



INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

Th. Schneller/D. Mittermeier/
D. Schulte am Hülse/W. Micheelis

Mundgesundheits- beratung in der Zahnarztpraxis

Materialienreihe
Band 6

**Mundgesundheits-
beratung in der
Zahnarztpraxis**

Materialienreihe
Band 6

Th. Schneller/D. Mittermeier/
D. Schulte am Hülse/W. Micheelis

Mundgesundheits- beratung in der Zahnarztpraxis

mit einem Geleitwort von P. Boehme

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. — Bundeszahnärztekammer —
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung — Körperschaft des öffentl. Rechts —
5000 Köln 41, Universitätsstraße 71–73



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1990

Autoren:

Dr. Dipl.-Psych. Thomas Schneller
Wissenschaftlicher Angestellter
Abteilung für Medizinische Psychologie
Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Dirk Mittermeier
Niedergelassener Zahnarzt
Bremen

ZA Dietmar Schulte am Hülse
Niedergelassener Zahnarzt
Bremen

Dr. Dipl.-Sozw. Wolfgang Micheelis
Wissenschaftlicher Referatsleiter
Institut der Deutschen Zahnärzte
Köln

Geleitwort:

Dr. Peter Boehme
Bremen
Referent für vorbeugende Zahnheilkunde des
Vorstandes der Bundeszahnärztekammer

Redaktion:

Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln
Dr. Wolfgang Micheelis

ISBN 3-7691-7817-3

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1990

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	9
Vorwort	11
Teil I Theoretische Einführung	13
1 Einleitung	15
2 Problemstellung	19
3 Individuelle Gesundheitsberatung im ambulant-ärztlichen Bereich	23
3.1 Gespräch und Arzt-Patient-Beziehung	23
3.2 Stellung der Gesundheitsberatung in der Arzt-Patient-Beziehung	26
3.3 Probleme der Beratungsstruktur	27
3.4 Probleme der Beratungsarbeit	28
4 Mundgesundheitsberatung in der zahnärztlichen Praxis ...	35
4.1 Zahnmedizinische Ausgangslage	35
4.2 Abklärung der Mitarbeitsbereitschaft	40
4.3 Spezifische Beratungsfelder	43
4.4 Stellenwert des Gesprächs	43
4.5 Exkurs: Das Interventionsmodell nach Weinstein, Getz und Milgrom	49
Teil II Empirisch-exemplarische Ausführungen	55
5 Fragestellung/Methoden/Skalen	57
5.1 Fragestellung	57
5.2 Das Filmmaterial	57

5.3	Auswahl und Konstruktion der Beurteilungsskalen	59
5.3.1	Theoretische Einordnung und Grundlagen der Skalentwicklung	59
5.3.2	Die Verständlichkeit von Informationen	62
5.3.3	Die Skalen zur Beurteilung der kognitiven Dimension	68
5.3.4	Kurzfassung der Skalen A – D	75
5.3.5	Die Skalen zur Beurteilung der sozial-emotionalen Dimension	79
5.3.6	Skala zur Beurteilung des Patientenverhaltens	87
5.3.7	Kurzfassung der Skalen E – H	90
5.3.8	Der Beurteilungsbogen für den Prophylaxeerfolg	94
5.4	Auswahl der Beurteiler/Beurteiler-Training/Durchführung der Beurteilungen	94
6	Ergebnisse	99
6.1	Beurteiler-Übereinstimmung	99
6.1.1	Übereinstimmungskoeffizienten der Rohwerte	99
6.1.2	Korrelationsberechnungen der Beurteiler-Übereinstimmung	104
6.1.3	Vergleiche der Beurteilerübereinstimmung mit dem Friedman-Test	105
6.2	Auswertung der Skalen	107
6.2.1	Skala A: Gliederung — Strukturierung	108
6.2.2	Skala B: Einfachheit — Verständlichkeit	111
6.2.3	Skala C: Prägnanz — Kürze	114
6.2.4	Skala D: Medieneinsatz — Stimulierende Hilfsmittel	115
6.2.5	Skala E: Einbindung des Patienten	116
6.2.6	Skala F: Verstärkung	119
6.2.7	Skala G: Umgang mit Problemsituationen	121
6.2.8	Skala H: Beteiligung des Patienten	122
6.2.9	Zusammenfassung der Skalenauswertung	124
6.3	Auswertung der Patienten-Gesamtbeurteilungen	125
6.3.1	Beurteilung des verhaltensanamnestischen Vorgehens	126
6.3.2	Beurteilung der Wissensvermittlung	127
6.3.3	Beurteilung des Fähigkeitstrainings	128
6.3.4	Beurteilung der Zahnarzt-Patient-Beziehung	129
6.3.5	Beurteilung des Prophylaxeerfolges	130
6.4	Analysen präventiver Zahnarzt-Patient-Gespräche	130
6.4.1	Interaktion 1/4/1 — negatives Beispiel	132
6.4.2	Interaktion 5/2/2 — positives Beispiel	150
6.4.3	Interaktion 5/3/1 — positives Beispiel	155

7	Diskussion	163
7.1	Die Untersuchungsstichprobe und die Art der Untersuchung	163
7.2	Bewertung der verwendeten Untersuchungsmethoden	165
7.3	Die Ergebnisse im Modell	167
7.4	Zusammenfassung	167
	Verzeichnis der Abbildungen	171
	Verzeichnis der Tabellen	173
	Anhang	175
	Literaturverzeichnis	183
	Stichwortverzeichnis	189

Geleitwort

Die vorliegende Arbeit „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ greift ein Thema auf, das die Zahnärzteschaft in einem ganz besonderen Maße beschäftigt. Schon seit einer Reihe von Jahren wurde in den gesundheits- und sozialpolitischen Programmen und Vorstellungen von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung ein entschlossener Auf- und Ausbau oralprophylaktischer Aktivitäten in unserem Gesundheitswesen gefordert, um die große Verbreitung von Zahnkaries und Erkrankungen des Zahnhalteapparates einzudämmen bzw. zu senken. Gerade die Zahnheilkunde ist ja in der präventivmedizinisch vorteilhaften Lage, daß wir dank der vielfältigen Forschungserkenntnisse über die Ursachen dieser beiden epidemiologisch bedeutsamsten Krankheitsbilder über ein profundes Wissen verfügen, wie auf diesen Feldern wirksam vorgebeugt werden kann. Speziell aus einer organisatorischen Verknüpfung gruppenprophylaktischer Aktivitäten (beispielsweise in Kindergärten und Schulen) und individualprophylaktischen Anstrengungen in der freien Zahnarztpraxis kann ein — und dies ist unter allen Fachleuten unumstritten — bevölkerungsumfassender Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheit geleistet werden.

Das praktische Problem bei der Umsetzung entsprechender Prophylaxemaßnahmen liegt vor allem darin, daß nicht nur Wissen vermittelt werden muß, sondern daß dieses Wissen in einer Art und Weise vermittelt werden muß, daß es vom Patienten auch in Verhalten umgesetzt wird. Dies kann nur gelingen, wenn zur reinen Wissensvermittlung auch beim Patienten das **Verständnis** für die Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und -verhütung gefördert wird. Der Akt der Mundpflege muß zudem angemessen an Modellen und im Munde des Patienten **demonstriert** und von diesem **geübt** werden. Die Art der Patientenführung ist hierbei aber der Schlüssel zum Erfolg.

Diese Problemstellung, nämlich die praktische Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die täglichen Entscheidungsvorgänge und Verhaltensgewohnheiten der Patienten, teilt die Zahnheilkunde übrigens mit allen präventivmedizinischen Anstrengungen: gleichgültig, ob nun im Herz-Kreislauf-Bereich oder im Bereich der Zahn- und Zahnbetterkrankungen. Einsicht und Verhalten stehen nun einmal nicht selten in einem Spannungsverhältnis zueinander; diese Erkenntnis beschäftigt schon seit Jahren auch das gesamte Spektrum der Gesundheitserziehung.

Die Arbeit „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ von Schneller, Mittermeier, Schulte am Hülse und Micheelis setzt genau an diesem Punkt an. Auf der Basis von ausgewählten Videomitschnitten von Zahnarzt-Patien-

ten-Gesprächen auf dem Feld der Oralprophylaxe wird von den Autoren herausgearbeitet, in welchem großen Maße Prophylaxearbeit in der Zahnarztpraxis eine **sprechende Zahnmedizin** ist: Aufklärung, Beratung und Motivierung von Patienten in Sachen Karies- und Parodontitisvorbeugung vollziehen sich im Medium der Sprache, die sorgfältig bedacht und eingesetzt sein will. Nur durch eine zielgerichtete An-Sprache ist uns die Chance gegeben, daß sich das Mundgesundheitsverhalten unserer Patienten auch wirklich dauerhaft ins Positive entwickelt.

Die Autoren — übrigens ein interdisziplinäres Team aus Zahnmedizinern und Sozialwissenschaftlern — weisen unter Einbezug der einschlägigen Fachliteratur zur ärztlichen Gesundheitsberatung überzeugend nach, daß der Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen Beratungsarbeit darin zu sehen ist, inwieweit es gelingt, sich auf die psychische und soziale Situation des Patienten individuell einzustellen. Die Beachtung wichtiger Grunderkenntnisse aus der Motivations- und Lernpsychologie sind in diesem Zusammenhang als Voraussetzung zu berücksichtigen. Insbesondere der bewußten Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung kommt hier ein herausragender Stellenwert zu. Dies machen nicht nur die methodisch-statistisch aufwendigen Analysen des Beobachtungsmaterials deutlich, sondern dies wird auch eindrucksvoll belegt durch die Beispiele, die die Autoren zur Illustration eingearbeitet haben.

Man wird wohl ohne Übertreibung sagen können, daß mit dieser Arbeit unser zahnärztliches Verständnis über die Vielschichtigkeit der Prophylaxeleistungen in unserer eigenen Praxis ein großes Stück vorangetrieben wird. Oralprophylaxe hat eben nicht nur eine zahnmedizinisch-manuelle Seite, sondern in einem ganz entscheidenden Maße auch einen zahnmedizinisch-verbale Zuwendungsaspekt. Erst beide Dinge zusammengenommen schaffen den Boden, auf dem das Verhalten der Menschen im Mundgesundheitsbereich verbessert werden kann. Ich glaube, die Lektüre der Arbeit „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ ist für jeden an Prophylaxefragen interessierten Kollegen ein großer Gewinn. Es wäre zu wünschen, wenn Veranstaltungen zur zahnärztlichen Gesundheitsberatung vermehrt Eingang in unsere ansonsten so vielgestaltige Fortbildungslandschaft finden würden.

Dr. Peter Boehme
Referent für vorbeugende Zahnheilkunde des
Vorstandes der Bundeszahnärztekammer

Vorwort

Die vorliegende Arbeit „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“, die nunmehr als Band 6 der IDZ-Materialienreihe der Öffentlichkeit vorgelegt wird, geht zurück auf einen Forschungsauftrag, den das Institut der Deutschen Zahnärzte 1987 gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover/Abteilung für Medizinische Psychologie in Angriff genommen hat. Sowohl die Konzeption dieser Studie als auch die Auswertung des Beobachtungsmaterials sowie die Darstellung der Ergebnisse wurden gemeinsam mit der Abteilung Medizinische Psychologie der Medizinischen Hochschule Hannover erarbeitet.

Für die Auswertungsarbeiten des empirischen Materials, das dieser Studie zugrunde liegt, konnten zwei niedergelassene Zahnärzte in eigener Praxis gewonnen werden. Beide Zahnärzte waren auch maßgeblich bei der Erstellung dieses Forschungsberichts beteiligt. Zusätzlich wirkte bei der Auswertung des Beobachtungsmaterials ein weiterer psychologischer Fachvertreter mit; der Herausgeber möchte sich hier herzlich bei Frau Diplom-Psychologin Annette Koschera/Universität Marburg für ihre sorgfältige und engagierte Mitarbeit bedanken. Frau Koschera hat durch ihre engagierte Unterstützung bei der Erarbeitung der Auswertungsmethoden wesentlich zu einem erfolgreichen Abschluß der Datenanalysen beigetragen.

Empirischer Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war der Mitschnitt von Videoaufzeichnungen von Zahnarzt-Patienten-Gesprächen zu Fragen der Oralprophylaxe in ausgewählten Zahnarztpraxen. Die Videoaufnahmen wurden 1986 im Rahmen eines anderen Forschungsprojektes des Instituts der Deutschen Zahnärzte erstellt. Dieses — damalige — Projekt hatte eine arbeitswissenschaftliche Ausrichtung und beschäftigte sich mit methodischen und empirischen Fragestellungen zur Bewertungsanalyse zahnärztlicher Dienstleistungen (Publikation als Band 7 der Materialienreihe des IDZ im Druck). Der Herausgeber möchte sich in diesem Zusammenhang bei dem Arbeitswissenschaftlichen Forschungsinstitut (AWFI), Berlin, bedanken; Das AWFI hatte sich in seiner damaligen Eigenschaft als Projektnehmer dieser arbeitswissenschaftlichen Studie freundlicherweise bereit erklärt, entsprechende Videoaufzeichnungen mit eigenem Gerät zu erstellen. Insgesamt konnte auf diesem Wege Videomaterial von 6 niedergelassenen Zahnärzten in eigener Praxis mit insgesamt 48 Patienten beiderlei Geschlechts und unterschiedlichen Alters zusammengestellt werden. Die Gesamtlaufrdauer der aneinandergereihten Videomitschnitte betrug rd. 23 Stunden. Dieses Material stellt die Grundlage aller in dieser Arbeit vorgestellten empirischen Ergebnisse dar.

Der empirische Charakter des Forschungsberichtes „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ ist exemplarisch angelegt. Quantitative Aussagen über das derzeitige prophylaktische Handeln in Zahnarztpraxen sind nicht beabsichtigt und aufgrund von Anlage und Größe der Stichprobe auch nicht möglich. Das gesamte Auswertungsvorgehen folgt den Verfahrensregeln zur Entwicklung eines Skalierungsmodells. Im Mittelpunkt stehen die theoretische Konstruktion und die empirische Überprüfung eines mehrdimensionalen Einschätzungsmodells, das die wesentlichen Anforderungen und Besonderheiten der zahnärztlichen Beratungsarbeit im prophylaktischen Sektor im einzelnen darstellt. Es geht um eine möglichst umfassende und detaillierte Erfassung der Vorgänge, die bei der Beratungsarbeit auf diesem Feld eine Rolle spielen. Aussagen beispielsweise zur quantitativen Verteilung von oralprophylaktischen Beratungsprozessen und -effekten im System der ambulanten zahnärztlichen Versorgung bedürften eines völlig anderen methodischen Ansatzes. Die vorliegende Arbeit möchte hingegen einen Beitrag zu einem strukturierten Verständnis der qualitativen Problemstruktur in diesem Bereich liefern.

Zur Beurteilung des Videomaterials wurden eine Reihe von Beurteilungsskalen völlig neu entwickelt. Diese Entwicklung erfolgte unter Bezugnahme auf den vorliegenden Literaturstand zur ärztlichen Gesundheitsberatungsforschung wie auch in Ableitung vorliegender Erkenntnisse aus dem Bereich der empirisch-psychologischen Forschungsmethodik. Insofern hofft der Herausgeber, daß mit dem Text „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ auch eine Reihe von Forschungsimpulsen gesetzt werden, um die weitere Erforschung der Besonderheiten der Prophylaxearbeit in den Zahnarztpraxen weiter voranzutreiben. Einiges, was in dieser Arbeit vorgestellt wird, bedarf sicherlich noch der weiteren wissenschaftlichen Absicherung; anderes kann wohl getrost bereits in die Fortbildungsarbeit auf dem Sektor der Oralprophylaxe übernommen werden.

Ohne die Mithilfe und Bereitschaft der zahnärztlichen Praxisteams und der Patienten, die sich für die Videoaufnahmen zur Verfügung stellten, wäre dieses Forschungsprojekt nie zustande gekommen. Hierfür möchte sich der Herausgeber auch im Namen der Autoren noch einmal ganz herzlich bei allen Beteiligten bedanken.

Der Herausgeber

im Dezember 1989

Teil I

Theoretische Einführung

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der großen Verschiebungen im Krankheitspanorama der letzten Jahrzehnte — des beeindruckenden Rückganges der akuten Infektionskrankheiten bei gleichzeitig dramatischem Anstieg der chronisch-degenerativen Erkrankungen — sind seit einiger Zeit Begriffe wie „Gesundheitserziehung“, „Gesundheitsaufklärung“, „Gesundheitsberatung“ und „Gesundheitsverhalten“ zunehmend ins Blickfeld von Forschung und Politik gerückt. Sowohl in fachlich-medizinischen Kreisen als auch in der gesundheits- und sozialpolitischen Öffentlichkeit wird immer stärker die Auffassung vertreten, durch gezielte gesundheitserzieherische Maßnahmen bei der Bevölkerung Voraussetzungen dafür zu schaffen, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten und vorzeitigem Tod zu senken und Prozesse der Krankheitsverschlimmerung durch eine umfassende Rehabilitationsarbeit wenn möglich zu verhindern.

Dabei orientiert sich diese Forderung vor allem an Erkenntnissen und Forschungsergebnissen der sogenannten Risikofaktorenmedizin, die speziell für den Entstehungsprozeß chronischer Krankheiten auf die große Bedeutung definierbarer Noxen aus dem Bereich der Umwelt des Menschen und der Eigenarten seines Verhaltens (vgl. *Schaefer* und *Blohmke* 1978; *Schlierf* et al. 1979) nachdrücklich hingewiesen hat.

Damit stellt sich in den Mittelpunkt der Betrachtung von Gesundheitsstörungen ein **ätiologiebezogener** Interventionsansatz. D. h. daß man durch die Ausschaltung oder auch Abmilderung vorliegender Risikofaktoren auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit Einfluß nehmen möchte. Der ätiologische Kenntnisstand über ein Krankheitsbild wird in diesem Verständnis der Krankheitsbekämpfung also zum Ausgangspunkt gesundheitserzieherischer Überlegungen, wobei — zumindest zur Zeit — dem Problem der individuellen Lebensführung eines Menschen (Ernährungsweise, Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut, Streßbelastung) das Hauptaugenmerk geschenkt wird, ohne natürlich die Bedeutung endogener Einflüsse und Faktoren auf das Krankheitsgeschehen in Abrede zu stellen.

Die große mortalitäts- und morbiditätsstatistische Relevanz dieser Pendelschlagbewegung in der Medizin läßt sich wohl am besten verdeutlichen, wenn man sich vor Augen führt, daß beispielsweise im Jahre 1984 51 % aller Sterbefälle auf Krankheiten des Kreislaufsystems, 22 % auf bösartige Neubildungen, 6 % auf Krankheiten der Atmungsorgane und fast 5 % auf Krankheiten der Verdauungsorgane entfielen (vgl. Daten des Gesundheitswesens 1985).

Für den Bereich der zahnmedizinischen Erkrankungen ergibt sich präventionsmedizinisch ein strukturell ähnliches Bild wie für den gerade angesprochenen großen Bereich der degenerativen Erkrankungen, da eine Verhaltensabhängigkeit der verbreitungsmäßig bedeutenden Krankheitsbilder wie Zahnkaries und Parodontalerkrankungen — aber natürlich auch teilweise für den Bereich der Zahnstellungs- und Bißlagefehler — aufgrund vielfältiger epidemiologischer, experimenteller und klinischer Untersuchungen ebenfalls als weitgehend gesichertes Wissen angesehen werden kann (Stichwort: Mundhygiene, Ernährungsweise usw.).

Obwohl die Aufdeckung einzelner Risikofaktoren für die Entstehung der großen Volkskrankheiten zwischenzeitlich einen beachtlichen Erkenntnisstand erreicht hat (vgl. hierzu beispielsweise *Schliert et al. 1979*) und damit — wie schon angedeutet — die rationalen Möglichkeiten einer kausalitätsorientierten Prophylaxe und Prävention prinzipiell deutlich zugenommen haben, steht die Umsetzung dieses Ansatzes nach wie vor vor großen Problemen, die darüber hinaus auch noch auf sehr unterschiedlichen Ebenen liegen:

Zum einen ist der Wirkungszusammenhang verschiedener Einzelrisikofaktoren bei der Entwicklung eines bestimmten Krankheitsbildes unklar bzw. (noch) unaufgeklärt, zum anderen liegen erkannte Risikofaktoren auf sehr verschiedenen Ebenen der Entstehung (somatisch, psychisch, sozial) mit den entsprechenden Folgen für mögliche Interventionsansätze und deren Koordinierbarkeit. Ferner läßt eine Beeinflussung eines einzelnen Risikofaktors aufgrund der vorherrschenden multifaktoriellen Verursachung der meisten Krankheiten nur einen recht geringen Beitrag auf Mortalität und Morbidität erwarten, und nicht zuletzt ist auch die „Compliance“, also die Mitarbeit des Risikoträgers, bei dem Abbau gesundheitsriskanter Verhaltensweisen und Gewohnheiten häufig unzureichend.

Darüber hinaus ist das Zusammenspiel von Ansätzen der sogenannten „**Verhaltensprävention**“, also der Meidung bzw. der Veränderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, und der sogenannten „**Verhältnisprävention**“, also der Beeinflussung bzw. Umgestaltung des sozialen und sonstigen Umfeldes des potentiell Kranken, häufig sehr komplex und nur schwer zu entwirren — ganz abgesehen davon, daß der gesundheitserzieherischen Beeinflussung der Umweltverhältnisse aus vielerlei Gründen deutliche Grenzen gesetzt sind.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, vor einer allzu großen „Präventionseuphorie“ zu warnen und insbesondere von einer bewußten oder auch unbewußten Vorstellung Abschied zu nehmen, als ließen sich die heutigen großen Volksseuchen durch umfassende Programme der Risikobeeinflussung quasi auf einen Schlag eliminieren. Dem stehen nicht nur wie schon gesagt wissenschaftliche Erkenntnislücken und praktische Umsetzungsprobleme gegenüber, sondern auch große demographische Verwerfungen im

Altersaufbau in unserer Gesellschaft, nämlich eine beachtliche Zunahme alter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung, mit den entsprechenden Folgephänomenen vermehrter Multimorbidität und teilweise endogen gesteuerten Altersabbauprozessen.

Auf der anderen Seite kann allerdings auch kein Zweifel bestehen, daß es mittlerweile einen großen Wissensbestand über gut erkennbare Risikofaktoren gibt, die eine Krankheitsgefährdung anzeigen und deren Ausschaltung oder zumindest Abmilderung einen gesundheits- und versorgungspolitisch außerordentlich wichtigen Beitrag zur Krankheitsvorsorge leisten können. Daß dieser Beitrag im einzelnen nur sehr schwer numerisch zu beziffern sein dürfte, schmälert dabei die Qualität des Wissensstandes keineswegs.

Vor diesem medizinhistorischen Hintergrund ist zu begrüßen, daß die erstarkende Risikofaktorenmedizin dieser vorbeugenden Orientierung für das Gesundheitssystem den Boden bereitet und neben die Kuration die Prävention als medizinische Versorgungsaufgabe in das Blickfeld gerückt hat.

Speziell auch in der Zahnmedizin wurden hierzu in den letzten Jahren eine Reihe von konkreten Maßnahmen und Einrichtungen entwickelt bzw. realisiert, um beispielsweise auf Gruppenebene (im Kindergarten) mundgesundheitsrelevante Risikofaktoren wie mangelnde Mundhygiene und zuckerreiche Ernährungsweise anzugehen. Im System der zahnmedizinischen Versorgung in der Schweiz gehören etwa Zahnputzübungen und Mundgesundheitsinstruktionen schon seit vielen Jahren zum ständigen Erziehungsalltag im allgemeinbildenden Schulbereich.

Ein wichtiges Problem bei der praktischen Umsetzung gesundheitserzieherischer Maßnahmen stellt die jeweilige zugrundeliegende Zielsetzung dar. Soll in erster Linie Krankheit verhindert oder Gesundheit gefördert werden oder beides zugleich geschehen? Wie *Henkelmann* und *Karpf* (1982) in einer großangelegten Analyse feststellten, waren von ca. 3000 verwirklichten Gesundheitserziehungsaktivitäten die meisten in starkem Maße „krankheitsorientiert“ angelegt. Gesundheit wurde damit nur indirekt als Abwesenheit von Krankheit verstanden.

Bei der Gesundheitsförderung (health promotion) sollte es aber nicht nur die Negativmotivation der Krankheitsvermeidung geben, sondern auch ein eigenständiges, positives Vorstellungsbild von der Gesundheit insgesamt oder von einzelnen Bereichen (z. B. orale Gesundheit). Schließlich resultiert das bereits praktizierte Gesundheitsverhalten der Menschen auch auf einer Vielzahl von unterschiedlichen Motiven und Zielsetzungen (*Horn, Beier, Kraft-Krumm* 1984).

Ein zweiter wichtiger Punkt, der bei Gesundheitserziehungsprogrammen beachtet werden muß, sind die Konflikte bei der intrapsychischen Zielsetzung. So können Geltungs- und Leistungsbedürfnisse im Berufsleben beispiels-

weise mit der Vermeidung des Risikofaktors psychosozialer Streß erheblich kollidieren, orale Lustgefühle mit einer Verzichtsaufforderung des Zigarettenrauchens, eingelebte Ernährungsgewohnheiten mit der Empfehlung, den Zuckerkonsum zu senken, soziale Gruppennormen am Arbeitsplatz mit der Anregung, Zahnhygiene etwa auch nach dem Kantinenessen zu betreiben, Schichtarbeit mit dem Gebot einer harmonischen Schlafrythmik usw. usw.

Mit dieser Skizzierung soll die Aufmerksamkeit auf ein Problem gelenkt sein, das in der Psychologie mit dem Begriff der „kognitiven Dissonanz“ (*Festinger*, 1978) umschrieben wird und das im Kern darauf hinausläuft, daß in widersprüchlichen Situationen die Menschen dazu neigen, konfligierende Informationen bzw. Bewußtseinsinhalte dadurch zu bewältigen, indem sie Rechtfertigungen in der Weise aufbauen, daß sich die grundsätzliche innere Einstellung nicht zu ändern braucht.

Unter dem Gesichtspunkt der Strukturierung gesundheitserzieherischer/ gesundheitsaufklärerischer Aktivitäten heißt dies, daß die Effektivität von präventiven Maßnahmen, die den Abbau von Risikofaktoren bezwecken, in starkem Maße davon abhängt, inwieweit auf die individuellen und sozialen Rahmenumstände des oder der Adressaten Bezug genommen wird bzw. Bezug genommen werden kann. Darüber hinaus ist aber auch entscheidend, welche Schichten der Persönlichkeit angesprochen werden, vor allem, inwieweit es gelingt, auch die emotionale Seite des menschlichen Verhaltens anzusprechen bzw. zu beeinflussen. Der individuellen Gesundheitsberatung kommt vor diesem Problemhintergrund gesundheitserzieherischer Arbeit wohl eine ganz besondere Verantwortung im Gesamtspektrum möglicher Gesundheitsprogrammaktivitäten zu.

2 Problemstellung

Gespräche sind auch bei der zahnärztlichen Versorgung von fundamentaler Bedeutung. Sie sind nicht nur für die Behandlungseröffnung und die diagnostische Informationsgewinnung bedeutsam, sondern auch für die Erklärung der vorliegenden Erkrankungen und für die Erläuterung der vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen. Darüber hinaus sollen sie helfen, die Beziehung zwischen dem Zahnarzt und seinen Patienten kooperativ und für beide Seiten befriedigend zu gestalten. Einer guten Arzt-Patient-Beziehung wird nachgesagt, daß sie die therapeutische Effizienz zu steigern vermag und Konfliktsituationen erst gar nicht aufkommen läßt (*Ingersoll 1987*).

Beratungen gehen über einfache Gespräche zur Informationsgewinnung oder Krankheitserläuterung weit hinaus. Im Gegensatz zum Ratschlag unter Freunden und Bekannten setzt eine fachliche Beratung spezielle Vorbereitungen, Kenntnisse und Vorgehensweisen voraus (*Linden 1983*).

Wird eine Gesundheitsberatung in der Präventivzahnmedizin eingesetzt, so hat sie in der Regel das Ziel, das orale Gesundheitsverhalten des Patienten so zu beeinflussen, daß seine Erkrankungsraten zurückgehen. Beratung soll dem Patienten helfen, neues Wissen und neue Fähigkeiten widerspruchsfrei in seine Vorstellungen einzubauen und in seinem Alltag umzusetzen und anzuwenden. Er soll zur kompetenten Selbstentscheidung befähigt werden. Dies setzt voraus, daß der beratende Fachmann selbst fähig ist, die im Patienten vorhandenen Wünsche und Kräfte zu entdecken, zu wecken und zu mobilisieren, damit dieser **selbst** seine aktuellen oder erwarteten Gesundheitsprobleme lösen kann. Bei diesem „Angebot“ müssen die Prinzipien der freien Inanspruchnahme und der Selbstverantwortlichkeit des Patienten gewahrt werden (nach *Pudel 1985; Weinstein, Getz und Milgrom 1989*).

Dabei muß im Bewußtsein bleiben, daß eine Beratung in der „Sprechstunde“ stets nur eine Hilfe zur Selbsthilfe sein kann. Der Zahnarzt kann sich nicht unendlich viel Zeit nehmen, jedem Patienten das Warum und die Prinzipien der Mundpflege zu erläutern. Um so mehr kommt es darauf an, die Voraussetzungen zu kennen, die für eine effektive Beratung notwendig sind. Dazu gehört z. B. die Abklärung der persönlichen Voraussetzungen des Patienten und seiner Umgebung ebenso wie die aus zahnmedizinischer Sicht unabdingbaren Forderungen an das Mundpflegeverhalten im konkreten Fall. An eine fachliche Beratung sind ebensolche Gütemaßstäbe zu stellen wie an jedes andere zahnärztliche Behandlungsverfahren auch.

Mit dieser Studie soll abgeklärt werden, welche Kompetenzen der Zahnarzt braucht, um erfolgreich Prophylaxeberatung betreiben zu können. Gerade

im zahnärztlichen Arbeitsbereich der Mundgesundheitsberatung „treten die manuellen Tätigkeitsmerkmale stärker zurück, und das verbal-interaktive Anforderungsmoment im Umgang mit den Patienten erhält einen sehr großen Stellenwert. Die individuell zugeschnittene Motivationsarbeit ist in diesem Zusammenhang die basale Aktionsebene, technische Instruktionen zur Mundhygiene, zur Ernährung und zur Fluoridierung konkretisieren „nur“ das Gespräch, und praktische Prophylaxeübungen mit dem Patienten illustrieren „nur“ das allgemeine Motivationsziel“ (Micheelis 1986, S. 1750).

Die zu ermittelnde Anforderungsstruktur soll im Rahmen dieser Studie dann anhand von empirischen Videoprotokollen zur Zahnarzt-Patient-Interaktion auf dem Feld der Individualprophylaxe überprüft werden. Es sollen Informationen gewonnen werden, inwieweit die beobachteten Zahnärzte dieses Anforderungsprofil in ihrer Beratungspraxis umsetzen.

Daß sie dazu in der Lage sind, ist durchaus nicht als Selbstverständlichkeit anzusehen, zumal bis heute Zahnmedizinstudenten nicht systematisch in den Methoden der Gesprächsführung ausgebildet werden. Auch ist der deutsche Büchermarkt hinsichtlich dieser Methoden für Zahnärzte sehr begrenzt. Erst in den letzten Jahren kamen die ersten Standardwerke zur zahnmedizinischen Psychologie (Schneller und Fleischer-Peters 1985; Raith und Ebenbeck 1986; Ingersoll 1987), zum präventiv-strategischen Vorgehen (Weinstein, Getz und Milgrom 1989) und zur Verbesserung der Patienten-Mitarbeit (Schneller und Kühner 1989) heraus.

Die bisher erschienene Prophylaxe-Literatur in der Bundesrepublik Deutschland (Peters 1978; Büttner et al. 1979; Hein 1980; König und Lamers, 1982; Hellwege 1984; König 1987) geht in den Kapiteln über die Durchführung der Beratungstätigkeit auf fachpsychologische Aspekte entweder kaum oder gar nicht ein. Daß man dies gut integrieren kann, belegt das amerikanische Lehrbuch von Harris und Christen (1987) eindrucksvoll. Somit hatten die Zahnärzte bisher außer im Do-it-yourself-Verfahren — also mehr oder weniger autodidaktisch — kaum eine Möglichkeit, die Methoden der Gesprächsführung, der fachärztlichen Beratung und die psychologischen Grundlagen für Verhaltensänderungsmaßnahmen systematisch zu erlernen und kontrolliert einzuüben. Damit hat diese Veröffentlichung über die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse hinaus das Ziel, den interessierten Zahnarzt für diese methodischen Fragestellungen zur Gesprächsgestaltung aufzuschließen (vgl. Kap. 3 und Kap. 4).

Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung und Veröffentlichung betrifft die eigentliche Problemstellung aus forschungsmethodischer Sicht. Gibt es geeignete Untersuchungs- und Analyseverfahren, um die Beratungstätigkeit des Zahnarztes überhaupt hinreichend objektiv und umfassend beschreiben zu können? Da in der Zahnheilkunde diesem Bereich bisher relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, können auch keine Beurteilungsmethoden der Beratungsarbeit erwartet werden. So bleibt nur die Möglichkeit, Kri-

terien und Bewertungskategorien von Arzt-Patient-Gesprächen aus der Allgemeinmedizin und aus der Psychotherapie- und Kommunikationsforschung zu entlehnen.

Die Fragestellungen und Ziele dieser Untersuchung/Veröffentlichung können also wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Entwicklung von Einschätzungsmethoden von Zahnarzt-Patient-Gesprächen bzw. -Beratungen, die das Ziel haben, durch Verhaltensänderungen im Mundhygiene- und Ernährungsbereich eine Reduktion von Zahn- und Zahnbetterkrankungen zu erreichen.
2. Herausarbeitung der Anforderungsstruktur und Beurteilung der Anforderungsbewältigung von Mundgesundheitsberatungen unter den Bedingungen der ambulanten Versorgung. Dazu werden die Ergebnisse einer Stichprobe von prophylaktischen Zahnarzt-Patient-Interaktionen vorgestellt und eingehend diskutiert.
3. Illustration der ermittelten Ergebnisse und ihrer Bedeutung anhand ausgewählter Beispiele aus der Praxis zahnärztlicher Gesundheitsberatungsarbeit.

3 Individuelle Gesundheitsberatung im ambulant-ärztlichen Bereich

Bevor auf die speziellen Problemstellungen bei der Mundgesundheitsberatung im zahnmedizinischen Bereich eingegangen wird, soll zunächst ein Überblick über die Bedeutung, Ziele, Struktur und Schwierigkeiten von Gesprächen und Gesundheitsberatungen im ambulant-ärztlichen Bereich gegeben werden. Dabei sollen einige grundlegende Fragestellungen behandelt, einige wichtige Begriffe definiert und einige Probleme sowohl der Beratungsstruktur als auch der Beratungsdurchführung aufgezeigt werden.

3.1 Gespräch und Arzt-Patient-Beziehung

Die individuelle Gesundheitsberatung im ärztlich-ambulanten Bereich stellt den Arzt vor besondere Anforderungen, die teilweise aus der konkreten Beratungsaufgabe selbst resultieren, teilweise aber auch mit den generellen Aufgaben zusammenhängen, die dem Gespräch im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung zukommen. Nur in Ausnahmefällen vollzieht sich die ärztliche Versorgung eines Patienten wortlos — und ist auch in diesen Fällen nur auf bestimmte Arbeitsphasen beschränkt.

Wesensmäßig ist das ärztliche Gespräch, das Reden mit dem Patienten, diejenige Gestaltungsebene, die das Verhältnis zwischen den beiden Aktionspartnern begründet und trägt (vgl. hierzu auch *Hartmann*, 1984). Ohne das Medium Sprache und ohne den Austausch von Informationen kann eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht gestaltet werden. Diagnostik und Therapie als Hauptaufgaben des Arztes sind hierauf grundsätzlich angewiesen. Zu Recht erinnert *Hartmann* (1984, S. 52) in diesem Zusammenhang nachdrücklich an folgenden Tatbestand:

„Der Anteil des Umgangs mit dem Wort an den Tätigkeiten des niedergelassenen Arztes liegt nach einschlägigen Untersuchungen bei etwa 80%: Anamnese, Beratung, Erklärung diagnostischer und therapeutischer Vorgänge, Ergebnisse, Aussichten, Therapie. Der relative Zeitaufwand im ärztlichen Leistungsbudget dürfte noch höher liegen, bei etwa 90%. Wortgebrauch, Bewertung und Verwertung sind also wesentliche Merkmale allgemeiner ärztlicher Leistung.“

Erst auf der Basis einer ausreichenden Verständigung zwischen Arzt und Patient kann sich eine Beziehungsqualität bilden, die nicht nur das Maß an Informationen ermöglicht, das notwendig ist, um sachgerecht entscheiden

zu können, sondern die auch den Grundstein legt, Vertrauen in das wechselseitige Handeln zu schaffen. Insbesondere in Konfliktsituationen zeigt sich, inwieweit das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der Beziehung entwickelt und kultiviert wurde (vgl. hierzu auch *Micheelis*, 1989).

Mit *Potthoff* (1978) lassen sich folgende Grundziele unterscheiden, die mit dem ärztlichen Gespräch und seinem Stellenwert in der Arzt-Patient-Beziehung in Verbindung stehen:

- 1) Kontaktaufnahme mit dem Patienten
- 2) Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- 3) Informationsgewinn für die Diagnosestellung
- 4) Beratung und Aufklärung des Patienten
- 5) emotionale Stützung des Patienten
- 6) Verordnung von Therapiemaßnahmen
- 7) Erklärung der therapeutischen Anforderungen

Es wurde schon angedeutet, daß alle Grundziele jeweils sowohl eine sachliche als auch eine emotionale Seite aufweisen, wenn auch bei verschiedenen Einzelzielen für den Arzt bzw. den Patienten mehr die sachliche Komponente (z. B. Informationsgewinn für die Diagnosestellung) und bei anderen Einzelzielen mehr die emotionale Komponente (z. B. Kontaktaufnahme mit dem Patienten) im Vordergrund stehen mag. Festzuhalten ist aber, daß nur in einer einigermaßen emotional befriedigenden Beziehung zwischen Arzt und Patient die sachlich-therapeutische Arbeitsaufgabe des Arztes verwirklicht werden kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, aus einer arbeitssoziologischen Perspektive der ärztlichen Aufgabensituation von der Notwendigkeit eines Mindestmaßes an „Gefühlsarbeit“ (*Strauss et al.*, 1980) zu sprechen, die der Arzt im Kontakt mit dem Patienten aufbringen muß, um die Verwirklichung der eigentlichen Hauptarbeitslinie seines Handelns — die medizinisch-fachliche Versorgung des Patienten — zu erleichtern oder gar erst zu ermöglichen. Gefühlsarbeit hat „ihren Ursprung in der elementaren Tatsache, daß jede Arbeit mit oder an menschlichen Wesen deren Antworten auf diese instrumentelle Arbeit in Rechnung stellen sollte“ (*Strauss et al.*, 1980, S. 629).

Dabei ist das ärztliche Einwirken auf die Befindlichkeit des Patienten letztlich nur in einer verschränkten Form mit den eigenen Bemühungen und Aktivitäten des Patienten denkbar, mit seiner Krankheitssituation umzugehen. Sehr treffend ist insofern die „Arbeit des Arztes“ der „Arbeit des Patienten“ gegenübergestellt worden (vgl. *Strauss et al.*, 1985): Auch der Patient hat Zeit und Energie aufzubringen, um sich mit seiner Erkrankung und deren Folgen auseinanderzusetzen bzw. die eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen (z. B. die Einnahme von Arzneimitteln, Kontrollbesuche beim Arzt, Umstellung in der Ernährung usw.) in konkretes Handeln umzusetzen. Bedeutung und

Notwendigkeit der Gefühlsarbeit bei der medizinischen Versorgung werden erst in ihrem ganzen Umfang erkennbar, wenn man sich vor Augen führt, in welchen unterschiedlichen psychosozialen Bereichen der Patient durch seine Krankheit zusätzlich zum rein biologischen Krankheitsprozeß subjektiv belastet wird. *Heim* (1986, S. 365) zählt folgende sechs psychosoziale Belastungsbereiche auf:

1. Körperintegrität und Wohlbefinden sind verändert:
 - durch Verletzung oder Behinderung
 - durch Schmerz und Beschwerden von Krankheit und/oder Therapie
 - durch Invalidität
2. Verändertes Selbstkonzept:
 - durch neues Selbstbild und Körperschema
 - durch Ungewißheit über die Zukunft hinsichtlich Krankheitsverlauf, Familie und Sozialleben
 - durch Autonomie- und Kontrollverlust
3. Gestörtes emotionales Gleichgewicht:
 - durch innere und äußere Bedrohung
 - durch neue oder verstärkte Gefühle
4. Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben:
 - durch Trennung von Familie, Freunden und Bekannten
 - durch Aufgeben wichtiger sozialer Funktionen
 - durch neue soziale Abhängigkeit
5. Situative Anpassung:
 - durch neue Beziehungen mit Medizinalpersonen
 - durch neue Umgebung (bei Hospitalisation)
 - durch Konfrontation mit neuen Verhaltensregeln, Werten und (Fach-)Sprache
6. Bedrohung des Lebens, Angst vor dem Sterben:
 - durch akute Krise oder chronische Progredienz
 - durch Vielzahl an Verlusterlebnissen

Die Aufzählung von *Heim* macht deutlich, in welchem Maße körperliches Kranksein auch ein psychisches und soziales Ereignis ist, also den ganzen Menschen betrifft und dementsprechend auch den Arzt in seiner „Sprechstunde“, im Gespräch mit dem Patienten herausfordert und Gefühlsarbeit notwendig macht. Wenn auch der eine oder andere Bereich, in dem sich krankheitsbedingte Veränderungen für den Patienten vollziehen, nur indirekt in die ärztliche Kommunikation hineinreichen mag, so ist aber andererseits auch klar, daß die Motivierbarkeit des Patienten zur Mitarbeit entscheidend davon abhängt, inwieweit sich der Arzt um ein angemessenes Bild der gesamten Patientensituation bemüht. Je mehr dem Arzt daran gelegen ist, die

subjektiven Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen des Patienten im Gespräch kennenzulernen und zu verstehen, desto besser kann abgeschätzt werden, wie die individuelle Motivationslage des Patienten zur Complianceverbesserung genutzt werden kann (vgl. hierzu auch *Lamprecht*, 1979; *Becker*, 1983; *Linden*, 1986; *Heim*, 1986).

3.2 Stellung der Gesundheitsberatung in der Arzt-Patient-Beziehung

Der Stellenwert der ärztlichen Gesundheitsberatung ergibt sich aus den Anforderungen, wie sie aus den gewaltigen Verschiebungen im Krankheitspanorama seit der Jahrhundertwende erwachsen sind. Gerade die heute vorherrschenden chronisch-degenerativen „Zivilisationskrankheiten“ sind stark verhaltens- und umweltabhängig, so daß sie primär durch rechtzeitige Maßnahmen — also vor Krankheitsausbruch — als beeinflussbar aufgefaßt werden müssen.

Die prophylaktische Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens rückt damit zwangsläufig in das Zentrum des ärztlichen Arbeitsrahmens (vgl. auch *Bourmer et al.*, 1985) und stellt sich neben die Aufgaben, die aus der kurativen Versorgung bereits manifester Erkrankungen bzw. Beschwerden gegeben sind.

Häufig läßt sich selbstverständlich das Zusammenspiel von Prävention und Kuration in der ärztlichen Praxis de facto nicht trennen, da beide Formen ärztlichen Handelns notwendig sein können, um den Patienten bzw. den Prä-Patienten angemessen zu betreuen. So ist beispielsweise die medikamentöse Therapie eines bestimmten Organleidens eine kurative Maßnahme, eine begleitende Krankheitsaufklärung zur Änderung einer bestimmten Lebens- oder Verhaltensgewohnheit, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem präsentierten Organleiden steht, aber eine spezifische präventive Intervention, die das Ziel hat, eine weitere Krankheitsverschlimmerung zu vermeiden.

In systematischer Hinsicht lassen sich unter Prävention alle Maßnahmen verstehen, die das Absinken von einer bestimmten Gesundheitsstufe auf eine nächst tiefere verhindern sollen und unter Kuration alle Maßnahmen subsumieren, die das Heraufheben von einer Gesundheitsstufe auf die nächst höhere ermöglichen sollen (vgl. *Schwartz*, 1985). Entsprechend dieses Stufenmodells werden auch die Ansatzpunkte präventiven Handelns gegliedert:

- a) **Primäre Prävention** faßt alle Aktionen zusammen, die das Auftreten von bestimmten Krankheiten verhindern sollen,
- b) **Sekundäre Prävention** setzt sich die Früherkennung von Krankheiten zum Ziel,

- c) **Tertiäre Prävention** faßt alle Aktionen zusammen, die darauf ausgerichtet sind, bei eingetretener Krankheit eine Verschlimmerung bzw. einen Rückfall zu verhüten (vgl. *Pflanz*, 1971).

Unabhängig von diesen Grundtypen präventiven Handelns lassen sich in Anlehnung an Nüssel et al. (zit. nach v. *Troschke*, 1987) folgende Organisationsformen der ärztlichen Prophylaxearbeit unterscheiden:

- a) Die individuelle Sprechstundenbetreuung im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes
- b) Die Betreuung von Patientengruppen, entweder praxisübergreifend oder praxisintern gebildet
- c) Die Aktivitäten des niedergelassenen Arztes im gemeinschaftlich-kommunalen Rahmen einer bestimmten Region.

In den weiteren Ausführungen soll ausschließlich auf die individuelle Gesundheitsberatung in der ärztlichen Sprechstunde Bezug genommen werden.

3.3 Probleme der Beratungsstruktur

Die Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis erfordert von dem Arzt ein deutliches Umdenken hinsichtlich seiner eigenen Rollenauffassung, da die Wirksamkeit der Beratungsarbeit unmittelbar von der Frage abhängt, inwieweit es gelingt, ein zutreffendes Bild über die konkreten Lebensverhältnisse des Patienten (über die allgemeine Ausgangssituation) zu erhalten. Damit ist keineswegs nur die Frage gemeint, wie der konkrete Wissensstand des Patienten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit beschaffen ist, sondern insbesondere auch das Problem, welche subjektive Bedeutung eigentlich „Gesundheit“ für den Patienten unter seinen persönlichen Lebensbedingungen hat und über welche realen Verhaltensmöglichkeiten und Verhaltensspielräume er vor dem Hintergrund seiner konkreten psychischen, sozialen und körperlichen Situation überhaupt verfügt (vgl. hierzu auch v. *Troschke*, 1987; *Bengel* et al., 1988; *Girardi* und *Micheelis*, 1988).

Nur bei entsprechender Kenntnis über die tatsächlich gegebene Ausgangssituation des Patienten kann der Arzt bei seinen präventiven Bemühungen die Ziele konkretisieren, auf die das beratende Gespräch hinsichtlich Gesundheitsverhalten bzw. Risikovermeidung bezogen werden muß. Lösungskonzepte für ein bestimmtes Gesundheitsproblem können nur jeweils individuell erarbeitet werden.

Die Chance, daß Gesundheitsberatung im Sinne einer primären Prophylaxe Erfolg hat, hängt also zunächst einmal davon ab, daß die Motivationslage und die sozialen Lebensumstände des Patienten ausreichend bei der ärztlichen Intervention berücksichtigt werden, da sie in einem entscheidenden

Maße das Gesundheitsverhalten prägen (vgl. auch *Horn et al.*, 1984). Diese große Informationsabhängigkeit des Arztes bei der Gesundheitsberatung bedeutet aber, daß er nicht allein aus einer medizinisch-fachlichen Wissensperspektive heraus handeln kann, sondern gefordert ist, sich mit dem Erlebens- und Verhaltensumfeld seines Patienten auseinanderzusetzen. Dies setzt aber eine partnerschaftliche Orientierung in der Arzt-Patient-Beziehung voraus. Erst ein Beziehungsmuster, das von beiden Seiten, also von Arzt und Patient, das Einbringen von Gesundheitsverständnissen zuläßt, fördert ein Klima, das auf Hilfe zur Selbsthilfe abstellen kann; denn „nicht der Arzt kann das Verhalten des Patienten ändern, dieser muß es selbst tun“ (*Schwartz*, 1985, S. 447).

In Anlehnung an die allgemeine Typenlehre zur Arzt-Patient-Beziehung von Szasz und Hollender (1956) wird man sagen können, daß die Gesundheitsberatungsarbeit in einem ganz besonderen Maße an das Interaktionsmodell der „**wechselseitigen Teilhabe**“ gebunden ist, bei der der Arzt dem Patienten letztlich hilft, sich selbst zu helfen; das Muster von „**Führung und Kooperation**“ (also der Arzt führt und der Patient gehorcht) und selbstverständlich erst recht das Muster von „**Aktivität und Passivität**“ (also der Arzt macht etwas mit dem Patienten) können bei der präventiven Arbeit keine wirksamen Formen der Beziehungsgestaltung zwischen Arzt und Patient sein.

3.4 Probleme der Beratungsarbeit

Grundsätzlich ist die ärztliche Gesundheitsberatung mit drei grundlegenden Problemstellungen konfrontiert, mit denen sich der Arzt in jeder Beratungssituation erneut auseinandersetzen muß (vgl. *Jork*, 1985):

1. Was ist das **Ziel** der Gesundheitsberatung?
2. Was sind die **Inhalte**, die zum Verständnis und bei der Beratungsdurchführung zum Erreichen des Beratungsziels notwendig sind?
3. Welche **methodischen Kenntnisse und methodischen Fertigkeiten** sind im Hinblick auf das Beratungsziel notwendig, um die entsprechende Motivation bzw. die entsprechenden Verhaltensweisen zu beeinflussen?

Die Festlegung eines bestimmten Ziels, das mit der Beratung erreicht werden soll, ist ein komplexes Entscheidungsgeschehen, das breite Kommunikation mit dem Patienten voraussetzt, um alle wesentlichen Informationen über die Ausgangssituation zu erarbeiten. Darüber hinaus muß eine prognostische Einschätzung über die Bereitschaft und die Möglichkeiten des Patienten zur Verhaltensänderung vorgenommen werden, um sowohl das Grundziel als auch konkrete Teil- und Zwischenziele festlegen zu können.

Die genaue Festlegung des Ziels kann letztlich nur im Rahmen einer Entscheidungsvereinbarung zwischen Arzt und Patient vorgenommen werden. Spielräume für emotionale Krisen und Rückschläge sind einzuplanen, um den Weg einer Zielüberprüfung (mit der Möglichkeit einer Zielneudefinition) nicht von vornherein psychologisch zu verbauen. Eine gründliche Analyse der individuellen Verhaltenslage des Patienten mit den konkret vorliegenden „Freiheiten“ und „Zwängen“ ist also erforderlich, um entscheiden zu können, inwieweit echte Verhaltensalternativen zu einem vorliegenden Risikoverhalten aufgebaut werden können.

Die Phase der Zielfestlegung im Rahmen der Gesundheitsberatung ist also ein interaktives Geschehen, bei dem eine gemeinsame Erarbeitung eines tragfähigen **Sinnverständnisses** über die Nützlichkeit des Gesundheitsziels für den Patienten im Vordergrund stehen sollte und darauf aufbauend das Aufzeigen positiver Konsequenzen, das dem neuen Verhalten folgen kann.

Insbesondere die gemeinsame Erarbeitung eines tragfähigen Sinnverständnisses über ein anzustrebendes Gesundheitsziel, das im Alltag des Patienten auch tatsächlich umgesetzt werden kann, leitet über zu dem zweiten Problemkreis einer jeden Gesundheitsberatung, nämlich den Inhalten und deren Auswahl, um das Beratungsziel umzusetzen.

Das Krankheitsproblem, auf das sich das Gesundheitsziel — mehr oder weniger — in positiver Umkehrung zu beziehen hat, muß nicht nur vom Patienten intellektuell verstanden werden, sondern bedarf darüber hinaus auch einer gedanklichen Einordnung in die konkrete Lebenspraxis und in die subjektiven Werthaltungen des Patienten, um verhaltenwirksam werden zu können. Das bedeutet aber, daß der Arzt bei der Gesundheitsberatung nicht nur das vorhandene wissenschaftliche Krankheits- und Gesundheitswissen über Ursachen, Risiken oder Folgen vermitteln muß, sondern auch, daß der Arzt mit dem Patienten gemeinsam klären muß, welche einzelnen Punkte in den Lebens- und Verhaltensgewohnheiten im Hinblick auf das Gesundheitsziel verändert werden müssen (und können!).

Die Auswahl der Inhalte bezieht sich also nicht nur auf die Frage, welche medizinischen Informationen dem Patienten zur Erreichung des Beratungsziels überhaupt zu geben sind, sondern ebenso auch auf die Frage, mit welcher Vordringlichkeit welche Informationen bezogen auf die allgemeine Ausgangssituation des Patienten das größte Gewicht erhalten sollen.

Beispielsweise wird eine sachliche Informierung über die pathogenen Wirkungen eines extensiven Kochsalzkonsums im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen nur dann ein inhaltlich wertvoller Beratungsgegenstand sein, wenn diese Informationen im Kontext der generellen Ernährungsgewohnheiten des jeweiligen Patienten auch psychologisch verarbeitet und in den Lebensalltag eingebaut werden können (vgl. auch *Pudel*, 1985).