IDZ Information
INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE
in Trägerschaft von:
Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentl. Rechts –

Nr. 1/98 **vom 19. Januar 1998**

Fragestellungen der präventiven Zahnheilkunde haben in den letzten Jahren auch im deutschen Gesundheitssystem ganz erheblich an Bedeutung gewonnen. Hintergründe dieses großen Stellenwertes sind sowohl im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme der Industrieländer zu suchen als auch in verstärkten nationalen Anstrengungen auf dem Gebiet der Individual- und Gruppenprophylaxe. Dreh- und Angelpunkt aller oralpräventiven Bemühungen ist in diesem Zusammenhang die grundlegende Erkenntnis, daß das orale Erkrankungsrisiko (Zahnkaries/Parodontitis) durch exogene Beeinflussungsfaktoren, insbesondere mundgesundheitsgerechte Verhaltensweisen, entscheidend abgesenkt werden kann. Und wie die vielfältigen Erfahrungen zeigen, kommt es dabei vor allem auf ein sachgerechtes Ineinandergreifen von Einzelmaßnahmen auf kollektiver, gruppenbezogener und individueller Ebene an.

Die vorliegende Arbeit

Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland

greift diese Thematik auf und untersucht auf der Grundlage einer bundesweiten Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten (n = 1050), wie diese ihre eigene Arbeitsrolle bei der Ausgestaltung präventiver Angebote sehen. Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung lassen u. a. deutlich erkennen, daß die Motivation der Zahnärzte zur Durchführung der Mundgesundheitsberatung bzw. individualprophylaktischer Dienstleistungen sehr hoch anzusiedeln ist.

Dieses Befragungsprojekt wurde vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover/-Abteilung für Medizinische Psychologie durchgeführt. Der Befragungszeitraum der Zahnärztestichprobe erstreckte sich von Oktober 1995 bis Januar 1996. Die Autoren dieses zusammenfassenden Ergebnisberichtes sind:

Dr. Thomas Schneller/Medizinische Hochschule Hannover
Dr. Wolfgang Micheelis/Institut der Deutschen Zahnärzte
Dr. Dirk Mittermeier/Zahnarzt in Bremen.

Weitere Exemplare der IDZ-Information Nr. 1/98 können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

BZAK / KZBV Form Nr. 004

Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstr. 73 · 50931 Köln · (Postfach 41 01 68 · 50661 Köln) · Tel.: 02 21 / 40 01-0 · Fax: 02 21 / 40 40 66 · www.idz-koeln.de · E-mail: idz@kzbv.de · ISSN 0931-0819

Abstract

During the last years preventive dental care has gained significantly in importance in the German health care system. The reasons for this are to be seen in comparisons with international developments and trends in the health care systems of the industrialized countries and above all in increased national efforts in the field of individual and group prophylaxis. A central point regarding all oral preventive measures is the fact that the caries and periodontitis risk can be reduced considerably by external influencing factors - especially a good personal oral health care behaviour. And as manifold experience shows, the focus has to be on adequate coordination of the measures offered on a collective, a group-related or an individual basis.

The present paper

Acceptance and working strategies regarding individual prophylaxis as seen by German dentists

takes up this topic and analyses on the basis of a national survey with dentists (n = 1.050) in their own practice in which way they perceive their own working role in delivering/offering preventive measures. The results of the empirical survey show clearly, that dentists are highly motivated to offer oral health education and to carry out preventive measures in dental care.

The survey was performed by the Institute of German Dentists in cooperation with the Medical School Hanover/Department of Medical Psychology. The questioning of the sample dentists was carried out from October 1995 to January 1996. The authors of the present summary report are:

Dr. Thomas Schneller/Medizinische Hochschule Hanover
Dr. Wolfgang Micheelis/Institute of German Dentists
Dr. Dirk Mittermeier/Dentist in Bremen.

Further copies of the IDZ-Information 1/98 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists.

IDZ-Information No. 1/1998
edited and published by
INSTITUTE OF GERMAN DENTISTS (IDZ)

ISSN 0931-9816
D - 50931 Köln
Universitätsstraße 71-73

Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland

Thomas Schneller/Hannover
Wolfgang Micheelis/Köln
Dirk Mittermeier/Bremen

Gliederungsübersicht

1 Forschungspolitische Rahmensetzung

2 Methodisches Design
2.1 Fragebogenentwicklung
2.2 Stichprobenmodell und Ausschöpfung

3 Dokumentation der Kernergebnisse
3.1 Einstellungen und Einschätzungen der Zahnärzte zur Oralprophylaxe
3.2 Erfahrungen und Vorgehensweisen auf dem speziellen Gebiet der Individualprophylaxe
3.3 Aufgabenverteilung zwischen Zahnarzt und Helferin bei der Prophylaxe
3.4 Fortbildungswünsche auf dem Prophylaxesektor

4 Schlußfolgerungen und Ausblick

5 Literaturverzeichnis

1 Forschungspolitische Rahmensetzung

Fragestellungen der präventiven Zahnheilkunde haben in den letzten Jahren auch in Deutschland ein beachtliches Gewicht erlangt, wobei teilweise im Aufgreifen internationaler Entwicklungen auf diesem Gebiet (beispielsweise: Schweiz, Schweden, Niederlande, USA), teilweise aber auch in nationaler Perspektive (beispielsweise: „Prophylaxe ein Leben lang" der Bundeszahnärztekammer) zahnmedizinische Versorgungskonzepte zur prophylaktischen Betreuung der Bevölkerung bis hin zur spezifischen Intervention bei Teilgruppen mit erhöhtem Munderkrankungsrisiko vorgelegt wurden. Alles in allem scheint der vielzitierte „Paradigmenwechsel in der zahnärztlichen Versorgung" (vgl. Saekel, 1997) spürbar in Gang gekommen zu sein, ins-

besondere das gesundheits- und sozialpolitische Denken in Deutschland rekurriert zwischenzeitlich immer stärker auf die zentralen Kategorien und Erkenntnisbestände der oralen Präventivmedizin. Die Verlagerung der zahnmedizinischen Versorgung von der Spät- zur Frühversorgung faßt diese Entwicklungsdynamik schlagwortartig zusammen, wobei die gesetzlichen Initiativen zur Einführung des sogenannten IP-Systems in das System der vertragszahnärztlichen Versorgung seit Anfang der 90'er Jahre (GRG und GSG), aber selbstverständlich auch die aktuellen Entwicklungen durch das 2. NOG (Stichworte hier: Mundgesundheitsberatung bei Schwangeren, Kleinkinderuntersuchungen im Rahmen des Kinder-Krankheitsfrüherkennungsprogramms, „Erwachsenenprophylaxe") dieser obigen Entwicklungsdynamik präventionspolitisch einen zusätzlichen Schub gegeben haben.

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Umschichtungen innerhalb des zahnärztlichen Versorgungssystems in Deutschland erschien es aufschlußreich, diese oralprophylaktischen Entwicklungslinien im Gesundheitssystem gleichsam im Spiegel niedergelassener Zahnärzte nachzuzeichnen und ihre Einstellungen und Arbeitsstrategien auf dem Gebiet der Individualprophylaxe zu erhellen. Ausgangspunkt des vorliegenden Forschungsprojektes war es mithin, eine Art Bestandsaufnahme zur Oralprophylaxe im ambulanten Versorgungsalltag von Allgemeinzahnärzten vorzunehmen.

2 Methodisches Design

Als Erhebungsdesign zur empirischen Erschließung der obigen Fragestellung wurde eine schriftliche Befragungsform bei einem repräsentativ ausgewählten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (in eigener Praxis) in Gesamtdeutschland gewählt. Die schriftliche Form der Befragung schien neben allgemeinen Zweckmäßigkeitsgründen auch deswegen als Methode der Wahl, da es bei dieser Erhebung gerade darum gehen sollte, die subjektiven Erfahrungen, Problemsichten und Vorstellungen zur Prophylaxe der niedergelassenen Zahnärzten herauszuarbeiten, die das praktische Versorgungshandeln auf diesem Gebiet prägen.

2.1 Fragebogenentwicklung

Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes erfolgte in insgesamt drei Arbeitsschritten. In einem ersten Schritt wurde die einschlägige zahnmedizinische (vgl. Harris und Christen, 1987; Greene, Louie und Wycoff, 1990; Marthaler, 1992; Laurisch, 1994; Hellwege, 1996) und dentalpsychologische (vgl. Weinstein, Getz und Milgrom, 1989; Schneller et al., 1990; Cohen und Gift, 1995; Bartsch et al., 1998) Literatur zur Oralprävention durchgesehen und im Sinne einer Stoffsammlung für die inhaltliche Fragebogengestaltung aufbereitet. Diese Phase vollzog sich von Februar bis Mai 1995.

In einem zweiten Arbeitsschritt (Juni bis August 1995) wurde ein vollständig ausformulierter Fragebogenentwurf bei einer Gruppe von N = 10 Zahnärzten aus Bremen und Hannover vorgetestet; alle 10 Zahnärzte waren in dieser Projektphase darum gebeten worden, mit Anmerkungen und Kommentaren die eigentlichen Fragebearbeitungen zu ergänzen, um auf diesem Wege weitere Impulse für die endgültige Konzeption des Fragebogens nach Inhalt und Ablauf zu gewinnen. In der dritten und letzten Arbeitsphase wurde dann die Endfassung des Fragebogens verabschiedet und einer Stichprobe von niedergelassenen Zahnärzten zur Beantwortung vorgelegt. Diese Feldzeit erstreckte sich über einen Zeitrahmen vom 16. Oktober 1995 bis zum 13. Januar 1996[1].

2.2 Stichprobenmodell und Ausschöpfung

Als Stichprobenansatz wurde ein sogenannter disproportionaler Ansatz gewählt, d. h. es wurden im Hinblick auf die alten Bundesländer (ABL) und die neuen Bundesländer (NBL) zwei unabhängige Zufallsstichproben in gleich großem Umfang gezogen, obwohl der relative Anteil niedergelassener Zahnärzte in Ostdeutschland tatsächlich nur rund 22 Prozent (gemessen an der Anzahl aller niedergelassenen Zahnärzte in Gesamtdeutschland) beträgt. Dieser disproportionale Methodenansatz wurde deswegen gewählt, um eine genügend große Fallzahl für vergleichende statistische Betrachtungen zwischen den Antwortbildern der Zahnärzte in den alten und neuen Bundesländern zur Verfügung zu haben. Für die Gesamtdarstellung der Ergebnisse (vgl. hierzu Abschnitt 3 dieser Dokumentation) wurden aber alle Daten aus der westdeutschen und ostdeutschen Stichprobe entsprechend ihres tatsächlichen Gewichtungsverhältnisses zueinander umgerechnet.

Grundgesamtheit für die Ziehung aller Stichprobenzahnärzte waren alle niedergelassenen Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis im zweiten Halbjahr 1995. Mit Hilfe eines Zufallsschrittes wurden aus dem Zahnärzteregister der Bundeszahnärztekammer in Köln jeweils rund 800 Adressen gezogen. Diesen wurde ein Projekteinladungsbrief, der Fragebogen (konzipiert als Selbstausfüllbogen) und ein vorfrankierter Rücksendeumschlag geschickt. Im Rahmen von insgesamt zwei Recall-Aktionen wurden jeweils diejenigen Zahnärzte noch einmal um ihre Projektmitarbeit gebeten, die zu definierten Zeitpunkten noch keine Antwortreaktion gezeigt hatten.

Folgende Ausschöpfungsraten (vgl. Tab. 1) konnten erreicht werden:

[1] Eine publizistische Begleitung zur Feldarbeit erfolgte in den „Zahnärztlichen Mitteilungen" (*zm*, Nr. 20 vom 16.10.1995, S. 65)

Tabelle 1: Ausschöpfungsprotokoll zur Prophylaxeerhebung

	ABL		NBL	
	n	%	n	%
Bruttoansatz	817	100,0	831	100,0
stichprobenneutrale Ausfälle („unbekannt verzogen"/"Praxisaufgabe")	6	0,7	4	0,5
bereinigter Bruttoansatz	811	100,0	827	100,0
Verweigerungen	3	0,4	2	0,2
keine Reaktion	335	41,3	247	29,9
realisierte Interviews				
nach Erstversand	288	35,5	304	36,8
nach 1. Nachfaßaktion	134	16,5	202	24,4
nach 2. Nachfaßaktion	51	6,3	71	8,6
Gesamtausschöpfung	**473**	**58,3**	**577**	**69,8**

Insgesamt konnte eine Nettoausschöpfung von n = 1050 vollständig ausgefüllten Fragebogen erreicht werden, was einer Quote von 64,1 Prozent entspricht. Nach den Erfahrungen der empirischen Sozialforschung mit schriftlichen Befragungen kann diese Ausschöpfungsquote als außerordentlich gut eingestuft werden (vgl. Schnell, Hill und Esser, 1989) - sicherlich auch ein projektpolitischer Hinweis darauf, auf welches große Interesse das gesamte Prophylaxethema bei den niedergelassenen Zahnärzten stößt.

Die folgende Tabelle 2 (vgl. Tab. 2) gibt im einzelnen Auskunft, wie sich die beiden Einzelstichproben (ABL und NBL) und die gewichtete Gesamtstichprobe aller befragten Zahnärzte nach wesentlichen soziodemographischen Merkmalen zahlenmäßig verteilen. Es zeigt sich hier eine sehr gute statistische Streuung der relevanten Kernvariablen, die einen Abweichungsgrad von maximal ± 5 Prozent im Vergleich zu den verfügbaren Verteilungsmustern in der tatsächlichen Grundgesamtheit aller niedergelassenen Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis (Stand: 31.12.1995) aufweisen.

Tabelle 2: Soziodemographische Struktur der 1050 Befragungsteilnehmer

	Gesamt* %	West %	Ost %
Geschlecht			
männlich	69,8	76,2	43,5
weiblich	30,2	23,8	56,5
Altersgruppe			
unter 35 Jahre	21,6	21,7	21,3
35 bis unter 45 Jahre	40,9	39,3	47,7
45 bis unter 55 Jahre	25,9	26,8	22,4
55 bis über 65 Jahre	11,2	12,3	8,7
Ortsgrößenklasse des Praxisstandortes			
bis unter 5.000 Einwohner	17,5	15,1	27,0
5.000 bis unter 20.000 Einwohner	26,3	27,4	21,8
20.000 bis unter 100.000 Einwohner	24,0	23,0	28,8
100.000 bis unter 500.000 Einwohner	16,2	15,6	18,7
500.000 Einwohner und mehr	16,0	19,9	4,3
Zahnärztlich behandelnd tätig seit			
unter 5 Jahren	15,2	17,0	8,0
5 bis unter 10 Jahren	19,3	20,0	16,3
10 bis unter 15 Jahren	22,3	21,1	26,9
15 bis unter 20 Jahren	14,9	14,4	17,0
20 Jahren oder länger	28,3	27,4	31,4

* gewichtet nach tatsächlichen Anteilen in der Grundgesamtheit

Dementsprechend kann bei den folgenden Ergebnisdaten von einer insgesamt hohen Repräsentativität ausgegangen werden; dies schließt keineswegs aus, daß sich wahrscheinlich unter den sogenannten Non-Respondern mutmaßlich überproportional eher „prophylaxekritische" Zahnärzte befunden haben dürften. Diese methodenkritische Bemerkung soll lediglich dazu anhalten, die folgenden empirischen Antwortbilder in erster Linie im Sinne von quantitativen Größenordnungen bzw. quantitativen Trends zu ausgewählten Fragekomplexen zu interpretieren.

3 Dokumentation der Kernergebnisse

3.1 Einstellungen und Einschätzungen der Zahnärzte zur Oralprophylaxe

Die in Tabelle 3 (vgl. Tab. 3) wiedergegebenen Ergebnisse machen deutlich, daß sich der präventive Gedanke unter Deutschlands Zahnärzten eindeutig durchgesetzt hat. 19 von 20 Zahnärzten vertreten die Meinung, daß die heutige Zahnheilkunde ohne Prophylaxe kaum noch vorstellbar sei. Daß die Zahnärzte unter Prophylaxe nicht nur Aufklärungen und Zahnpflegeübungen für Kinder und Jugendliche verstehen, zeigt sich darin, daß fast 90 Prozent von ihnen meinen, daß die Individualprophylaxe Patienten aller Altersgruppen angeboten werden solle.

Die meisten Zahnärzte haben heute also die präventive Herausforderung in ihrem Fachgebiet angenommen, sehen in der Gruppen- und Individualprophylaxe neue Aufgabenfelder und meinen in ihrer großen Mehrheit (82,4 %), daß die zahnmedizinische Hochschulausbildung konsequenter auf Strategien der kausalen Krankheitsvermeidung ausgerichtet werden solle. Auch fordern sie mehrheitlich zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen, wie sie in der Medizin seit langem gut eingeführt sind.

Auf der anderen Seite sind rund die Hälfte der Zahnärzte der Meinung , daß prophylaktische Leistungen nur interessierten Patienten angeboten werden sollen. Entweder halten sie diese Angebote bei der anderen Patientenhälfte für sinnlos, oder sie sehen sich (noch) nicht in der Lage, effektive Motivierungstechniken einzusetzen, um auch diese Patienten vom Nutzen eines vorbeugenden Handelns zu überzeugen.

Als eine der Hauptursachen der hohen Erkrankungsraten in den letzen Jahrzehnten sehen die befragten Zahnärzte an, daß den meisten Bundesbürgern das Problembewußtsein fehlt: Das Bewußtsein, Probleme in ihrem Mund zu haben, und die Einsicht, daß diese Krankheitsentwicklungen insgesamt mit relativ einfachen Mitteln durch sie selbst verhindert oder zumindest gemildert werden können. Somit besteht aus ihrer Sicht ein Mangel an wirksamer Aufklärung über die Karies- und Parodontitisentstehung und ein Mangel an persönlicher Aufklärung und dadurch erzeugter emotionaler Betroffenheit.

Tabelle 3: Einstellungen deutscher Zahnärzte zur Oralprophylaxe

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
Einstellungen zur Prophylaxe insgesamt			
Ohne Prophylaxe ist die Zahnheilkunde kaum noch vertretbar	92,3	91,9	94,1
Individualprophylaxe bietet ein neues Aufgabenfeld mit zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten	83,4	83,4	83,4
In der Zahnmedizin sollte man ähnliche Früherkennungsuntersuchungen wie in der Medizin einführen	74,9	75,7	71,4
Die zahnmedizinische Ausbildung sollte konsequenter auf die kausale Erkrankungsvermeidung hin ausgerichtet werden	82,4	82,7	80,9
Mit Individualprophylaxe sollten alle Altersgruppen erfaßt werden	89,1	89,3	88,2
Zahnärztliche Prophylaxe sollte nur interessierten Patienten angeboten werden	51,1	53,0	43,6
Ursachen hoher Erkrankungsraten			
Den meisten Patienten fehlt das Bewußtsein, orale Probleme zu haben, die sie selbst - ohne allzugroßen Aufwand - verhindern könnten	90,5	91,5	86,5
Selbstzweifel und Selbstkritik			
Die Prophylaxe ist noch nicht dauerhaft wirksam genug	67,8	65,2	78,2
Zahnärzte und ihre Helferinnen sind zur Motivierung und Gesundheitsberatung größtenteils noch nicht genügend ausgebildet	61,2	64,3	48,7
Furcht vor der Prophylaxe?			
Durch wirkungsvolle Prophylaxe sägt man den Ast ab, auf dem man sitzt	9,6	9,4	10,4
Wenn sich Kariesfreiheit bei Kindern und Jugendlichen bei uns genauso ausbreitet wie in Schweden, werden auch bei uns viele Zahnärzte überflüssig	26,3	26,3	26,5
Zur Finanzierung der Prophylaxe			
Erwachsene Patienten sollten an den Prophylaxekosten direkt beteiligt werden, dann werden sie zuhause besser mitarbeiten	76,2	79,0	65,0
Prophylaxe in der Praxis lohnt sich finanziell nicht	37,8	38,9	33,1

Andererseits zeigen die Zahnärzte einige fachliche Zweifel: Ca. zwei Drittel von ihnen halten die heutigen oralpräventiven Methoden für noch nicht dauerhaft wirksam genug. In der Tat belegen zahlreiche Studien, daß zum Beispiel Fissurenversiegelungen nur eine begrenzte Zeit die Zahnflächen schützen, daß Fluoridierungsprogramme oft zu früh abgebrochen werden und daß Maßnahmen der Aufklärung und Motivierung zu einer verbesserten Selbstvorsorge („Oral Self Care") bislang häufig noch nicht in ausreichendem Maß zuhause umgesetzt werden. Die Zahnärzte sehen sich aber auch selbstkritisch: Fast zwei Drittel teilen die Auffassung, daß weder sie noch ihre Helferinnen zur Motivierung und Gesundheitsberatung ihrer Patienten genügend gründlich ausgebildet sind. Entsprechend wünschen sie geeignete präventivmedizinische Fortbildungskurse für sich und ihr Fachpersonal.

Um das gesamte Spektrum der zahnärztlichen Einstellungen zur Präventivzahnmedizin zu erfassen, müssen auch die möglichen Zweifel und Hindernisse für eine Umsetzung der präventiven Strategien in die Praxis erfragt werden:

Hier zeigt die Itemanalyse, daß rund ein Viertel der befragten Zahnärzte subjektiv befürchtet, sich sozusagen selbst überflüssig zu machen, wenn die prophylaktischen Maßnahmen schnell durchgreifende Erfolge zeitigen würden. Wahrscheinlich dürften hier viele der befragten Zahnärzte von den Schließungen zahnmedizinischer Ausbildungsstätten und der Reduzierung der Studentenzahlen zum Beispiel in den Niederlanden und in Schweden vor einigen Jahren gehört haben. - Dennoch stimmt nur einer von zehn Zahnärzten dem Statement zu: „Durch wirkungsvolle Prophylaxe sägen wir den Ast ab, auf dem wir sitzen".

Im Hinblick auf das Thema der Finanzierung der Prophylaxe zeigt das Einstellungsbild, daß die Zahnärzte hier sehr deutlich für eine finanzielle Direktbeteiligung der erwachsenen Patienten an den Kosten votieren, um gleichsam über dieses gesundheitsökonomische Steuerungsinstrument die Mitarbeit bzw. Compliance bei der häuslichen Prophylaxeumsetzung zu erhöhen. Diese Einstellung steht sicherlich in einem unmittelbaren psychologischen Zusammenhang mit der Einschätzung bzw. Beobachtung der befragten Zahnärzte, daß den Patienten häufig ein ausreichendes Mundgesundheitsbewußtsein dafür fehle, mit einfachen Eigenmitteln viel für die orale Krankheitsvorbeugung tun zu können (vgl. oben).

Interessant scheint in diesem Zusammenhang ferner, daß knapp 40 Prozent (37,8 %) der befragten Zahnärzte der Auffassung sind, daß sich die präventive Dienstleistung in der eigenen Praxis finanziell nicht rechnen würde, da die betriebswirtschaftlichen Grundlagen durch den existierenden Honorarrahmen für diese Leistungen nicht abgedeckt sein würden.

Die folgenden Tabellen 4 und 5 (vgl. Tab. 4 und 5) verdeutlichen, welchen präventiven Maßnahmen die befragten Zahnärzte die größte Wirksamkeit gegen Zahnkaries und Gingivitis zuschreiben.

Tabelle 4: „Wie schätzen Sie die klinische Wirksamkeit von folgenden Präventionsmaßnahmen gegen Karies ein?"

Ausweis: >33,0 Prozent

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
Als „hochwirksam" gelten			
■ häusliche Mundpflege durch den Patienten	81,2	83,3	72,8
■ regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen	53,1	52,6	55,1
■ Maßnahmen der „professionellen Zahnreinigung"	50,9	52,5	44,5
■ Fissurenversiegelung der 6er und 7er	47,6	48,1	45,4
■ systemisch eingesetzte Fluoridierungsmaßnahmen	42,8	42,5	44,1
■ lokal eingesetzte Fluoridierungsmaßnahmen	34,6	34,9	33,8
zusätzlich:			
■ Aufklärung und Motivierung durch den Zahnarzt	30,0	31,4	24,2

Tabelle 5: „Wie schätzen Sie die klinische Wirksamkeit von folgenden Präventionsmaßnahmen gegen Gingivitis ein?"

Ausweis: >33,0 Prozent

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
Als „hochwirksam" gelten			
■ vom Patienten durchgeführte häusliche Mundpflege	67,6	69,0	61,5
■ Maßnahmen der „professionellen Zahnreinigung"	63,7	65,1	58,2
■ regelmäßige zahnärztliche Kontrollen („Recall")	50,2	49,7	52,2
■ Aufklärung und Motivierung durch den Zahnarzt	38,4	39,2	35,4

Es zeigt sich, daß in erster Linie dem häuslichen Vorsorgehandeln durch den Patienten, also der „häuslichen Mundpflege" mit 81,2 Prozent im Hinblick auf die Karies und mit 67,6 Prozent im Hinblick auf die Zahnfleischentzündungen die größte Wertigkeit verliehen wird. Mit einem gewissen Abstand folgen dann die „professionelle Zahnreinigung" (durch das zahnärztliche Team), das kontrollorientierte Inanspruchnahmeverhalten (zahnärztlicher Dienstleistungen) durch den Patienten und - bezogen auf die Zahnkaries - die „Fissurenversiegelung" der Molarenkauflächen und die diversen „Fluoridierungsmaßnahmen". Die „Aufklärung und Motivierung durch den Zahnarzt" als spezielle psychologisch-pädagogische Interventionsmaßnahme bei den Patienten erhält mit rund 30 Prozent (bei der Kariesvorbeugung) bzw. rund 38 Prozent (bei der Gingivitisvorbeugung) Zustimmungsgrad eine vergleichsweise eher mittlere Bedeutung. Ganz offensichtlich zeigen die Zahnärzte hier eine recht vorsichtige Selbsteinschätzung ihrer eigenen „Wirksamkeit" im präventiven Aufklärungsdialog mit dem Patienten, was sicherlich auf Defizite in der psychologischen Schulung im Rahmen der zahnmedizinischen Berufsausbildung hindeuten dürfte (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3 zum Thema Fortbildungswünsche auf dem Prophylaxesektor).

Im Kontext der Wirksamkeitszuschreibung präventiver Einzelmaßnahmen durch den Zahnarzt ist auch das Antwortbild aufschlußreich, wovon die Zahnärzte letztlich den Erfolg der Individualprophylaxe abhängig sehen. Tabelle 6 (vgl. Tab. 6) gibt die Häufigkeiten auf die neun vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Nahezu einhellig werden erneut die Mitarbeit und das Interesse der Patienten als wichtigste Erfolgsfaktoren betont. Auch deren regelmäßiges Erscheinen zu den Recall-Sitzungen rangiert noch auf Platz 4 (53,7 %). Erst auf Platz 3 und 5 sehen sie ihre eigenen Einstellungen zur Prophylaxe (65,3 %) und ihre Fähigkeiten zum Überzeugen der Patienten (53,3 %). Auch die Kompetenz der Prophylaxehelferin wird von ihnen bei weitem nicht so wichtig erachtet wie die Mitarbeit der Patienten.

Daß das gesamte Praxiskonzept auf eine präventive Ausrichtung hin umorganisiert werden müsse, wie es beispielsweise Laurisch (1994) als Praktiker und Staehle (1996) als Hochschullehrer fordern, meinen nur gut ein Drittel der befragten Zahnärzte (36,8 %). Ferner meint nur eine Minderheit der Befragungsteilnehmer, daß der Erfolg der Individualprophylaxe vom Vorhandensein eines geeigneten Prophylaxeraumes (4,6 %) oder vom Einsatz von Speicheltest (1,8 %) abhängt.

Ingesamt gesehen ist sicherlich richtig, daß der Erfolg der Prophylaxe mit dem Interesse und der Mitarbeit der Patienten steht oder fällt, wenn aber das überzeugte eigene Engagement für die Gesunderhaltung der Patienten und die Kompetenzen zur Umsetzung der patientengerechten Aufklärung nicht oder nur zum Teil vorhanden ist, wird man allerdings dieses Interesse nicht wecken und die Mitarbeit kaum wirksam fördern können.

Tabelle 6: „Wovon hängt der Erfolg der Individualprophylaxe insgesamt ab?"

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
▪ von der Mitarbeit des Patienten	94,5	94,4	95,5
▪ vom Interesse des Patienten	84,6	84,1	87,9
▪ von der regelmäßigen Teilnahme an Recall-Sitzungen	53,7	52,5	58,5
▪ von der eigenen Einstellung zur Prophylaxe	65,3	64,9	68,5
▪ von den eigenen Überzeugungsfähigkeiten	53,3	53,8	52,9
▪ von der Kompetenz der ZMF bzw. Prophylaxehelferin	43,8	46,3	34,4
▪ vom gesamten Praxiskonzept	36,8	37,0	36,7
▪ vom Vorhandensein eines Prophylaxeraumes	4,6	5,0	2,4
▪ vom Einsatz von Speicheltests	1,8	2,0	1,1

3.2 Erfahrungen und Vorgehensweisen auf dem speziellen Gebiet der Individualprophylaxe

Um einen Überblick über die derzeit angebotenen und durchgeführten prophylaktischen Tätigkeiten in den Zahnarztpraxen zu erhalten sowie zu erfahren, welche Umsetzungsschwierigkeiten es vielleicht noch gibt, galt ein großer Teil der Erhebung der Prophylaxedurchführung. In Tabelle 7 sind die Ergebnisse für einige wichtige prophylaktische Verfahren aufgelistet (vgl. Tab. 7). Mit Abstand am häufigsten werden demnach heute Fissurenversiegelungen der durchbrechenden 6er und 7er Molaren bei den ca. 6- und 12-jährigen Kindern durchgeführt (45 % immer und 42 % oft; insgesamt 87 %). Wenn heute Verbesserungen in der Kariesrate bei Schulkindern zu verzeichnen sind, dann sind diese in Deutschland wie international wohl in erster Linie auf diese Maßnahmen sowie auf die Fluoridierungsmöglichkeiten zurückzuführen.

Relativ oft wird auch die „professionelle Zahnreinigung" in diesem Fragekontext hervorgehoben (23 % immer und 48 % oft; insgesamt 71 %).

Ca. ein Achtel der Zahnarztpraxen scheinen sich einer systematischen prophylaktischen Ausrichtung verschrieben zu haben (systematische, präventionsorientierte

Langzeitbetreuung der Patienten 15 %, substanzschonende Austauschversorgungen 13,3 %, minimal-invasive restaurative Therapien 12,2 %: „immer"). Der Oral Self Care-Ansatz wird wohl aber nur selten absolut konsequent durchgesetzt, wenn nur jeweils in 6,3 Prozent der Praxen die „Einübung optimaler Mundpflegefertigkeiten" und ein praktisches „Training in der Benutzung von Zahnseide" „immer" stattfindet. Allerdings sind die Prozentangaben unter „oft" mit 60,3 Prozent und 52,8 Prozent hoch. In der Tat lassen sich bei weitem nicht alle Patienten für eine Optimierung der häuslichen Mundpflege gewinnen. Nach verschiedenen Schätzungen gelten 15 Prozent bis 30 Prozent der Patienten als dafür nicht motivierbar.

Tabelle 7: „Inwieweit werden in Ihrer Praxis folgende Tätigkeiten ausgeführt?"

(bezogen auf alle Patienten der Praxis, n = 1050 niedergelassene Zahnärzte in eigener Praxis)

	immer %	oft %	selten %	nie %
▪ eine systematische, präventionsorientierte Langzeitbetreuung	15,0	47,9	27,2	4,9
▪ professionelle Zahnreinigung	22,6	48,3	22,2	2,6
▪ Versiegelung der 6er und 7er	45,0	42,1	6,8	1,8
▪ Remineralisation initialer Karies	8,5	42,3	36,5	6,6
▪ minimal-invasive restaurative Therapien	12,2	49,2	28,1	4,2
▪ substanzschonende Austauschversorgungen	13,3	41,8	29,4	7,7
▪ Einüben optimaler Mundpflegefertigkeiten	6,3	60,3	26,9	2,9
▪ Training in der Benutzung von Zahnseide	6,3	52,8	30,4	6,6

Weitere Angaben lassen sich durch die Befragung zu den einzelnen IP-Positionen und zum Angebot von außervertraglichen prophylaktischen Leistungen erhalten (AVL; vgl. Tab. 8). Zwischen 53 und 59 Prozent der Zahnärzte bieten den Kindern und Jugendlichen diese von den Krankenkassen finanzierten Leistungen entsprechend der jeweiligen Indikation und der vorgegebenen Abrechnungszeiträume (IP 2 zum Beispiel nur 1x innerhalb von drei Jahren) „immer" an. Dies geschieht in den neuen Bundesländern deutlich häufiger als in den alten Bundesländern.

Daß das prophylaktische Angebot nicht unbedingt immer auch in konkretes Handeln umgesetzt werden muß, läßt ein Vergleich mit den Abrechnungszahlen in dem KZBV-Jahrbuch 1997 deutlich werden. Nach Trenddarstellungen entsprechend der getätigten Abrechnungen für IP-Leistungen stieg der Anteil der IP-Leistungen an den konservierend-chirurgischen Leistungen von 1991 bis 1996 ständig steil an: ABL von 0,9 auf 4,2 Prozent; NBL von 0,3 auf 7,7 Prozent (vgl. KZBV-Jahrbuch, 1997, Tabelle 3.6).

Nach den bisherigen Schätzungen der KZBV sieht das Inanspruchnahmeverhalten der 6 bis 19 Jahre alten Kinder und Jugendlichen für das erste Halbjahr 1996 so aus (vgl. KZBV-Jahrbuch, 1997):

Bevölkerungsanteil, der IP-Leistungen in Anspruch genommen hat:

	alte Bundesländer %	**neue Bundesländer** %
1996 (1.Halbjahr).....	25,3	42,6

Der ständige deutliche Anstieg der prophylaktischen Tätigkeiten der Zahnärzte ist demnach unverkennbar. Während in Ostdeutschland ca. jedes 2. Kind individualprophylaktische Leistungen erhält (und sie mehr als zwei Dritteln der Kinder und Jugendlichen angeboten werden), erhalten zur Zeit gut ein Viertel der westdeutschen Anspruchsberechtigten diese Leistungen (wobei es etwa der Hälfte von ihnen angeboten wird).

Knapp die Hälfte der westdeutschen und etwa ein Drittel der ostdeutschen Zahnärzte haben zum Befragungszeitraum Ende 1995/Anfang 1996 daneben aber auch den Erwachsenen und Kleinkindern prophylaktische Maßnahmen als außervertragliche Leistungen (AVL; vgl. Tab. 8) angeboten. Meistens werden diese Leistungen nur angeboten, wenn sich die Patienten interessiert zeigen oder selbst nachfragen (34,6 %). In einigen Praxen wird das Angebot nur unterbreitet, wenn die Patienten einen hohen Erkrankungsstand aufweisen und/oder einem hohen Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind. In ca. jeder 5. Zahnarztpraxis werden solche außervertraglichen Leistungen offenbar nicht angeboten.

Tabelle 8: „Welche Prophylaxeleistungen bieten Sie für Ihre 6 - 19jährigen Patienten an?"

Antwortausweis: "immer"
(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
■ IP 1 (Indexerhebung)	59,0	54,4	77,4
■ IP 2 (Instruktion/Demonstration)	57,2	53,8	71,3
■ IP 3 (Kontrolle/Remotivierung)	53,2	49,5	68,2
■ IP 4 (Fluoridierung)	57,6	52,5	78,1
■ IP 5 (Fissurenversiegelung)	54,2	49,5	73,2
Bieten Sie individualprophylaktische Leistungen auch als außervertragliche Leistungen (AVL) an?			
■ "oft" oder "teilweise"	46,3	47,9	30,3
Wie informieren Sie gegebenenfalls Ihre Patienten über zusätzliche IP-Leistungen als außervertragliche Leistungen?			
■ Werden fast jedem Patienten angeboten	12,2	12,9	9,2
■ Werden nur interessierten Patienten angeboten	34,6	33,8	38,1
■ Werden Patienten mit hohem Erkrankungsstand und/oder hohem Risiko angeboten	13,3	17,4	12,3
■ Werden Patienten mit hohem Erkrankungsstand angeboten, die sich interessiert zeigen	16,8	16,6	17,3
■ Werden bei uns nicht angeboten	19,5	20,6	15,0
Wie rechnen Sie gegebenenfalls zusätzliche IP-Leistungen ab?			
■ Treffe mit dem Patienten eine (schriftliche) private Honorarvereinbarung	43,9	43,3	46,0
■ Biete zusätzliche ind.-prophylaktische Leistungen an, die ich aber nicht in Rechnung stelle (Service-Leistung)	30,8	29,3	36,8
■ Biete ein individuelles Prophylaxeprogramm für eine privat vereinbarte Honorarpauschale an	20,6	22,5	13,1
■ Erbringe nur Leistungen, die im Rahmen der Verträge vergütet werden, und setze dafür zusätzlich Leistungspositionen wie Mu, Zst, üZ etc. an	16,5	15,5	20,5

Wie sich die Zahnärzte hinsichtlich der Abrechnung dieser Leistungen verhalten, ist dem unteren Teil der Tabelle 8 zu entnehmen. Während die meisten Zahnärzte eine private Honorarvereinbarung treffen oder eine Honorarpauschale für ein Prophylaxepaket vereinbaren, zögert ca. ein Drittel der Zahnärzte, eine zusätzliche Privatliquidation zu erheben. Diese erbringen zusätzliche Prophylaxeleistungen dann entweder als kostenfreie „Serviceleistungen" (30,8 %) oder benutzen sonstige Positionen wie „überempfindliche Zähne", „Zahnstein" etc. als funktionales Abrechnungsäquivalent (16,5 %).

3.3 Aufgabenverteilung zwischen Zahnarzt und Helferin bei der Prophylaxe

Individualprophylaxe ist eine Teamaufgabe. Zahnarzt und Helferin müssen aufeinander eingespielt sein, wenn die IP sinnvoll und kostengünstig erbracht werden soll. Der Zahnarzt übernimmt die Aufgaben, für die er speziell ausgebildet wurde oder die durch ihn wirksamer zu erbringen sind. Die Prophylaxemitarbeiterin sollte viele Tätigkeiten im Rahmen der IP selbständig ausführen können, bei verschiedenen Aufgaben aber Hand in Hand mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten können. Tabelle 9 (vgl. Tab. 9) zeigt die Einschätzungen der befragten Zahnärzte zu 20 verschiedenen, teils mehr zahnmedizinischen, teils mehr psychologischen Aufgaben.

Anhand der Kreisdiagramme ist schnell zu erkennen, welche Aufgaben die Zahnärzte sich selbst (weiße Ausschnitte) zuordnen:

- Ansprechen des Patienten auf seine Mundpflege und/oder sein Erkrankungsrisiko
- den Befund dem Patienten mitteilen und erklären
- die Indikation zum Prophylaxeprogramm stellen
- Entscheidungsfindung mit dem Patienten (wieviel Prophylaxe, welche Therapie?)
- Informieren über die Erkrankungsursachen
- Fissurenversiegelung
- subgingivale Belagsentfernung
- Wurzelglättung

Es sind vorwiegend anamnestische Entscheidungsaufgaben und zahnmedizinische Behandlungsaufgaben, für die sich die Zahnärzte klar zuständig sehen. Einige Aufgaben sind in Deutschland den Helferinnen ohnehin berufsrechtlich nicht gestattet.

Den Prophylaxemitarbeiterinnen (schwarze Ausschnitte in den Kreisdiagrammen) ordnen die Zahnärzte folgende Aufgaben bei der Betreuung der IP-Patienten vorrangig zu:

- Erhebung der Mundpflegeanamnese
- Erhebung von Plaque- und Entzündungsindizes
- Durchführung von Speicheltests

- Erklärung und Demonstration richtiger Mundpflege
- Einübung zweckmäßiger Mundpflege mit dem Patienten
- Kontrolle und Korrekturen der Mundpflege in Folgesitzungen
- supragingivale Belagsentfernung
- Intensivfluoridierung
- Ernährungsberatung

Dies ist eine Vielzahl von Aufgaben, die spezielle Fachkenntnisse und vor allem auch psychologische Fähigkeiten (Gesprächsführung, Überzeugungsfähigkeit, Motivierung, wirksame Anleitung zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen) verlangen.

Aus medizinpsychologischer Sicht sehen es die Befragungszahnärzte sicherlich richtig, daß einige Aufgaben gemeinsam („teils/teils") übernommen werden müssen:

- Ansprechen des Patienten auf seine Mundpflege
- Förderung des Gesundheitsbewußtseins
- Motivierung zu besserer Mundpflege
- Remotivierung in den Recall-Sitzungen

Denn gerade hier darf nicht übersehen werden, daß der Zahnarzt über eine spezifische emotionale Autorität verfügt, die richtig eingesetzt und sorgfältig dosiert, erhebliche Steuerungswirkungen auf den Patienten entfalten kann (Stichwort: „Droge Arzt" im Sinne des Mediziners und Psychoanalytikers Michael Balint).

Tabelle 9: "Welche Aufgaben sind Ihrer Meinung nach Aufgaben für den Zahnarzt selbst, und welche können fortgebildete Helferinnen übernehmen?"

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

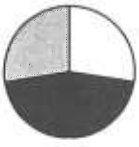
Zahnarzt ■ Helferin ▒ teils/teils

Ansprechen des Patienten auf seine Mundpflege und/oder sein Erkrankungsrisiko

Zahnarzt	52,4 %
Helferin	8,0 %
teils/teils	39,4 %

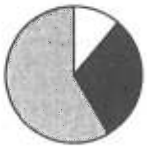
Erhebung der Mundpflegeanamnese

Zahnarzt	27,5 %
Helferin	44,5 %
teils/teils	27,5 %



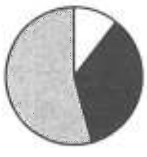
Förderung des Mundgesundheitsbewußtseins

Zahnarzt	11,0 %
Helferin	30,3 %
teils/teils	57,5 %



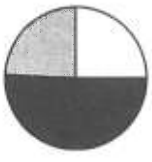
Motivierung zu besserer Mundpflege

Zahnarzt	10,4 %
Helferin	35,3 %
teils/teils	54,0 %



Erhebung von Plaque- und Entzündungsindizes

Zahnarzt	24,9 %
Helferin	50,7 %
teils/teils	24,0 %



Durchführung von Speicheltests

Zahnarzt	24,8 %
Helferin	52,1 %
teils/teils	18,0 %

Befundmitteilung

Zahnarzt	73,0 %
Helferin	11,0 %
teils/teils	14,9 %

Indikation zum Prophylaxeprogramm

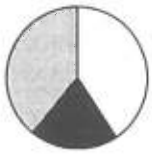
Zahnarzt	79,4 %
Helferin	7,6 %
teils/teils	12,6 %

Entscheidungsfindung mit dem Patienten

Zahnarzt	72,4 %
Helferin	5,9 %
teils/teils	21,4 %

Informierung über Krankheitsursachen

Zahnarzt	40,8 %
Helferin	19,8 %
teils/teils	39,0 %



Fortsetzung

Tabelle 9: "Welche Aufgaben sind Ihrer Meinung nach Aufgaben für den Zahnarzt selbst, und welche können fortgebildete Helferinnen übernehmen?"

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

Zahnarzt ■ Helferin ▒ teils/teils

Demonstration richtiger Mundpflege

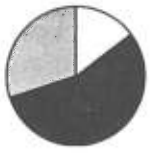
Zahnarzt	1,0 %
Helferin	73,3 %
teils/teils	25,4 %

Einübung zweckmäßiger Mundpflege

Zahnarzt	0,8 %
Helferin	83,0 %
teils/teils	15,9 %

Kontrollen und Korrekturen der Mundpflege

Zahnarzt	14,5 %
Helferin	55,0 %
teils/teils	29,9 %



Remotivierung

Zahnarzt	13,7 %
Helferin	47,4 %
teils/teils	38,4 %

Ernährungsberatung

Zahnarzt	10,9 %
Helferin	58,1 %
teils/teils	29,3 %

Intensivfluoridierung

Zahnarzt	27,5 %
Helferin	49,2 %
teils/teils	20,8 %

Fissurenversiegelung

Zahnarzt	55,3 %
Helferin	23,1 %
teils/teils	20,3 %

supragingivale Belagsentfernung

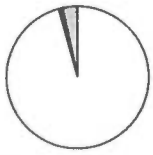
Zahnarzt	22,1 %
Helferin	52,4 %
teils/teils	25,1 %

subgingivale Belagsentfernung

Zahnarzt	79,5 %
Helferin	7,2 %
teils/teils	13,0 %

Wurzelglättung bei PAR-Patienten

Zahnarzt	95,2 %
Helferin	0,9 %
teils/teils	3,3 %



3.4 Fortbildungswünsche auf dem Prophylaxesektor

Ein wesentlicher Komplex in der Fragebogenerhebung galt den Fortbildungswünschen der Zahnärzte. Insgesamt elf präventivzahnmedizinische Bereiche waren zur Beantwortung vorgegeben, die hinsichtlich ihrer Wichtigkeit beurteilt werden sollten. Die Ergebnisse der acht wichtigsten Themen sind in Tabelle 10 (vgl. Tab. 10) dargestellt.

Großes Interesse scheint in West- wie in Ostdeutschland an den parodontologischen Behandlungsverfahren zu bestehen. Das verwundert nicht, haben bisher doch nur wenige Universitätskliniken eigene Lehrstühle für Parodontologie.

Mit einigem Abstand folgen an 2. und 3. Stelle moderne "präventionsorientierte Früh- und Erstbehandlungsverfahren von kariösen Läsionen" und die "psychologischen Aspekte der Individualprophylaxe". Auch die letztgenannte Thematik hat sich schon aus den weiter oben erkannten eigenen Defiziten vor allem in der Umsetzung der Individualprophylaxe am Patienten ergeben.

Häufig nachgefragt wird auch die Unterrichtung in modernen präventiv ausgerichteten Praxiskonzepten. Viele Zahnärzte sehen offenbar sehr deutlich, daß die Integration der Prophylaxe in die Praxis und die Umsetzung der Prophylaxe bei Patienten und beim Personal auf vielfältige Schwierigkeiten stoßen kann und sich keinesfalls gleichsam nebenbei erledigen läßt.

Relativ wenig nachgefragt und daher in die Tabelle nicht mit aufgenommen wurden:

- Methoden wirksamer Ernährungsbeeinflussung (20,6 %),
- ganzheitsmedizinische, alternative Vorbeuge- und Heilverfahren (15,0 %),
- Expositionsprophylaxe und -therapie (14,5 %).

Die Expositionsprophylaxe, also die Verhütung oder die zeitliche Hinauszögerung der Keimübertragung von der Mutter oder von anderen auf das Kleinkind (Primär-Primär-Prophylaxe), scheint möglicherweise noch unterschätzt zu werden oder unter Zahnärzten im Hinblick auf das orale Risikopotential noch nicht umfassend bekannt zu sein.

Es wurde auch gefragt, ob die Ausbildung der Zahnarzthelferinnen für ausreichend gehalten wird und ob die präventive Ausbildung für Zahnarzthelferinnen verstärkt werden sollte (vgl. Tab. 11). Die Ergebnisse sind erstaunlich eindeutig: Fast 80 Prozent der Zahnärzte sind mit der Qualität der Helferinnenausbildung zur Zeit nicht zufrieden und fast ebensoviele wünschen sich die Fachweiterbildung zur Prophylaxehelferin, die die Aufgaben, wie sie in Tabelle 9 (vgl. oben) als Helferinnenaufgaben angesehen wurden, weitgehend selbständig am Patienten ausführen kann. Im Grunde verwundert dies angesichts der raschen Ausweitung der Prophylaxetätigkeiten in den letzten Jahren nicht. Der Bedarf an gut ausgebildeten, selbständig mit dem Patienten arbeiten

können den Fachhelferinnen ist groß, wie jeder Zahnarzt erfahren kann, wenn er eine "fertige Prophylaxefachhelferin" einstellen möchte.

Tabelle 10: „Haben Sie Fortbildungswünsche im prophylaktischen Bereich?"

Für "sehr wichtig" werden folgende Themen erachtet:
(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
▪ systematische Behandlungsmethoden von Zahnfleischerkrankungen	53,3	53,8	49,9
▪ präventionsorientierte, schadensgerechte Früh- und Erstbehandlungen von kariösen Läsionen	41,2	41,5	38,3
▪ psychologische Aspekte der Individualprophylaxe (Patientenansprache, Gesprächslenkung, Motivierung, Methoden der Einstellungs- und Verhaltensänderung)	40,2	39,8	41,7
▪ schlüssige, präventiv ausgerichtete Praxiskonzepte	33,9	35,1	29,1
▪ Techniken der Fissurenversiegelung	27,5	28,0	26,7
▪ Erst- und Austauschversorgungen mittlerer und größerer Läsionen mit konventionellen und modernen Materialien	27,7	28,6	23,8
▪ moderne Fluoridierungskonzepte	25,5	25,2	28,7
▪ bedarfsorientierte präventive Diagnostik und Risikozuordnung (Anamnese, klinische Untersuchung, Speichelparameter)	20,8	22,6	13,8

Tabelle 11: "Würden Sie vermehrte prophylaktische Fortbildungen von Zahnarzthelferinnen begrüßen?"

(n = 1050 niedergelassene Allgemeinzahnärzte in eigener Praxis)

	Gesamt %	West %	Ost %
▪ die Ausbildung reicht so aus, wie wir sie haben.....	21,9	20,9	26,2
▪ zur Prophylaxehelferin (prof. Zahnreinigung, Aufklärung, Pflegedemonstration, Einübung).....	78,7	78,1	81,4

4 Schlußfolgerungen und Ausblick

Ziel der vorgelegten Befragungsstudie bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte in eigener Praxis war es, eine Bestandsaufnahme zu den Einstellungen und Erfahrungen der Zahnärzteschaft bei der Umsetzung des oralpräventiven Gedankens im eigenen Arbeitsrahmen vorzunehmen.

Dazu wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe mit einem 20seitigen Fragebogen zu ihren Einstellungen und Befürchtungen, zu den von ihnen durchgeführten Prophylaxetätigkeiten und den dabei erlebten Schwierigkeiten sowie zu ihrem soziodemographischen Hintergrund befragt.

Bewertet man die Einstellungsfragen sowie die Tätigkeitsfragen kritisch und vergleicht diese mit den Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, so kann festgestellt werden, daß die Herausforderung grundsätzlich angenommen wurde.

Von Jahr zu Jahr bieten mehr Zahnärzte die gesetzlich vorgesehenen IP-Leistungen den dafür vorgesehenen Zielgruppen der Schulkinder und Jugendlichen an. Ebenso werden außervertraglich Prophylaxeleistungen Erwachsenen angeboten. Allerdings muß erkannt werden, daß ein Teil der Zahnärzte nur wenig Prophylaxe in ihren Praxen anbietet und daß viele Zahnärzte die „Individualprophylaxe" vor allem mit interessierten Patienten durchführen. Somit ist davon auszugehen, daß ein Teil der Patienten nicht richtig von der zahnärztlichen Prophylaxe erreicht wird.

Wie beim Patienten erst seine Einstellung zur Mundgesundheitspflege verändert und damit sein Mundgesundheitsbewußtsein erweitert werden muß, bevor er langfristig

Veränderungen in seinem Mundpflegeverhalten vornimmt, so setzt auch bei den Zahnärzten die Umstellung der Praxis auf mehr Prophylaxeangebote eine Änderung des Denkens und Bewußtseins voraus. Tatsächlich ist die Zahnärzteschaft in diesem Punkt schon viel weiter als in den Abrechnungsstatistiken ablesbar erscheint. Kaum ein Zahnarzt bezweifelt die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit der Prophylaxe, fast alle teilen die Auffassung, daß hochwertige Restaurationen und Sanierungen nur Sinn haben, wenn der Patient in der Lage ist, zu deren Langlebigkeit aktiv (mit eigenem Verhalten!) beizutragen. Auch scheint in den letzten Jahren die Furcht vor einem prophylaxebedingten Rückgang der kurativen Aufgaben (vor allem der Prothetik) zurückgegangen zu sein.

Obwohl fast alle Zahnärzte die Meinung teilen, daß die bei Erwachsenen immer noch hohen Prävalenz- und Inzidenzraten eine Folge mangelnder Aufklärung und Bewußtseinsbildung sind, und obwohl sie der "häuslichen Mundpflege durch den Patienten" die größte Wirksamkeit im Kampf gegen Karies und Zahnfleischentzündungen zusprechen, scheint eine Schwierigkeit zur weiteren Prophylaxeumsetzung die Neu- und Andersartigkeit der prophylaktischen Aufgaben zu sein. Im Gegensatz zur kurativen Zahnmedizin, bei der der Zahnarzt dominiert, selbst alles Notwendige entscheidet und aktiv handelt, setzt die Prophylaxe eine andere Zahnarzt-Patient-Beziehung und auch ein anderes Vertrauen in die Kompetenz der selbständig arbeitenden Fachhelferin voraus. Hier sind Patient und Zahnarzt letztlich gleichberechtigte Partner, die aufgrund der Darstellung der individuellen Problemlage (Befundrückmeldung) gemeinsam die Entscheidung treffen, welcher Weg in Zukunft gegangen werden soll, nämlich weiterer Gebißverfall ohne Prophylaxe oder ein Stoppen des Verfalls mit regelmäßiger Prophylaxe! In Anlehnung an Lamprecht (1979) kann dieses Beziehungsmodell in folgende Stufenabfolge gebracht werden:

Während die Stufe I den Ausgangspunkt einer oralprophylaktischen Intervention markiert (der Zahnarzt führt die orale Diagnostik durch), entwickelt sich in der Stufe II ein Beziehungsmuster zwischen Zahnarzt und Patient, bei dem der Zahnarzt den Patienten insbesondere über Maßnahmen der Instruktion, Aufklärung und Demonstration („Intensivmotivation") zu einer Verhaltensänderung heranführt; erst in der Stufe III ist der Patient dann befähigt, in selbstkontrollierter Form den erworbenen Zuwachs an Gesundheitskompetenz (Mundhygiene, Ernährung, häusliche Fluoridapplikationen usw.) zu stabilisieren.

Die Umsetzung dieser präventiven Betreuungsphilosophie im Arbeitsrahmen eines niedergelassenen Zahnarztes erfordert aber zweifellos weitere Schritte auf dem Gebiet der zahnärztlichen Ausbildungs- und Fortbildungsstrukturen (vgl. Staehle, 1996). Der gleichzeitige Ausbau der Unterrichtsinhalte sowohl im klinisch-präventiven als auch im psychologisch-verhaltensmedizinischen Bereich ist hier als Dreh- und Angelpunkt hervorzuheben (vgl. Weinstein, Getz und Milgrom, 1989; IDZ-Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung, 1993). Nur so wird es gelingen, dem empirisch feststellbaren Schulungswunsch der praktizierenden Zahnärzte auf dem Gebiet der Oralprophylaxe noch besser zu entsprechen. Oralprophylaxe ist

nun einmal ihrem Wesen nach „Sprechende Zahnheilkunde" (vgl. auch Micheelis, 1995).

Hierarchie		Modell	Arzt-Rolle
I	A. △ P.	Aktivität - Passivität	Arzt macht etwas mit dem Patienten
II	A. △ P.	Führung - Kooperation	Arzt erzählt dem Patienten, was zu tun ist
III	A. △ P.	gegenseitige Teilnahme	Arzt hilft dem Patienten, sich selbst zu helfen

Zweifellos muß bei dieser Betrachtungsweise berücksichtigt werden, daß letztlich nur durch ein vernetztes Ineinandergreifen von kollektivprophylaktischen Maßnahmen (beispielsweise: Speisesalzfluoridierung), gruppenprophylaktischen Maßnahmen (vor allem: Aufklärungskampagnen und Fluoridierungsaktionen in Kindergärten und Schulen) und individualprophylaktischen Maßnahmen (insbesondere: Risikodiagnostik, befundorientierte Betreuuungskonzepte) der oralpräventive Ertrag für die Bevölkerung optimiert werden kann.

5 Literaturverzeichnis

Bartsch, N., Einwag, J., Gülzow, H.-J., Johnke, G., Kollmann, W., Laurisch, L., Margraf-Stiksrud, J., Schneller, T., Wefers, K.-P.: Prophylaxe ein Leben lang. Ein le-

bensbegleitendes Betreuungskonzept. IDZ-Materialienreihe Band 16, Köln 1998, 2. Auflage

Cohen, L. K., Gift, H. C. (Eds.): Disease Preventive and Oral Health Promotion. Socio-Dental Sciences in Action. London 1995

Greene, J. C., Louie, R., Wycoff, S. J.: Preventive Dentistry. In: Goldbloom, R. B., Lawrence, R. S. (Eds.): Preventing Disease. Beyond the Rhetoric. New York 1990, S. 231-247

Harris, N. O., Christen, A. G.: Primary Preventive Dentistry, Connecticut 1987

Hellwege, K.-D.: Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe. Heidelberg 1996, 4., überarb. Auflage

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1993, 2., akt. Auflage

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: KZBV-Jahrbuch 97. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln 1997

Lamprecht, F.: Arzt, Patient und Krankheit. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 55, 1979, S. 1837-1846

Laurisch, L.: Individualprophylaxe. Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos. München, Wien 1994

Marthaler, T. M.: Zahnschäden sind vermeidbar. Luzern 1992, 24. Ausgabe

Micheelis, W.: Zum Stellenwert des „Gespräches" in der zahnärztlichen Versorgung. In: Sergl, H. G., Huppmann, G., Kreyer, G. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Band 4. Egelsbach, Frankfurt, St. Peter Port 1995, S. 188-190

Saekel, R.: Paradigmenwechsel in der zahnmedizinischen Versorgung. Gesundheitswesen 59, 1997, S. 150-158

Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. München, Wien 1989, 2., überarb. Auflage

Schneller, T., Mittermeier, D., Schulte am Hülse, D., Micheelis, W.: Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis. IDZ-Materialienreihe Band 6, Köln 1990

Staehle, H. J.: Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland. München, Wien 1996

Weinstein, P., Getz, T., Milgrom, P.: Prävention durch Verhaltensänderung. Strategien einer präventiven Zahnheilkunde. Köln 1989 (deutsche Ausgabe, bearb. von T. Schneller)