



ASPEKTE DER ZAHNGESUNDHEITSPERZEPTION UND DES PRÄVENTIONSVERHALTENS

Fragen der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und des allgemeinen Gesundheitsverhaltens rücken zunehmend in den Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion. Dabei findet die Problematik der subjektiven Gesundheitswahrnehmung deswegen eine so große Beachtung, weil sie einen direkten Einfluß auf das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung bei den institutionalisierten Angeboten medizinischer Versorgung hat, und das Gesundheitsverhalten, weil es für eine Vielzahl epidemiologisch wichtiger Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselstörungen, Magen-Darm-Krankheiten, Zahnerkrankungen) in unterschiedlichem Ausmaße ursächlich an der Krankheitsentstehung bzw. an der Verlaufsform einer bereits eingetretenen Erkrankung beteiligt ist.

Der folgende Übersichtsartikel von R.K. Schicke/Hannover versucht, für den Bereich der Zahnerkrankungen anhand ausgewählter empirischer Arbeiten aus dem nationalen und internationalen Raum einige besonders relevante Bestimmungsfaktoren herauszuarbeiten, die das allgemeine Zahnbewußtsein und das orale Präventionsverhalten steuernd prägen. Schicke unterscheidet insgesamt sechs Faktorengruppen:

- * *Perzeption der Anfälligkeit für Zahnerkrankungen*
- * *Perzeption der Ernstlichkeit und Abwendbarkeit von Zahnerkrankungen*
- * *Besorgnis um die Zahnästhetik*
- * *Zufriedenheit mit der Zahngesundheit*
- * *Angst vor Schmerzen*
- * *Präventives Zahngesundheitsverhalten*

Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung wird sich in seiner zukünftigen Arbeit in einem noch breiteren Maße dieser Gesamtproblematik des Präventionsverhaltens im Mund-, Zahn- und Kieferbereich annehmen und vor allem durch eine vertiefte empirische Durchdringung der vielfältigen Einzelfragestellungen in diesem Problemfeld versuchen, weitere Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Zahngesundheitsverhaltens in der Bevölkerung zu entwickeln.

(W.M.)

ASPEKTE DER ZAHNGESUNDHEITSPERZEPTION UND DES PRÄVENTIONSVERHALTENS

Prof. Dr. Romuald K. Schicke, Hannover*

Die Perzeption, also die Wahrnehmung von Zahnkrankheiten, die Einstellung zu ihrer Prävention und das Verhalten werden durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, die sich in folgende Übersicht bringen lassen (Schicke, 1984):

1. Die Perzeption der Anfälligkeit für Krankheiten
2. Die Perzeption der Ernstlichkeit/Abwendbarkeit von Zahnkrankheiten
3. Die Besorgnis um die Zahnästhetik
4. Die Zufriedenheit mit der Zahngesundheit
5. Die Angst vor Schmerzen
6. Präventives Zahngesundheitsverhalten

Diese Faktoren lassen sich anhand einiger ausgewählter Untersuchungen im einzelnen illustrieren. Zur Problematik der Anfälligkeit für Zahnkrankheiten zeigt beispielsweise eine internationale Untersuchung in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) für die Altersgruppe der 35-44jährigen, daß der Anteil derjenigen, die sich überhaupt nicht bzw. nicht wahrscheinlich für anfällig gegen Zahnkrankheiten (Zahnfleischbluten, abgebrochener Zahn, Zahnschmerzen und Zahnfäule) glaubten, einer großen Schwankungsbreite unterliegt. Die Anteile lagen beispielsweise für Neuseeland bei 49 % der Befragten, bei Norwegen 60 %, bei Japan 72 % und für die Bundesrepublik Deutschland bei 64 %. Demnach halten sich insgesamt etwa 2/3 der Erwachsenen für nicht oder zumindest für nicht wahrscheinlich anfällig hinsichtlich möglicher Zahnerkrankungsereignisse, was auch nachhaltig ihre Einstellung zur Prävention prägen dürfte. Vergleichsweise hielten sich Studenten in den USA für etwas stärker gefährdet, indem nur rund 40 % sich nicht für anfällig bezüglich der obigen 4 Zahnkrankheiten hielten. Man wird daraus schließen dürfen, daß also mit

*Privatanschrift:

Angerstr. 59, 3000 Hannover 72

höherer Bildung die Überzeugung für eine größere Anfälligkeit steigt.

Einer weiteren US-Studie zufolge (Kirscht et al., 1966) schätzten sich 89 bzw. 47 % der Population für nicht anfällig gegen Zahnfleischerkrankungen bzw. Zahnkaries ein. Ähnlich - nämlich rund 49 % - war der Anteil bei einer anderen empirischen Untersuchung (Kegeles, 1963) derjenigen, die sich für Zahnerkrankungen als nicht anfällig einstufen und zahnärztliche Präventionsangebote beanspruchten. Insgesamt kann wohl aus den vorliegenden Datenmaterialien abgeleitet werden, daß Anfälligkeitsperzeption für Zahnkrankheiten und Inanspruchnahme präventiver Leistungen in einem positiven Zusammenhang stehen, daß also derjenige, der sich für anfälliger im Hinblick auf Zahnerkrankungen hält, auch eher professionelle Angebote der Oralprophylaxe anzunehmen bereit ist.

Im Bereich der Wahrnehmung der Ernstlichkeit von Zahnerkrankungen sahen insgesamt und im Durchschnitt etwa jeweils 1/3 der Erwachsenen in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) Zahnprobleme als weniger, mittelmäßig bzw. als eher ernsthaft an.

Die Ernstlichkeitswahrnehmung von Zahnkrankheiten kann wohl am besten im Rahmen eines Vergleichs mit anderen Krankheiten validiert werden. Unter Zugrundelegung der oben schon angesprochenen Studie von Kirscht et al. (1969) lag in der Bewertung der Ernsthaftigkeit von 4 Krankheitsbildern (Zahnkaries, Parodontopathien, Tuberkulose und Krebs) erwartungsgemäß der Krebs mit deutlichem Abstand an erster Stelle (95 %), gefolgt von Tuberkulose (77 %), Parodontopathien (64 %) und Zahnkaries mit 37 % bei einer amerika-

nischen Population.

Hinsichtlich des Glaubens an eine mögliche Abwendbarkeit von Zahnerkrankungen bewerteten die Erwachsenen in 5 Ländern (WHO/USHPS, 1979) - unter Ausschluß derer, die bereits eine oder mehrere Zahnkrankheiten hinter sich hatten - insgesamt und durchschnittlich die bereits oben angesprochenen 4 Zahnkrankheiten wie folgt: 27 %, daß sie nicht vermeidbar seien, 46 %, daß sie in geringem Ausmaße vermeidbar seien und 20 bzw. 7 %, daß sie weitgehend bzw. sehr weitgehend vermeidbar seien .

Bezüglich der ästhetischen Bedeutung der Zähne zeigen Erhebungen und Studien einen unterschiedlichen Stellenwert dieses Faktors in Abhängigkeit der verschiedenen Ansätze und Fragestellungen. In Zusammenhang mit der Motivation zur Zahnpflege stellt der ästhetische Aspekt bei den Erwachsenen in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) verallgemeinert mit nur durchschnittlich 3 % einen bescheidenen Beweggrund dar, gegenüber der Prävention der Zahnkrankheiten (19 %), der Bequemlichkeit (5 %) und dem Vermeiden von Schmerzen (4 %) und der Erhaltung der Zähne mit 69 %.

Stellt man jedoch den sozialen Stellenwert des Aussehens der Zähne in den Vordergrund seines Untersuchungsinteresses, so zeigt das Ergebnis einer etwas älteren Befragungsarbeit (Linn, 1966), daß mehr als die Hälfte aller Befragten dies als "sehr wichtig", und zwar hinsichtlich der Schließung von Freundschaften (53 %), um sich für ein öffentliches Amt (61-65 %) oder um eine Anstellung (50-62 %) zu bewerben oder bei Verabredungen (72-74 %) zwischen jungen Leuten, einstufte. Legt man dieses Befragungsergebnis ein-

mal prinzipiell hinsichtlich einer motivationspsychologischen Betrachtung der Gesamtproblematik zugrunde, so wird man sagen können, daß der ästhetische Aspekt der Zähne hinsichtlich der sozialen Beziehungen eine recht wesentliche Rolle spielt, obwohl er auf der anderen Seite in dem Motivationsgefüge zur Zahnpflege untergeordnet ist.

Von besonderer Bedeutung, insbesondere in der präsymptomatischen Phase, dürfte die Selbstperzeption, also die Selbstwahrnehmung der Zahngesundheit, sein. Einige empirische Untersuchungen haben diese Problematik beispielsweise als Ausmaß der Zufriedenheit mit dem eigenen Mundstatus definiert, auf deren Ergebnisse hier näher eingegangen werden soll. Die bereits schon mehrfach zitierte internationale Studie von Schülern (13-14jährigen) und Erwachsenen (35-44jährigen) in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) erbrachte eine überwiegende Zufriedenheit - mit Ausnahme der Befragten in Japan - mit dem Status der Zähne und des Zahnbettes. Bei den Schülern war der überwiegende Anteil zufrieden, und zwar: in Australien 85 %, in Norwegen 87 %, in Neuseeland 89 %, in der Bundesrepublik Deutschland 74 %, jedoch in Japan nur 22 %.

In ähnlicher Form erbrachte die Untersuchung für die Erwachsenen folgende Zufriedenheitswerte hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes der Zähne und des Zahnbettes (sehr oder mäßig zufrieden): in Australien 82 %, in Norwegen 83 %, in Neuseeland 89 %, in der Bundesrepublik Deutschland 68 % und in Japan 38 %.

Eine noch aussagekräftigere Zusammenhangsstruktur zwischen der Zufrieden-

denheit auf der einen Seite und dem Hygiene-, Zahn- und Parodontalstatus auf der anderen Seite zeigte eine schwedische Studie (Barenthin, 1977) auf. Hier konnten folgende Anteilswerte sehr Zufriedener ermittelt werden:

- mit unbefriedigender Zahnhygiene 82 %
- mit guter Zahnhygiene 87 %

- mit unbehandelter Karies 78 %
- ohne Karies 89 %

- mit Parodontalerkrankung 83 %
- ohne Parodontalerkrankung 86 %

Diese Ergebnisse zeigen besonders eindrucksvoll nur geringe Differenzen in der Zufriedenheit bei einem guten und schlechten Mundstatus. Damit wird eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Selbstperzeption der Zahnkrankheiten durch Laien einerseits und deren professioneller Objektivierung andererseits deutlich. Die Selbstzufriedenheit spiegelt eine relativ geringe, vorwiegend präsymptomatische Sensitivität gegenüber Zahnkrankheiten wider und stellt somit eine wesentliche Beeinträchtigung der rechtzeitigen Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgungsangebote dar.

Neben den bereits aufgezeigten Faktoren hinsichtlich der Perzeption von Zahnkrankheiten müssen zum Verständnis des oralen Präventionsverhaltens auch psychologische Verhaltensaspekte berücksichtigt werden, so vor allem das Angstthema, da es in Anbetracht der gedanklichen Schmerzerwartung oder

eines real erlebten Traumas im Zuge einer geplanten oder vollzogenen zahnärztlichen Behandlung als Erfahrungssatz in der symptomatischen oder therapeutischen Phase Wirksamkeit entfaltet. Die Wahrnehmung der Schmerzen oder der Beschwerden stellt dabei nicht nur eine individuelle Variable dar, sondern muß zusätzlich auch vor dem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund kultureller bzw. ethnischer Unterschiede eingeordnet werden. So wurde in einer US-Studie (Zborowski, 1952) beispielsweise festgestellt, daß Juden und Italiener auf Schmerzen emotioneller reagierten als "Altamerikaner", die sich stoischer und objektiver verhielten oder auch Irländer, die Schmerzen oft bestritten.

Bei der schon mehrfach zitierten Untersuchung in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) zeigte sich, daß bei den 13-14jährigen Schülern durchschnittlich nur 16 % keine Schmerzen bei dem Zahnarzt erwarteten. Die Werte im einzelnen: Australien 18 %, Norwegen 16 %, Neuseeland 21 %, Bundesrepublik 17 % und Japan 8 %. Ähnliche Erwartungen zeigen auch die Erwachsenen der Altersklasse 35-44, bei denen durchschnittlich 19 % keine Schmerzen bei der Zahnbehandlung antizipieren (in Australien 19 %, Norwegen 15 %, Neuseeland 19 %, Bundesrepublik 22 %, Japan 22 %). Angst vor dem Zahnarztbesuch äußerten auch Bundeswehrangehörige, und zwar 35 % bzw. 47 % der Befragten, zwei umfangreichen Studien zufolge (Labermeier, 1977; Pohl, 1980).

Infolge dieser angstepidemiologisch weit verbreiteten Zahnarztangst wird der Zahnarzt oft nur bei Schmerzen aufgesucht. In den beiden schon angesprochenen Erhebungen bei Bundeswehrangehörigen (Labermeier 1977; Pohl 1980) wurde voneinander unabhängig und geradezu übereinstimmend festgestellt, daß nur 30 % bzw. 28 % der Befragten den Zahnarzt nur bei Schmerzen aufsuchen würden. Einer umfangreichen Studie in England zufolge (Todd u. Walker, 1980) gaben 40 % der Erwachsenen an, den Zahnarzt nur bei Schmerzen auch zu kon-

sultieren. Vergleichsweise waren es im Raum Köln 49 % der 12-70jährigen Patienten (Rosendahl, 1980).

Somit zeigt sich die große Bedeutung der Beschwerdensymptomatik als Auslöser respektive Motiv hinsichtlich der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen. Die Nutzung der zahnärztlichen Angebote in 5 Ländern (WHO/USPHS, 1979) durch 35-44Jährige zeigt in einer verallgemeinernden Darstellung, daß innerhalb eines Jahres durchschnittlich von 100 Probanden 41 den Zahnarzt nicht aufsuchten, infolge von Symptomen konsultierten den Arzt 33 und vorwiegend präventiv 26 Erwachsene.

Die Nutzung der zahnärztlichen - insbesondere der präventiven - Angebote wird, wie vor allem die verschiedenen empirischen Erhebungen zeigen, durch die erwähnten psychosozialen Variablen in starkem Maße beeinflusst. Insgesamt beanspruchten in den USA rund 50 % der Bevölkerung ein oder mehrfach im Jahr zahnärztliche Dienste. Die Zahl der zahnärztlichen Konsultationen ist zwischen 1957/58 und 1978 mit durchschnittlich 1,6 Besuchen/Einwohner/Jahr konstant geblieben (NCHS 10/23, 1965; NCHS 10/130, 1979). Der Anteil der präventiven Konsultationen ist zwischen 1957/58 und 1963/64 von rund 18 % auf ca. 35 % gestiegen.

Auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchungen im internationalen Raum kann man zu einer groben Schätzung des Ausmaßes von Variablen gelangen, die sich hemmend auf die vornehmlich präventive und präsymptomatische Nutzung zahnärztlicher Leistungen auswirken.

PERZEPTION DES ZAHNSTATUS, PSYCHISCHE HEMMNISSE UND NUTZUNG
ZAHNÄRZTLICHER DIENSTE (GESCHÄTZT IN % DER BEVÖLKERUNG)

Zufriedenheit mit dem Zahnstatus	80 % - zufrieden	20 % - unzufrieden
Schmerzerwartung	80 % - erwarten	20 % - erwarten keine
Realangst bzw. Furcht		
a) vor Zahnbehandlung	40 % - vorhanden	60 % - keine oder kaum
b) Zahnarztbesuch - wird vermieden - erfolgt	33 % aus Angst 33 % nur bei Schmerzen 34 % - prä- bzw. symptomatisch, diagnostisch	
Nutzung (jährlich)	50 % - keine	Nutzer:
	33 % - therapeutisch	66 %
	17 % - präventiv u.ä.	34 %

Die subjektive Wahrnehmung der Zahngesundheit unter Berücksichtigung der vielfältigen sozialen und psychologischen Variablen macht die Umriss eines Verhaltensdilemmas deutlich, nämlich der relativ bescheidenen nicht bzw. kaum schmerzhaften präventiven Nutzung auf der einen Seite gegenüber der höheren, oft mit Schmerzen verknüpften Beanspruchung kurativer Versorgung in der akuten Phase auf der anderen Seite bei einem dominierenden Verlangen, Schmerzen zu vermeiden. Aus gesundheitspolitischer Sicht erscheint es insofern besonders dringlich, wenn Maßnahmen zur Gesundheitserziehung bzw. zur Entwicklung eines vernünftigen Präventionsverhaltens im Mund- und Zahnbereich auf diese komplexen Hintergründe Bezug nehmen und in der "Ansprache" unmittelbar eingehen.

Literaturverzeichnis

Barenthin, I.: Dental health status and dental satisfaction.
Int. J. Epidemiology 6 (1): 73 - 79 (1977)

Kegeles, S.S.: Some motives for seeking preventive dental care.
J.Amerc.dent.Ass. 67: 90 - 98 (1963)

Kirscht, J.P., D.P. Haefner et al.: A national study of health beliefs. J. Health hum. Behav. 7:248 - 254 (1966)

Labermaier, M.: Untersuchungen über den Stand der Mundhygiene bei Wehrpflichtigen. Diss., Erlangen-Nürnberg 1977.

Linn, E.L.: Social meanings of dental appearance. J. Health hum. Behav. / : 289 - 295 (1966)

NCHS: Current estimates from the health interview survey: United States, 1978, Ser. 10, Nr. 130 USDHEW PHS, Hyattville MD, November 1979

NCHS: Volume of dental visits, United States, July 1963 - June 1964, Ser. 10, Nr. 23. USDHEW PHS, Washington DC, October 1965

Pohl, U.: Untersuchungen über Zahn- und Mundpflegegewohnheiten bei 600 Wehrpflichtigen der Bismarck- und Bose-Bergmann-Kasernen in Wentorf. Diss., Hamburg 1980

Rosendahl, F.: Der Gebißzustand der Kölner Bevölkerung, eine epidemiologische Studie. Diss., Bonn 1980

Schicke, R.K.: Sozialmedizinische Aspekte der Zahnheilkunde, Stuttgart/New York 1984

Todd, J.E., A.M. Walker: Adult dental health, England and Wales 1968 - 1978. HMSO, London 1980

WHO/USPHS: International collaborative study of dental manpower systems. Interim report, USPHS Div. of Dentistry Contract No. N01-DH-24077. World Health Organization, Geneva 1979

Zborowski, M.: Cultural components in response to pain. J.Soc. Issues 8 (4): 16 - 30 (1952)