 1998). Die Auswertung qualitativer Daten ist sehr komplex und erfordert einen hohen zeitlichen Aufwand. Um daher einen realistischen Rahmen zu schaffen und gleichzeitig eine ausreichend große Datenvielfalt zu ermitteln, wurde sich des *Sättigungsprinzips* bedient. Ein Maß für die Repräsentativität, wie man sie aus der quantitativen Forschung kennt, wird in der qualitativen Forschung durch das Prinzip der *theoretischen Sättigung* (Strauss & Corbin 1998; Kamtsiuris *et al.* 2007) ermöglicht. Unter diesem Prinzip versteht man, dass der untersuchte Gegenstandsbereich so weit erschlossen werden soll, bis durch neue Datenermittlung keine neuen Erkenntnisse mehr erwartet werden können (Strauss & Corbin 1998).

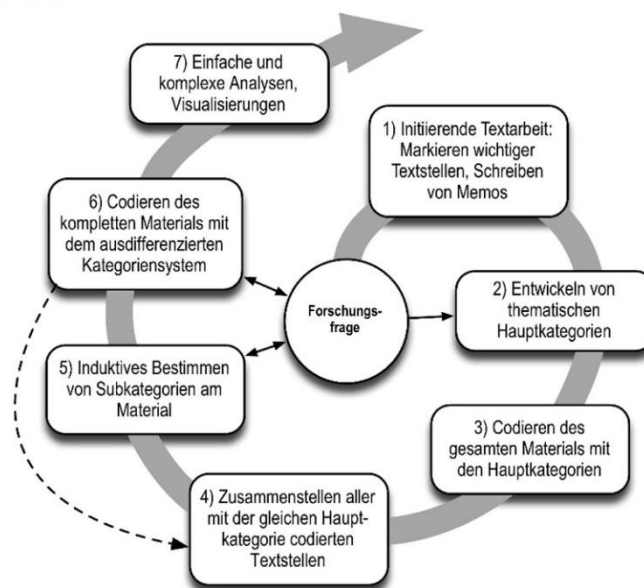
### **2.3.3 MAXQDA-Software**

Als unterstützendes Auswertungsprogramm wurde MAXQDA in Form von MAXQDA Analytics Pro 2018 und später MAXQDA Analytics Pro 2020 verwendet. Es gehört zu den weltweit führenden Softwareprogrammen im Bereich der qualitativen Forschung und gewährleistet somit eine gute Grundlage als Hilfsprogramm zur Datenauswertung. Mithilfe von MAXQDA konnten die entstandenen Transkripte verwaltet und übersichtlich verglichen werden. Eigene Vermerke konnten mithilfe von Memos konstruiert, rekapituliert und in das Projekt eingebracht werden. Zudem bildete die Software einen unerlässlichen Vorteil im Hinblick auf Festlegung von Codiereinheiten, Erstellung von unterschiedlichen Haupt- und Subkategorien, sowie deren Definition. Zusätzlich bot sich die Möglichkeit zur Anwendung von „Codewolken“ zur gedanklichen Orientierung und die Anwendung von „Mixed-Methods“-Anwendungen, die einen Vergleich in Form von Zahlen als Orientierungsstütze ermöglichten. Mit der Zeit entstand während der Arbeit mit MAXQDA ein Kategoriensystem, welches stetig mit verfolgt, bearbeitet und weiterentwickelt werden konnten.

### **2.3.4 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse**

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse, wie sie von Kuckartz (2016) beschrieben wird, diente in der Studie als erster Auseinandersetzungs- und

Auswertungsmechanismus mit den erhobenen Datensätzen. Sie diene als Grundstrukturierung des Materials und ermögliche eine erste Übersicht und Ordnung der erhobenen Transkriptinhalte. Zur Übersicht des Ablaufs der strukturierenden Inhaltsanalyse sei Abbildung 5 aufgeführt. Der erste Schritt der initiierten Textarbeit wurde mithilfe eines ersten Durchlesens und gleichzeitigen Markierens der Transkripte per Hand, außerhalb von MAXQDA, vorgenommen. Die darauffolgenden Schritte von 2) bis 6) sind in dem nächstfolgenden Kapitel der Kategorienbildung ausführlich erklärt und waren nicht nur ein essenzieller Bestandteil der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016), sondern auch gleichzeitig, wichtige Schritte der typenbildenden Inhaltsanalyse. Die strukturierende Inhaltsanalyse konnte also hier, wie bereits anfangs beschrieben, als eine wichtige Vorarbeit der späteren typenbildenden Inhaltsanalyse angesehen werden.



**Abb. 5: inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse**

Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016), entnommen aus „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung“, 3. Überarbeitete Auflage 2016.

In Bezug auf die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse wurden weiterhin sogenannte „Case Summaries“ (Abbildung 20) erstellt. Diese Fallzusammenfassungen wurden zu jedem, für die Auswertung ausgewählten Interviews, erstellt und ermöglichten eine zusammenfassende Darstellung der Interviews. Ziel dieser Zusammenfassungen war eine faktenorientierte Komprimierung des Textes, in dem Eigeninterpretation nicht zulässig war (Kuckartz 2016). Letztendlich erhielt man dadurch eine Übersicht und

Kurzinformation zu jedem Interview, auf die im gesamten Auswertungsprozess zurückgegriffen werden konnte.

### **2.3.5 Kategorienbildung und Kategoriensystem**

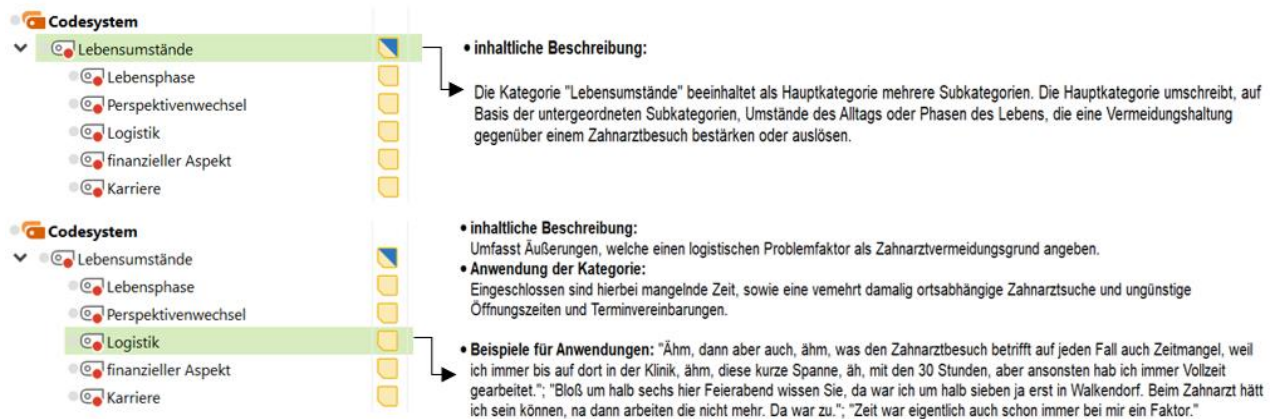
Die Kategorienbildung bildet den Grundbaustein für die Auswertung qualitativer Daten. Zugleich ist sie die Grundvoraussetzung zur Schaffung eines Kategoriensystems. In der Sozialwissenschaft wird das Wort Kategorie zumeist mit dem Begriff der „Klasse“ umschrieben (Kuckartz 2016). Als Kategorie wird das „Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten“ verstanden (ebd.). Diese Einheiten können sich, je nach untersuchtem Forschungsgebiet, unterschiedlich zusammensetzen. Durch die inhaltliche Gruppierung der Aussagen anhand der Kategorien ließ sich eine Komprimierung der Datenmenge und somit eine entstehende Übersichtlichkeit der Transkriptinhalte erzielen.

In der Studie ging es darum alle Einheiten zu ermitteln, die in einem möglichen Zusammenhang mit der Zahnarztvermeidung stehen konnten. Für den Umfang einer Textstelle, die zu einer Kategorie zugeordnet werden sollte, wurde sich sinntragenden Absätzen bedient. Dabei sollte ein zusammenhängender sinntragender Satz unter die Zuordnung einer Kategorie fallen, um eine jederzeit nachvollziehbare Zuordnung zu ermöglichen (Kuckartz 2016). Es konnten auch über die Kategorie hinaus Textstellen hinzugezogen werden, um eine bessere Einordnung in den Gesamtkontext zu erhalten. Der einer Kategorie zugeordnete Abschnitt sollte aber auch ohne zusätzlichen Text, außerhalb der eigentlichen Kategorie, verständlich sein. Die einer Kategorie zugeordneten Textabschnitte deckten somit inhaltliche Aussagen des Interviewten ab.

Innerhalb codierter Abschnitte konnten daneben oft Aussagen zu verschiedenen Themenfeldern vorgefunden werden, da meist innerhalb kurzer Abschnitte mehrere Themenbereiche angesprochen wurden. Diese waren dann kategorienbasiert, aber nicht inhaltlich voneinander trennbar. Innerhalb eines Textabschnittes sorgten also Aussagen zu verschiedenen Themenbereichen, die gegebenenfalls unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden mussten, für Überschneidungen der MAXQDA-Reiter.

Um eine transparente Interpretation der Kategorien zu ermöglichen, wurden die jeweiligen Haupt- und Subkategorien nach dem *allgemeinen Schema für Kategoriendefinitionen* nach Kuckartz (2016) definiert. Um eine übermäßige Beschreibung der Kategorien zu vermeiden, wurden die Haupt- und Subkategorien unterschiedlich detailliert definiert. Für die Hauptkategorien wurde lediglich die „inhaltliche Beschreibung“, für die Subkategorien die „inhaltliche Beschreibung“ und die















„Anwendung der Kategorie“, sowie „Beispiele für Anwendungen“ (Abbildung 6) ausgeführt.



**Abb. 6: Kategoriensystem mit Definition von Haupt- und Subkategorien**

Ausschnitt des gebildeten Kategoriensystems mit entsprechender Beispielformulierung einer Hauptkategorie (o) und einer Subkategorie (u). Die Kategoriendefinition ist angelehnt an die Empfehlung der allgemeinen Kategoriendefinition von Kuckartz (2016). Darstellung der Codesystem-Anzeige in MAXQDA (2020).




























































Durch den erstellten Leitfaden waren bereits deduktiv einige Kategorien erstellt worden, induktiv konnten am Text neue Kategorien erschlossen werden. Der Vorgang des Klassifizierens oblag also einerseits dem „Akt des *Subsummierens* unter eine a priori gebildete Kategorie oder [dem] Akt des *Generierens* einer Kategorie [...], für ein Phänomen, das man in den empirischen Daten erkannt hat“ (Kuckartz 2016). In der Studie wurde sich somit einer gemischt deduktiven-induktiven Kategorienbildungsmethode bedient.

- **Codesystem**
  - > •  Lebensumstände
  - > •  Ursachenargumentation
  - > •  medizinische Betreuung
  - > •  selbstmanifestiertes Vermeidungsverhalten
  - > •  soziales Umfeld
  - > •  negative Erfahrungen mit Zahnärzten
  - > •  Wahrnehmung der eigenen Zahngesundheit
    -  tägliche Mundhygiene
    -  Einstellung gegenüber Zahnärzten und Vorsorge
  - > •  NHCA - Faktoren
  - > •  wichtige Aspekte für den Zahnarztbesuch
    -  Freizeitaktivitäten
  - > •  Erfahrungen mit Ärzten oder medizinischen Einrichtungen
  - > •  interessante Äußerungen

### Abb. 7: hierarchisch gebildetes Kategoriensystem

Anhand der Transkripte wurden mithilfe der deduktiv-induktiven Kategorienbildung verschiedene Hauptkategorien ermittelt (deduktive Kategorien blau, induktive rot). Darstellung in MAXQDA (2020).

Durch die deduktive und induktive Kategorienbildung entstanden Haupt- und Subkategorien. Diese führten zur Entstehung eines hierarchisch angeordneten Kategoriensystem (Abbildung 7 und Abbildung 8).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Codesystem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Lebensumstände               <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Lebensphase</li> <li>•  Perspektivenwechsel</li> <li>•  Logistik</li> <li>•  finanzieller Aspekt</li> <li>•  Karriere</li> </ul> </li> <li>•  Ursachenargumentation               <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Lustfaktor</li> <li>•  Suche nach neuem Zahnarzt</li> <li>•  Einflussnahme/ Schuldzuweisung</li> </ul> </li> <li>•  medizinische Betreuung               <ul style="list-style-type: none"> <li>•  unzureichende zahnärztliche Betreuung</li> <li>•  unzureichende zahnärztliche Aufklärung</li> </ul> </li> <li>•  selbstmanifestiertes Vermeidungsverhalten               <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Behandlungsgeschlecht</li> <li>•  Schamgefühl</li> <li>•  Unsicherheit/ Unwohlsein</li> <li>•  Vertrauensverlust</li> <li>•  Eigenwehr</li> <li>•  Angst</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•  soziales Umfeld           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Zahnarztgänger</li> <li>•  Zahnarztmeider</li> <li>•  Mundhygiene Nachkommen</li> <li>•  Mundhygiene Kindheit</li> <li>•  Gespräche</li> </ul> </li> <li>•  negative Erfahrungen mit Zahnärzten           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Anästhesieproblematik</li> <li>•  Kindheitserfahrungen</li> <li>•  Praxisatmosphäre</li> <li>•  Übergehen des Wohlbefindens</li> <li>•  inkorrekte Therapieung</li> <li>•  Generationenkonflikt</li> </ul> </li> <li>•  Wahrnehmung der eigenen Zahngesundheit           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Beschwerden</li> <li>•  paradoxe Selbstwahrnehmung</li> <li>•  Verdrängung/ Herunterspielen</li> <li>•  maximale Ausreizung</li> <li>•  tägliche Mundhygiene</li> <li>•  Einstellung gegenüber Zahnärzten und Vorsorge</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•  NHCA - Faktoren           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  bestärkende Bezugspersonen</li> <li>•  Unterstützung der Zahnmedizinlehre</li> <li>•  Auslandsbehandlung</li> <li>•  Kostenfaktor</li> <li>•  Wartezeiten</li> </ul> </li> <li>•  wichtige Aspekte für den Zahnarztbesuch           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Kommunikation, Aufklärung</li> <li>•  Einfühlungsvermögen</li> <li>•  Freundlichkeit</li> <li>•  fachliche Kompetenz</li> <li>•  Vertrauen</li> <li>•  Wohlfühlatmosphäre</li> <li>•  Freizeitaktivitäten</li> </ul> </li> <li>•  Erfahrungen mit Ärzten oder medizinischen Einrichtungen           <ul style="list-style-type: none"> <li>•  Erfahrungen mit Ärzten</li> <li>•  Arztmeider</li> <li>•  Arztgänger</li> </ul> </li> <li>&gt; •  interessante Äußerungen</li> </ul> |
|---|--|---|

### Abb. 8: hierarchisch gebildetes Kategoriensystem, ausgeklappt

Hierarchisch gebildetes Kategoriensystems anhand der vorhandenen Transkripte mithilfe der deduktiv-induktiven Kategorienbildung, in ausgeklappter Variante zur Übersicht der ermittelten Haupt- und Subkategorien. Deduktive Kategorien wurden mit einem blauen Punkt hinterlegt, induktive Kategorien mit einem roten Punkt. Darstellung in MAXQDA (2020).

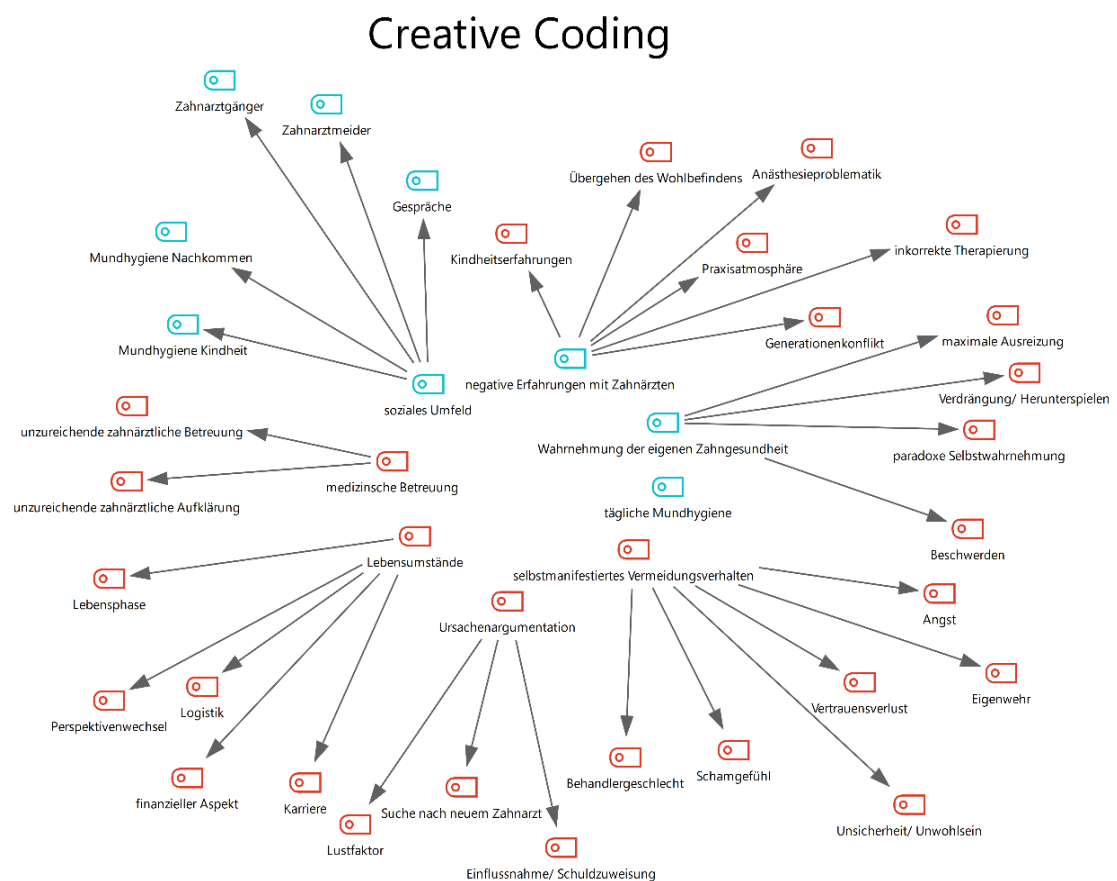
Es entstanden während des Kategorienprozesses letztlich vierzehn verschiedene Hauptkategorien (Abbildung 7) mit einer unterschiedlichen Anzahl an Subkategorien (Abbildung 8), welche in ihrer Wichtigkeit, in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage von der Gewichtung unterschiedlich waren. Einige Hauptkategorien, wie beispielsweise: „Einstellung gegenüber Zahnärzten und Vorsorge“, „NHCA-Faktoren“, „wichtige Aspekte für den Zahnarztbesuch“, „Freizeitaktivitäten“, „Erfahrungen mit Ärzten und medizinischen Einrichtungen“ und „interessante Äußerungen“, brachten anregende Informationen für mögliche Präventionsmaßnahmen, trugen aber zur Beantwortung der Forschungsfrage nur nebensächlich bei. Die Kategorie „Einstellung gegenüber Zahnärzten und Vorsorge“ beinhaltete hingegen Informationen über die momentane Einstellung der Probanden gegenüber Zahnärzten und zahnärztlichen Behandlungen, sowie den Umgang mit zahnärztlichen Routineuntersuchungen in der Vergangenheit und deren zukünftige Sicht darauf. „NHCA-Faktoren“ („Nicht Healthcare Avoidance-Faktoren“) sowie „wichtige Aspekte für den Zahnarztbesuch“ umschlossen Inhalte, die Aufschluss darüber gaben, welche Ansätze nicht zur Zahnarztvermeidung beigetragen oder gar von dieser weggeführt hatten, sowie Aspekte, die als unerlässlich, wichtig und wünschenswert bei einem Zahnarztbesuch angesehen wurden. „Erfahrungen mit Ärzten und medizinischen Einrichtungen“ brachten dagegen Inhalte zur Ansicht der Probanden gegenüber der Humanmedizin zum Vorschein. Grundsätzlich lag der Anreiz darin, mögliche Parallelen zu erkennen und aufzuzeigen. Die „Freizeitaktivitäten“ gaben Anlass, den Patienten besser kennenzulernen und möglicherweise gezielter einordnen zu können. Wichtiger zur Beantwortung der Forschungsfrage und für die spätere typenbildende Analyse waren die anderen acht Hauptkategorien (Abb. 9). Diese wurde als Dimensionen für die weiteren Analyseprozesse bestimmt und bildeten den Hauptrahmen zur Erarbeitung von Kurzportraits. Das Kategorisieren und die komplette Generierung des Kategoriensystems fand mithilfe von MAXQDA statt.

Die Kategorienbildung ist ein interaktiver Prozess der Auswertung. Es gibt also keine konkrete Zeitspanne in der an den Kategorien gearbeitet wird oder werden darf. Es erfolgte ein ständiges Codieren und Recodieren des Datenmaterials, während gleichzeitig inhaltsanalytische Prozesse sowie Überlegungen zur Typenbildung abliefen. Bis das finale Kategoriensystem ermittelt wurde, brauchte es viel Zeit und Rekapitulation der zuvor angegebenen Kategorienzuordnungen mit Reflexion und Einarbeitung der neu gewonnenen Erkenntnisse. Um die Zuverlässigkeit der ermittelten Kategorien zu

gewährleisten, verglichen die Mitglieder des Studienteams fortlaufend ausgewählte Codezuordnungen, bis ein Konsens erzielt wurde (Pope *et al.* 2000).

### 2.3.6 Dimensionen

Nach wesentlicher Betrachtung der Kategorien wurden diejenigen ausgewählt, welche den größten Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage und die größte Relevanz zur Typenbildung hatten. Hierzu gehörten die Kategorien: „Lebensumstände“, „Ursachenargumentation“, „medizinische Betreuung“, „selbstmanifestiertes Vermeidungsverhalten“, „soziales Umfeld“, „negative Erfahrungen mit Zahnärzten“, „Wahrnehmung der eigenen Zahngesundheit“ und die „tägliche Mundhygiene“. Diese wurden in der „Creative Coding“ Ansicht von MAXQDA zum besseren Verständnis aufgeführt (Abb. 9). Sie bildeten dann die für die Datenauswertung relevanten Dimensionen.



**Abb. 9: Creative-Coding**

Darstellung der ausgewählten Dimensionen zur Ausarbeitung zur Kurzportraits im „Creative-Coding“-Modus von MAXQDA (2020).

Die Dimension „Lebensumstände“ umfasst Umstände des Alltags, wie beispielsweise finanzielle Sorgen in Hinblick auf zahnärztliche Versorgungen und Zeitmangel aufgrund von Beruf oder Karriere. Die Dimension „Ursachenargumentation“ beinhaltet Aussagen zu Vermeidungsgründen oder -strategien. Bei der „medizinischen Betreuung“ werden beispielsweise unzureichende zahnärztliche Aufklärung und Behandlung kritisiert und als verunsichernder Faktor impliziert. Das „selbstmanifestierte Verhalten“ spiegelt entstandene Gedankenmuster und Verhaltensweisen wider, die sich durch negative Erfahrungen mit Zahnärzten entwickelt haben. Zudem wurde als relevante Dimension das „soziale Umfeld“ hinzugezogen. Hierbei lag das Augenmerk auf dem Umgang der Mundhygiene in der Kindheit und im sozialen Umfeld. Zusätzlich wurden die Dimensionen „der negativ wahrgenommenen Erfahrungen mit Zahnärzten“, „die Wahrnehmung der eigenen Zahngesundheit“ und die „tägliche Mundhygiene“ analysiert. Der zu ermittelnde Merkmalsraum wurde demnach sehr komplex gehalten, um möglichst viele Einflüsse für die Beweggründe und Ursachen der Zahnarztvermeidung einschließen zu können.

### **2.3.7 Kurzportraitgenerierung**

Die Kurzportraits wurden auf Basis der oben genannten Dimensionen (Abb. 9) erstellt und in sieben Bestandteile untergliedert (Abb. 10). Die Dimensionen „Lebensumstände“, „Ursachenargumentation“, „medizinische Betreuung“ und „selbstmanifestiertes Verhalten“ wurden als Vermeidungsfaktoren zusammengefasst (Abb. 10). Zusätzlich wurden demografisch relevante Inhalte, wie Alter, Beruf und Familienstand in den Text mit eingebunden und die Frage nach dem ersten Zahnarztbesuch und dessen folgende Zahnarztbesuche aus dem Leitfaden (Abb. 19) als „Verlaufsgeschichte“ für den Einstieg in das Kurzportrait eingebracht. Die Inhalte der „demografischen Hintergründe“ und die Merkmalsräume der „Verlaufsgeschichte“ und der „Vermeidungsfaktoren“ wurden als Fließtext ohne Absatz zusammengefasst, um die Lesbarkeit zu verbessern und einen inhaltlich besseren Zusammenhang zu generieren. Die restlichen Dimensionen wurden ebenfalls als Fließtext verfasst, aber durch einzelne Absätze voneinander getrennt. Die Dimensionen wurden entsprechend ihrer Haupt- (Abb. 7) und Subkategorien (Abb. 8) einbezogen. Lediglich die Dimension des „sozialen Umfeldes“ wurde auf die Zahngesundheitsthematik im familiären Umfeld eingrenzt, da dieser den größten Einfluss auf den eigenen Umgang mit der späteren Mundhygiene hatte. Die Fallkonstruktion erfolgte induktiv. Lediglich die groben Kategorien waren bereits durch den Leitfaden vorgegeben.

- demografische Hintergründe
- Verlaufsgeschichte
- Vermeidungsfaktoren: Lebensumstände, Ursachenargumentation, medizinische Betreuung, selbstmanifestiertes Verhalten
- negative Erfahrungen mit Zahnärzten
- soziales Umfeld: Zahngesundheitsthematik im familiären Umfeld
- Wahrnehmung der eigenen Mundgesundheit
- tägliche Mundhygiene

**Abb. 10: Kurzportraitdimensionen**

Für das Kurzportrait verwendete Dimensionen mit entsprechenden Merkmalsräumen. In der dargestellten Reihenfolge wurden die Dimensionen für das Kurzportrait beschrieben. Die ersten drei Anstriche wurden als ein Absatz in dem Fließtext eingebaut, den restlichen Dimensionen ist jeweils ein Absatz zu zuordnen.

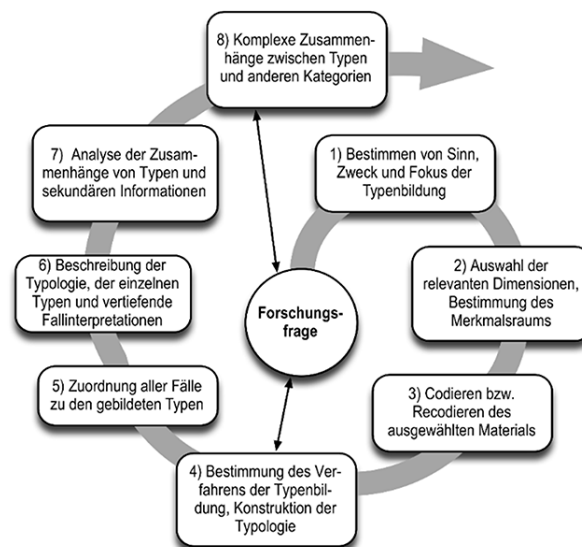
Beim Verfassen des Kurzportraits wurden in jeder Hinsicht die anonymisierten Daten aus dem Transkript beibehalten. Für jedes der für die Auswertung auserwählten Interviews wurde mithilfe der Dimensionierung (Abb. 10) ein Kurzportrait verfasst. Bei den Kurzportraits herrschte auch die dort vorliegende Reihenfolge der Dimensionen vor. In den Kurzportraits wurden vereinzelt passende Zitate aus den Transkripten zur besseren Nachvollziehbarkeit der Dimensionen angeführt. Gewisse Textstellen sind zudem für das Leserverständnis unverzichtbar. Anders als bei quantitativen Studien bleibt der Text als Gesamtheit in jeder Hinsicht ständig präsent und nimmt für die Aufbereitung und Ergebnisdarstellung eine wichtige Rolle ein (Kuckartz 2016). Die Kurzportraits bilden gleichzeitig die Kurzbeschreibungen der späteren zugeordneten Einzelfälle der Typologie und sind somit Bestandteil der eigentlichen Endauswertung und Typologie.

### **2.3.8 Typenbildende qualitative Inhaltsanalyse**

Die Typenbildung hat in den Sozialwissenschaften eine lange Tradition, die insbesondere auf Max Weber und Alfred Schütz zurückgeht (Mey & Mruck 2020). Heutzutage wird die Typenbildung von vielen Wissenschaftlern als das zentrale Ergebnis qualitativer Datenanalyse gesehen (Schäfer & Ecarius 2009; Kelle & Kluge 2010). Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Typenbildung methodologisch kontrollierbar möglich geworden (Kuckartz 2016). Aus qualitativer Sicht sind Typologien

das „Produkt eines Gruppierungsprozesses“, wobei die hierbei zugeordneten Fälle als Typen bezeichnet werden (ebd.). Die Typen unterscheiden sich hierbei in der Ausprägung und Anordnung ihrer Merkmale (Kelle & Kluge 2010). Entsprechend wird versucht, eine Gruppierung der Fälle anhand der ausgewählten Dimensionen und Merkmalsräume vorzunehmen. Eine Typologie besteht somit immer aus mehreren Typen und strukturiert gleichzeitig einen „Phänomenbereich“ hinsichtlich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede (Kuckartz 2016).

Es wurde sich in dieser Arbeit an dem Vorbild von Kuckartz, als einer derjenigen Forscher, der aufbauend auf dem Wandel der qualitativen Typenbildung eine Steuerbarkeit der Typisierung ermöglicht hat, orientiert. Die Typenbildung basiert dementsprechend auf der von Kuckartz beschriebenen Variante, um einerseits eine gut beschriebene Methode zur Typisierung zu nutzen und andererseits Typen methodisch kontrollierbar konstruieren zu können (Kuckartz 2016) (Abb. 11).



**Abb. 11: typenbildende qualitative Inhaltsanalyse**

Ablaufschema der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016), entnommen aus „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung“, 3. Überarbeitete Auflage 2016.

Anhand der ermittelten relevanten Dimensionen (Abb. 10) wurde der Merkmalsraum der Typenbildung festgelegt. Da der dieser Arbeit zugrundeliegende Merkmalsraum mehrdimensional war, wurde sich kategorisch der polythetischen Typenbildung nach Kuckartz (2016) bedient. Diese wird nach ihm als „natürliche Typologie“ bezeichnet und entspricht dem Umstand, dass die Typen induktiv aus dem empirischen Material gebildet werden. Die Studienteilnehmer werden so gruppiert, „dass die einzelnen Typen intern

möglichst homogen und extern möglichst heterogen sind“ und die „Merkmale des Merkmalsraums [von einem zum Typ gehörenden Individuum] nicht alle völlig gleich, sondern einander nur besonders ähnlich sind“ (Kuckartz 2016). Ziel war es demnach eine Typologie mit Typen maximaler Heterogenität und größtmöglicher interner Homogenität zu ermitteln. Die methodischen Auswertungsansätze nach Kuckartz wurden streng befolgt, um die Regelgeleitetheit zu gewährleisten.

Nachdem die endgültigen Kategorien durch diverse *Peer-Debriefings* im Team ermittelt werden konnten und anschließend auf Grundlage dieser die Kurzporträts der Einzelfälle verfasst wurden, folgte die Gruppierung der Fälle und die Erstellung eines ersten Typologiegerüsts. Die Gruppierung der Fälle fand hierbei, wie bereits oben beschrieben, so statt, dass sich eine Zuordnung von Fällen zu Typen deutlich von anderen Mustern und Gruppen abgrenzen ließ. Wie von Kuckartz vorgegeben, wurde darauf geachtet, dass die einzelnen Fälle eindeutig zu einem entsprechend konstruierten Typen zugeordnet werden konnten (Kuckartz 2016).

In mehreren Runden kollegialer Zusammenkunft wurde im Team der entstandene Typologie-Rahmen diskutiert. Während des gesamten Typenbildungsprozess fand ein regelmäßiger kollegialer Austausch mit den an der Studie beteiligten Forschern statt.

Schließlich wurde die Typologiebildung mit der genauen Klassifizierung der einzelnen Fälle im Konsens aller am Projekt beteiligten Forscher abgeschlossen. Die Idee des *Peer-Debriefing-Prozesses* war es, in einem kommunikativen und offenen Umfeld, die Erfahrungen der Probanden so wertfrei wie möglich zu untersuchen und zudem typologische Zuordnungen durch verschiedene Forscher abzusichern (Mey & Mruck 2020). Daneben konnte die Qualität der Forschung durch stattgefundene *Peer-Debriefings* und Reflexionen über das Forschungsfeld, durch die Verzerrung möglicher Vorurteile oder Eigenansichten, deutlich erhöht werden. Hierdurch konnte auch der Gefahr einer Stereotypisierung aus dem Weg gegangen werden, die als die als ein starrer Eindruck aufgrund eines vorschnellen Urteils anstelle einer Analyse und Überprüfung verstanden wird (Katz & Braly 1933). Nach eindeutiger Zuordnung der Einzelfälle zu entsprechenden Typen folgte die Definierung der Einzeltypen. Ziel war es, auf Basis der Patientenaussagen eine wertfreie Typologie verschiedener Zahnarztvermeidungsmuster zu erstellen. Dies führte letztlich zu einer gemeinsam erarbeiteten und offen entwickelten Problemanalyse.

### 3 Ergebnisse

Insgesamt konnten 60 potenzielle Studienteilnehmer ermittelt werden, von jenen letztlich 34 zu einem Interview erschienen. Bei den kontaktierten Personen, die nicht zum Interview erschienen, handelte es sich um Personen, die entweder nicht auf die Teilnahmenachfrage reagierten oder einer Teilnahme zugestimmt hatten, später dann aber mehrmals absagten oder nicht zum Termin erschienen (Tabelle 1). Dies verdeutlicht die Schwierigkeiten der Datenrekonstruktion.

Anzahl kontaktierter Studienteilnehmer	n = 60
Kontaktierte Personen, ohne Rückmeldung auf Teilnahmenachfrage	n = 13
Personen, die nach mündlicher Zusage nicht zum Befragungstermin erschienen sind	n = 13
Rekrutierte Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben	n = 34
Davon männlich	n = 21
Davon weiblich	n = 13

**Tab. 1 Rekrutierungshäufigkeit**

Von den insgesamt 34 erhobenen Interviews konnten 20 in die Gesamtanalyse einbezogen werden (Tabelle 2). Die Gründe für den Ausschluss waren die mangelhafte Bezugnahme vorgelegter Fragen, sodass eine zufriedenstellende Beantwortung gestellter Fragen ausblieb oder vereinzelte Abweichungen von den definierten Stichprobenkriterien vorlagen.

Teilnehmeranzahl, die in die Endauswertung einbezogen wurden	n = 20
Davon männlich	n = 11
Davon weiblich	n = 9
Durchschnittsalter der Teilnehmer	43.3
Durchschnittlicher DMFT-Index Erwachsene (18- bis 64-Jährige) <sup>2</sup>	19.7
Durchschnittlicher DMFT-Index Senioren (65- bis 70-Jährige) <sup>2</sup>	23.3

**Tab. 2 Teilnehmermerkmale**

<sup>2</sup> Es wurde sich hierbei an den Werten der DMS V (2016) orientiert. Bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) lag der Kariesindex bei 11,2 und bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) bei 17,7. In unserer Studie wurde der Bereich der jüngeren Erwachsenen auf alle Teilnehmer ab 18 Jahren bis einschließlich 64 Jahre erweitert, um keine Teilnehmer auszuschließen. Bei den jüngeren Senioren (65- bis 70-Jährige) wurden Probanden nur bis zum 70. Lebensjahr erfasst, da unsere Sampling-Kriterien nur bis zu diesem Alter reichten.

### 3.1 Typologie der Zahnarztvermeidung

Durch die Typologie, als generalisiertes Instrument zur Ermittlung minimaler und maximaler Kontraste, konnte die Vielfältigkeit in Hinblick auf Vermeidungsgründe und Verhaltensweisen, die zu einer Zahnarztvermeidung beitragen, ermittelt werden (Abb. 12). „Per definitionem besteht also eine Typologie immer aus mehreren Typen und ihrer Relation untereinander, sie strukturiert einen Phänomenbereich im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Distanzen“ (Mey & Mruck 2020). Die sich überlagernden Einzelfälle, aus welchen die Typologie besteht, konnten durch einen systematischen Fallvergleich zu einzelnen Typenstrukturen geordnet werden. Mithilfe von Kontrastierung von Erzähltem und Erlebtem konnte eine individuelle und demnach spezifische Einzelfallstruktur im Hinblick auf die bestehende Forschungsfrage ermittelt und kontextualisiert werden.

Die auf Grundlage des empirischen Datenmaterials gebildete Typologie, gab zudem Anlass, möglichst realitätsnah zu arbeiten. Durch das polythetische Vorgehen konnte merkmalsheterogen vorgegangen werden, wodurch ein vieldimensionaler Merkmalsraum eröffnet wurde, der die Komplexität zur Erschließung des vermeidenden Verhaltens zuließ.

Durch ständiges Vergleichen und Kontrastieren der einzelnen Fälle konnte schließlich eine Typologie von vier verschiedenen Vermeidungsmustern erarbeitet werden, welche in der Lage ist, eine Bandbreite der Zahnarztvermeidung widerzuspiegeln. Es handelt sich dabei um die Vermeidung von Zahnärzten aufgrund von:

1. *Distanzierung (Typ A). Typ A umfasst Subtyp A1 "Vermeidung des Zahnarztes durch Nachlässigkeit" und Subtyp A2 "Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung",*
2. *Enttäuschung (Typ B)*
3. *Scham (Typ C)*
4. *Angst (Typ D)*

Retrospektiv konnten alle Teilnehmer negative Erfahrungen mit dem Zahnarzt oder zahnärztlichen Behandlungen benennen. Diese negativen Erfahrungen waren es, die bei den Befragten unterschiedliche Verhaltensmuster und Umgangsweisen in Bezug auf den Umgang mit regelmäßigen Zahnarztterminen auslösten. Die hierbei entstandenen Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und reichen von persönlicher Nachlässigkeit bis hin zur Vermeidung von Zahnarztbesuchen aus Angst.

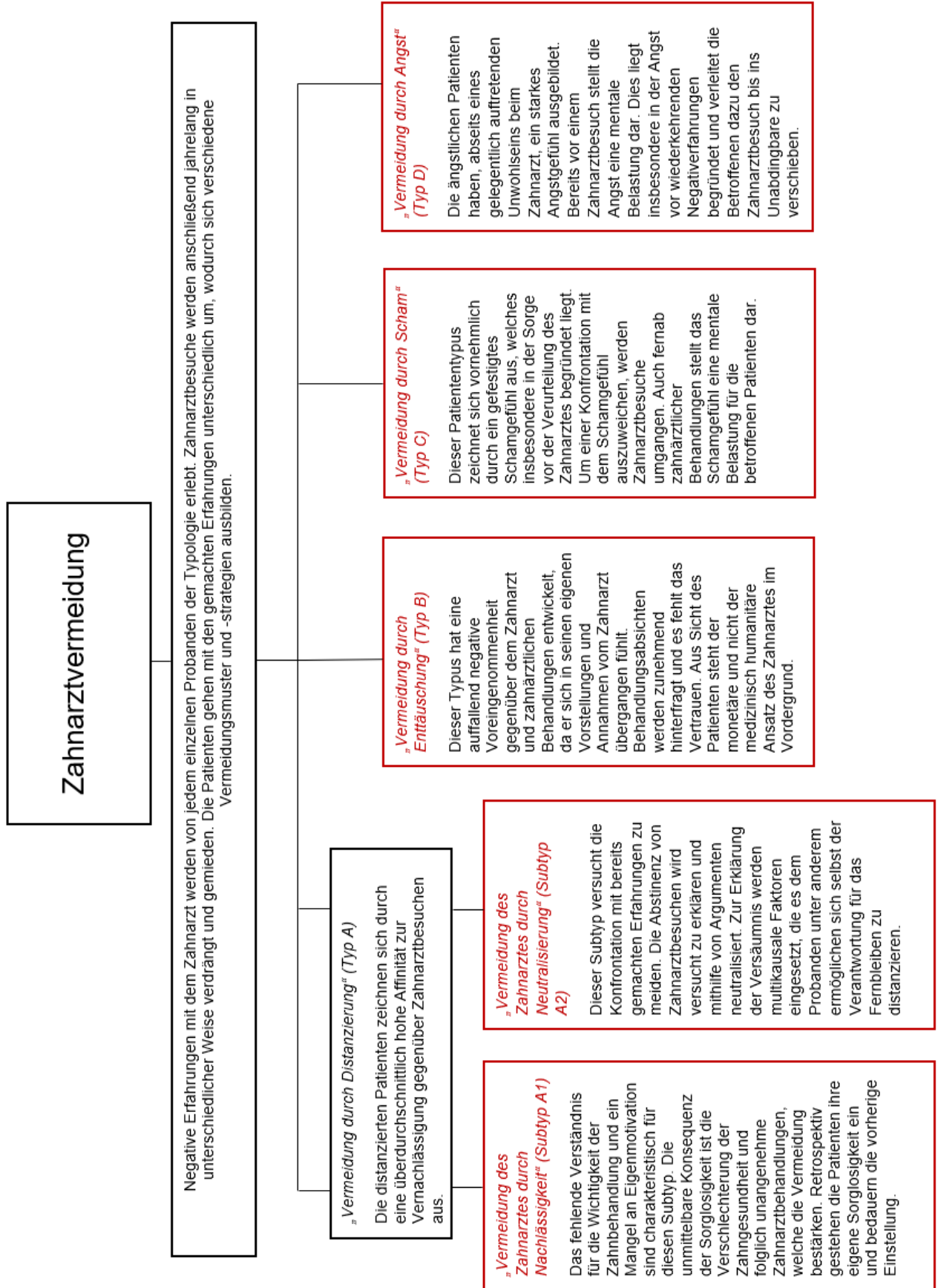


Abb. 12: Typologie der Zahnarztvermeidung

Um die Unterstützung und klare Struktur der Typologie und deren zugeordnete Einzelfälle verständlich zu machen, wird im Folgenden jeder einzelne Typ definiert und anhand eines ausgewählten Einzelfallportraits mit prototypischer Funktion dargestellt. Die typisierende Einteilung der Probanden der vorliegenden Studie wurde auf Grundlage des Interviewmaterials und folglich entwickelten Kurzportraits generiert. Die Typenbildung entstand in Verbindung mit der Erhebung dieser Informationen und bezieht sich daher nur auf die teilnehmenden Interviewpartner der Studie. Neben soziodemographischen Daten enthalten die Kurzportraits erste Instruktionen der Erinnerungen mit dem Zahnarzt in der Kindheit. Folglich sind die Erfahrungen und Erlebnisse der Befragten mit zahnärztlichen Behandlungen dargestellt. Die Kurzportraits geben einen guten Überblick über die Einzelfälle und bilden die Grundlage für die Vorstellung und Einführung der stattgefundenen Datenanalyse. Im Verlauf angewandte Direktzitate aus dem Interview stützen die Interpretationen und erhöhen gleichzeitig die Transparenz der Zuordnung. Die Anordnung der Kurzportraits folgt hierbei der Logik der Typologie. Einleitend sind die jeweiligen Typen und Subtypen mit einem Deutungsschema versehen. Alle personenbezogenen Daten in den Kurzportraits wurden anonymisiert.

### **3.2 Typ A: Vermeidung durch Distanzierung**

#### **3.2.1 Definition des Vermeidungstypus A**

Patienten des distanzierten Typus verdrängen den Besuch des Zahnarztes seit mehreren Jahren. Sie haben eine äußerst hohe Affinität zur Nachlässigkeit gegenüber Zahnarztbesuchen entwickelt und besitzen eine darauf ausgerichtete unbekümmerte Einstellung. Der distanzierte Typus wird in zwei Subtypen unterteilt. Die Subtypen werden hierbei nach ihrer Einstellung innerhalb der distanzierenden Vermeidung unterschieden: die Distanzierung kann sich einerseits durch „Nachlässigkeit“ (Subtyp A1) oder andererseits durch „Neutralisierung“ (Subtyp A2) ausbilden.

Während der Subtypus A1 den Zahnarzt in erster Linie aufgrund eines adoleszenten Prozesses meidet, umgeht der Subtypus A2 den Zahnarzt aufgrund eines Prozesses, der sich vorrangig in späteren Lebensjahren manifestiert. Das Ausmaß der Distanzierung richtet sich hierbei also nach unterschiedlichen Lebenssituationen und Altersphasen, die eine unterschiedliche Art des Vermeidungsverhaltens zulassen.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal der vorliegenden Subtypen bildet die Art und Weise, wie mit der vermeidenden Haltung umgegangen und diese gegenüber anderen

repräsentiert wird. Patienten, die dem neutralisierenden Verhalten zuzuordnen sind, versuchen ihr Meidungsverhalten durch verschiedene Argumentationsketten zu verdecken. Im Gegensatz dazu neigen nachlässige Patienten dazu, offen über ihre Unachtsamkeit in der Vergangenheit zu berichten und bedauern diese im Nachhinein auch.

### **3.2.2 Subtypus A1: Vermeidung des Zahnarztes durch Nachlässigkeit**

#### **3.2.2.1 Definition des Subtypus A1 (n = 3)**

Charakteristisch für diesen Typus ist das mangelnde Verständnis für die Bedeutung der zahnärztlichen Behandlung, sowie die fehlende Eigenmotivation für das Aufsuchen zahnärztlicher Einrichtungen, das auf eine jugendtypische Phase zurückzuführen ist.

Die nachlässige Haltung dieses Typus wird demnach durch einen bestimmten Lebensabschnitt oder eine Negativerfahrung mit dem Zahnarzt in diesem Abschnitt hervorgerufen. Zumeist ist der Abschnitt auf die pubertäre Phase der befragten Probanden zurückzuführen, in der der Zahnarzt eine scheinbar untergeordnete Rolle einnimmt oder unangenehme Begegnungen überdurchschnittlich negativ bewertet werden.

*„Na jugendlicher Leichtsinn, sag ich mal so. Ich hab früher gerne aufgeschoben, also wirklich. Ach gehst nächste Woche. Und aus einer Woche wurd denn ein Monat und denn war es komplett weg“ (Z. 40-42, männlicher Teilnehmer, 20 Jahre). „[...] Also man hat noch so leichtsinnig so. Jugendlicher Leichtsinn, sag ich mal. Das war hauptausgebender Punkt, sag ich mal“ (Z. 644-646, männlicher Teilnehmer, 20 Jahre).*

Das bestehende Desinteresse an der Mundhygiene führt dazu, dass zahnmedizinische Probleme lange ignoriert und ausgeblendet werden. Infolgedessen verschlechtert sich der Zustand der Mundgesundheit deutlich. Der negative Einfluss sorgt scheinbar als Antrieb für eine fehlende Bereitschaft zur Mundhygiene und einer damit einhergehenden Verschlechterung des Gebisszustandes. Die unmittelbare Konsequenz daraus sind Zahnarztbesuche, die aufgrund der vorliegenden Behandlungsnotwendigkeiten, einen negativen Eindruck hinterlassen.

*„[...] irgendwann kam es denn mal soweit, dass da die feste Zahnsperre dazu kam und da fingen denn die Probleme so ein bisschen an, ne. Durch diese Brackets, die man auf den Zähnen hat. Man ist als Teenager schludrig. Man ist da nicht so hinterher und wo die denn ab waren sahen die Zähne unschön aus“*

(Z. 12-16, weibliche Teilnehmerin, 27 Jahre). "Ja, das ist aber auch irgendwo eigene Schludrigkeit gewesen, ne. Man ist ja nicht selber hinterher gewesen" (Z. 173-174, weibliche Teilnehmerin, 27 Jahre).

„Und ja dann musste einiges gemacht werden, weil einige Zähne kaputt waren und das waren denn halt nicht solche schönen Erlebnisse und denn/. Und Grund darauf bin ich noch weniger gegangen, wegen den schlechten Erfahrungen mit dem Zahnarzt und denn wurde es ja natürlich nicht besser mit den Zähnen“ (Z. 12-16, männlicher Teilnehmer, 20 Jahre).

Mögliche Folgen und Konsequenzen der Vermeidung eines Zahnarztbesuchs werden innerhalb der jugendlichen Zeitspanne nicht bedacht. Der Gang zum Zahnarzt wird zudem durch die eigene Selbstwahrnehmung der Nachlässigkeit erschwert. Auch die Sorge vor der Konfrontation mit der adoleszenten Vernachlässigung beeinträchtigt den Weg zum Zahnarzt.

„Hm, die eine Dame, die hatte relativ viel gemeckert, sag ich mal so. „Wie kann da sein“, und so weiter und das war halt nicht so fördernd, [...]“ (Z. 102-103, männlicher Teilnehmer, 20 Jahre).

Rückblickend beschreiben die Probanden ihre Nachlässigkeit als jugendphasentypisch deklariert und kommunizieren diese offen. Selbstkritisch blicken die Patienten auf die eigene Einstellung in der Vergangenheit zurück.

„Das man da irgendwie Spätfolgen von haben kann, darüber hab ich mir nie Gedanken gemacht vorher“ (Z. 396-397, weibliche Teilnehmerin, 27 Jahre). „Ich glaub einfach so ein bisschen, ja, weiterdenken. Es wären keine Faktoren notwendig gewesen. Es ist einfach gesunder Menschenverstand, dass man es hätte machen müssen“ (Z. 581-583, weibliche Teilnehmerin, 27 Jahre).

### 3.2.2.2 Fallkurzportrait Patient LN

LN wird 1998 in einer der Hansestädte Mecklenburg-Vorpommerns geboren. Mit seinen zwei älteren Schwestern wächst er in einfachen Verhältnissen im Haushalt seiner Eltern auf. Die Mutter erlernt den Beruf der Bürokauffrau, ist später als Hausfrau tätig. Der Vater erlernt den Beruf des Schlossers und arbeitet heute als Anlagenmechaniker. Die Eltern sind verheiratet. Nach Abschluss der neunten Klasse und Erlangung des Hauptschulabschlusses absolviert LN eine Lehre zum Anlagenmechaniker und ist bis heute in diesem Beruf tätig. Derzeit befindet sich LN in einer festen Beziehung.

Die Zahnarztbesuche in der Kindheit scheinen ohne negative Erfahrungen behaftet. Mit Beginn der Lehrzeit in seiner Jugend folgt eine große Zeitspanne sehr unregelmäßiger Zahnarztbesuche. Aus dem jugendlichen Leichtsinn heraus werden bestehende Beschwerden überspielt und Zahnarztbesuche aktiv hinausgezögert. „Na jugendlicher Leichtsinn, sag ich mal so. Ich hab früher gerne aufgeschoben, also wirklich. Ach gehst nächste Woche. Und aus einer Woche wurd denn ein Monat und denn war es komplett weg“ (Z. 40-42). „Hm, na hat auf/ bisschen die Reife gefehlt, sag ich mal so. Also man hat noch so leichtsinnig so. Jugendlicher Leichtsinn, sag ich mal. Das war hauptausgebender Punkt, sag ich mal“ (Z. 644-646). Der elterliche Nachdruck wird in der Jugend gezielt überhört. „Da hat man erst recht nicht gemacht (lacht)“ (Z. 55). Die unregelmäßigen Zahnarztbesuche in Verbindung mit der Verdrängung von Beschwerden führen zu einer unmittelbaren Schädigung des Gebisses und erfordern anschließend zwingend notwendige zahnärztliche Eingriffe. Die sind aufgrund der entstandenen Läsionen teils sehr unangenehm und mit mehreren Eingriffen unter Lokalanästhesie verbunden. Die Spritzen und Schmerzen beim Zahnarzt sind für LN höchst unangenehm, wodurch die Vermeidungshaltung zusätzlich bestärkt wird. „Und Grund darauf bin ich noch weniger gegangen, wegen den schlechten Erfahrungen mit dem Zahnarzt und denn wurde es ja natürlich nicht besser mit den Zähnen“ (Z. 14-16). Zahnarztbesuche werden dadurch erneut so lange wie möglich umgangen. Zudem steigt die jugendliche Unlust einen Zahnarzt überhaupt erst aufzusuchen an. „Hm, ich würd sagen schlicht weg Faulheit, ja. Joar, Bequemlichkeit, ja“ (Z. 596). „Man/ gibt immer Möglichkeiten zum Zahnarzt zu gehen, aber, ja. Bequemlichkeit auf jeden Fall“ (Z. 620-621). Die folgenden Zahnarzteingriffe sind durch den entstandenen Gebisszustand weiterhin unangenehm behaftet. Hierdurch verstärkt sich die negative Haltung gegenüber dem Zahnarzt. Zudem klagt er über die mangelnde Schmerzempathie und die fehlende Integration seiner Bedürfnisse in den Behandlungsablauf. „Na einige haben ihr Ding gleich mal so durchgezogen so“ (Z. 91). Daneben kommt es zu Vorwürfen über den vorliegenden Zustand der Zähne. Diese Kommunikationsweise wirkt sich in der Jugendphase besonders nachteilig aus. „Hm, die eine Dame, die hatte relativ viel gemeckert, sag ich mal so. ‚Wie kann das sein‘, und so weiter und das war halt nicht so fördernd [...]“ (Z. 102-103). Außerdem schämt er sich immer mehr für den entstandenen Zustand seiner Zähne. Durch einen Fußballunfall kommt es zur Schädigung eines weiteren Zahnes. Dieser Vorfall wird trotz Beschwerden monatelang verdrängt, bis der Zahn schließlich aufgrund einer entstandenen Entzündung gezogen werden muss. Hierdurch wird erneut ersichtlich, dass bis dato keine Verhaltensänderung in Hinsicht auf die Regelmäßigkeit zahnärztlicher Besuche stattgefunden hat. LN gibt an, den Zahnarzt momentan regelmäßig aufzusuchen, da er mit seiner jetzigen Zahnärztin

bisher recht gute Erfahrungen gemacht hat. Daneben hat ihn auch seine neue Lebenspartnerin dazu animiert. „[...] jetzt auch durch Freundin oder so, will man ja auch nicht so, dass man das so schleifen lässt und denn bin ich mal hingegangen“ (Z. 31-32). Da sich LN seit kurzer Zeit in regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung befindet, hat er momentan keine zahnmedizinischen Beschwerden. Vor der zahnärztlichen Behandlung liegen diese jedoch vor. Bereits in dem jungen Alter von LN kommt es zu mehreren Zahnextraktionen. Bestehende Beschwerden werden lange Zeit aktiv heruntergespielt. „Na also es wurd nachher ein bisschen dick und der/ doch ein bisschen Schmerz war da, stimmt, aber in diesem Zeitraum kamen auch meine Weisheitszähne und ich hab es vielleicht darauf geschoben denn“ (Z. 351-353). „Da bin ich auch gleich zum Zahnarzt hin. Aber ansonsten, keine Probleme“ (Z. 368-369). Beschwerden werden falsch interpretiert und verharmlost. Zeitweise werden diese sogar versucht mithilfe von Schmerzmedikamenten zu unterdrücken. „[...] deswegen hab ich Dienstag und Mittwoch noch rausgezögert mit Schmerztabletten, aber am Donnerstag ging gar nicht mehr“ (Z. 379-400).

LN gibt an, sich derzeit morgens und abends die Zähne zu putzen. In seiner Lehrzeit wird das Zähneputzen dagegen vor allem auf den Abend verlegt, da er morgens etwas mehr Zeit zum Schlafen haben möchte. „Puh, mh, in der Ausbildung, also jetzt mal vor zwei Jahren, hab ich eher abends gemacht und morgens sein gelassen, weil ich kein Morgenmensch bin (lacht). Und ich muss schon immer also um vier aufstehen und denn zögert das ja nicht so raus, weil ich denn soviel Schlaf wie möglich haben möchte und denn, ja, hab ich das denn eher sein lassen“ (Z. 440-443). Ein Bonusheft hat LN bisher noch nicht geführt. Kenntnisse über das Bestehen eines Bonusheft gibt es außerdem nicht. „Nö. Kenn ich nicht (lacht)“ (Z. 497). Über Vorsorgeuntersuchungen hat LN bisher noch nie Gedanken gemacht. „Na Vorsorge hab ich früher oder bis dato noch nie drüber nachgedacht, [...]“ (Z. 483-485).

### **3.2.3 Subtypus A2: Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung**

#### **3.2.3.1 Definition des Subtypus A2 (n = 4)**

Die Patienten des neutralisierenden Subtypus haben das Bedürfnis, zahnärztliche Behandlungen aufzuschieben, um dadurch eine erneute Konfrontation mit bereits gemachten Erfahrungen beim Zahnarzt zu meiden. Aus diesem Grund werden von den Probanden aktiv Argumente gesucht, um das Fernbleiben von einem Zahnarzttermin zu erklären.

Für diese Abwesenheit werden durch die Probanden verschiedenste Gründe angegeben. So wird beispielsweise die Arbeitszeit als limitierender Zeitfaktor angeführt, der es dem Patienten nicht ermöglicht, einen Zahnarzttermin wahrzunehmen.

*„[...] aber momentan ist es halt durch Saisonbetrieb bei mir nicht möglich noch großartig hier zur Klinik zu fahren [...]“ (Z. 171-173, weibliche Teilnehmerin, 25 Jahre).*

Daneben wird das Aufschieben zahnärztlicher Behandlungen dadurch begründet, dass keine Beschwerden wahrgenommen worden sind.

*„Und dann ging meine Entwicklung (.) sehr, sehr viel Sport. Das heißt ich war den ganzen Tag beschäftigt. [...] und dann hat man dieses Zahnarztbesuch natürlich total verdrängt, weil es tat ja nicht weh“ (Z. 33-36, männlicher Teilnehmer, 49 Jahre).*

Auch die Suche nach einem neuen Zahnarzt wird als unüberbrückbares Hindernis genannt.

*„Ne und wie die dann nachher nicht mehr praktiziert hatte, hätten wir uns was Neues suchen müssen“ (Z. 33-34, weibliche Teilnehmerin, 62 Jahre).*

Des Weiteren finden sich vermehrt widersprüchliche Aussagen im Verlauf der Schilderungen in Bezug auf Ursachen versäumter Zahnarztbesuche. In diesem Sinne eröffnen die befragten Patienten Diskrepanzen im Verlauf der Vermeidungsargumentation, die sich später als Teil einer Rechtfertigungsstrategie herausstellen und als Neutralisierungstechnik der eigenen Versäumnis genutzt werden. Der ursprünglich angegebene Grund für die Vermeidung wird zu einem Eingeständnis oder zeigt eine Konsequenz des eigenen Fehlverhaltens.

*„Ich mein wenn man es gewollt hätte, hätt man es hingekriegt, ne. Irgendwie oder meinetwegen auch abends. [...] Das ging wenn denn nur in der Spätschicht bis um zehn morgens, aber da war denn glaub ich auch die Bequemlichkeit und die Faulheit, ne, mit von der Partie [...]“ (Z. 460-465, weibliche Teilnehmerin, 62 Jahre).*

Selbst eigenes Fehlverhalten wird unter Angabe von verschiedenen Vermeidungsgründen versucht zu untermauern und mithilfe dieser zu entkräften.

*„Ähm, Zeitfaktor war auch ganz entscheidend. Grade d/ durch Ausbildung, dann Saison, wie auch immer, ähm, und wenn man denn wirklich Zeit hat: ‚Hast du Lust? Machst du das jetzt oder machst du lieber was für dich?‘“ (Z. 628-631,*

*weibliche Teilnehmerin, 25 Jahre). Bei mir ist wirklich einfach nur dieser Zeitfaktor. Und wenn Zeit, dann Lustfaktor. ‚Möchtest du dich jetzt in Bus setzen? Möchtest du dahin fahren und da zwei Stunden sitzen?‘ Ähm, dass es ein Muss gewesen wäre weiß ich, das wusst ich auch damals. Ähm, und dann ist eben diese Faulheit, sag ich mal. Das du dann sagst: ‚Ne, ich fahr nicht, ich leg mich auf die Couch. Ich mach heute mal nichts‘ ähm, und das dann da kein Nachdruck war. Ich mach jetzt meinen Eltern keinen Vorwurf, aber dass die dann gesagt haben: ‚Du fährst jetzt! Ich fahr mit!‘, oder wie auch immer. Ähm, also der Nachdruck hat einfach denn auch gefehlt, [...]“ (Z. 648-657, weibliche Teilnehmerin, 25 Jahre).*

*„Na, äh, vordergründig ist es die eigene Bequemlichkeit. Gehört dazu. Dann, äh, wie gesagt das Berufsbild, das man, äh, wochenlang nicht da ist, also“ (Z. 543-544, männlicher Teilnehmer, 49 Jahre).*

Die Patienten nutzen Vermeidungsgründe als Strategie, um sich von der Verantwortung für ihren Zahnzustand zu distanzieren. Gleichzeitig distanzieren sie sich hierdurch von möglichen Vorwürfen und ihrer eigenen Schuld an der aktuellen Situation.

### **3.2.3.2 Fallkurzportrait Patientin GK**

GK wird 1956 im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns geboren. Ihre Kindheit verbringt sie mit ihren drei jüngeren Geschwistern in einfachen Verhältnissen im Haushalt ihrer Eltern. Das elterliche Ehepaar bezieht frühzeitig Rente. Einzig bei der Mutter ist eine vorherige Beschäftigung als Diätassistentin bekannt. Nach Abschluss der zehnten Klasse beginnt GK eine Ausbildung zur Drogistin. Danach ist sie als Verkäuferin und Filialleiterin im Einzelhandel sowie als Kundenberaterin im telefonischen Kundenservice tätig. GK ist seit vielen Jahren mit ihrem Partner verheiratet. Dieser wird 1953 geboren, ist gelernter Elektriker und später in der Landwirtschaft tätig. Seit Anfang des letzten Jahres bezieht sie Rente.

Der erste Zahnarztbesuch von GK ist im Vorschulalter in einem „Landambulatorium“ (Z. 12) bei einer von ihr als „Pferdedoktor“ (Z. 13) beschriebenen Zahnärztin. Aus der Retrospektive heraus macht GK ihre frühkindlichen Erfahrungen für ihre Angst vor Zahnarztbesuchen verantwortlich. „Die hat gebohrt und gebohrt bis sie da war, wo sie hinwollte und da ist auch keiner gerne hingegangen, [...]“ (Z. 13-15). Gerade die mangelnde Schmerzempathie der Zahnärzte ist ihr prägnant in Erinnerung geblieben. Auch die darauffolgenden Behandlungseingriffe sind mit negativen Erinnerungen verknüpft. Vor allem das Beschleifen der Zähne für prothetischen Zahnersatz sowie die Entfernung eines Molaren bei ihrem Sohn haben einen prägenden Eindruck

hinterlassen. „Desto mehr und länger er da geschliffen hat, desto schlimmer wurde es“ (Z. 23-24). „Und denn noch bei meinem Sohn gesehen. Der Zahnarzt, der hat ihn auch einen Backenzahn, ohne Betäubung. Einfach die Zunge hinter sich, [...] rein und raus. Und, oh, hat der gebrüllt. Wissen Sie und das kann sein, dass das mich alles so bisschen [...]“ (Z. 28-32). Aufgrund der negativen Vorkommnisse in der Vergangenheit scheint sich GK eine starke Abwehrhaltung angeeignet zu haben, die unter anderem ebenfalls mit Ängsten verbunden ist. „Es war wirklich nur die Angst vor den Schmerzen, ne. Die, die man denn haben könnte, wenn denn gebohrt wird und ja und auch die Erinnerung von dem ersten Zahnarzt oder erste Zahnärztin, die da nie locker gelassen hat. [...] Das könnte man ja wieder finden, weiß man es?“ (Z. 497-500). Zahnarztbesuche werden künftig immer mehr verdrängt. Die damalige Situation lässt außerdem nach Angaben von Patientin GK nur eine wohnsitzbeschränkte Zahnarztauswahl zu. „Sie wohnen da, dann müssen Sie auch da zum Zahnarzt gehen, so, ne“ (Z. 52-53). Hierdurch wird die Möglichkeit eines Zahnarztwechsels zunehmend verstärkt, wenngleich auch durch augenscheinlich systemische Zwänge als unmöglich in Aussicht gestellt. Die anfängliche Alternativlosigkeit wird jedoch auch später nicht durch Eigeninitiative ersetzt, sondern artet in fortlaufenden Vertagungen und späteren Fehlinterpretationen von Krankheitssymptomen aus. „Es war eben, dass ich keine Schmerzen hatte und äh, keinen Grund fand zum Zahnarzt gehen zu müssen, obwohl das eigentlich, äh, Pflicht ist“ (Z. 513-514). Die entstandenen Zweifel und Ängste vor weiteren Zahnarztbesuchen scheinen sie im Verlauf dazu zu bringen, stetig Vorwände gegen eine gezielte Auseinandersetzung mit diesen zu suchen. Die Unvereinbarkeit zahnärztlicher Termine mit ihren Arbeitszeiten wird vorgezogen und bereits im Gespräch von ihr als eine Ausrede aufgedeckt. „Klar man hat auch mal Urlaub gehabt, [...] ist Ausrede, ne“ (Z. 454-455). Auch die Sorge über mögliche Zahnarztkosten wird zunächst als Vermeidungsgrund geschildert. Im Laufe ihrer kürzlich erfolgten Zahnsanierung wird eine Ratenzahlung jedoch abgelehnt und zahnärztliche Kosten nicht mehr thematisiert, da sie das Geld bereits „zusammengespart“ (Z. 591) hat. Die Suche nach einem Zahnarzt wird schließlich auch mangels Eigenmotivation jahrelang vertagt und durch jegliche Gründe versucht zu legitimieren. Trotz der dauerhaften Sorge um eine Verschlechterung der zahnmedizinischen Situation wird der Zahnarzt jahrelang gemieden.

Auf die Mundhygiene ihres Sohnes hat GK stets geachtet und setzt diese Einstellung auch bei ihrer Enkeltochter fort. „Muss man ja gucken, dass sie es auch richtig machen, ne“ (Z. 638-639). Sie gibt an, diese Haltung von ihren Eltern vermittelt bekommen zu haben. Später äußert sie dazu aber widersprüchlich: „Also, äh, vom Elternhaus her muss ich leider sagen, hab ich das nicht so mitgekriegt“ (Z. 556-557).

Patientin GK gibt an, momentan keine Zahnbeschwerden zu haben. Sie sagt aber, dass ihr etwa zwei Tage vor der Befragung alles wehtat. „Da tat mir Alles weh. Also der Oberkiefer, der Unterkiefer“ (Z. 193). Die Schmerzen kamen nach dem Eis essen, waren am nächsten Tag aber wieder verschwunden. Außerdem gibt sie an bei ihrem ersten Zahnarztbesuch nach längerem Versäumnisabschnitt „Karies, Zahnstein und Entzündungen“ (Z. 229-234) durch eine insuffiziente prothetische Versorgung gehabt zu haben, definiert das aber nicht als Beschwerden. „Klar es war Zahnstein da und es waren auch, hier, äh, unten war ein kleines Löchlein, ne, was sie dann geflickt hat und so. Aber ansonsten war nichts“ (Z. 226-228). Die Feststellung von Beschwerden beim Zahnarzt ist für sie eine Überraschung. Außerdem gibt sie an schon die ganzen Jahre über Zahnfleischbluten zu haben, setzt das aber damit in den Zusammenhang Bluter zu sein. Das Empfinden keine Beschwerden zu haben: „Wissen Sie mir hat nichts gefehlt, also ne“ (Z. 225), „Warum soll ich zum Zahnarzt gehen?“ (Z. 473), hat die Zahnarztvermeidung jahrelang bestärkt. Frau GK scheint überzeugt davon zu sein, dass ohne bestehende Zahnschmerzen keine behandlungsnotwendigen Beschwerden bestehen.

GK putzt sich zwei Mal täglich die Zähne. Während der Benutzung von Interdentalbürstchen kommt es oft zum Zahnfleischbluten und auch zu Schmerzen am Eckzahn. „Und das tut auch manchmal muss ich sagen, [...] ich hab hier einen, der hier ganz an der Ecke [...]. Der tut oft weh, wenn ich da mit dieser kleinen Bürste so rum, äh, putze wissen Sie“ (Z. 328-330).

### 3.3 Typ B: Vermeidung durch Enttäuschung

#### 3.3.1 Definition des Vermeidungstypus B (n = 7)

Aufgrund negativer Erfahrungen in der Vergangenheit haben enttäuschte Patienten eine auffallend ausgeprägte Voreingenommenheit gegenüber dem Zahnarzt und zahnärztlichen Behandlungen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass enttäuschte Patienten das Gefühl entwickelt haben, in ihren Vorstellungen und Wünschen von ihrem behandelnden Zahnarzt ignoriert worden zu sein. Zusätzlich haben wahrgenommene Defizite in der zahnärztlichen Information und Aufklärung zu einem offensichtlichen Misstrauen geführt, wodurch diese zunehmend hinterfragt werden.

*„[...] also ich würde einfach öfter gehen, wenn, äh, da die die die Aufklärung grundsätzlich auch anders wär. [...] Einfach, dass sie nochmal so vielleicht den Ablauf auch erklärt hat“ (Z. 579-583, weibliche Teilnehmerin, 31 Jahre). „Es sind halt, ähm, es wird das und das gemacht, es kostet das und das oder*

*wahrscheinlich kostet es das und das. Ähm, also im Vorfeld kann ich mich nicht erinnern, dass mir gesagt worden [...] was da, äh, kostentechnisch auf mich zukommt. [...] gab aber auch nie irgendwie Alternativen“ (Z. 280-282, weibliche Teilnehmerin, 31 Jahre). „Bringt mir das wirklich was oder lass ich diesen Status quo, ne?“ (Z. 914-915, weibliche Teilnehmerin, 31 Jahre).*

*„Weil, ähm, viele halt das Gefühl vermitteln: ‚Ich muss jetzt an dir Geld verdienen.‘ So, das ist/ das ist so dieses was viele, äh, beeinflusst, was auch, äh, mich natürlich auch beeinflusst“ (Z. 137-139, männlicher Teilnehmer, 33 Jahre). "[...], denn will er dir jetzt am Gebiss umherfummeln und will dir jetzt Zähne ziehen oder Kronen oder sonst was verpassen, obwohl es gar nicht sein muss, ne. Das ist ist manchmal, äh, man selber kann es ja nicht einschätzen, ne" (Z. 139-142, männlicher Teilnehmer, 33 Jahre).*

Durch das Gefühl in den eigenen Bedürfnissen ignoriert zu werden, entsteht zusätzlich die Wahrnehmung, nicht hinreichend respektiert zu werden. Die Patienten fühlen sich vor vollendete Tatsachen gestellt und als Patient nicht in den Behandlungsprozess und die Entscheidung der Behandlung eingebunden zu werden. Sie haben den Eindruck, dem Entschluss des Zahnarztes unterworfen zu sein.

*„Das war immer so [...] dieses: „Muss jetzt halt gemacht werden“, äh, warum, weshalb, wieso blieb immer so vage im Raum stehen und das war es dann auch“ (Z. 151-152, männlicher Teilnehmer, 33 Jahre).*

*„Ne, stattdessen wird der Bohrer REINGEHALTEN und denn noch ohne Vorwarnung denn da losgelegt, ne. Das das, ne also, das ist für mich so der falsche Weg, sagen wir es mal so“ (Z. 607-609, weibliche Teilnehmerin, 31 Jahre). „Ja, also es war für mich also ja ein Vertrauensbruch einfach, ne. Weil so, das wurd so völlig übergangen so dieser freie Wille in dem Sinne, ne“ (Z. 223-224, weibliche Teilnehmerin, 31 Jahre).*

Ratlosigkeit, Enttäuschung und Vertrauensverlust sind die Folge. Enttäuschte Patienten sehen sich als Mittel zum Zweck und fühlen sich den finanziellen Überlegungen des Zahnarztes ausgeliefert. Aus Sicht der enttäuschten Patienten ist der monetäre Aspekt für den Zahnarzt dem des medizinischen übergeordnet.

*„Ich bin hier der der Loser, der mit einer Karte ankommt, wo nicht viel Geld mit gemacht wird oder vermute ich mal. Und da ist das Interesse einfach nicht da. [...] möchte ich nicht, dass man mit mir umgeht, sondern schon, dass man meine Sorgen und Wünsche wahr/ ernst nimmt. [...] dass man auch guckt, ob es, ob es*

*da irgendwie eine eine Alternative gibt so, einen Kompromiss. Oder was kann man machen oder wie kann ich Ihnen helfen? Nichts, Pustekuchen“ (Z. 548-554, männlicher Teilnehmer, 59 Jahre).*

*„Es ist egal, ob ich dem jetzt weh mach oder nicht, der kommt ja eh nicht mehr.‘ Da muss ich mir keine Mühe geben, so auf die Art“ (Z. 184-185, männlicher Teilnehmer, 52 Jahre).*

### **3.3.2 Fallkurzportrait Patientin SR**

SR wird 1986 im Nordosten von Mecklenburg-Vorpommern geboren. Mit ihrer jüngeren Schwester wächst sie in einfachen Verhältnissen bei ihren Eltern auf. Ihre Mutter ist damals als Grundschullehrerin tätig, arbeitet später dann aber als Reiseverkehrskauffrau. Der Vater erlernt den Beruf des Maschinenschlossers, macht später aber eine Ausbildung zum medizinischen Bademeister und Masseur. Nach Abschluss der zehnten Klasse absolviert SR die Ausbildung zur Krankenschwester. Heute ist sie als Ernährungsberaterin tätig. SR ist Mutter von drei Kindern. Mit ihrem derzeitigen Partner führt sie eine Fernbeziehung. Dieser ist Berufssoldat und somit nur selten zu Hause.

An die ersten Zahnarztbesuche kann sich SR nur mäßig zurückerinnern. Sie weiß aber, dass damals bei jedem Zahnarztbesuch gebohrt werden musste. „Ähm, und das war fand ich jetzt an sich schon irgendwie schrecklich, weil es auch immer weh getan hat irgendwie“ (Z. 13-14). Von klein auf an verbindet sie mit dem Zahnarzt Schmerzen. Bereits im Kindesalter erfolgt ein erster Zahnarztwechsel. „[...] das war eigentlich auch immer in Ordnung. Es musste zwar nach wie vor auch immer mal so gebohrt werden, es war aber im Rahmen, sagen wir mal so“ (Z. 22-24). SR startet bei diesem Zahnarzt als junges Mädchen ihre „Zahnspangenkarriere“ (Z. 24). Trotz des unregelmäßigen Tragens der Zahnspange, gibt es keine Konsequenzen. „[...] sie hat das irgendwie, ich sag mal so, nie gemerkt“ (Z. 27-29). „Es war immer alles wunderbar und alles schön und so“ (Z. 29). Während ihrer ersten Schwangerschaft beschränkt sich die Nahrungsaufnahme, aufgrund eines starken Schwangerschaftserbrechens, vor allem auf die Nacht. Hierdurch findet nach ihren Aussagen eine starke Schädigung ihres Zahnbestandes statt. Es scheint, als wird von diesem Zeitpunkt an die Mundhygiene stark vernachlässigt, wodurch bei ihrer zweiten Schwangerschaft komplexe zahnärztliche Eingriffe notwendig werden. Im Laufe dieser Behandlungen kommt es für sie zu einem sehr unangenehmen Erlebnis. „[...] und dann hat sie finde ich jetzt so ihren Kardinalsfehler begangen [...] und hat einfach, äh, was gebohrt ohne mir vorher Bescheid zu sagen“ (Z. 48-49). „Also ohne mein Einverständnis in dem Sinne“ (Z. 53). Durch diesen Eingriff fühlt sie sich

übergangen und ist enttäuscht. „Ja, also es war für mich also ja ein Vertrauensbruch einfach, ne. Weil so, das wurd so völlig übergangen so dieser freie Wille in dem Sinne, ne“ (Z. 223-224). „Und das fand ich nicht in Ordnung, ähm, und das war auch wirklich das aller Letzte mal, dass ich da war [...]“ (Z. 53-55). Drauffolgende Zahnarztbesuche verlaufen ebenfalls negativ. Auf der Suche nach einem geeigneten Zahnarzt für ihre Kinder, gerät sie dabei gezwungenermaßen erst einmal selbst in den Behandlungsfokus. „[...] der hat mich auch irgendwie gleich so ein bisschen so gedrängt. So von wegen: ‚Naja und Mama muss halt [...] als gutes Beispiel vorangehen‘“ (Z. 82-83). Die empfohlene Therapiemaßnahme sprengt damals den finanziellen Rahmen von Frau SR. Als sie später durch eine gute Freundin von den doch allseits bekannt überteuerten Angeboten dieses Zahnarztes erfährt, ist sie erneut verärgert. Sie stellt sich die Frage, ob sie als Patientin überhaupt im Mittelpunkt der Behandlung steht. Das Gefühl, dass der „Profit“ (Z. 142) im Fokus der Behandlung steht, treibt den Vertrauensverlust nur noch weiter voran. Die Zahnarztbehandlung wird dort folglich abgebrochen. Durch die Vielzahl an negativen Erfahrungen mit Zahnärzten manifestiert sich eine ausgeprägte Enttäuschung und Verärgerung. Durch den Hinweis eines Bekannten holt sich SR für ihre Kinder einen Termin bei einer neuen Zahnärztin. Die vorgeschlagenen Behandlungsnotwendigkeiten werden bei dieser Zahnärztin aber nicht durchgeführt, sondern es erfolgt lediglich eine Beratung über zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten. „Ich mach doch nicht hier die Voruntersuchung und den dattel ich zu dem nächsten Zahnarzt, um dann dort letztendlich die, äh, notwendige Behandlung zu machen“ (Z. 130-132). Immer wieder fehlt SR die Aufklärung über bevorstehende Eingriffe, mögliche Kosten und Behandlungsalternativen. Zum Teil fühlt sie sich den Entscheidungen der Zahnärzte ausgeliefert und verspürt kein Gefühl von Mitbestimmungsrecht. „[...] ansonsten bei den niedergelassenen [...] denke ich wird man immer so vor vollendete Tatsachen gestellt. [...] es gab aber auch nie irgendwie Alternativen“ (Z. 278-284). Sie fühlt sich übergangen und sich einer unzureichenden zahnärztlichen Aufklärung und Betreuung ausgesetzt. Daneben entwickelt SR nach eigenen Aussagen aufgrund schmerzhafter Behandlungserfahrungen eine Angst gegenüber zahnärztlichen Eingriffen. Hinzu kommt auch ein Zeitmangel aufgrund ihres Berufes und der Kinderbetreuung sowie ein damit verbundener Mangel an Eigenmotivation für die Suche nach einem neuen Zahnarzt. Gerade die dauerhafte Enttäuschung durch Zahnärzte demotiviert sie außerdem, einen neuen Zahnarzt aufzusuchen. Erst durch eine Arbeitskollegin wird sie schließlich dazu animiert, sich innerhalb des Studierendenkurses der Zahnklinik behandeln zu lassen. Auf die Mundhygiene in ihrer Kindheit wird durch die Eltern stark geachtet. Regelmäßige Routineuntersuchungen werden wahrgenommen. „[...] wurd schon auf das Zähne

putzen geachtet auf jeden Fall und halt auch auf die Zahnarztbesuche, ne. Also die mussten sein, da führte auch kein Weg dran vorbei. [...] das musste sein, da [...] gab es gar keine Diskussion“ (Z. 739-742). Kontrollen und gelegentliches Nachputzen gehören zum festen Bestandteil der Mundhygiene. Die Kinder von SR putzen selbstständig die Zähne. Nach ihren Aussagen ist die Mundhygiene ihrer beiden älteren Kinder, neun und zehn Jahre, jedoch verbesserungswürdig. „Also die putzen alleine. [...] ein bisschen ja insuffizient find ich, also da muss ich schon immer nochmal ein bisschen nachfassen“ (Z. 779-780). Bei ihrem jüngsten Kind, zwei Jahre alt, putzt sie selbst. Eine regelmäßige, zahnärztliche Betreuung ihrer Kinder gibt es dagegen momentan nicht. Diese wird aufgrund negativer Vorkommnisse abgebrochen und seitdem vorerst nicht fortgeführt. Eine baldige zahnärztliche Betreuung der Kinder wird aber angestrebt. Zudem gibt SR an, dass eine stetige Überwachung durch die zahnärztlichen Schuluntersuchungen vorliegt. „Also das sie da nicht völlig [...] unbeobachtet sind, sagen wir es mal so“ (Z. 803-804).

SR gibt an, momentan keine Beschwerden oder Schmerzen an den Zähnen zu verspüren. Lediglich ein, mit einem Provisorium versorgter Zahn, sorgt durch seine Instabilität für kleinere Beschwerden. Die Kenntnis über den desolaten Zahnzustand ist bei ihr jedoch deutlich ausgeprägt. „[...] aber ich wusste natürlich gerade wenn es schon so schlimm ist [...], dass da wahrscheinlich ganz schön doll was im Argen ist, dass wusste ich“ (Z. 420-422). Nach eigenem Empfinden ist sie außerdem sehr anfällig für Karies. „Also [...] offenbar hab ich in der in der/ absolut, äh, äh, dolles Kariesproblem. Also ich schein auch sehr anfällig zu sein [...]“ (Z. 498-450). Zahnschmerzen werden lange Zeit mithilfe von Schmerzmedikamenten unterdrückt. Durch die dann oftmals erlangte Beschwerdefreiheit war der Zahnarztbesuch vorerst erneut nicht notwendig. „[...] letztes Jahr oder vorletztes Jahr glaub ich, ich weiß schon gar nicht mehr wie lange es her ist, ähm, hab ich denn so diesen Todeskampf mit meinem Zahnnerv dann miterlebt“ (Z. 409-411). „[...] dann hab ich das mit Schmerzmedikamenten (lacht) dann irgendwie überbrückt und ertragen [...]. Ähm, dann war es auch erstmal wieder gut. Dann hatte ich ja keine Schmerzen mehr in dem Sinne und denn war es für mich erstmal wieder gut“ (Z. 416-420).

SR putzt sich zwei Mal täglich die Zähne mit ihrer Schallzahnbürste. Sie gibt an, dass ihre Zahnputzutensilien dazu beigetragen haben, dass sie die Zahnarztbesuche noch etwas länger vertagen konnte. „[...] die hat natürlich nochmal so ein bisschen auch dazu beigetragen, dass ich das ganz gut jetzt nochmal länger hinauszögern konnte und ertragen konnte“ (Z. 452-454). Vorsorgeuntersuchungen empfindet sie als sehr unangenehm, da sie gerne selbst entscheidet wann und wie oft sie zum Zahnarzt geht. „[...] für mich ist das ehrlich gesagt, ähm, ja weiß ich auch nicht so ein so ein so ein

reindrücken“ (Z. 477-478). Daher haben Vorsorgeuntersuchungen einen für sie eher untergeordneten Stellenwert. Ein Bonusheft führt Frau SR momentan nicht.

### 3.4 Typ C: Vermeidung durch Scham

#### 3.4.1 Definition des Vermeidungstypus C (n = 2)

Diesen Typus kennzeichnet ein tiefes Schamgefühl. Der Hauptgrund dafür liegt vor allem in der Sorge vor Verurteilung durch den Zahnarzt begründet. Das ausgeprägte Schamgefühl kann verschiedene Ursachen haben. So genieren sich schamerfüllte Patienten beispielsweise für ein bereits vorausgegangenes Verhalten bei einer zahnärztlichen Behandlung.

*„[...] ich dann mit der Hand hoch gehauen hab und dann ihr auch das Instrument aus der Hand gefallen ist. Und ich mich danach nicht wieder hin getraut hab. [...] Also, ich hab mich so geschämt dafür, dass ich dann nicht wieder hin gegangen bin“ (Z. 51-56, weibliche Teilnehmerin, 62 Jahre).*

In erster Linie beruht die Scham jedoch auf dem desolaten Zustand des Gebisses und der Sorge der damit verbundenen Außenwirkung.

*„Und auch dann nachher, wo die Zähne abgebrochen waren, wo ich mich nicht getraut hab hinzugehen, weil ich mich geschämt hab, so zum Arzt zu gehen“ (Z. 388-389, weibliche Teilnehmerin, 62 Jahre).*

*„So die Scham, ich traue mich nicht, äh, das, äh, das halt jemanden, diese Kraterlandschaft, äh, jemanden zu zeigen“ (Z. 441-442, weibliche Teilnehmerin, 33 Jahre).*

Das Schamgefühl wächst durch die bestehende Vermeidungshaltung. Demzufolge verstärken sich auch die damit verbundenen Sorgen der Patienten. Durch das zusätzliche Fortschreiten ästhetischer Mängel sinkt das Selbstwertgefühl der schamerfüllten Patienten. Die Konfrontation mit der Scham ist auch außerhalb zahnärztlicher Behandlungen präsent und stellt daher für die Befragten eine stigmatisierende Belastung dar. Dies wirkt sich negativ auf die Gemütslage der Befragten dieses Typus aus und schränkt zusätzlich deren Lebensqualität ein.

*„Ganz, ganz viel. Also eigentlich, ich würd sagen neunzig Prozent war es wirklich Scham. Ich, äh, schäme mich, mir war es peinlich, ähm, wüsste nicht/ ich weiß nicht, wie ich das erklären soll“ (Z. 443-445, weibliche Teilnehmerin, 33 Jahre).*  
*„Nicht, also lächeln ging ja überhaupt nicht. Und denn, ähm, ja. Mund zu machen,*

*nach unten reden, nach unten auf den Boden gucken“ (Z. 453-454, weibliche Teilnehmerin, 33 Jahre).*

### **3.4.2 Fallkurzportrait Patientin MW**

MW wird 1985 in einem der Oberzentren von Mecklenburg-Vorpommern geboren. Mit ihrer Schwester und ihrem Adoptivbruder wächst MW in einfachen Verhältnissen im Haushalt ihrer Eltern auf. Ihre Mutter erlernt den Beruf der Schneiderin und arbeitet später als Altenpflegerin. Der Vater ist angestellter Bahnarbeiter. Das elterliche Ehepaar lässt sich in der Kindheit von MW scheiden. Nach Abschluss der zehnten Klasse macht MW eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau. Nach Bestehen der Lehre holt die junge Frau das Abitur nach. Nachfolgend beginnt MW ein Studium im Fachbereich Geschichte, bricht dieses aber ab. Daraufhin erwirbt sie eine Anstellung in einem Backwarenhandel und ist seitdem dort angestellt. Zurzeit befindet sich MW in einer festen Beziehung. Der erste Zahnarztbesuch muss ihrer Meinung nach im Grundschulalter während einer zahnärztlichen Schuluntersuchung gewesen sein. An diesen erinnert sie sich sehr negativ zurück. „[...] mein Zahnarzt weiß ich noch, das war so ein alter, recht alter, alter Mann und die sind ja/. Weiß ich nicht, es war sehr grob“ (Z. 9-11). „So dieses: ‚Heul nicht. Es muss ja jetzt gemacht werden. Und, äh, hör auf rum zu heulen. [...] Tut schon nicht weh!“ (Z. 13-14). Die damalig mangelnde Schmerzempathie des Zahnarztes verbindet MW heute mit der alten „DDR- Generation“ (Z. 115). „[...] wenn du jetzt schon jahrelang Zahnar/ also oder überhaupt die Jahre lang irgendwas machst, denn hast du diesen Blick glaub ich nicht mehr dafür. [...] Oder dieses Feingefühl fehlt“ (Z. 123-127). An Zahnarztbesuche fernab der Schuluntersuchungen kann sich MW nicht erinnern. „[...] das ich immer nur, äh, in der Schule beim Arzt war. Irgendwelche Vorsorgeuntersuchungen, geimpft wurd ich auch in der Schule. [...] weil meine Mutter auch/ meine Eltern nie Zeit hatten, waren ja auch nie da. Waren immer arbeiten“ (Z. 64-67). Die jahrelange Zahnarztvermeidung wird aus heutiger Sicht insbesondere auch auf die mangelnde Hartnäckigkeit ihres sozialen Umfeldes zurückgeführt. „[...] ja es klingt alles so blöd, aber es ist ja tatsächlich so, andere Sachen waren wichtiger. Meine Mutter war denn eher arbeiten als, ähm, (.) mit mir zum/ mich zum Arzt zu schleifen, so ungefähr“ (Z. 429-431). Zahnärztliche Untersuchungen werden laut MW bis zum Ende der Schulzeit einmal jährlich durchgeführt. Der nächste Zahnarztbesuch nach der Schulzeit folgt erst nach etlichen Jahren Zahnarztvermeidung. Durch die lange Vermeidungsdauer verschlechtert sich ihr Gebisszustand enorm. Hierdurch manifestiert sich bei ihr ein tiefgreifendes Schamgefühl. Aus den anfänglichen Zahnarztversäumnissen, welche augenscheinlich auch auf ihr familiäres Umfeld

zurückzuführen sind, entsteht später ein persönliches Vermeidungsverhalten. „[...] ich traue mich nicht, äh, das, äh, das halt jemanden, diese Kraterlandschaft, äh, jemanden zu zeigen. [...] ganz viel Scham. Ganz, ganz viel. Also eigentlich, ich würd sagen neunzig Prozent war es wirklich Scham“ (Z. 442-444). Immer wieder fragt sie sich, wie die Leute sie sehen, wenn sie ihren Gebisszustand sehen würden. „[...] Weil es halt dieses, oh mein Gott m/, also da hab ich wirklich Angst gehabt: ‚Oh mein Gott, äh, was könnten die Leute von mir denken‘, [...]“ (Z. 461-463). Die Scham, die entstandene „Kraterlandschaft“ (Z. 442) jemandem zu offenbaren, fördern die Verdrängung eines Zahnarztbesuches enorm. Hinzu kommen Bedenken bezüglich möglicher Zahnarzkosten. Diese wurden zuvor jedoch nie erfragt und sind demnach teils unbegründet. Erst durch die eindringliche Aufforderung ihres damaligen Lebenspartners sucht MW die zahnärztliche Behandlung der Zahnklinik auf.

MW kann sich lediglich an die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in der Schule erinnern. Sie äußert: „[...] ich kann mich nicht dran erinnern, [...] mit meiner Mutter mal zum Zahnarzt gegangen bin“ (Z. 24-26). Da beide Elternteile Schichtarbeiter sind, achten diese nur sehr sporadisch auf die Mundhygiene ihrer Kinder. „[...] meine Eltern nie Zeit hatten, waren ja auch nie da. Waren immer arbeiten“ (Z. 66-67). Nachkontrollen oder gemeinsames Zähneputzen mit den Eltern bleiben aus. „Ne, gar nicht, gar nicht. [...] ‚Warst du schon Zähne putzen?‘ ‚Ja, natürlich war ich das!‘ Ja, und denn, wie gesagt, es wurd nicht nachkontrolliert. [...] Wurd denn/ wurd auf die Kinder nicht so geachtet“ (Z. 619-622). MW gibt auch an, dass, wenn sie selbst einmal Mutter wird, eine ganz andere Erziehung hinsichtlich der Mundhygiene anstreben möchte.

MW gesteht ein, dass die Zahnarztvermeidung schuld an dem jetzigen Zustand ihres Gebisses ist. An die zuvor vorliegende „Kraterlandschaft“ (Z. 442) erinnert sich MW nur beschämt zurück. Hierdurch erleidet sie zudem einen großen Verlust an Lebensqualität und erträgt viele Jahre eine starke Einschränkung ihrer Persönlichkeit. „Weil, äh, ähm, halt jemanden anlächeln und so ist ja denn quasi nicht drinne“ (Z. 346-347). Den eigentlichen Auslöser für den damaligen Zahnarztbesuch stellt ihr damaliger Lebenspartner dar. „[...] mein privater Grund, mein Exfreund hat gesagt: ‚D/ wenn du jetzt nicht hingehst, denn kann ich nicht mit dir zusammen sein!‘, ja“ (Z. 268-269). Die maximale Ausreizung des Vermeidungsverhaltens wird dadurch unterstrichen. Erst unter diesem Ausnahmezustand ist MW bereit einen Zahnarzt aufzusuchen.

Ihre Prothese nimmt MW abends raus. Die Reinigung der Prothese erfolgt täglich mittels „Prothesenschaum“ (Z. 289). Zwischendurch verwendet MW gelegentlich Reisezahnbürsten. In der Zeit bevor MW ihre Prothese bekommt, findet keine tägliche, regelmäßige Mundhygiene statt. „Also war ja, war ja quasi nichts mehr da“ (Z. 307). „Aber, das, äh, war denn ja wie ein Tropfen auf den heißen Stein. Das hatte quasi nichts

mehr gebracht, wenn nur, ähm, ja. Hätte man einfach mal zur Vorsorge gehen sollen. Einfach mal gucken sollen. Zum Zahnarzt gehen sollen, dann wär das alles kein Problem gewesen“ (Z. 319-322). Ein Bonusheft hat MW nie geführt.

### 3.5 Typ D: Vermeidung durch Angst

#### 3.5.1 Definition des Vermeidungstypus D (n = 4)

Bei den Befragten dieses Vermeidungstypen ist, abseits eines bei den meistens anderen Vermeidungsgruppen auffindbares Unwohlsein, ein Gefühl der Angst ausgebildet, welches sie von zahnärztlichen Behandlungen abhält.

*„[...] es ist wirklich eine Überlebensangst, die man da hat. Das kann sich ein Mensch, der keine Panik hat, nicht vorstellen. (.) Man ist kurz davor zu hyperventilieren, man ist, äh, völlig unzurechenbar eigentlich“ (Z. 514-517, weibliche Teilnehmerin, 52 Jahre).*

*„Die Angst, die Angst vor dem Zahnarzt. Einfach Zahnarztangst. Was anderes ist das nicht. [...] Einfach diese Angst ist im Kopf, äh, da wird schon wieder umher gebohrt [...]“ (Z. 529-531, männlicher Teilnehmer, 38 Jahre).*

Das Angstverhalten, welches von den Patienten auf den Zahnarzt und dessen zahnärztliche Eingriffe projiziert wird, ist durch verschiedene Begegnungen und Ereignisse geprägt. Generell ist die Angst meist auf eine Häufung negativer Erfahrungen beim Zahnarzt zurückzuführen. Die einst entstandene Angst wurde durch weitere Negativerfahrungen bestärkt und hat zu einer ausgebildeten Vermeidungshaltung geführt.

*„Einfach nur furchtbar. Von klein auf an. Ja und so zog sich das weiter durch wie ein roter Faden“ (Z. 13-14, weibliche Teilnehmerin, 52 Jahre).*

Die Angsthaltung kann aber auch mit einer besonders einprägsamen Erfahrung verknüpft sein, die seither dafür sorgt, dass Zahnarztbesuche mit Angst verbunden werden. Ohne den Einfluss weiterer Erfahrungen dominiert die Einstellung seitdem das Abbild des Zahnarztes.

*„Das ist diese Riesenangst. Und dann halt dieses im Hinterkopf als kleines Kind: ‚Menschkinder er mit seinem Zahnarztstuhl.‘ [...] Das hab ich noch in Erinnerung, das, boah“ (Z. 546-550, männlicher Teilnehmer, 38 Jahre).*

Neben einer manifestierten Angst vor dem Zahnarzt und zahnärztlichen Behandlungen und den damit einhergehenden Schmerzen und Unannehmlichkeiten, kann die Angst auch in der Sorge vor einer Missachtung in Bezug auf das bestehende Angstproblem begründet sein.

*„Panik davor, dass man ebend wirklich nicht ernst genommen wird in der, ja, (...) es ist wirklich eine Überlebensangst, die man da hat. Das kann sich ein Mensch, der keine Panik hat nicht vorstellen“ (Z. 514-516, weibliche Teilnehmerin, 52 Jahre).*

Fortlaufend werden Zahnarztbesuche mit früheren Erfahrungen und Behandlungen verglichen, die den Probanden negativ in Erinnerung geblieben sind und die Angsthaltung ausgelöst haben. Dies bestärkt die Befragten in der Ansicht, dass mögliche Negativerfahrungen wiederkehren können.

*„Also, ne, also so doll kann sich da gar nichts ändern. Also das bleibt ja trotzdem diese Angst, diese Phobie. Das ist genauso, wenn jemand Angst vor Spinnen hat. Das kriegt man nicht weg. Das ist einfach da. Sofern wieder eine Spinne da ist, hat man auch wieder Angst“ (Z. 586-589, männlicher Teilnehmer, 38 Jahre).*

Die Angsthaltung nimmt bei den Befragten stets eine präsente Rolle ein. Das Ausmaß dessen wird durch das mehrfache Aufzählen der Angstproblematik deutlich. Psychische und körperliche Konfrontationen sind mit dem Gedanken an einen Zahnarztbesuch verbunden. Diese sind es auch, die die Probanden zusätzlich davon abhalten, einen Zahnarzt aufzusuchen. Deswegen werden Zahnarztbesuche solange aufgeschoben, bis sie durch Beschwerden oder Schmerzen unvermeidlich werden. Teilweise wird die Zeit der Überbrückung noch zusätzlich durch eigene Anwendung von Schmerzmedikamenten hinausgezögert.

*„Tabletten geschluckt //, na klar. Man hat es versucht, solange wie möglich raus zu zögern“ (Z. 310, weibliche Teilnehmerin, 52 Jahre).*

### **3.5.2 Fallkurzportrait Patientin KM**

Frau KM wird 1985 im Norden von Mecklenburg-Vorpommern geboren. Neben einer jüngeren Schwester wächst sie in einfachen familiären Verhältnissen auf. Ihr Vater ist als Straßenbahnfahrer tätig. Die Mutter absolviert eine Lehre im Landwirtschaftssektor, ist später als Küchenhilfe tätig. Seit der Trennung der Eltern hat Frau KM zu ihrem Vater keinen Kontakt mehr. Nach Erlangung des Realschulabschlusses 2003, bekommt Frau KM ihr erstes Kind und geht anschließend in Elternzeit. Ab 2006 beginnt sie eine

Ausbildung zur Kauffrau für Gesundheitsmanagement. Die Lehre wird durch die Geburt ihres zweiten Kindes zeitweise unterbrochen. 2009 wird die Lehre fortgesetzt, jedoch die vorherige Laufbahn geändert. 2009 erlangt Frau KM schließlich den Abschluss der Kauffrau für Büromanagement. 2017 folgt die Geburt ihres dritten Kindes. Ab 2018 ist sie als Servicekauffrau für Luftverkehr in Brandenburg tätig. Es folgt ein Umzug nach Mecklenburg-Vorpommern. Auch hier ist Frau KM als Servicekauffrau tätig. Seit 2015 ist sie verheiratet. Ihr Ehemann wird 1983 geboren, lernt den Beruf des Metallers und ist derzeit als Angestellter bei einer Dachreinigungsfirma beschäftigt.

Der erste Zahnarztbesuch von Frau KM fand bei einem „Militärzahnarzt“ (Z. 11) statt. „Also der hat beim Militär gearbeitet und dementsprechend so war er halt auch. Also sehr grob und, ähm, gebohrt [...], also war ganz schlimm“ (Z. 11-13). Diese Erfahrung ist sehr schmerzhaft und einprägsam. Allein der Gedanke an einen Zahnarztbesuch bereitet ihr nach eigenen Aussagen seit der Kindheit Angst und starkes Unwohlsein. „Das alles im, im gesamten Paket einfach, dass das da los geht, so dass du schon hingehst und, ja, dieses ja, das Gefühl einfach, ne“ (Z. 577-578). Auch bei anschließenden Sitzungen kann sie sich an einen groben und wenig schmerzempathischen Umgang erinnern. Trotz der negativen Begegnungen werden Zahnarztbesuche in der Kindheit scheinbar regelmäßig wahrgenommen. Nach dem Anbringen von kieferorthopädischen Retentionsdrähten, nach Abschluss einer festsitzenden Zahnspangentherapie, verschlechtert sich ihre Mundhygiene stark. Es folgt die erste Schwangerschaft. „Dann meine erste Schwangerschaft. Das hat mir viele Zähne kaputt gemacht“ (Z. 19-20). Im weiteren Verlauf gehen mit zahnärztlichen Behandlungen zunehmend starke Schmerzen einher. Auch der Einsatz von Lokalanästhetika schafft es nicht diese zu unterbinden. „[...] aber ich hab trotzdem jeden Scheiß gemerkt. Jeden Scheiß“ (Z. 83-85). Es bildet sich eine starke Angsthaltung vor Schmerzen während eines Zahnarztbesuches aus. Zwischenzeitliche Zahnarztbesuche, aufgrund von Notfallbehandlungen, verlaufen ebenfalls sehr negativ. Vor ihrem Umzug nach Mecklenburg erlebt sie einen sehr unangenehmen Notfalleingriff. „[...] und hier im Zahnzentrum in Potsdam absolute Katastrophe“ (Z. 201-203). Extrem lange Wartezeiten und die dortige Missachtung ihres eigenen Patientenwohles bestätigen ihr damaliges Bild von Zahnärzten. Auch bei ihrer Tochter kommt es hier zu einem sehr unangenehmen Eingriff. Diese Erfahrung verschreckt Frau KM zusätzlich. Ihre Bedenken und Ängste vor zahnärztlichen Behandlungen wachsen mit jeder negativen Erfahrung. Vor circa zehn Jahren werden Frau KM schließlich, aufgrund der bestehenden Behandlungsschmerzen, in einer Narkosesanierung multiple Zähne entfernt. Daraufhin werden Zahnarztbesuche erneut sehr lange verdrängt. Durch einen entzündeten Zahn kommt es schließlich nach langer Zeit zu einem unabdingbaren

Zahnarztbesuch. Zuvor wird jedoch versucht, sich durch Schmerzmittel selbst zu therapieren. Es werden andere Gründe und Auslöser für die entstandenen Schmerzen gesucht, um so eventuell doch einem Zahnarzt entgehen zu können und sich mit den Ängsten nicht erneut konfrontieren zu müssen. „Hab denn über eine Woche lang Schmerztabletten genommen und [...] die Nacht dann von Donnerstag auf Freitag konnt ich eben schon gar nicht mehr schlafen“ (Z. 53-56). Durch den Hinweis ihrer Oma und ihres Onkels wird sie auf eine Zahnärztin aufmerksam. Genau diese sucht sie in ihrer Notsituation auf. Nach der zahnärztlichen Notfallbehandlung erleidet Frau KM einen „Absturz“ (Z. 59), der durch die vorherige Einnahme einer zu großen Menge an Schmerztabletten, welche helfen sollte, den Zahnarztbesuch aus Angst vor Schmerzen zu umgehen, bedingt ist. „DAS Ausmaß ist mir erst zu Hause bewusst geworden, was ich da an Schmerztabletten genommen habe. Denn zu Hause noch so einen Absturz gehabt, ne, es kam oben, unten, überall kam das alles, als sie/ wir dann hier fertig waren“ (Z. 58-59). Nach der schmerzintensiven Behandlung geht Frau KM von keinem erneuten Wiedersehen aus. „Ehrlich hab ich gedacht: ‚Ich komm hier nie wieder her‘“ (Z. 63). Trotz allem befindet sich Frau KM nun derzeit in zahnärztlicher Behandlung bei dieser Zahnärztin. Zahnarztbesuche sind jedoch nach wie vor ein „Graus“ (Z. 65). Bereits der Weg zum Zahnarzt bereitet ihr bis heute große Unannehmlichkeiten. „Also es ist tatsächlich, äh, aber immer ein Graus für mich, ne, bevor ich losfahr sitz ich, äh, bestimmt drei, vier Stunden auf Toilette, so. Und, äh, ja es kommt dann halt alles, ja, wenn man das jetzt so sagt, ne, es kommt halt alles unten raus ganz schlimm“ (Z. 64-67). Für bevorstehende Zahnarztbesuche ist außerdem die Unterstützung und der Zuspruch ihrer Tochter, welche bereits ebenfalls negative Erfahrungen mit dem Zahnarzt gemacht hat, unentbehrlich. „[...] jetzt durch meine Tochter/ wir haben uns ja gegenseitig aufgebaut (lacht)“ (Z. 67-68).

Auf die Zahngesundheit in ihrer Kindheit wird durch die Eltern nicht geachtet. „Gar nicht, überhaupt nicht. Meine Mutti hat sich nicht so wirklich um mich gekümmert, sagen wir es mal so. Der war das egal“ (Z. 742-743). Einzig durch vorgeschriebene Schulkontrollen wird ihre Zahnpflege gelegentlich kontrolliert und überwacht. Zahnarztbesuche erfolgen nur im Zusammenhang der Aufforderung durch schulische Zahnarztuntersuchungen. „Ja, durch die Schule, ja mehr hab ich nicht“ (Z. 761). Auf die tägliche Mundhygiene ihrer Kinder legt Frau KM großen Wert. Gelegentlich putzt sie sich mit ihren Kindern sogar zusammen die Zähne. Dabei scheint die Motivation zum Teil auch in ihrer eigene Reue begründet. „Also auch mit ihr jetzte. Das hat mir heute halt auch gezeigt, dass eben tatsächlich/ das sie nicht so enden soll, wie ich“ (Z. 475-476). Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder werden dagegen nur zeitweise durchgeführt. Aufgrund einer negativen Zahnarterfahrung ihrer Tochter möchten ihre Kinder den Zahnarzt vorerst nicht

aufsuchen. Frau KM unterliegt hierbei dem Willen ihrer Kinder und ordnet sich diesem bis heute unter. „So, meine Kinder, die haben da so ein Theater gemacht, da hab ich gesagt: ‚Nein, dann. Dann soll ich die jetzt dahin zwingen?‘“ (Z. 512-513). Erst durch vorliegende Zahnbeschwerden ihrer ältesten Tochter wird erneut ein Zahnarzt für die Kinder aufgesucht. Bei Frau KM stellt sich fortan eine Verhaltensänderung gegenüber Zahnarztbesuche ihrer Kinder ein. Diese sollen ab sofort nun wieder regelmäßig geführt werden.

Bestehende Zahnbeschwerden werden verneint. Im weiteren Gesprächsverlauf werden vorliegende Beschwerden aber deutlich ersichtlich. Frau KM berichtet über abgebrochene und zwischenzeitlich stark schmerzende Zähne. „Da hat er mir den halt aufgebohrt und dann irgendwie zahnbehandelt, ist er mir raus, also Ecke abgebrochen, hier ist eine Ecke ab und dann hat das so seinen Kreislauf genommen, ne“ (Z. 42-44). Zudem klagt sie über ästhetische Mängel, die ihr zunehmend Sorgen bereiten. „Und jetzt fehlen mir so viele Zähne und deswegen hab ich gesagt: ‚Ich muss da jetzt langsam was machen‘“ (Z. 133-134). Das eigene Selbstbewusstsein scheint hierdurch große Einbußen zu erleiden. Selbst ein offenes Lächeln ist bereits mit Scham verbunden. Die lange Zeit der aufgeschobenen Zahnarztbesuche wird gerade deswegen stark von ihr bereut und begründet ihren Wunsch nach Änderung. „Und das und das eigentlich ja, dass man das soweit kommen lässt, ne“ (Z. 175). „Aber soweit will ich es halt nicht kommen lassen, ne. Ich möchte nicht, dass auch noch Sichtfeld, ne, [...]“ (Z. 150-152). Frau KM gibt an sich morgens und abends die Zähne zu putzen. Vorsorgeuntersuchungen werden über eine lange Zeit nicht wahrgenommen. Diese sollen in Zukunft wieder aufgenommen werden. Auch regelmäßige Zahnarztbesuche ihrer Kinder werden für die Zukunft angestrebt. Ein Bonusheft wird bisher nicht geführt.

## 4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die Zahnarztvermeidung in Hinblick auf ihre multifaktoriellen Einflüsse untersucht. Die Grundlage hierbei bildeten patientengestützte Erfahrungsberichte. Um die Komplexität der Vermeidungsfaktoren von Patienten greifbar machen zu können, wurde das Prinzip der qualitativen Methodik aus dem Bereich der Sozialwissenschaften genutzt. Abweichend von vermehrt quantitativer Forschung in der Medizin und Zahnmedizin, wurde sich so einer alternativen Methodik bedient, die es ermöglichte, Vermeidungsgründe aus der Patientenperspektive zu erschließen. Durch die Anwendung sozialwissenschaftlicher Methodik konnten Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Vermeidungspatienten erarbeitet und letztlich anhand einer Typologie dargestellt und verglichen werden. Als eine der ersten deutschen qualitativen Studien im zahnmedizinischen Bereich konnte auf diese Weise ein tiefer Einblick in die verschiedenen Ebenen der Ausprägung von Zahnbehandlungsvermeidung gewährt werden. Das erweiterte Ziel, als dessen Grundlage die Studie dienen soll, ist die Ermittlung von Vermeidungsursachen zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten und die Minimierung der Kostenbelastung im Gesundheitssystem.

Das Vorhandensein von Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen konnte bereits in mehreren Studien nachgewiesen werden. Zumeist waren die Erhebungen jedoch quantitativ ausgerichtet und orientierten sich an vergleichbaren Werten, wie denen des Alters, Geschlechts, Bildungsstandes oder anderweitig messbaren Referenzen. Daneben wurden bereits verschiedene Theorien, wie beispielsweise die *Protection Motivation Theory*, die *Self-Efficacy Theory* oder der *Health Action Process Approach* für die Klärung bestehender Vermeidungsfaktoren von Patientengruppen herangezogen. Hierbei zeigt die *Protection Motivation Theory* beispielsweise, dass wahrgenommene Bedrohungen der Gesundheit zu einem veränderten Verhalten führen (Maddux & Rogers 1983). Der *Health Action Process Approach* besagt daneben, dass zwischen Motivations- und Volitionsphase unterschieden werden muss und dies für die Analyse und Vorhersagbarkeit bestimmter Verhaltensveränderungen dienen kann (Schwarzer 2016). Allein die Grundlage dieser Theorien zeigt, dass das Verhalten von Patientengruppen sehr komplex ist und differenziert betrachtet werden muss. Trotz diverser Forschungsansätze bleiben in Bezug auf das Vermeidungsverhalten und dessen Hintergründe bis heute viele Fragen unbeantwortet.

Auf die Notwendigkeit einer komplexen Ursachensuche durch den Einsatz von qualitativer Forschung wird bereits durch verschiedene Forscher im Medizinsektor

verwiesen (Barbour 2000; Bower & Scambler 2007; Jack 2006). Nur durch diesen Ansatz können Einblicke in komplexe Phänomene ermöglicht, Lücken im Verständnis geschlossen und neue Perspektiven beleuchtet werden (Barbour 2000). Es besteht bis heute ein Verständnismangel hinsichtlich des Vermeidungsverhaltens von Patienten. Entsprechend ist eine Erfassung komplexerer Vermeidungsfaktoren und deren Verständnis notwendig, um generelle Präventionsansätze und Interventionsstrategien erarbeiten zu können (Jack 2006).

#### **4.1 Methodisches Design**

In den letzten Jahren ist die Offenheit und Akzeptanz gegenüber qualitativen Forschungsansätzen und Methoden stark gewachsen (Ong 1993; Black 1994; McPherson 1994; Popay & Williams 1998). Insbesondere in der Gesundheitsforschung führte dies zu der Erkenntnis, dass qualitative Methodik zu einer grundlegenden Ergänzung bestehender Forschungsergebnisse führen kann (Ong 1993; McPherson 1994). So wurde beispielsweise darauf verwiesen, dass klinische Interventionen erfolgreicher sein könnten, wenn sie durch gemeinsam erarbeitete Ansätze mit medizinischem Fachpersonal und Patientenmeinungen und -ansichten erweitert werden würden (Popay & Williams 1998). Bisher nicht einbezogene subjektive Einflüsse, sollten auf diese Weise gewinnbringend genutzt werden.

Der Begriff der Evidenz, wie er in dem Bereich der Medizin und Zahnmedizin in der quantitativen Forschung gängig ist, wird genutzt, um bestimmte Hypothesen zu belegen oder aber zu widerlegen (Barbour 2000). Gegensätzlich ist das Ziel der qualitativen Forschung hierzu das Beschreiben, Interpretieren und Verstehen von komplexen Zusammenhängen (Mey & Mruck 2020). Hierdurch soll die Darstellung komplexer (oftmals gesellschaftsbezogener) Sachverhalte und somit die Exploration neuer, noch unvollständig verstandener Forschungsbiotope ermöglicht werden (Barbour 2000). Insbesondere in den Bereichen der Medizin und Zahnmedizin, in denen es komplexe Zusammenhänge zwischen Patient und (Zahn-)Arzt zu erschließen gibt, wurde auf den Einsatz qualitativer Forschung als Bereicherung verwiesen (Jack 2006; Stewart *et al.* 2008). Die qualitative Forschung kann bei geeigneter Anwendung Einblicke in Phänomene geben, die im Rahmen quantitativer Forschung bisher nur unzureichend erforscht und verstanden wurden. Daneben ist sie in der Lage die Perspektive auf bestimmte Situationen zu verändern (Schreiber & Stern 2001) und kann künftig sicherstellen, dass individuelle Patientenansichten eine größere Berücksichtigung finden (Thomas *et al.* 2004). Bei Betrachtung der vorliegenden Studienergebnisse wird deutlich, dass uns die Wahl der qualitativen Methodik genau diesen Zugang zu individuellen

Patientenansichten ermöglichte. Durch sie war die Untersuchung der zurückliegenden sozialen Interaktionen der Probanden rekonstruierbar. Aus Sicht der Patienten konnten zurückliegende Momentaufnahmen, Begegnungen mit dem Zahnarzt, sowie Erfahrungen und Erlebnisse mit dem zahnärztlichen Personal analysiert und interpretiert werden.

Im Wissen um die Stärken und Grenzen qualitativer Forschungsergebnisse kann durch deren Anwendung ein umfassender und tiefer Einblick in die Haltung von Patienten gewonnen werden. Bei Untersuchungen muss berücksichtigt werden, dass die Validität und weitere Gütekriterien der Ergebniserhebung und der Studienergebnisse der qualitativen Forschung anderen Kriterien unterliegen als jene der quantitativen Methodik (Lincoln & Guba 1986). In dieser Hinsicht könnte möglicherweise auch eine Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsansätze künftig einen Erkenntnisbeitrag zur evidenzbasierten Medizin leisten. Durch die Anwendung von Mixed-Methods-Ansätzen in der Medizin (Creswell *et al.* 2004) und Zahnmedizin (Maroneze *et al.* 2019) konnten bereits vielversprechende Fortschritte erzielt werden. Qualitative Erkenntnisse können demnach zu innovativen Denkanstößen führen, die die Grundlage zur Generierung neuer Hypothesen bilden, aus denen entsprechende Interventionen abgeleitet werden können (Stewart *et al.* 2008; Jack 2006).

#### **4.2 Methodische Stärken und Limitationen**

Beim Vergleich qualitativer und quantitativer Forschung wird deutlich, dass die qualitative Forschung im Gegensatz zur quantitativen Forschung eher explorativ und theorieentwickelnd ist (Mey & Mruck 2020). In der quantitativen Forschung werden bereits vorhandene Theorieaussagen genutzt, um Hypothesen zu bilden oder Sachverhalte durch Variablen zu prüfen, wohingegen man in der qualitativen Forschung das Generieren von Theorieaussagen anstrebt (Mey & Mruck 2020; Kuckartz 2016). Quantitative Forschung macht es sich zur Aufgabe, Häufigkeiten und Verteilungen bestimmter Sachverhalte zu untersuchen und betrachtet einen Ursachen-Wirkungs-Komplex aus einer Außenperspektive. Durch die qualitative Forschung hingegen möchte man die auslösenden Ursachen eines Phänomens verstehen (Blaikie 2007). Obgleich eine Verknüpfung von qualitativer und quantitativer Forschung bereits Anwendung findet, muss in Anbetracht des Gegenstandes und der Fragestellung der jeweiligen Forschung eine klare Abgrenzung beider Forschungsmethoden stattfinden (Flick 2017; Kuckartz 2014). In Bezug auf unsere Forschungsfrage war die Erschließung von bestimmten komplexen und vielfältigen Vermeidungscharakteristika nur durch ein qualitatives Vorgehen möglich. Ursachen und Gründe, die die untersuchten Probanden

als Erklärung und Grundlage für ihr Handeln beschreiben, konnten nur auf diese Weise erschlossen werden (Blaikie 2007; Brüsemeister 2008). Bei einer isolierten Anwendung quantitativer Methodik ist in solchen Fällen mit komplexen Themenfeldern eine Erweiterung zu bestehenden Verständnisfragen oder Wissenslücken nicht möglich (Gill *et al.* 2008; Stewart *et al.* 2008).

Die Problematik der Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen lässt viele Fragen offen und wurde bisher größtenteils nur durch standardisierte quantitative Interviews erforscht. Üblicherweise wurden dabei Fragebögen mit relativ großen Stichproben verwendet, die nur wenig Spielraum für individuelle Patientenwahrnehmungen ließen (Barbour 2000). Eine Interpretation von subjektiv empfundenen Erlebnissen und Erfahrungen von Probanden war durch diese Art der Forschung nicht möglich. Diese ist aber zwingend notwendig, um empfundene Handlungen und deren Bedeutungen deuten zu können (Mayring 2016). Ähnliches gilt für standardisierte Vorgaben von Fragebögen. Angaben wie „sehr“, „etwas“ oder „nicht so sehr“ können von den Befragten und den auswertenden Personen verschieden eingeordnet und gewichtet werden. Demgegenüber stehen speziell auf bestimmte Patientengruppen ausgerichtete Interviewformen der Sozialwissenschaften. Derartige Interviews sind mittlerweile in der Medizin (Maclean *et al.* 2002; Blödt *et al.* 2018) und Zahnmedizin (Abrahamsson *et al.* 2002b; Moore *et al.* 2004) etabliert und eignen sich besonders für bisher unzureichend verstandene Forschungsgebiete. Zudem ermöglichen sie den Befragten sich mit eigenen Worten ihre Erfahrungen, Meinungen und Gefühle ausdrücken (Hopf *et al.* 1991).

Qualitative Einzelinterviews eignen sich daneben besonders gut für die Erforschung sensibler Themen, über die die Teilnehmer innerhalb einer Gruppe möglicherweise nur ungern sprechen würden (Gill *et al.* 2008). Bereits andere Forscher stellten fest, dass die Teilnahme an Gesundheitsbefragungen vor dem Hintergrund eines schlechten Gesundheitszustandes nur unzureichend war (Lorant *et al.* 2007). Insbesondere vor diesem Hintergrund war das gewählte Studiendesign von Vorteil, da durch den offenen Austausch ein Zugang zu derartigen Patienten erreicht werden konnte.

Aus forschungspragmatischen Gründen war es unerlässlich, dass nur lokal verfügbare Studienteilnehmer rekrutiert wurden. Einflüsse wie beispielsweise kulturelle Hintergründe oder unterschiedliche Versorgungssysteme, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse hätten führen können, sollten so umgangen werden. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass aus den erhobenen Ergebnissen aufgrund der kleinen Fallzahl keine repräsentativen oder verallgemeinernden Schlussfolgerungen abgeleitet

werden können. Aufgrund des Stichprobendesigns kann die Typologie als ein valides Ergebnis angesehen werden, das möglicherweise anhand der ermittelten Vermeidungscharakteristik der Probanden aus Mecklenburg auf die Population in Deutschland pauschalisiert werden kann. Um diese Aussage zu stützen, sind jedoch zwingend weitere Studien erforderlich. Auch die Übertragbarkeit auf andere Länder muss, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Deutschland ein Sozialstaat ist, kritisch gesehen werden. Der dänische Soziologe Gøsta Esping-Andersen hat in den 1990er Jahren drei Typen von Wohlfahrtsstaaten definiert (Esping-Andersen 1990). Er unterscheidet zwischen liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten. Diese variieren hinsichtlich der Bereitstellung von Sozialleistungen, ihrer Qualität, der Wirkung von Sozialmaßnahmen und der Verteilung ihrer sozialen Auswirkungen. Zum Beispiel bietet Deutschland, als ein von Esping-Andersen definierter konservativer Wohlfahrtsstaat, deutlich mehr finanzielle Unterstützung für medizinische Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen als viele andere Länder (Oschmiansky & Berthold).

Trotz der nicht generell bestehenden Möglichkeit der Pauschalisierung bietet die ermittelte Typologie einen guten Ausgangspunkt, um die Vermeidung als multidimensionales Konstrukt zu verstehen. Sie ermöglicht den subjektiven Rahmen befragter Patienten in den klinischen Kontext einzuordnen, wodurch eine bessere Kommunikation, Zusammenarbeit und Zielsetzung zwischen den Fachleuten und Patienten gefördert werden kann (Kearney 2001). Die qualitative Forschung kann somit als wertvolles Instrument dazu verhelfen, Faktoren zu verstehen, die zum Erfolg oder Misserfolg von Strategien und Maßnahmen innerhalb der Gesundheitsvorsorge führen (Jack 2006).

### **4.3 Neue Erkenntnisse und mögliche Erklärungen**

Aus den unterschiedlichen Erfahrungen der Probanden dieser Studie und den daraus resultierenden Wahrnehmungen der Patienten, ergab sich eine Komplexität von vermeidenden Verhaltensmustern und Wahrnehmungen in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung und den Zugang zu einer zahnärztlichen Behandlung. Neben der Angst vor dem Zahnarzt, konnte Scham, Enttäuschung und Distanzierung in verschiedenen Ausprägungsformen für die Vermeidung des Zahnarztes und zahnärztlichen Behandlungen verantwortlich gemacht werden.

Eine der am häufigsten mit der Vermeidung von Zahnbehandlungen in Verbindung gebrachte Ursache ist die Zahnarztangst. Die Angst vor Zahnarztbesuchen und zahnärztlichen Behandlungen ist in der Literatur bereits ausführlich behandelt worden

(Armfield & Heaton 2013; Seligman *et al.* 2017; Enkling *et al.* 2006). Mittlerweile unterscheidet man zwischen der pathologischen Dentalphobie, die bereits klassifiziert wurde, und der allgemeinen Angst vor dem Zahnarzt (Fauman 1994). Eine phobische Angst vor dem Zahnarzt, sowie eine allgemeine Angst vor zahnärztlichen Behandlungen, sind in der klinischen Praxis fortwährend anzutreffen. Auch in unserer Studie konnten Patienten mit dieser Art von Angst beobachtet werden. Patienten mit Dentalphobie wurden nicht in die Studie eingeschlossen, da psychische Hintergründe der phobischen Diagnose nicht gesondert erfasst werden konnten (Nolte *et al.* 2014). Daher beschreiben unsere Ergebnisse nur Aspekte der allgemeinen Zahnarztangst und gelten nicht für Personen mit phobisch diagnostizierter Zahnarztangst. Somit entstehen möglicherweise Lücken bezüglich der Angst vor zahnärztlichen Behandlungen, die gesondert betrachtet werden müssen.

Wie bereits nachgewiesen wurde, äußert sich die Angst gegenüber zahnärztlichen Behandlungen auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlicher Intensität (Litt *et al.* 1999). Die von uns als ängstlich identifizierten Probanden berichteten von unterschiedlich starken Ausprägungen in der Abneigung und der Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen. Das Spektrum reichte hierbei von Patienten, die ein Angstgefühl in Verbindung mit einem ausgeprägten Unwohlsein verspürten, bis hin zu jenen, die bereits bei dem Gedanken an einen bevorstehenden Zahnarztbesuch mit körperlichen Reaktionen reagierten.

Vorliegende Studien berichteten, dass die meisten Zahnarztängste in der Kindheit oder Jugend erworben werden und darüber hinaus, wie bei vielen anderen Kindheitsphobien auch, bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben (Milgrom *et al.* 1988). Tatsächlich brachte die Mehrzahl der als ängstlich identifizierten Probanden in unserer Studie die Ursache ihrer Angst mit einem Erlebnis in der Kindheit oder der frühen Jugend in Verbindung. Retrospektiv konnten diese einschneidenden Erlebnisse durch die Teilnehmer zumeist sehr genau beschrieben werden. Bis heute sind die Probanden in der Lage, diese Ereignisse genau wiederzugeben, was möglicherweise mit einer tiefgreifenden Traumatisierung in Verbindung gebracht werden könnte. Bereits Fábíán *et al.* (Fábíán *et al.* 2016) verwiesen auf den Zusammenhang traumatisierender zahnärztlicher Behandlungen und sogenannten „psychosomatischen oralen Symptomen“. „Psychosomatische orale Symptome“ beschrieben sie als Symptome, die nicht mit körperlichen Befunden übereinstimmten, aber mit einem bestimmten auslösenden Lebensereignis in Zusammenhang gebracht werden konnten.

Die Zahnarztangst wird in der heutigen Bevölkerung als eine der Hauptgründe für die Vermeidung zahnmedizinischer Behandlungen angesehen. In der bereits vorliegenden Literatur wird das Hauptaugenmerk auf das Auftreten von sozialen Angststörungen oder Phobien in der Primärversorgung gelegt (Bruce & Saeed 1999; Ballenger 2000). Dies deutet darauf hin, dass Ärzte möglicherweise den Fokus auf die Angstproblematik legen und andere Ursachen als zweitrangig einstufen. Dementgegen sollte die Zahnarztangst nicht als verallgemeinerndes Konstrukt genutzt und losgelöst von anderen Vermeidungsursachen betrachtet werden. Möglicherweise bestünde sonst die Gefahr, dass die Zahnarztangst mit anderen Vermeidungsursachen vermischt wird oder andere Vermeidungsgründe durch deren pauschale Überordnung nicht erkannt werden. Dies kann die Identifikation anderer Vermeidungsgründe und die Sicht auf Vermeidungsursachen, die eine Intervention unterstützen können, erschweren.

Obwohl die Angst und das Vermeidungsverhalten aufgrund von Schamgefühlen bereits miteinander in Verbindung gebracht wurde (Moore *et al.* 2004), verweisen unsere Ergebnisse auf die Notwendigkeit einer isolierten Betrachtung derjenigen Patienten, die den Zahnarzt aufgrund bestehender Schamgefühle meiden. Die Gemeinsamkeit zwischen ängstlichen und schamerfüllten Patienten äußert sich durch die mentale Konfrontation mit dem Problem, welches in diesem Fall dem Zahnarztbesuch entspricht. Der Unterschied bei schamerfüllten Patienten ist jedoch, dass durch vorhandene Scham- und Schuldgefühle das Verbergen des Mundes und ein „Tabu-Denken“ in Bezug auf zahnärztliche Besuche ausgelöst wird. Hierbei versuchen die Betroffenen mithilfe sozialer Tabus beim Sprechen über das Thema „Zahnarzt“ oder den Zustand der eigenen Mundgesundheit hinwegzugehen (Moore *et al.* 2004). Dabei beruht der Rückzug auf dem eigenen Schamgefühl des Patienten und der von ihm als peinlich empfundenen Außenwirkung durch den desolaten Zahnzustand auf andere. Die Abwendung der Patienten vom Zahnarzt liegt anders als bei ängstlichen Patienten nicht in der Angst vor dem Zahnarzt oder dem Zahnarztbesuch begründet. Isoliert betrachtet sehen die beschämten Patienten sich selbst als Auslöser der vorliegenden Vermeidung und des desolaten Gebisszustandes, wohingegen die ängstlichen Patienten die Gründe für den Rückzug vordergründig im Zahnarzt und in dessen Behandlungen sehen. Ein Zusammenhang zwischen den Faktoren Ängstlichkeit und Scham bei Patienten ist nicht grundsätzlich auszuschließen. Dennoch sollten beide Ursachen differenziert voneinander betrachtet werden. Diese Vermeidungstypen haben einen ähnlich ausschlaggebenden Ansatz und damit ähnliche Vermeidungscharakteristika ausgebildet, deren Ursache und Verlauf hatte jedoch unterschiedliche Auswirkungen auf die jeweiligen Patientengruppen.

Berggren und Meynert (Berggren & Meynert 1984) vertreten die Ansicht, dass Patienten, die den Zahnarzt aus Angst meiden, in einem Teufelskreis aus Angst und Vermeidung gefangen sind, der zu einer Verschlechterung der Mundgesundheit führt. Darüber hinaus beschreiben sie, dass der Zustand der Vermeidung zu negativen Emotionen, wie Scham- und Schuldgefühlen sowie Minderwertigkeitskomplexen, führen kann, was wiederum die Vermeidungshaltung verstärkt. Diese Annahmen können wir mit den Ergebnissen unserer Studie stützen. Die meisten der befragten Probanden, die den Patientengruppen „Vermeidung durch Angst“ oder „Vermeidung durch Scham“ zugeordnet wurden, erlitten durch die Vermeidung eine deutliche Verschlechterung ihres Mundgesundheitsstatus und berichteten dadurch von zunehmenden Schuldgefühlen in Bezug auf die Vermeidungsdauer. Durch eine Studie von Fiset *et al.* (1989) konnte nachgewiesen werden, dass Angst, Schuldgefühle und die innere Abneigung gegenüber zahnärztlichen Behandlungen mit dem Aufschieben und der Vermeidung zahnärztlicher Behandlung einhergehen. Infolgedessen kommt es zu Verlegenheit, Beschämung und einer Minderung des Selbstwertgefühls, welche wiederum in einer Angst vor negativer sozialer Kontrolle und negativer sozialer Bewertung mündet (Moore *et al.* 2004). Dies veranschaulicht, wie wichtig das Bewusstsein für schamerfüllte Vermeidungskomplexe ist. Bereits Moore *et al.* (2004) verwiesen auf die notwendige Ausweitung des Blickwinkels gegenüber bestehenden Peinlichkeitskomplexen. Weiterhin beschreiben die Autoren, dass auf den Grad der Scham im Zusammenhang mit bestehender Zahnarztangst und -vermeidung geachtet werden müsse, da dies unterschiedliche Entscheidungen und Vorgehensweisen hinsichtlich therapeutischer Strategien erfordern würde.

Neben den Patienten, die den ängstlichen oder schamerfüllten Typen zuzuordnen sind, konnten wir in unserer Studie missverstandene und enttäuschte Patienten identifizieren. Aus der Sicht dieser Patientengruppe stellt sich der Zahnarzt über die subjektiven Bedürfnisse der Patienten und geht nicht genügend auf ihre Erwartungen und Vorstellungen ein. Dies führt zu Misstrauen, Missverständnissen und der Annahme, dass das Interesse des Zahnarztes anderen Bereichen gelte als dem Wohl des Patienten. Das Hauptproblem kann hier in mangelndem Einfühlungsvermögen des Zahnarztes, mangelndem Verständnis oder auch mangelnder Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient liegen (Mataki 2000; Jones & Huggins 2014). Auf eine fehlende Aufklärung und einen Mangel an Empathie wurde durch missverstandene und enttäuschte Patienten im Vergleich zu den anderen identifizierten Typen überdurchschnittlich oft verwiesen.

Frühere Studien haben gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit ein Ergebnis ist, das sich aus Faktoren wie fachlicher Kompetenz, Komfort, einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Kosten und Leistung sowie zwischenmenschlichen Faktoren zusammensetzt (Bower & Scambler 2007). Bereits Newsome und Wright (Newsome & Wright 2000) stellten diese Sichtweise infrage und lieferten Belege für einen komplexeren Prozess der Patientenzufriedenheit, der vorgelagerte Faktoren, wie Erwartungen und Überzeugungen von Patienten, einschließt. Sie stützen sich bei ihren Ergebnissen auf zwei Theorien aus der Sozialpsychologie. Die erste ist die Theorie der *Disconfirmation of Expectations* (Oliver 1980), welche beschreibt, dass Zufriedenheit die Differenz zwischen Erwartung und Erfahrung ist. Die zweite der beiden Theorien ist die *Attributionstheorie* (Heider 1958), die die Art und Weise beschreibt, wie sich Menschen die Ursachen für ihr eigenes Verhalten und das Verhalten anderer Menschen erklären. Auch bei unseren Ergebnissen war eine deutlich komplexere Struktur in der geschilderten Patientenzufriedenheit vorzufinden, als sie in früheren Studien beschrieben wurde. Insbesondere die Theorie der *Disconfirmation of Expectations* (Oliver 1980) konnte im Rahmen unserer Befragung herangezogen werden, um die daraus resultierenden Ergebnisse zu erklären. So zeigte sich in den Aussagen der befragten Patienten unserer Studie häufig eine Diskrepanz zwischen erwartetem und erlebtem Behandlungsablauf. Eine Probandin berichtete beispielsweise von einer vermeintlichen Routinebehandlung, welche ohne weitere Aufklärung und Sensibilisierung in einem schmerzhaften Eingriff endete. Die Unzufriedenheit war in diesem Fall darauf zurückzuführen, dass ihre Erwartungen nicht kongruent zum Erlebten waren. In der bereits genannten Studie schildern Newsome und Wright (2000) einen ähnlichen Fall. Die dort befragte Teilnehmerin, welcher ein Zahn gezogen wurde, empfand mehr Schmerzen als erwartet und war der Meinung, der Zahnarzt hätte sie vor dem Ausmaß der Schmerzen warnen müssen. Die Unzufriedenheit war hier ebenfalls darauf zurückzuführen, dass die Erwartungen nicht mit den Erfahrungen übereinstimmten.

Die Ergebnisse geben Aufschluss darüber, wie Patienten die zahnärztliche Versorgung bewerten. Interessanterweise konnte nachgewiesen werden, dass Patienten trotz schlechter Erfahrungen mit der zahnärztlichen Versorgung zufrieden waren, wenn sie das Gefühl hatten, dass die Mitglieder des zahnärztlichen Teams ihr Bestes getan hatten (Newsome & Wright 2000). Dies legt nahe, dass Zahnärzte zu Beginn einer Behandlung Zeit investieren sollten, um die Erwartungen und Überzeugungen ihrer Patienten in Bezug auf die zahnärztliche Versorgung zu erfragen (ebd.). Gleiches wünschten sich die befragten Probanden in unserer Studie, die zum Typus „Vermeidung durch

Enttäuschung“ zugeordnet werden konnten. Weiterführend wurde von ihnen ein Mangel an Kommunikation, Aufklärung und Empathie durch den Zahnarzt oder dessen Personal wahrgenommen und als Desinteresse interpretiert. Dies wurde damit in Verbindung gebracht, dass der Patient nicht im Fokus der Behandlung des Zahnarztes steht. Auf der Grundlage dieses Mangels entstand bei den befragten Patienten ein Gefühl des Misstrauens. Bereits andere Studien konnten einen Mangel an Einfühlungsvermögen, Verständnis und Kommunikation als Gründe für Misstrauen und Unzufriedenheit identifizieren (Mataki 2000; Jones & Huggins 2014). Bereits Liddell und Gosse (2000) verwiesen auf ein entstehendes Misstrauen gegenüber zahnärztlichen Behandlungen als Folge von als unangenehm empfundenen Zahnarzt-Patienten-Begegnungen.

Ein in der Forschung bisher nur peripher erforschtes Patientenverhalten, ist die Vermeidung durch Apathie, gleichwohl deren Vorhandensein seit Langem bekannt ist. So wurde beispielsweise in einer Umfrage des Office of Population Censuses and Surveys die zahnärztliche Apathie von mehr als einem Viertel der Befragten als Grund für den Verzicht auf einen Zahnarztbesuch angegeben (Todd *et al.* 1982). Dies wurde durch eine schottische Studie unterstrichen, die im Rahmen einer Umfrage zu einer Gesundheitskampagne feststellte, dass für die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung die Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung ein geringeres Vermeidungsproblem darstellt als die Apathie (Craven *et al.* 1994). Es wurde bereits dokumentiert, dass Gleichgültigkeit und Apathie zu einem Desengagement bezüglich zahnärztlicher Behandlungen führen können (Nuttall 1996). Unsere Ergebnisse stützen dies und belegen, dass die Gleichgültigkeit in Form einer Distanzierung zahnärztlicher Behandlungen ein wichtiger Bestandteil der zahnärztlichen Vermeidung ist.

Die von uns als distanziert identifizierte Patientengruppe, hat deutliche Parallelen zu den bereits in der Forschung beschriebenen Gleichgültigkeitsphänomenen in der Zahnmedizin (Nuttall 1996). In Bezug auf die Identifikation des distanzierten Typus konnten zwei Subtypen ermittelt werden: „Vermeidung des Zahnarztes durch Nachlässigkeit“ und „Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung“. Nachlässige Patienten beschrieben ein vergleichsweise starkes Unverständnis für die Notwendigkeit zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen und hatten eine überdurchschnittlich geringe Eigenmotivation in Bezug auf das Wahrnehmen zahnärztlicher Behandlungen. Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass diese Haltung insbesondere bei jüngeren Altersgruppen zu beobachten ist und die anfänglich starke Apathie in späteren Jahren auch abnehmen kann (Todd *et al.* 1982). Auch in unserer Studie konnte eine Nachlässigkeit bei den jüngeren Teilnehmern (männliche Teilnehmer im Alter von 20 und 32 Jahren und eine weibliche Teilnehmerin im Alter von 28 Jahren) beobachtet

werden. Zudem bedauerten die nachlässigen Patienten ihre Vermeidung im Nachhinein. Dies unterstreicht die Annahme, dass eine nachlässige Einstellung mit dem Alter abnimmt und sich künftig möglicherweise in Richtung einer vorsorglicheren Haltung verändert.

Neben der Patientengruppe „Vermeidung durch Nachlässigkeit“ konnte die Patientengruppe „Vermeidung des Zahnarztes durch Neutralisierung“ erschlossen werden. Bereits durch andere Studien konnten Einflüsse ermittelt werden, die nachweislich eine regelmäßige Mundgesundheitsvorsorge und Prophylaxe beeinträchtigen (Syrjälä *et al.* 1994, 1992). Interessanterweise wurden Einflüsse dieser Art von den neutralisierenden Probanden genutzt, um ihre vorliegende Nachlässigkeit zu erklären und Vorwände für ihr Vermeidungsverhalten zu schaffen. Obwohl die klinische Vermeidungssituation zwischen Zahnarzt und Patient bereits durch die Dimension der Apathie beschrieben wurde, sind bisher keine Angaben über Neutralisationsstrategien für zahnärztliche Vermeidung beschrieben worden.

Milgrom *et al.* (1995) beschrieben - im Zusammenhang von zwei konkurrierenden Tendenzen in Bezug auf eine Situation - den „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“ in der Zahnmedizin. Der Patient weiß, dass eine zahnärztliche Behandlung notwendig ist, und möchte gesunde Zähne haben. In diesem Sinne ist der Patient motiviert und möchte einen Zahnarztbesuch wahrnehmen. Demgegenüber stellt Milgrom *et al.* die vorhandene Zahnarztangst, die den Patienten dazu verleitet, die zahnärztliche Behandlung zu umgehen. Die konkurrierenden Tendenzen lassen den Patienten in einem Konfliktzustand zurück. Möglicherweise ist Ähnliches bei den neutralisierenden Patienten der Fall. Diese sind sich des desolaten Zustands ihres Gebisses bewusst und wollen eine Änderung herbeiführen, sind aber auf der anderen Seite lustlos und zugleich apathisch bezüglich eines Zahnarztbesuches. Um dieses Eigenverschulden vor sich selbst und anderen zu verbergen, werden neutralisierende Vorwände genutzt, um die Vermeidung zu erklären.

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Verhaltensweisen, die uns im Alltag begleiten und begegnen, nicht vernachlässigt werden können, wenn es darum geht, die Gründe für ein zahnärztliches Vermeidungsverhalten zu erschließen. Daher sind qualitative Ergebnisse für die Entwicklung eines Verständnisses in diesem Bereich unerlässlich. Darüber hinaus ist eine solche Grundlage wichtig, um geeignete Präventions- und Interventionsstrategien gezielt zu entwickeln. Möglicherweise kann es künftig von Vorteil sein, einen Ansatz zu wählen, der quantitative und qualitative Forschungsmethoden in Form von "gemischten Methoden" kombiniert (Bower & Scambler 2007).

Qualitative Forschung und deren Ergebnisse sind in der Lage, standardisierte Fragebögen wesentlich aufzuwerten. Bestehende Fragebögen, wie die etablierte „*Dental Anxiety Scale*“ (Corah 1969) oder der „*Dental Indifference Questionnaire*“ (Nuttall 1996), welche für bestimmte Vermeidungsgruppen entwickelt wurden, könnten davon wesentlich profitieren. So zeigt beispielsweise der Fragebogen zur zahnärztlichen Indifferenz nach Nuttall *et al.* (1996), dass bestimmte Fragen bei zahnärztlich ängstlichen Patienten und zahnärztlich indifferenten Patienten die gleiche Art von Antwort hervorrufen, was darin begründet liegt, dass Angst und Gleichgültigkeit zu ähnlichen Verhaltensweisen führen können. Ähnliches ließe sich höchstwahrscheinlich auch auf andere Vermeidungstypen übertragen. So könnten in einem entwickelten Fragebogen beispielsweise auch Übereinstimmungen zwischen schamerfüllten und ängstlichen Patienten zu finden sein, da auch hier Parallelen erkennbar waren. Die alleinige Anwendung quantitativer Methodik vermag es aber nicht, solch komplexe Verhaltensweisen ganzheitlich zu erfassen. Fragebögen, die sich für die quantitative Datenerhebung in der Medizin als praktikabel erwiesen haben, könnten so durch die Anwendung qualitativer Methodik noch wertvoller werden. Qualitativ ermittelte Charakteristika von Vermeidungstypen könnten so in Fragebögen eingearbeitet werden, dass sich bestimmte Häufungen und Verteilungen durch kleine Unterschiede in der Formulierung und Anlehnung der Fragen auch bei Parallelen von Vermeidungstypen abgrenzen ließen. Nuttall *et al.* (1996) verwiesen zudem darauf, dass die bereits bestehende „*Dental Indifference Scale*“ als Ergänzung zur Messung der Zahnarztangst verwendet werden sollte. Damit sollte es folglich möglich sein, das Ausmaß der Zahnarztangst mit dem der Indifferenz in Beziehung zu setzen, um dann zahnärztliche Vermeidung besser vorhersagen zu können. Eine Bearbeitung und Angleichung der vorliegenden Fragebögen unter zusätzlicher Einbringung qualitativer Ergebnisse könnte somit einen großen Vorteil bringen. Insbesondere die Typenbildung kann für diesen Prozess von Vorteil sein, da sie in der Lage ist, Merkmale und spezifische Patientengruppen klar voneinander abzugrenzen. Somit könnte ein gemischt quantitativ-qualitativer Ansatz dazu verhelfen, eine effiziente und schnelle Methodik zu entwickeln, die in der Praxis leichter anwendbar und damit praktikabel ist.

#### **4.4 Intervention und praktische Relevanz in der Zahnmedizin**

Die Vermittlung neuer Erkenntnisse und ein Qualitätszuwachs durch qualitative Forschung im Bereich der klinischen Forschung konnte bereits durch verschiedene Forscher belegt werden (Bower & Scambler 2007; Meadows *et al.* 2003). Diese Art der Messung und Erhebung von Patientendaten kann einen großen Vorteil bringen, indem

sie es vermag, das Verständnis sozialer Prozesse zu fördern, kontextbezogene Erlebnisse leichter zu identifizieren und somit einen positiven Effekt auf Gesundheitsmanagement zu ermöglichen (Jack 2006).

Im Allgemeinen gewinnt die Haltung des Patienten im medizinischen Bereich in Form von „Shared-Decision-Making“ immer mehr an Akzeptanz und Bedeutung. Ein zunehmend großer Teil der Gesundheitsversorgung beschäftigt sich damit, patientenrelevante Ergebnisse zu verbessern und sich an dem zu orientieren, was für Patienten wichtig erscheint. Patientenansichten werden daher in bestimmten Bereichen bereits über die einzelne Entscheidung und Ansicht des Arztes gestellt, um so gezielt eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu fördern (Ciani & Federici 2020; Greenhalgh 2009). Da Patienten und Ärzte, die zudem in ihrer eigenen Berufsgruppe auch keine immer durchweg einheitliche Meinung vertreten, in Hinblick auf die Notwendigkeit und Wichtigkeit medizinischer Versorgung unterschiedliche Ansichten haben können, kann dies ein besonders wichtiger Ansatz zur Erlangung einer beidseits zufriedenstellenden Versorgung sein. Die Einbeziehung patientenbezogener Daten kann daneben das Engagement der Patienten verstärken und die Selbstwirksamkeit im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit verbessern (Ciani & Federici 2020). Dies wiederum kann die Therapietreue und damit die Inanspruchnahme von weiteren medizinischen Leistungen verbessern (Wagner *et al.* 2018; Chan *et al.* 2009). Durch diesen Prozess können die von den Patienten selbst vermittelten Informationen die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflussen (Basch *et al.* 2017; Basch *et al.* 2016).

Patientenbasierte Studien können die Forschung und Praxis maßgeblich unterstützen, wenn es darum geht, Verhalten aus der Patientenperspektive zu erschließen und darauf aufbauend adäquate Lösungsansätze zu generieren. Auch die in der Arbeit vorgestellten Forschungsergebnisse zeigen, dass die qualitative Forschung im zahnmedizinischen Bereich einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ermöglichen kann. Die Ergebnisse stützen zudem die Annahme, dass bereits einfache Verhaltensanpassungen in der Arzt-Patienten-Beziehung und in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen reduzieren können (Mataki 2000; Jones & Huggins 2014). Insbesondere kommunikative Fähigkeiten sind notwendig, um Patienten angemessen aufzuklären, zu beurteilen und zu unterstützen (Fallowfield & Jenkins 1999). Dies zeigt, dass gerade missverstandene und enttäuschte Patienten, die auch wir in unserer Studie identifizieren konnten, von aufklärenden Gesprächen stark profitieren könnten.

Der enttäuschte Typus verwies in unserer Studie auf den Wunsch nach einer verständlichen, aber auch empathischen Aufklärung und Betreuung, um einer

---

Vermeidungshaltung zu entkommen. Auf die Unterscheidung und Relevanz instrumenteller (informativer) und affektiver (emotionaler) Kommunikation während des Behandlungsprozesses wurde bereits verwiesen (Jones & Huggins 2014). Interessanterweise konnte hierbei die Empathie als eine Schlüsselvariable identifiziert werden. Empathie kann nachweislich die Kommunikation positiv beeinflussen und zu gezielt strukturierteren Behandlungsplänen, einer verbesserten Therapietreue, einer höheren Patientenzufriedenheit sowie zu einer geringeren Zahnarztangst führen (Jones & Huggins 2014). Es wurde festgestellt, dass insbesondere die Ausbildung an zahnmedizinischen Fakultäten ein großes Potenzial hat, werdende Zahnärzte und Zahnärztinnen darin zu schulen, Empathie zu vermitteln (Yedidia *et al.* 2003). Konzepte, wie Kommunikationstrainings für Humanmediziner zeigen, dass dies möglicherweise ein fachübergreifendes Problem darstellt (Newsome & Wright 2000).

Das Problem der Behandlungsvermeidung ist in der Medizin und Zahnmedizin bekannt. Es ist daher zu untersuchen, inwieweit bereits identifizierte Vermeidungshaltungen auf das jeweilige Fachgebiet übertragen werden können. Auch bei dieser Fragestellung gibt es bisher nur wenige qualitative Studien, die zur Verständniserweiterung beitragen können. In der Regel wurden quantitative Studien durchgeführt, die die Vermeidung jedoch nicht aus der Patientenperspektive aufarbeiten (Persoskie *et al.* 2014; Taber *et al.* 2015). Aus Sicht verschiedener Forscher wäre daher ein multidisziplinärer Ansatz wünschenswert (Seligman *et al.* 2017; Schumann & Lang 2020; Herzberg). Auf diese Weise könnten interdisziplinäre Studienergebnisse beim Vergleich von Vermeidungspatienten in den Disziplinen helfen, mögliche Parallelen und Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zwischen den Vermeidungsstrukturen zu erkennen. Diese könnten dann wiederum als Grundlage für die Entwicklung von maßgeschneiderten und möglicherweise fächerübergreifenden Präventions- und Interventionsstrategien genutzt werden.

## Zusammenfassung

Trotz einer allgemeinen Verbesserung der Mundgesundheit in der Bevölkerung meidet weiterhin ein Teil der Patienten den Zahnarzt und regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016; Robert-Koch-Institut 2009). Akute Schmerzbehandlungen gehören zum Teil des zahnärztlichen Alltags. So werden im klinischen Behandlungsalltag immer wieder Patienten erst zu einem Zeitpunkt vorstellig, wenn sich ihre Mundgesundheit bereits in einem desolaten Zustand befindet. Als Folge dieses Verhaltens werden Erkrankungen oft zu spät festgestellt, sodass Therapiemaßnahmen erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium eingeleitet werden können. Dies führt wiederum zu einem erhöhten Leidensdruck, einer deutlichen Minderung der Lebensqualität für die betroffenen Patienten und darüber hinaus auch oftmals zu einem schlechteren klinischen Outcome. Ziel der Studie war es daher, die Gründe und Verhaltensweisen zu ermitteln, die Patienten veranlassen, Zahnarztbesuche zu vermeiden.

In der wissenschaftlichen Literatur sind bisher nur wenige Informationen zu den subjektiven Gründen, die zu einer Vermeidung der zahnmedizinischen Versorgung führen, zu finden. Insbesondere für den deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Untersuchungen zu diesem Thema. Auch deshalb wurde sich in der vorliegenden Studie eines qualitativen Vorgehens bedient, in dem die Sicht der befragten Probanden in den Vordergrund gerückt und Raum für eine patientenbezogene Interpretation ermöglicht wurde. Auf Basis von teilnarrativen, leitfadengestützten Interviews wurden Patienten mit einem überdurchschnittlich hohem DMFT-Index nach ihren subjektiven Gründen ihrer Zahnarztvermeidung befragt. Die Stichprobenrekrutierung erstreckte sich auf Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von Juni 2018 bis August 2019. Von insgesamt 64 befragten Patienten konnten 20 Einzelinterviews aufgezeichnet, wortwörtlich transkribiert und kodiert werden. Durch eine qualitative Inhaltsanalyse und qualitative polythetische Typenbildung konnten letztlich verschiedene Vermeidungstypen in Form einer Typologie abgebildet werden.

Es wurden vier unabhängige charakteristische Muster der Zahnarztvermeidung ermittelt: Vermeidung des Zahnarztes aufgrund von *"Distanz"* (Typ A; umfasst Subtyp A1 *"Vermeidung des Zahnarztes aufgrund von Nachlässigkeit"* und Subtyp A2 *"Zahnarztvermeidung aufgrund von Neutralisierung"*), *"Enttäuschung"* (Typ B), *"Scham"* (Typ C) und *"Angst"* (Typ D). Insgesamt konnten bei allen Teilnehmern negative Erfahrungen mit dem Zahnarzt oder zahnärztlichen Behandlungen festgestellt werden. Diese negativen Erfahrungen waren es, die bei den Probanden letztlich unterschiedliche

---

Verhaltensmuster und Umgangsweisen in Bezug auf den Umgang mit regelmäßigen Zahnarztterminen auslösten. Die hierbei entstandenen Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien sind jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Durch unsere Studienergebnisse konnten einige Ansätze und Annahmen, die sich mit ärztlicher und zahnärztlicher Vermeidung beschäftigen, bestätigt und qualitativ erweitert werden. Es wurden vermehrt Parallelen zwischen den ermittelten Vermeidungstypen und bereits publizierten Daten gefunden. Zudem konnten die durch das Studiendesign ermittelten Vermeidungscharakteristika in den bestehenden Forschungsstand eingeordnet und teilweise mit bestehenden Forschungstheorien in Relation gesetzt werden. Insbesondere der Aspekt der Zahnarztangst, welcher heute als ein Hauptgrund für die Vermeidung zahnmedizinischer Behandlungen angesehen wird, konnte durch die Ergebnisse aus einer alternativen Sicht beurteilt und ergänzt werden. Daneben konnte ein Ausblick für mögliche Interventions- und Präventionsansätze erarbeitet werden, bei dem möglicherweise auch an einen interdisziplinären Ansatz zu denken ist.

## Thesen

- 1) Die Behandlungsvermeidung zahnärztlicher Patienten ist äußerst komplex und muss mehrdimensional betrachtet werden.
- 2) Die Vermeidung zahnärztlicher Behandlungen ist auf verschiedene Erfahrungen und Erlebnisse zurückzuführen, die von den Patienten unterschiedlich wahrgenommen, verarbeitet und interpretiert werden und zu unterschiedlichen Vermeidungshaltungen und Vermeidungscharakteristika führen.
- 3) Durch die Wahl eines qualitativen Forschungsdesigns ist die Darstellung individueller personenbezogener Erlebnisse und Erfahrungen, die eine vermeidende Haltung gegenüber zahnärztlichen Behandlungen auslösen, umfassender möglich als durch ein rein quantitatives Forschungsvorgehen.

---

**Literaturverzeichnis**

- Abrahamsson, K. H.; Berggren, U.; Hallberg, L.; Carlsson, S. G.** (2002a): Ambivalence in coping with dental fear and avoidance: a qualitative study. *Journal of health psychology* 7 (6), S. 653–664. doi: 10.1177/1359105302007006869
- Abrahamsson, K. H.; Berggren, U.; Hallberg, L.; Carlsson, S. G.** (2002b): Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences* 16 (2), S. 188–196. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00083.x
- Agras, S.; Sylvester, D.; Oliveau, D.** (1969): The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry* 10 (2), S. 151–156. doi: 10.1016/0010-440X(69)90022-4
- Andersen, R. M.** (2008): National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care* 46 (7), S. 647–653. doi: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d
- Armfield, J. M. & Heaton, L. J.** (2013): Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian dental journal* 58 (4), 390-407; quiz 531. doi: 10.1111/adj.12118
- Bach, D.:** Vergleich von Belastungsfaktoren bei Angstpatienten in verschiedenen zahnmedizinischen Behandlungssituationen anhand subjektiver, psychobiologischer und physiologischer Stressparameter. Dissertation, Universitätsmedizin, Universität Rostock, 2018
- Ballenger, J. C.** (2000): Recognizing the patient with social anxiety disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 15 (1), S1-S5. doi: 10.1097/00004850-200007001-00002
- Barbour, R. S.** (2000): The role of qualitative research in broadening the 'evidence base' for clinical practice. *Journal of evaluation in clinical practice* 6 (2), S. 155–163. doi: 10.1046/j.1365-2753.2000.00213.x
- Barkowski, D.; Bartsch, N.; Bauch, J.** (1996): Lebenslage, Salutogenese und erhöhtes Kariesrisiko. *Prevention* 19, S. 103–106.
- Basch, E.; Deal, A. M.; Dueck, A. C.; Scher, H. I.; Kris, M. G.; Hudis, C.; Schrag, D.** (2017): Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA* 318 (2), S. 197–198. doi: 10.1001/jama.2017.7156

- Basch, E.; Deal A.M.; Kris, M. G.; Scher, H. I.; Hudis, C. A.; Sabbatini, P. et al.** (2016): Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 34 (6), S. 557–565. doi: 10.1200/JCO.2015.63.0830
- Beaton, L.; Freeman, R.; Humphris, G.** (2014): Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Medical Principles and Practice* 23 (4), S. 295–301. doi: 10.1159/000357223
- Berggren, U.** (1993): Psychosocial effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviours. *Psychology & Health* 8 (2-3), S. 185–196. doi: 10.1080/08870449308403178
- Berggren, U.; Carlsson, S. G.; Gustafsson, J. E.; Hakeberg, M.** (1995): Factor analysis and reduction of a Fear Survey Schedule among dental phobic patients. *European journal of oral sciences* 103 (5), S. 331–338. doi: 10.1111/j.1600-0722.1995.tb00035.x
- Berggren, U. & Meynert, G.** (1984): Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *The Journal of the American Dental Association* 109 (2), S. 247–251. doi: 10.14219/jada.archive.1984.0328
- Black, N.** (1994): Why we need qualitative research. *J Epidemiol Community Health* 48 (5), S. 425–426. doi: 10.1136/jech.48.5.425-a
- Blaikie, N. W.** (2007): Approaches to social enquiry. Advancing Knowledge. 2. Aufl. Cambridge, England: Polity Press
- Blödt, S.; Kaiser, M.; Adam, Y.; Adami, S.; Schultze, M.; Müller-Nordhorn, J.; Holmberg, C.** (2018): Understanding the role of health information in patients' experiences: secondary analysis of qualitative narrative interviews with people diagnosed with cancer in Germany. *BMJ open* 8 (3), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019576
- Borgnakke, W. S.; Anderson, P. F.; Shannon, C.; Jivanescu, A.** (2015): Is there a relationship between oral health and diabetic neuropathy? *Current diabetes reports* 15 (11), S. 93. doi: 10.1007/s11892-015-0673-7
- Bower, E. & Scambler, S.** (2007): The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community dentistry and oral epidemiology* 35 (3), S. 161–169. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00368.x

- Brown, H. W.; Rogers, R. G.; Wise, M. E.** (2017): Barriers to seeking care for accidental bowel leakage: a qualitative study. *International urogynecology journal* 28 (4), S. 543–551. doi: 10.1007/s00192-016-3195-1
- Bruce, T. J. & Saeed, S. A.** (1999): Social Anxiety Disorder: A Common, Underrecognized Mental Disorder. *AFP* 60 (8), S. 2311–2320.
- Brunner, R. & Zeltner, W.** (1980): Lexikon zur pädagogischen Psychologie und Schulpädagogik. München, Deutschland: Ernst Reinhardt
- Brüsemeister, T.** (2008): Qualitative Forschung Ein Überblick. Hagenener Studententexte zur Soziologie. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch)
- Bundesministerium für Gesundheit** (2019): Zahnvorsorgeuntersuchungen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zahnvorsorgeuntersuchungen.html>, zuletzt geprüft am 16.11.2020
- Byrne, S. K.** (2008): Healthcare avoidance: a critical review. *Holistic Nursing Practice* 22 (5), S. 280–292. doi: 10.1097/01.HNP.0000334921.31433.c6
- Cantor, D.; Coa, K.; Crystal-Mansour, S.; Davis, T.; Dipko, S.; Sigman, R.** (2009): Health Information National Trends Survey (HINTS) 2007. Final report. Rockville, USA: Westat. Online verfügbar unter <https://hints.cancer.gov/docs/HINTS2007FinalReport.pdf>
- Caplan, L.** (2014): Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. *Frontiers in public health* 2, S. 87. doi: 10.3389/fpubh.2014.00087
- Cardoso, E. M.; Reis, C.; Manzanares-Céspedes, M. C.** (2018): Chronic periodontitis, inflammatory cytokines, and interrelationship with other chronic diseases. *Postgraduate medicine* 130 (1), S. 98–104. doi: 10.1080/00325481.2018.1396876
- Chan, P. S.; Soto, G.; Jones, P. G.; Nallamotheu, B. K.; Zhang, Z.; Weintraub, W. S.; Spertus, J. A.** (2009): Patient health status and costs in heart failure: insights from the eplerenone post-acute myocardial infarction heart failure efficacy and survival study (EPHESUS). *Circulation* 119 (3), S. 398–407. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.820472
- Ciani, O. & Federici, B. F. C.** (2020): Value lies in the eye of the patients: the why, what, and how of patient-reported outcomes Measures. *Clinical therapeutics* 42 (1), S. 25–33. doi: 10.1016/j.clinthera.2019.11.016

- Cohen, S.; Fiske, J.; Newton, J.** (2000): The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J* 189 (7), S. 385–390. doi: 10.1038/sj.bdj.4800777a
- Comte, A.** (2015): *A General View of Positivism*. 1. Aufl. New York, USA: Routledge Revivals
- Corah, N. L.** (1969): Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research* 48, S. 596. doi: 10.1177/00220345690480041801
- Cornoni-Huntley, J.; Ostfeld, A. M.; Taylor, J. O.; Wallace, R. B.; Blazer, D.; Berkman, L. F. et al.** (1993): Established populations for epidemiologic studies of the elderly: study design and methodology. *Aging (Milan, Italy)* 5 (1), S. 27–37. doi: 10.1007/BF03324123
- Craven, R. C.; Blinkhorn, A. S.; Schou, L.** (1994): A campaign encouraging dental attendance among adolescents in Scotland: the barriers to behaviour change. *Community dental health* 11 (3), S. 131–134.
- Creswell, J. W.; Fetters, M. D.; Ivankova, N. V.** (2004): Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of family medicine* 2 (1), S. 7–12. doi: 10.1370/afm.104
- Cunnigham, P. J. & Le Felland** (2008): Falling Behind: Americans' Access to Medical Care Deteriorates 2003-2007 (19), S. 1–5. Online verfügbar unter Falling Behind: Americans' Access to Medical Care Deteriorates 2003-2007
- Enkling, N.; Marwinski, G.; Jöhren, P.** (2006): Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clinical oral investigations* 10 (1), S. 84–91. doi: 10.1007/s00784-006-0035-6
- Esping-Andersen, G.** (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. 1. Auflage. Cambridge, England: Polity Press
- Fábián, T. K.; Fejérdy, P.; Hermann, P.; Fábián, G.** (2016): Dental Stress. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, S. 473–477. doi: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00066-2
- Fallowfield, L. & Jenkins, V.** (1999): Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer* 35 (11), S. 1592–1597. doi: 10.1016/s0959-8049(99)00212-9
- Fauman, M. A.** (1994): *Study guide to DSM-IV*. 1. Aufl. Washington D.C, USA: American Psychiatric Press

- Fiset, L.; Milgram, P.; Weinstein, P.; Melnick, S.** (1989): Common Fears and Their Relationship to Dental Fear and Utilization of the Dentist. *American Dental Society of Anesthesiology* 36 (6), S. 258–264.
- Flick, U.** (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 10. Aufl. Hamburg, Deutschland: Rowohlt Taschenbuch
- Freeman, R.** (1999): Barriers to accessing dental care: patient factors. *Br Dent J* 187 (3), S. 141–144. doi: 10.1038/sj.bdj.4800224a
- Fuller, S. & Watt, R.** (1993): Using qualitative and quantitative research to promote oral health. 1. Aufl. Manchester, England: Eden Bianchi Press
- Gajjala, P. R.; Sanati, M.; Jankowski, J.** (2015): Cellular and Molecular Mechanisms of Chronic Kidney Disease with Diabetes Mellitus and Cardiovascular Diseases as Its Comorbidities. *Frontiers in immunology* 6, S. 340. doi: 10.3389/fimmu.2015.00340
- Gill, P.; Stewart, K.; Treasure, E.; Chadwick, B.** (2008): Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal* 204 (6), S. 291–295. doi: 10.1038/bdj.2008.192
- Gläser, J. & Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Gläser-Zikuda, M.; Gröschner, A.; Rohlf, C.; Seidel, T.; Ziegelbauer, S.** (2012): Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung. Jena, Deutschland: Waxmann Verlag
- Greenhalgh, J.** (2009): The applications of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 18 (1), S. 115–123. doi: 10.1007/s11136-008-9430-6
- Hakeberg, M. & Berggren, U.** (1993): Changes in sick leave among Swedish dental patients after treatment for dental fear. *Community dental health* 10 (1), S. 23–29.
- Hakeberg, M.; Berggren, U.; Carlsson, S. G.** (1992): Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology* 20 (2), S. 97–101. doi: 10.1111/j.1600-0528.1992.tb00686.x
- Hakeberg, M.; Berggren, U.; Gröndahl, H. G.** (1993): A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology* 1 (21), S. 27–30. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb00714.x.

- Heider, F.** (1958): The psychology of interpersonal relations. 1. Aufl. New York, USA: Wiley
- Helfferich, C.** (2011): Die Qualität qualitativer Daten. 4. Aufl. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Herzberg, A.:** Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit durch Versorgungsoptimierung mittels einer intensiveren Integration und Kooperation von Zahnmedizin und Medizin. Dissertation, Gesundheitswissenschaften/ Public Health, Universität Bremen, 2017
- Heyman, R. E.; Slep, A. M. S.; White-Ajmani, M.; Bulling, L.; Zickgraf, H. F.; Franklin, M. E.; Wolff, M. S.** (2016): Dental Fear and Avoidance in Treatment Seekers at a Large, Urban Dental Clinic. *Oral health & preventive dentistry* 14 (4), S. 315–320. doi: 10.3290/j.ohpd.a36468
- Hill, K. B.; Chadwick, B.; Freeman, R.; O'Sullivan, I.; Murray, J. J.** (2013): Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *British dental journal* 214 (1), S. 25–32. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.1176
- Hooley, M.; Skouteris, H.; Boganin, C.; Satur, J.; Kilpatrick, N.** (2012): Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *Journal of dentistry* 40 (11), S. 873–885. doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013
- Hopf, C.;** In: Flick U.; von Kardoff E.; Keupp H.; von Rosenstiel L.; Wolff S. (1991): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. Handbuch qualitative Sozialforschung. München: Psychologie-Verl.-Union
- Institut der Deutschen Zahnärzte** (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung. Im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Online verfügbar unter [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung\\_DMS\\_V.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf), zuletzt geprüft am 22.08.2021
- Jack, S. M.** (2006): Utility of qualitative research findings in evidence-based public health practice. *Public Health Nursing* 23 (3), 277–283. doi: 10.1111/j.1525-1446.2006.230311.x
- Jones, L. M. & Huggins, T. J.** (2014): Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. *New Zealand Dental Journal* 110 (3), S. 98–104. Online verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25265748/>

- Kamtsiuris, P.; Bergmann, E.; Rattay, P.; Schlaud, M.** (2007): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 836–850. doi: 10.1007/s00103-007-0247-1
- Kannan, D. V. & Veazie, P. J.** (2014): Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior. *Medical care* 52 (4), S. 336–345. doi: 10.1097/MLR.000000000000100
- Katz, D. & Braly, K.** (1933): Racial stereotypes of one hundred college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 28 (3), S. 280–290. doi: 10.1037/h0074049
- Kearney, M. H.** (2001): Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health* 24 (2), S. 145–153. doi: 10.1002/nur.1017
- Kelle, U. & Kluge, S.** (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Forschung. Unter Mitarbeit von Bohnsack R, Reichertz J, Lüders C und Flick U. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung, 15)
- Klein, H. & Palmer, C. E.** (1938): Studies on Dental Caries. V. Familial Resemblance in the Caries Experience of Siblings
- Kruse, J.** (2015): Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz (Grundlagentexte Methoden). 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa
- Kuckartz, U.** (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Deutschland: Beltz Juventa
- Kuckarzt, U.** (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kühl, S.; Strodtholz, P.; Taffertshofer, A.** (2009): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden. 1. Aufl. Wiesbaden, Deutschland: Springer: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lamnek, S.** (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. 2. überarbeitete Auflage. Weinheim, Deutschland: Beltz
- Ledigo-Quigley, H.; Panteli, D.; Car, J.; McKee, M.; Busse, R.** (2013): Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union Observatory Studies Series No. 30, S. 1–219.

- Leyva, B.; Taber, J. M.; an Trivedi** (2020): Medical care avoidance among older adults. *Journal of Applied gerontology* 39 (1), S. 74–85. doi: 10.1177/0733464817747415
- Liddell, A. & Locker, D.** (2000): Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavior Modification* 24 (1), S. 57–68. doi: 10.1177/0145445500241003
- Lincoln, S. Y. & Guba, E. G.** (1986): But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation* 1986 (30), S. 73–84. doi: 10.1002/ev.1427
- Litt, M. D.; Kalinowski, L.; Shafer, D.** (1999): A dental fears typology of oral surgery patients: Matching patients to anxiety interventions. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 18 (6), S. 614–624. doi: 10.1037//0278-6133.18.6.614
- Locker, D.** (2003): Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology* 31 (2), S. 144–151. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00028.x
- Lorant, V.; Demarest, S.; Miermans, P. J.; van Oyen, H.** (2007): Survey error in measuring socio-economic risk factors of health status: a comparison of a survey and a census. *International journal of epidemiology* 36 (6), S. 1292–1299. doi: 10.1093/ije/dym191
- Lund-Nielsen, B.; Midtgaard, J.; Rørth, M.; Gottrup, F.; Adamsen, L.** (2011): An avalanche of ignoring - a qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds. *Cancer nursing* 34 (4), S. 277–285. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182025020
- Macleane, N.; Pound, P.; Wolfe, C.; Rudd, A.** (2002): The Concept of Patient Motivation. A Qualitative Analysis of Stroke Professionals' Attitudes. *American Heart Association* 33 (2), S. 444–448. doi: 10.1161/hs0202.102367
- Maddux, J. E. & Rogers, R. W.** (1983): Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of experimental social psychology* 19 (5), S. 469–479. doi: 10.1016/0022-1031(83)90023-9
- Maroneze, M. C.; Ardenghi, D. M.; Brondani, M.; Unfer, B.; Ardenghi, T. M.** (2019): Dental treatment improves the oral health-related quality of life of adolescents: A mixed-methods approach. *International journal of paediatric dentistry* 29 (6), S. 765–774. doi: 10.1111/ipd.12548

- Marthaler, T. M.** (2004): Changes in Dental Caries 1953–2003. *Caries Res* 38 (3), S. 173–181. doi: 10.1159/000077752
- Mataki, S.** (2000): Patient-dentist relationship. *Journal of medical and dental sciences* 47 (4), S. 209–214. doi: 10.11480/jmds.470401
- Mayring, P.** (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. überarbeitete Auflage. Weinheim, Deutschland: Beltz
- McGrath, C. & Bedi, R.** (2004): The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community dentistry and oral epidemiology* 32 (1), S. 67–72. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00119.x
- McGrath, C.; Sham A.S.-K.; Ho, D. K.; Wong, J. H.** (2007): The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *International dental journal* 57 (1), S. 3–8. doi: 10.1111/j.1875-595x.2007.tb00111.x
- McPherson, K.** (1994): The best and the enemy of the good: randomised controlled trials, uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical decision making. *Journal of epidemiology and community health* 48 (1), S. 6–15. doi: 10.1136/jech.48.1.6
- Meadows, L. M.; Verdi, A. J.; Crabtree, B. F.** (2003): Keeping up appearances: using qualitative research to enhance knowledge of dental Practice. *Journal of Dental Education* 67 (9), S. 981–990. doi: 10.1002/j.0022-0337.2003.67.9.tb03696.x
- Mey, G. & Mruck, K.** (2020): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 2. Aufl. Band 1: Ansätze und Anwendungsfelder. Wiesbaden, Deutschland: Springer Fachmedien
- Milgrom, P.; Fiset, L.; Melnick, S.; Weinstein, P.** (1988): The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *Journal of the American Dental Association (1939)* 116 (6), S. 641–647. doi: 10.14219/jada.archive.1988.0030
- Moore, R.; Brødsgaard, I.; Birn, H.** (1991): Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behaviour Research and Therapy* 29 (1), S. 51–60. doi: 10.1016/S0005-7967(09)80007-7
- Moore, R.; Brødsgaard, I.; Rosenberg, N.** (2004): The contribution of embarrassment to phobic dental anxiety: a qualitative research study. *BMC Psychiatry* 4 (10), S. 1–11. doi: 10.1186/1471-244X-4-10

- Moser, D. K.; Kimble, L. P.; Alberts, M. J.; Alonzo, A.; Croft, J. B.; Dracup, K. et al.** (2006): Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Circulation Journal* 114 (2), S. 168–182. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040
- Newsome, P. R. & Wright, G. H.** (2000): Qualitative techniques to investigate how patients evaluate dentists: a pilot study. *Community dentistry and oral epidemiology* 28 (4), S. 257–266. doi: 10.1034/j.1600-0528.2000.280403.x
- Nolte, E.; Knai C.; Saltman R.E.** (2014): Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches (Observatory Studies Series No. 37), S. 1–85.
- Nuttall, N. M.** (1996): Initial development of a scale to measure dental indifference. *Community dentistry and oral epidemiology* 24 (2), S. 112–116. doi: 10.1111/j.1600-0528.1996.tb00825.x
- Oliver, R. L.** (1980): A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of marketing research* 17 (4), S. 460–469. doi: 10.1177/002224378001700405
- Ong, B. N.** (1993): *The Practice of Health Services Research*. 1. Aufl. New York, USA: Springer US
- Oschmiansky, F. & Berthold, J.**: Wohlfahrtsstaatliche Grundmodelle. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/305930/wohlfahrtsstaatliche-grundmodelle>, zuletzt geprüft am 09.08.2021
- Persoskie, A.; Ferrer, R. A.; Klein, W. M.** (2014): Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: an analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *Journal of behavioral medicine* 37 (5), S. 977–987. doi: 10.1007/s10865-013-9537-2
- Petersen, P. E.; Bourgeois, D.; Ogawa, H.; Estupinan-Day, S.; Ndiaye, C.** (2005): The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin World Health Organization* 83 (9), S. 661–669.
- Petersen, P.E., Baehni, P. C.** (2012): Periodontal health and global public health. *Periodontology 2000* 60 (1), S. 7–14. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00452.x

- Popay, J. & Williams, G.** (1998): Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the royal society of medicine* 91 (35), S. 32–37. doi: 10.1177/014107689809135s08
- Pope, C. & Mays, N.** (1995): Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 311 (6996), S. 42–45. doi: 10.1136/bmj.311.6996.42
- Pope, C.; Ziebland, S.; Mays, N.** (2000): Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ (Clinical research ed.)* 320 (7227), S. 114–116. doi: 10.1136/bmj.320.7227.114
- Powell, R.A., Single, HM** (1996): Focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua.* 8 (5), S. 499–504. doi: 10.1093/intqhc/8.5.499
- Richards, M. A.; Westcombe, A. M.; Love, S. B.; Littlejohns, P.; Ramirez, A.** (1999): Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet* 353 (9159), S. 1119–1126. doi: 10.1016/s0140-6736(99)02143-1
- Ristvedt, S. L. & Trinkaus, K. M.** (2005): Psychological factors related to delay in consultation for cancer symptoms. *Psycho-oncology* 14 (5), S. 339–350. doi: 10.1002/pon.850
- Robert-Koch-Institut** (2009): Mundgesundheits. Themenhefte und Schwerpunktberichte- Mundgesundheits. RKI (47). Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Thememenhefte/mundgesundheits\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Thememenhefte/mundgesundheits_inhalt.html), zuletzt aktualisiert am 13.07.2021, zuletzt geprüft am 13.07.2021
- Robert-Koch-Institut** (2020): RKI - Themenschwerpunkt "Psychische Gesundheit". Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische\\_Gesundheit/Psychische\\_Gesundheit\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html), zuletzt aktualisiert am 16.11.2020, zuletzt geprüft am 16.11.2020
- Rosenstock, I. M.** (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 2 (4), S. 328–335. doi: 10.1177/109019817400200403
- Rupper, R. W.; Konrad, T. R.; Garrett, J. M.; Miller, W.; Blazer, D. G.** (2004): Self-reported delay in seeking care has poor validity for predicting adverse outcomes. *The American Geriatrics Society* 52 (12), S. 2104–2109. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52572.x

- Sachse, R. & Abegglen, S.** (2011): Perspektiven klärungsorientierter Psychotherapie II. Lengerich, Deutschland: Pabst Science Publication
- Sarkar, P.; Dasar, P.; Nagarajappa, S.; Mishra, P.; Kumar, S.; Balsaraf, S. et al.** (2015): Impact of dental neglect scale on oral health status among different professionals in indore city-a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 9 (10), 67-70. doi: 10.7860/JCDR/2015/14321.6674
- Schäfer, B. & Ecarius, J.** (2009): Typenbildung und Typengenerierung. 1. Aufl. Leverkusen-Opladen, Deutschland: Verlag Barbara Budrich
- Schreiber, R. S. & Stern, P. N.** (2001): Using grounded theory in nursing. 1. Aufl. New York, USA: Springer US
- Schumann, L. & Lang, H.** (2020): Healthcare avoidance – A phenomenon in (dental) medical care. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift International* 2 (3), S. 62–64. doi: 10.3238/dzz-int.2020.0062–0064
- Schwarzer, R.** (2016): Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *AP* 30 (121), S. 119. doi: 10.15517/ap.v30i121.23458
- Seligman, L. D.; Hovey, J. D.; Chacon, K.; Ollendick, T. H.** (2017): Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clinical psychology review* 55, S. 25–40. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.004
- Selwitz, R. H.; Amid, II; Pitts, N. B.** (2007): Dental caries. *The Lancet* 369 (9555), S. 51–59. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60031-2
- Am Spleen; Lengerich, E. J.; Camacho, F. T.; Vanderpool, R. C.** (2014): Health care avoidance among rural populations: results from a nationally representative survey. *The Journal fo rural Health* 30 (1), S. 79–88. doi: 10.1111/jrh.12032
- Stewart, K.; Gill, P.; Chadwick, B.; Treasure, E.** (2008): Qualitative research in dentistry. *British dental journal* 204 (5), S. 235–239. doi: 10.1038/bdj.2008.149
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M.** (1998): Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. 2. Aufl. Thousand Oaks, USA: Sage Publications Inc
- Sweeney, K.** (2008): Crisis decision theory: decisions in the face of negative events. *Psychological bulletin* 134 (1), S. 61–76. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.61

- Syrjälä, A. M.; Knuuttila, M. L.; Syrjälä, L. K.** (1992): Reasons preventing regular dental care. *Community dentistry and oral epidemiology* 20 (1), S. 10–14. doi: 10.1111/j.1600-0528.1992.tb00665.x
- Syrjälä, A. M.; Knuuttila, M. L.; Syrjälä, L. K.** (1994): Obstacles to regular dental care related to extrinsic and intrinsic motivation. *Community dentistry and oral epidemiology* 22 (4), S. 269–272. doi: 10.1111/j.1600-0528.1994.tb01814.x
- Taber, J. M.; Leyva, B.; Persoskie, A.** (2015): Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data. *Journal of general internal medicine* 30 (3), S. 290–297. doi: 10.1007/s11606-014-3089-1
- Tezal, M.; Sullivan, M. A.; Hyland, A.; Marshall, JR; Stoler, D.; Reid, M. E. et al.** (2009): Chronic periodontitis and the incidence of head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 18 (9), S. 2406–2412. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-09-0334
- Thomas, J.; Harden, A.; Oakley, A.; Oliver, S.; Sutcliffe, K.; Rees, R. et al.** (2004): Integrating qualitative research with trials in systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)* 328 (7446), S. 1010–1012. doi: 10.1136/bmj.328.7446.1010
- Todd, J. E.; Walker, A. M.; Dodd, P.** (1982): Adult Dental Health. 2. Bände. London, England: Her Majesty's Stationery Office
- Tromp, D. M.; Brouha, X. D.; Hordijk, G. J.; Winnubst, J. A.; Gebhardt, W. A.; van der Doef, M. P.; Leeuw, J. R. de** (2005): Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: the role of health value, control beliefs and psychological distress. *Health education research* 20 (6), S. 665–675. doi: 10.1093/her/cyh031
- Varon, F. N.** (2007): Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabetes: response to Shultis et al. *Diabetes care* 30 (12), e138; author reply e139. doi: 10.2337/dc07-1579
- Vassend, O.** (31): Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behaviour Research and Therapy* 1993 (7), S. 659–666. doi: 10.1016/0005-7967(93)90119-F
- Virani, S. S.; Alonso, A.; Benjamin, E. J.; Bittencourt, M. S.; Callaway, C. W.; Carson, A. P. et al.** (2020): Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 141 (9), e139-e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000757

- Wagner, L. I.; Zhao, F.; Goss, P. E.; Chapman, J.-A.; Le Shepherd; Whelan, T. J. et al.** (2018): Patient-reported predictors of early treatment discontinuation: treatment-related symptoms and health-related quality of life among postmenopausal women with primary breast cancer randomized to anastrozole or exemestane on NCIC Clinical Trials Group (CCTG) MA.27 (E1Z03). *Breast cancer research and treatment* 169 (3), S. 537–548. doi: 10.1007/s10549-018-4713-2
- Waldegg, T. von** (2016): Healthcare Avoidance - HCA. Working Paper
- Weckmann, G.; Chenot, J. F.; Stracke, S.** (2020): The Management of Non-Dialysis-Dependent Chronic Kidney Disease in Primary Care. *Deutsches Arzteblatt international* 117 (44), S. 745–751. doi: 10.3238/arztebl.2020.0745
- Wichmann, A.** (2019): Quantitative und Qualitative Forschung im Vergleich. Denkweisen, Zielsetzungen und Arbeitsprozesse. 1. Auflage. Berlin, Deutschland: Springer Verlag
- Widiger, T. A.; Frances, A. J.; Pincus, H. A.; First, M. B.; Ross, R.; Davis, W. W.** (1994): DSM-IV sourcebook. 1. Aufl. Washington D.C., USA: American Psychiatric Press Inc
- World Health Organization** (2019): Psychische Gesundheit - Faktenblatt. Online verfügbar unter [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH\\_FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf), zuletzt geprüft am 16.11.2020
- Yedidia, M. J.; Gillespie, C. C.; Kachur, E.; Schwartz, M. D.; Ockene, J.; Chepaitis, A. E. et al.** (2003): Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 290 (9), S. 1157–1165. doi: 10.1001/jama.290.9.1157

## Anhang



### Patientenaufklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Die individuelle Mundgesundheit ist ein wichtiger Faktor für den allgemeinen Gesundheitszustand sowie Ihr persönliches Wohlbefinden. Die zahnärztliche Vorsorge im Rahmen der jährlichen Kontrolluntersuchung spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Bei Ihnen wurde festgestellt, dass diese Vorsorge nicht ausreichend stattgefunden hat. Ziel unserer Untersuchung ist es, mögliche Ursachen und Einflussfaktoren hierfür in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen zu erkunden. Dieses Patientengespräch wird aufgezeichnet, verschriftlicht und computergestützt ausgewertet. Die Daten unterliegen hierbei allumfänglich den gängigen Datenschutzrichtlinien. Jede sich aus der Untersuchung ableitende Behandlungsnotwendigkeit ist durch Sie selbst zu tragen. Durch die Untersuchung entstehen für Sie keine weiteren Kosten oder Unannehmlichkeiten. Die Teilnahme ist unentgeltlich. Die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere Behandlung widerrufen werden. Um ein möglichst vollständiges Bild Ihrer zahnmedizinischen Krankengeschichte zu erhalten und die Studiendaten zu vervollständigen, kontaktieren die Mitarbeiter der Studie entweder Ihren Hauszahnarzt oder dessen Nachfolger. Es besteht für den durchführenden Arzt sowie alle weiteren Mitarbeiter der Studie Schweigepflicht und ein vertraulicher Umgang mit allen Daten wird gewährleistet.

Klinik und Polikliniken für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde „Hans  
Moral“  
**Poliklinik für Zahnerhaltung und  
Parodontologie**  
Stempelstr. 13 - 18057 Rostock  
[zahnerhaltung@med.uni-rostock.de](mailto:zahnerhaltung@med.uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8531  
Telefax: +49 381 494-8509

**Klinikdirektor:**  
Prof. Dr. Hermann Lang  
Telefon: +49 381 494-8530

**Sekretariat:**  
Marion Donatin  
[marion.donatin@med.uni-rostock.de](mailto:marion.donatin@med.uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8529

**Oberarzt:**  
PD Dr. Dieter Pahncke  
[dieter.pahncke@uni-rostock.de](mailto:dieter.pahncke@uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8528

## Einwilligungserklärung

.....  
Name des Patienten in Druckbuchstaben

geb. am .....

Teilnehmer-Nr. ....

ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Interviewer

.....  
Name der Interviewerin/des Interviewers

Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde „Hans Morat“  
**Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie**  
Stempelstr. 13 - 18057 Rostock  
[zahnerhaltung@med.uni-rostock.de](mailto:zahnerhaltung@med.uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8531  
Telefax: +49 381 494-8509

**Klinikdirektor:**  
Prof. Dr. Hermann Lang  
Telefon: +49 381 494-8530

**Sekretariat:**  
Marion Donatin  
[marion.donatin@med.uni-rostock.de](mailto:marion.donatin@med.uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8529

**Oberarzt:**  
PD Dr. Dieter Pahncke  
[dieter.pahncke@uni-rostock.de](mailto:dieter.pahncke@uni-rostock.de)  
Telefon: +49 381 494-8528

ausführlich und verständlich über das Wesen, die Bedeutung, sowie die Risiken und die Tragweite des qualitativen Interviews aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, mit dem Interviewer über die Durchführung des Interviews zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet und ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme des Interviews zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile für meine Medizinische Behandlung entstehen. Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

### Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter Form (anonymisiert) gespeichert werden. Mir wurde versichert, dass dabei die Grundsätze des Datenschutzes beachtet werden, d.h. meine personenbezogenen Daten vertraulich behandelt und nicht an andere als die nachfolgend genannten Personen und Stellen weitergegeben werden.

Ich erkläre auch mein Einverständnis für die wissenschaftliche Veröffentlichung der Forschungsergebnisse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ich willige ein, dass entweder mein Hauszahnarzt oder dessen Nachfolger

.....  
Name des Hauszahnarztes oder dessen Nachfolger

im Rahmen der klinisch- sozialwissenschaftlichen Studie befragt wird und personenbezogene Daten weitergeben darf.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis für das Interview sowie die elektronische Speicherung und Auswertung der daraus ermittelten Daten sowie der Behandlungsparameter und anderer Befunde, die im Rahmen dieser Studie erhoben werden.

Rostock, \_\_\_\_\_ Datum                      \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten                      \_\_\_\_\_ Unterschrift des Interviewers

Abb. 14: Einwilligungserklärung

**Soziodemografischer Datenbogen**

<b>Allgemeine Daten</b>
Name
Familienstand
Staatsangehörigkeit
Konfession
höchster erreichter Schulabschluss

Ausbildung

<b>Zeitraum</b>	<b>Ausgeübte Tätigkeit</b>

Familie

<b>Eltern</b>	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>
Geburtsjahr		
Familienstand		
Berufsausbildung		
Letzte berufliche Tätigkeit		

<b>Partner/in</b>		
<b>Geschlecht</b>	<b>Geburtsjahr</b>	<b>Beruf</b>

<b>Geschwister</b>		
<b>Geschlecht</b>	<b>Geburtsjahr</b>	<b>Beruf</b>

<b>Medizinische Daten</b>		
<b>Größe</b>		
<b>Gewicht</b>		
<b>Wann war schätzungsweise ihr letzter Zahnarztbesuch?</b>		
<b>Machen Sie in Ihrer Freizeit Sport? Welche Sportart? (Stundenanzahl)</b>		
<b>Rauchen Sie momentan oder haben Sie mal geraucht? Wenn ja, wie viel?</b>		
<b>Trinken Sie Alkohol</b>		
selten/nie	gelegentlich	häufig
<b>Waren Sie in logopädischer oder kieferorthopädischer Behandlung?</b>		
ja	nein	beides
<b>Würden Sie sich selbst als Angstpatient einschätzen?</b>		
ja	nein	
<b>Vorerkrankungen</b>		

Abb. 15: soziodemografischen Datenbogen

**Allgemeiner Datenbogen**

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Geschlecht</b>	w	m
<b>Anschrift</b>		
<b>Telefonnummer</b>		
<b>Emailadresse</b>		
<b>Geburtsjahr &amp; -ort</b>		

Abb. 16: personenbezogener Datenbogen

## Transkriptionsregeln für die Computergestützte Auswertung

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc., *sowie Einwürfe der jeweils anderen Person*) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
8. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
9. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
10. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
11. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
12. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
13. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Zusätzliche Erweiterungen:

- *Pausen werden nach Länge bewertet – eine Sekunde (.), zwei Sekunden (..), drei Sekunden (...), etc.*
- *Verzögerungssignale (äh, öh, ähm, etc.) sowie Rezeptionssignale (hm, ne, ja) werden mit erfasst und durch ein Komma zur besseren Lesbarkeit abgegrenzt*
- *Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben.*
- *Höflichkeitspronomen werden großgeschrieben, um Verwechslungen auszuschließen.*
- *Die Zahlen null bis zwölf werden ausgeschrieben, die darauffolgenden nicht.*
- *Wird wörtliche Rede zitiert wird das Zitat in doppelte Anführungszeichen gesetzt. Wird gedankliche Rede zitiert wird das Zitat in einfache Anführungszeichen gesetzt.*
- *Satzunterbrechungen, Wortunterbrechungen, Wortfindungsstörungen werden mit einem „/“ abgekürzt.*
- *Wortüberschneidungen und Einwürfe durch den Probanden oder durch die interviewende Person werden mit „/“ angezeigt.*
- *Die Zeitmarken werden miterfasst.*

### Abb. 17: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2016) zur Transkription der geführten Leitfadeninterviews, entnommen aus „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung“, 3. Überarbeitete Auflage 2016. Punkt 7) der Transkriptionsregeln wurde verändert. Zusätzliche Erweiterungen, unten aufgeführt, wurden vorgenommen.

## Interviewleitfaden

### Einstiegsstimulus

*„Für die Studie meiner Doktorarbeit, interessiert mich die Geschichte von Patienten, die über längere Zeit nicht beim Zahnarzt waren. Im Vordergrund stehen vor allem Ihre persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse mit Zahnärzten. Aus diesem Grund, würde ich Sie dann mal bitten, sich an Ihren ersten Zahnarztbesuch zurückzuerinnern und mir zu erzählen, wie dieser verlief und wie die nachfolgenden Besuche beim Zahnarzt abliefen. Ich werde jetzt erstmal ruhig sein und zuhören und Sie erzählen einfach mal was Sie dazu noch wissen.“*

### Hauptteil

- (1) *Können Sie mir mal etwas über Ihre bisherigen Erfahrungen mit Zahnärzten erzählen?*
- (2) *Wie sind Ihre Erfahrungen mit anderen Fachärzten?*
- (3) *Gibt es für Sie bestimmte Punkte, die Ihnen beim Zahnarztbesuch sehr wichtig sind?*
- (4) *Wie sieht es denn momentan mit Ihrer Zahngesundheit aus? Haben Sie zurzeit Beschwerden im Mundbereich?*
- (5) *Was denken Sie, was die Ursache dieser Beschwerden ist?*
- (6) *Würden Sie sagen, dass die Beseitigung dieser Beschwerden zwingend einen Zahnarztbesuch erfordert?*
- (7) *Können Sie mir beschreiben, wie Ihre tägliche Mundhygiene aussieht?*
- (8) *Wie sahen Ihre bisherigen Behandlungen beim Zahnarzt aus? Was wurde dort gemacht?*
- (9) *Können Sie mir sagen, wie wichtig für Sie Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt sind?*
- (10) *Sie waren ja vor dem vorhin bestätigten Datum längere Zeit nicht beim Zahnarzt gewesen. Gab es dafür einen speziellen Grund?*
- (11) *Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, dass Sie wieder öfter zum Zahnarzt gehen? (Hindert eventuell der Gedanke an teure Kosten daran einen Zahnarzt aufzusuchen?)*
- (12) *Was würden Sie sagen? - Inwiefern hat sich ihre Einstellung gegenüber Zahnärzten über die Jahre entwickelt?*

### Schlussteil

*So, dass Gespräch neigt sich dann auch langsam dem Ende zu. Noch ein paar Fragen und dann haben wir es geschafft.*

- (1) *Gehen die Menschen aus Ihrem näheren Umfeld regelmäßig zum Zahnarzt? Wie sieht es mit Ihren Kindern aus?*
- (2) *Gibt es Leute, mit denen Sie sich über Ihre gesundheitlichen Probleme austauschen?*
- (3) *Können Sie mir noch sagen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten?*

*So, nun sind wir auch am Ende des Gesprächs angekommen und ich möchte mich schon mal herzlich für Ihre Teilnahme bedanken. Habe ich noch etwas vergessen oder gibt es noch etwas, was Sie mir erzählen möchten?*

## Protokollbogen leitfadengestütztes Interview

Interview Nummer:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Pseudonym:

\_\_\_\_\_

Ort:

\_\_\_\_\_

Beginn:

\_\_\_\_\_

Ende:

\_\_\_\_\_

Pausen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atmosphäre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Störungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abb. 19: Protokollbogen

*Ausformulierte Fallzusammenfassung (Case Summary) der interviewten Person A9*

<p>Reflexion und Erfahrungsbericht über den Zahnarzt und den Zahnarztbesuch</p>	<p>Die ersten Zahnarztbesuche hat A9 in guter Erinnerung. Mit den Anfängen der Kieferorthopädie durch eine feste Zahnsperre und den damit verbundenen Brackets fing die „Schludrigkeit“ in Hinsicht auf die Zähne an. Die erste schlechte Erfahrung folgte mit einer misslungenen kieferorthopädischen Behandlung. Dadurch folgte, durch die Schludrigkeit und die Brackets bedingt, eine Fehlstellung der Zähne und Flecken auf den Zähnen. Es folgte weiterhin eine schmerzhaft Wurzelkanalbehandlung ohne Betäubung. Ab diesem Moment war für A9 Zahnarzt vorerst „Geschichte“. In der ersten Schwangerschaft kam es zu einer Notfallbehandlung, die erneut ohne Betäubung durchgeführt wurde und sehr prägend für A9 war. Durch eine Notdienstbehandlung lernte A9 einen Zahnarzt kennen, zu dem sie wieder Vertrauen fasste. Durch ihren Freund kam sie dann in die Behandlung des Studentenkurses der Universität Rostock.</p>
<p>Reflexion positiv und negativ wahrgenommener Eigenschaften der Zahnarztbehandlungen</p>	<p><i>Positiv:</i> Vertrauen, Freundlichkeit und Herzlichkeit, Empathie, Vorsicht, Liebe zum Beruf und arbeiten mit Herz, Offenheit und Lockerheit.</p> <p><i>Negativ:</i> Mangelnde oder fehlende Schmerzempathie durch den Zahnarzt. Alt „eingesessenes Behandlungskonzept“ mit Abfertigung der zu behandelnden Patienten. Abgestumpftheit. Anderes Behandlungskonzept vor Eltern als vor den Kindern ohne Beobachtung der Eltern im Behandlungszimmer. Generationenkonflikt.</p>
<p>Wahrnehmung der eigenen Zahngesundheit</p>	<p>Kenntnis über insuffizient versorgten Gebisszustand liegt vor. A9 gesteht aber auch ein, selbst an dem Zustand des Gebisses nicht unbeteiligt zu sein. „Ja, das ist aber auch irgendwo eigene Schludrigkeit gewesen, ne. Man ist ja nicht selber hinterher gewesen.“ „Also das ist alles von mir ausgegangen, was ich über die Jahre gekriegt hatte.“ A9 macht vor allem die „Schludrigkeit“ beim Zähne putzen und die unregelmäßigen Zahnarztbesuche für ihren Gebisszustand verantwortlich. A9 äußert, dass zur Zeit keine Beschwerden vorliegen, schildert jedoch im Nachgang das Vorhandensein von Karies und Zahnfleischbluten. Aufgrund ihrer Schwangerschaft möchte A9 gerade keine Behandlung. Danach soll die Behandlung aber weiter fortgeführt werden.</p>

Tägliche Mundhygiene	<p>Damals wurden morgens und bei Lust auch abends die Zähne geputzt. Heute werden morgens und abends die Zähne geputzt, wobei abends zusätzlich Zahnseide oder Interdentälbürstchen zum Einsatz kommen. Abends putzt A9 mit ihrer Tochter zusammen Zähne. „Dass mach ich durch meine Tochter jetzt immer mit, ne. Dadurch, dass ich halt auch möchte, dass es bei ihr denn nicht so wird wie bei mir. Das wünsche ich ihr bei Wertem nicht.“</p>
Vorsorgeuntersuchungen	<p>Damals war A9 nur als Kind durch den Nachdruck der Mutter regelmäßig beim Zahnarzt. Jetzt hat sich ihre Sicht auf Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt verändert. Vorsorgeuntersuchungen genießen nun den Stellenwert der Wichtigkeit. A9 ist außerdem in Besitz eines Bonusheftes, wusste vorher aber nicht, dass das Bonusheft nicht automatisch durch die Zahnärzte geführt wird.</p>
Zahnhygiene im näheren Umfeld	<p>A9 äußert das ihre Freundinnen, ihre Mutter, ihr Freund sowie ihre Tochter regelmäßig den Zahnarzt aufsuchen. Ihr Vater hatte auch gute Zähne, ging jedoch nicht so gerne zum Zahnarzt oder allgemein Ärzten. Durch Nachdruck durch die Ehepartnerin ging er aber auch regelmäßig zum Zahnarzt. „Also da war ich so die Schludrige eher.“</p>
Familiär geregelte Zahnhygiene	<p>„Meine Mama war extrem hinterher, ne. Ich seh es bei meiner Tochter, da ist sie auch genauso hinterher. Also sie sagt auch Nachputzen immer noch bis man ungefähr acht, neun vielleicht auch zehn Jahre alt, äh, stand sie dahinter. Und das macht sie bei meiner Tochter jetzt auch.“ A9 beschreibt, dass zuerst alleine Zähne geputzt wurden und im Nachgang die Mutter nachgeputzt hat. Als Kleinkind wurde morgens und abends zusammen nachgeputzt, im Schulalter dann nur noch abends aufgrund der Arbeitszeiten der Mutter. In unregelmäßigen Abständen kamen auch Färbetabletten zur Kontrolle zum Einsatz. Ab dem Alter neun bis zehn wurde dann alleine auf die Zahnhygiene geachtet.</p>
Freizeit	<p>Im Moment dreht sich bei A9 alles um ihre große Tochter. Davor „sind wir mit meiner Tochter zusammen denn auch viel los gezogen. Haben denn hier denn mal so verschiedene kleine Lokaltitäten getestet. Gerne essen gegangen mit Freunden. Grade dadurch, dass man aus dem Bereich kommt, muss man denn natürlich auch alle Getränke da mal testen.“ Einmal im Monat versuchte A9 bei sich mit ihren Freunden einen Spieleabend zu veranstalten. Durch den Job als Barkeeperin hat A9 einen stressigen Alltag und weniger Freizeit. „Aber es ist Liebe zum Beruf.“ „Also meine Tochter kennt es nicht anders. Die liebt das auch mit, die find das toll das Mama da an der Bar steht mit einem Shaker und die hat auch ihren eigenen kleineren Shaker, wenn sie denn mal vorbei kommt macht sie denn auch mit.“</p>

**Abb. 20: Case Summary**

Beispieldarstellung eines angefertigten Case Summaries, als Übersichtsdarstellung des geführten Interviews.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Crisis Decision Modell .....	10
Abb. 2: Vicious circle of dental anxiety .....	11
Abb. 3: Sampling-Kriterien .....	19
Abb. 4: Sinkende Karieserfahrung nach DMS V.....	20
Abb. 5: inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse .....	28
Abb. 6: Kategoriensystem mit Definition von Haupt- und Subkategorien .....	30
Abb. 7: hierarchisch gebildetes Kategoriensystem.....	31
Abb. 8: hierarchisch gebildetes Kategoriensystem, ausgeklappt .....	31
Abb. 9: Creative-Coding.....	33
Abb. 10: Kurzportraitdimensionen.....	35
Abb. 11: typenbildende qualitative Inhaltsanalyse .....	36
Abb. 12: Typologie der Zahnarztvermeidung .....	40
Abb. 13: Patientenaufklärung .....	I
Abb. 14: Einwilligungserklärung.....	II
Abb. 15: soziodemografischen Datenbogen .....	IV
Abb. 16: personenbezogener Datenbogen .....	V
Abb. 17: Transkriptionsregeln.....	VI
Abb. 18: Interviewleitfaden .....	VII
Abb. 19: Protokollbogen .....	VIII
Abb. 20: Case Summary .....	X

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Rekrutierungshäufigkeit.....	38
Tab. 2 Teilnehmermerkmale .....	38

## Abkürzungsverzeichnis

RKI	Robert-Koch-Institut
DMS V	fünfte deutsche Mundgesundheitsstudie
DMFT-Index	decayed-missing-filled-teeth-index
Abb.	Abbildung

## **Beteiligte niedergelassene Zahnarztpraxen**

- Zahnärztin Andrea Pahncke: Maxim-Gorki-Str. 52 18106 Rostock, Telefon: 0381714715
- Zahnärzte Welly und Czerlinski Dr. med. dent. Anke Welly, Dr. med. dent. Daniel Welly, Dipl. Stom. Antje Czerlinski: Klosterstraße 3B 23992 Neukloster, Telefon: 03842225692
- Zahnarztpraxis Menzel Dr. med. dent. Leila Menzel und Zahnärztin Ivonne Backhaus: Bertoldt- Brecht- Straße 19 18106 Rostock, Telefon: 03817699398
- Zahnarzt Herr Dr. Mathias Wolschon: Langestraße 51, 18246 Bützow, Telefon: 0384612441

---

## Lebenslauf

### Persönliche Daten

Isabell Gragoll

geboren am 02.09.1996 in Neustrelitz, ledig

### Schulbildung

2003 – 2009 „Drei-Seen-Grundschule“ Fürstenberg/ Havel

2009 – 2015 Strittmatter-Gymnasium Gransee

20.06.2015 Erwerb der Allgemeinen Hochschulreife

### Studium

10/2015 – 09/2016 Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock

09.09.2016 Naturwissenschaftliche Vorprüfung

10/2016 – 03/2018 Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock

29.03.2018 Zahnärztliche Vorprüfung

04/2018 – 10/2020 Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock

15.10.2020 Zahnärztliche Prüfung mit Abschluss: Staatsexamen

### Beruflicher Werdegang

Ab 02/2021 Vorbereitungsassistentin in der Zahnarztpraxis Erlo Neumann und Dr. Tobias Neumann in Templin

Ab 01/2022 Vorbereitungsassistentin in der Zahnarztpraxis Dr. Tobias Neumann & Kollegen in Templin

### Wissenschaftliche Veröffentlichung

BMC Oral Health 21 (accepted 19.10.2021, published: 08.11.2021)

<https://doi.org/10.1186/s12903-021-01933-1>

**Gragoll, I;** Schumann, L; Neubauer, M; Westphal, C; Lang, H: Healthcare Avoidance: A Qualitative Study of Dental Care Avoidance in Germany in Terms of Emergent Behaviours and Characteristics

## Danksagungen

Es ist mir ein besonderes Bedürfnis mich bei Herrn Prof. Dr. med. dent. Hermann Lang für die Themenvergabe, die außerordentlich gute und kontinuierliche Unterstützung bei der Umsetzung des Forschungsvorhabens und die Möglichkeit zur Realisierung meiner Promotion und Publikation zu bedanken. Seine schnellen Rückmeldungen, seine Geduld und sein fachlicher Beitrag in diversen Teammeetings haben entscheidend zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen.

Mein besonderer Dank gebührt Frau Monique Neubauer für ihre unermüdliche und herausragende Methodenbetreuung während der gesamten Arbeit. Ohne ihre fachliche Expertise und kritischen Fragen wäre der Einstieg in die Sozialwissenschaft nicht ansatzweise so gut geglückt. Gleiches gilt für Frau Dr. Christina Westphal und Frau Dr. Uta Ziegler, ohne deren außerordentliche Unterstützung an die Verwirklichung des gesamten Projektes nicht zu denken gewesen wäre. Die Mitarbeit von Monique Neubauer, Dr. Christina Westphal und Dr. Uta Ziegler hat das Forschungsgeschehen qualitativ wesentlich bereichert. Für ihre nebenberufliche Unterstützung bin ich ihnen unfassbar dankbar. Durch ihre Mitarbeit haben sie nicht nur diese Arbeit bereichert, sondern auch mein Handeln mit Patienten nachhaltig geprägt.

Herrn Dr. med. dent. Lukas Schumann danke ich für die Übernahme der Betreuung, die fortwährende kollegiale Unterstützung, das mehrmalige Redigieren der Dissertation und der Publikation sowie das fortwährende Mut machen.

Neben den bereits aufgeführten Personen, bedanke ich mich daneben auch bei Herr Prof. Dr. med. Steffen Mitzner und Anna Streckenbach für die Verwirklichung des Projektes und die vielen Teammeetings. Danke Anna, für die unzähligen Telefonate, Treffen und Besprechungen. Durch dich habe ich erfahren, dass aus einer kooperativ-kollegialen Arbeit eine intensive Freundschaft entstehen kann!

Frau Dr. med. dent. Anne Köntges und ihrem Mann danke ich für den Einstieg in die Arbeit und die liebevolle anfängliche Betreuung.

Weiter möchte ich allen Mitarbeitern und Studierenden der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätsmedizin Rostock, sowie wie allen bei der Studie beteiligten Praxen für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Patientenrekrutierung danken.

Darüber hinaus möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Klärung spezifischer Fragestellungen unterstützt haben und durch nützliche Anregungen geholfen haben, diese Arbeit zu verbessern. Ich möchte allen danken, die mich auf meinem Lebensweg begleitet, geprägt und an mich geglaubt haben.

Insbesondere meinen Kollegen Lisa Fasselt und Rebekka Ramsch danke ich für ihre stetige Unterstützung und dem ständigen Beistand in schwierigen Phasen.

Meinen Eltern möchte aus tiefstem Herzen für ihre bedingungslose und stets selbstlose Unterstützung sowie ihren unerschütterlichen Glauben an meine Stärken danken. Ohne sie wäre dies alles nicht möglich gewesen.

Meiner Schwester, Carolin Gragoll, möchte ich für ihren steten Zuspruch, das ständige Mutmachen, die praktischen Ratschläge und die vielen liebevollen Worte danken.

Abschließend möchte ich mich bei meinem Freund Oliver Gutgesell bedanken. Seine Geduld, sein Zuspruch und sein tiefes Verständnis und nicht zuletzt seine emotionale Unterstützung haben diese Arbeit entscheidend bereichert.

## **Selbständigkeitserklärung**

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst habe, keine außer den von mir angegebenen Hilfsmitteln und Quellen dazu verwendet habe und die den benutzten Werken inhaltlich und wörtlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Rostock, den 18.04.2022

---

Isabell Gragoll