

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

In Trägerschaft von: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.  
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Körperschaft des öffentlichen Rechts

5. Juli 2006

Die Frage der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen rückt mehr und mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Mit der Einführung des Systems der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Patient einen erweiterten Spielraum bei der Entscheidung zwischen den zahlreichen therapeutischen Varianten innerhalb der Zahnheilkunde erhalten. Damit ist zugleich der Informationsbedarf des Patienten gestiegen. Der vorliegende Text

## **Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung –**

dokumentiert, dass sich die Zahnärzte nicht nur viel Zeit für die prothetische Behandlungsplanung und Beratung ihrer Patienten nehmen (laut BAZ-II-Studie des IDZ aus dem Jahre 2002 im Schnitt 8,8 Minuten reine Beratungszeit), sondern dem Patienten dabei auch inhaltlich eine sehr breite Palette an Informationen vermitteln. Zur Ermittlung der aktuellen Beratungsintensität wurde ein „Kommunikationsindex“ konstruiert, der auf einer in der Versorgungsforschung verbreiteten Itematterie mit insgesamt sechs Einzelfragen zum Kommunikationsverhalten basiert. Die an der Studie teilnehmenden 211 Zahnärzte dokumentierten im IV. Quartal 2005 den Verlauf der Beratungsgespräche aus ihrer Sicht. Insgesamt konnten bei der vorliegenden Analyse 3.668 Patientendokumentationen berücksichtigt werden. Den theoretischen Bezugsrahmen für die Analyse der Arzt-Patient-Beziehung liefert das sozialwissenschaftliche Modell der sog. „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (Shared Decision-Making).

Detaillierte, bundesweite Erhebungen zur Entscheidungskommunikation bei Zahnersatz-Versorgungen wurden bisher nicht durchgeführt, so dass die vorliegende Pilotstudie eine erste Bestandsaufnahme aus zahnärztlicher Perspektive darstellt. Für weitere Forschungsarbeiten auf diesem Feld wird es zusätzlich darauf ankommen, die Patientenseite in die Analyse einzubeziehen.

Die Autoren dieser Arbeit sind: Dr. rer. pol. David Klingenberg, Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln, Prof. Dr. rer. pol. Axel Olaf Kern, Hochschule Ravensburg-Weingarten, und Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Info können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als pdf-File von der Internet-Homepage des IDZ ([www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de)) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis (IDZ)

## **Abstract**

The patient's participation in decision-making on treatments is increasingly in the public focus. With the introduction of the system of diagnosis-based fixed subventions the patient disposes of a wider scope when deciding among alternative dental therapies. At the same time the patient's need for information is increasing. The present paper

### **Patterns of communication of dentists when providing prosthetic dental care – Results of a nation-wide evaluation study with respect to the system of fixed subventions in the Statutory Health Insurance –**

documents that dentists not only spend much time for the planning of prosthetic treatment and counselling their patients (according to the ergonomic study of the IDZ conducted in 2002, the so-called BAZ-II-study, on an average 8.8 minutes only for the consultation) but also offer a broad range of information to their patients. To measure the intensity a "communication index" was constructed on the basis of a 6-item-battery of questions which is widespread in health services research. From October to December 2005 the 211 dentists taking part in the study recorded the process of communication with the patients from their point of view. In total 3.668 patient documentations were included in the present analysis. The theoretical framework underlying the analysis of the doctor-patient-relationship was the sociological model of the so-called "shared decision-making".

So far, detailed nation-wide surveys with regard to communication during the process of decision-making on prosthetic dental care have not been conducted. Thus the present pilot study is a first survey seen from the point of view of the dentist. For further research on this topic it will be important to also include the patient's perspective in the analysis.

The authors of the present study are: Dr. rer. pol. David Klingenberger, Institute of German Dentists/Cologne, Prof. Dr. rer. pol. Axel Olaf Kern, Hochschule Ravensburg-Weingarten – University of Applied Sciences, and Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Institute of German Dentists/Cologne.

Additional copies of the IDZ-Information No. 2/2006 can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. Download version see under [www.idz-koeln.de](http://www.idz-koeln.de).

# Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung –

von David Klingenberg, Axel Olaf Kern und Wolfgang Micheelis

## Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund.....	4
2	Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) als Forschungstopos der Arzt-Patient-Beziehung .....	5
2.1	Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung .....	5
2.2	Partizipative Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive .....	7
2.3	Partizipative Entscheidungsfindung aus Arztperspektive.....	8
3	Studiendesign .....	8
3.1	Strukturabgleich der EbF-Z-Stichprobe mit der Grundgesamtheit .....	9
3.2	Itembatterie zur Abfrage der partizipativen Entscheidungsfindung aus Arztsicht .....	10
3.3	Additive Indexbildung der Subindikatoren zum Kommunikationsverhalten	11
4	Empirische Muster des kommunikativen Beratungsprozesses .....	12
4.1	Differenzierung nach Therapieform.....	12
4.2	Differenzierung nach Versorgungsform .....	14
4.3	Differenzierung nach Höhe und Struktur der Gesamtkosten.....	15
4.4	Differenzierung nach Höhe der Eigenbeteiligung der Patienten an den Gesamtkosten.....	17
4.5	Kommunikationsmuster nach zahnarztseitigen Merkmalen .....	19
4.5.1	Differenzierung nach Alter .....	20
4.5.2	Differenzierung nach Geschlecht.....	20
4.5.3	Differenzierung nach Praxisform.....	20
4.5.4	Differenzierung nach Praxisgröße.....	21
4.6	Kommunikationsmuster nach patientenseitigen Merkmalen .....	21
4.6.1	Differenzierung nach Alter .....	22
4.6.2	Differenzierung nach Geschlecht.....	22
4.6.3	Differenzierung nach Bildungsstatus.....	22
4.7	Fazit des empirischen Teils .....	23
5	Einordnung der Ergebnisse und Ausblick .....	24
6	Literaturverzeichnis.....	28
7	Anhang: Muster „Stammblatt zur Zahnarztpraxis“ und „Dokumentationsbogen“ .....	31

## 1 Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund

Die Frage der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen ist in den vergangenen Jahren zunehmend ins Blickfeld der Öffentlichkeit gelangt. Viele Patienten beanspruchen mittlerweile eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess, angeregt durch den gesellschaftlichen Trend zu mehr Autonomie, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Insbesondere im zahnmedizinischen Versorgungsbereich ist die stärkere Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess nicht nur eine gesundheitspolitische Forderung, sondern auch **eine professionspolitische Notwendigkeit**. Mit der Einführung des Systems der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Patient einen deutlich weiteren Spielraum bei der Entscheidung zwischen den zahlreichen therapeutischen Varianten innerhalb der Zahnheilkunde erhalten. Eine adäquate Beteiligung des Patienten im medizinischen Entscheidungsprozess setzt voraus, dass der Patient über die relevanten Informationen verfügt, die ihn in die Lage versetzen, zusammen mit dem Zahnarzt als gleichberechtigter Partner über anstehende zahnmedizinische Behandlungen zu entscheiden. Mit der Ausweitung der Wahlmöglichkeiten ist zugleich der **Informationsbedarf des Patienten** gestiegen.

Bei allen Fragen rund um die richtigen und notwendigen Zahnbehandlungen sind Zahnärzte für 90 Prozent der Deutschen die glaubwürdigste Informationsquelle, wie eine Emnid-Umfrage aus dem Jahr 2004 verdeutlicht (vgl. Emnid, 2004). Die Information durch den Zahnarzt wurde von 87 Prozent der Befragten als gut gelobt. Ein aktives Informationsverhalten der Zahnärzte kann – im Zusammenspiel mit einem von den zahnärztlichen Organisationen organisierten qualitätsgesicherten Zweitmeinungsmodell – insofern auch als Garant für die Funktionsfähigkeit des zum 1. Januar 2005 eingeführten Systems **befundbezogener Festzuschüsse in der Zahnprothetik** gesehen werden. Laut einer von den Spitzenverbänden der GKV in Auftrag gegebenen „Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse“ vom März 2006 fühlten sich auch nach Einführung des Festzuschuss-Systems rd. 82 Prozent der Befragten vom Zahnarzt umfassend informiert (vgl. PGMM, 2006).

Das Projekt „EbF-Z“ (Begleitende **E**valuation zur Einführung eines Systems **b**efundbezogener **F**estzuschüsse in der **Z**ahnprothetik) ist als methodischer Ergänzungsbaustein einer IDZ-Analyse zu den Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse (vgl. Klingenberger und Micheelis, 2005) entstanden und fokussiert auf die kommunikativen Entscheidungsprozeduren bei realisierten Zahnersatz-Versorgungen.

Detaillierte, bundesweite Erhebungen zur Entscheidungskommunikation bei Zahnersatz-Versorgungen wurden bisher nicht durchgeführt, so dass die vorliegende Studie dieses Forschungsdesiderat beheben und im Sinne **einer Bestandsaufnahme des Entscheidungsverhalten bei Zahnersatz-Versorgungen** aus zahnärztlicher Perspektive erstmalig konkret und detailliert abbilden sollte. Für weitere Forschungsarbeiten auf diesem Feld wird es zusätzlich darauf ankommen, die Patientenseite (vgl. hierzu Abschnitt 2.2) authentisch abzubilden, um möglichst patientennahe und gleichzeitig evidenzbasierte Gesundheitsinformationssysteme für die zahnprothetischen Rehabilitationsmöglichkeiten einer modernen, präventionsorientierten Zahnheilkunde zu generieren.

## 2 Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) als Forschungstopos der Arzt-Patient-Beziehung

### 2.1 Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung

Der Interaktion von Arzt und Patient kommt bei medizinischen Versorgung (Diagnostik, Therapie etc.) zweifellos eine zentrale Rolle zu und zwar gleichermaßen im ambulanten wie auch im stationären Sektor. Wenn selbstverständlich auch andere Berufsgruppen an der praktischen Erbringung medizinischer Dienstleistungen häufig beteiligt sind, so steht doch außer Frage, dass letztlich der „Arzt“ aufgrund seiner fachlichen Ausbildung und seiner gesellschaftlich institutionalisierten Rolle die Verantwortung für das gesundheitliche Wohl seines Patienten in dem jeweils gegebenen Handlungskontext zu tragen hat. Dies schließt keineswegs aus, dass auch der „Patient“ gefordert ist, Verantwortung für seinen Gesundheitszustand zu übernehmen und an der Heilung oder Linderung seiner Gesundheitsstörung aktiv mitzuwirken (Compliance); insofern hat auch der Patient eine Rolle wahrzunehmen, die komplementär auf die Arztrolle bezogen ist. Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons (1970) hat diese **Strukturelemente der Arzt-Patient-Beziehung** zum Ausgangspunkt seiner medizinsoziologischen Analysen gemacht und herausgearbeitet, dass es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung prinzipiell um eine kulturell und gesellschaftlich institutionalisierte Beziehungsform handelt, die über normative Rollenzuweisungen für Arzt und Patient vorgeprägt wird:

„Die Arzt-Patient-Beziehung besteht also im Kern aus den folgenden Strukturelementen: Der Patient bedarf fachkundiger Dienstleistungen, weil weder er noch seine Angehörigen „wissen“, wie die Dinge stehen oder was zu tun ist, und weil er nicht über die erforderlichen Hilfsmittel verfügt. Der Arzt ist ein Fachmann, der auf Grund spezieller Ausbildung und Erfahrung und durch einen institutionell garantierten Status qualifiziert ist, dem Patienten zu „helfen“, und zwar in einer Situation, welche institutionell in einem relativen Sinn als legitim definiert ist und als der Hilfe bedürftig.“ (Parsons, 1970, S. 19)

Damit wird auch deutlich, dass es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung im Kern um eine **strukturell asymmetrische Beziehung** (vgl. Siegrist, 2005) handelt, da in dieser Beziehung ein Experte (Arzt) und ein Laie (Patient) aufeinander treffen. Es sind aber selbstverständlich Bedingungen vorstellbar, die diese Asymmetrie verschärfen oder auch abmildern können. Dabei spielt die **Aktivitäts- und Informationsverteilung** bei der konkreten Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion eine herausragende Rolle.

Die beiden amerikanischen Forscher Thomas S. Szasz und Marc H. Hollender haben bereits vor 50 Jahren in ihrer klassischen Analyse mit dem Titel „A Contribution to the Philosophy of Medicine“ (1956) **drei Basismodelle der Arzt-Patient-Beziehung** beschrieben, die jeweils spezifische Vor- und Nachteile für die Erbringung der ärztlichen Dienstleistung aufweisen und bei unterschiedlichen Krankheitsstadien des Patienten und in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung angebracht sein können:

1. Aktivität – Passivität
2. Führung – Kooperation
3. Wechselseitige Teilhabe

Während das Gestaltungsmuster „Aktivität – Passivität“ dem Arzt (fast) vollständig das aktive Handeln und dem Patienten das passive Hinnehmen/Erdulden zuordnet, ist bei dem Gestaltungsmuster „Führung – Kooperation“ der Arzt in der Rolle, dem Patienten vorzugeben, was zu tun ist, während der Patient gefordert ist, zu kooperieren. Das letztgenannte Interaktionsmuster der „wechselseitigen Teilhabe“ ist schließlich von dem Gedanken getragen, dass es zu einem mehr oder weniger gleichberechtigten und partnerschaftlichen Vorgehen bei der Umsetzung der medizinischen Aufgabe kommt.

Wie oben schon hervorgehoben, darf hier nicht geschlussfolgert werden, dass das eine Interaktionsmodell gleichsam „besser“ als das andere Beziehungsmuster sei, sondern jede dieser Gestaltungsweisen der Arzt-Patient-Beziehung kann nach Situation, Prozess oder Art der Gesundheitsstörung ihr jeweils spezifisches Potential haben bzw. entfalten: Beispielsweise dürfte das Muster „Aktivität – Passivität“ in der Akutmedizin dominieren, während bei chronischen Erkrankungen oder bei Prophylaxemaßnahmen das Muster der „wechselseitigen Teilhabe“ zielführend ist (vgl. Schneller, Micheelis und Mittermeier, 1998); auch können alle drei Modelle für jeweils bestimmte Aspekte nebeneinander vorhanden sein (vgl. Pflanz, 1979). Ferner muss berücksichtigt werden, dass beispielsweise bei **Kinderbehandlungen** oder bei **Behandlungen alter Menschen** den Gestaltungsmöglichkeiten und Beziehungsoptionen häufig „natürliche“ Grenzen gesetzt sind.

Diese klassischen Analysen von Szasz und Hollender zu den „basic models“ der Arzt-Patient-Interaktion aus den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, vor allem eben durch ein verändertes Verständnis der Menschen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit und sicherlich auch durch die vielfältigen Erkenntnisse zur medizinischen Qualitätsförderung eine erneute Aufmerksamkeit erlangt. Speziell unter dem Begriff des „**Shared Decision-Making**“ (**SDM**) hat sich nunmehr eine eigene Forschungsrichtung etabliert, die aus unserer Sicht einige wesentliche Bezugspunkte zu dem obigen Interaktionsmodell der „wechselseitigen Teilhabe“ aufweist.

Nach einer Definition von Charles, Gafni und Whelan (zitiert nach Scheibler und Pfaff, 2003, S. 11) liegt das Modell des Shared Decision-Making (SDM) vor, wenn folgende vier Bedingungen gegeben sind:

1. SDM verlangt mindestens zwei Teilnehmer: den Arzt und den Patienten.
2. Beide Teilnehmer partizipieren am Prozess der Entscheidungsfindung.
3. Gegenseitige Bereitstellung von Information ist eine Voraussetzung des SDM.
4. Beide Teilnehmer sind mit der getroffenen Behandlungsentscheidung einverstanden und bereit, sie aktiv umzusetzen.

Wie aus dieser Definition ersichtlich wird, fokussiert das SDM-Modell also vor allem die Entscheidungsfrage (zu diagnostischen und/oder therapeutischen Prozeduren) in der Arzt-Patient-Beziehung und hebt dabei darauf ab, dass nicht nur die entsprechende Entscheidung gemeinsam gefällt wird, sondern, dass sowohl Arzt als auch

Patient gleichermaßen aktiv an der Umsetzung beteiligt sind (vgl. auch Scheibler, 2004).

Unter Einbezug der oben skizzierten Grundelemente der Arzt-Patient-Beziehung wird man sagen können, dass das SDM-Modell gleichsam zwischen den Extremen einer **paternalistischen Arztentscheidung** und einer **informierten Patientenentscheidung** liegt (vgl. Siegrist, 2005) und damit einen wesentlichen Beitrag zur Abmilderung der sozialen Asymmetrie leisten kann. Und dass ein solches Kommunikationsmuster nicht nur negative Gefühle und Ängste bei den Patienten reduzieren kann, sondern auch einen günstigen Einfluss auf klinische Endpunkte bei der Behandlung der Erkrankung nimmt, konnte grundsätzlich in einer ganzen Reihe von Studien aufgezeigt werden (vgl. Scheibler und Pfaff, 2003).

Insgesamt zeigt das **SDM-Modell** eine „philosophische“ Verwandtschaft mit dem Modell der „wechselseitigen Teilhabe“ (siehe hierzu oben), wobei bei dem SDM-Modell allerdings sehr viel stärker auf den Aspekt der Informationsverteilung und des Informationsaustausches im Sinne von **Sachinformationen in der Arzt-Patient-Beziehung** abgestellt wird. Demgegenüber scheint uns das Beziehungsmodell der „wechselseitigen Teilhabe“ von Szasz und Hollender vom Ansatz her umfassender, ganzheitlicher angelegt zu sein, bei dem sowohl sachliche (kognitive Dimension) wie auch einfühlende Aspekte (emotionale Dimension) gleichermaßen eine Rolle spielen. Und dieser breitere Ansatz gewinnt nicht zuletzt auch dadurch Relevanz, dass anders als in sonstigen Dienstleistungsbereichen die ärztliche Dienstleistung strukturell vor folgende Aufgabe gestellt ist:

„Der Arzt dagegen befasst sich mit menschlichen Wesen, und zwar in einer Weise, welche oft die ‚Intimsphäre‘ berührt; seine Arbeit dringt in Dinge ein, die stark affektiv geladen und von großer expressiv-symbolischer Bedeutung sind und die häufig in besonderem Maße dem ‚Privatbereich‘ des Individuums selbst und seiner persönlichen Beziehungen mit anderen zugerechnet werden“ (Parsons, 1970, S. 30).

Der entscheidende Vorteil des Modells von Shared Decision-Making liegt unseres Erachtens darin begründet, dass mit dem Theorieansatz die kommunikativen Abläufe zwischen Arzt und Patient ganz in das Zentrum der Betrachtung gerückt werden und der Stellenwert der Information im Kontext von Diagnose, Therapie bzw. Therapiealternativen und Prognose klar umschrieben wird. Damit werden Risikokommunikation und die Verlässlichkeit der medizinischen Wissensgrundlagen zweifellos zu Schlüsselthemen im SDM-Modell (vgl. Klemperer, 2005).

## 2.2 Partizipative Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive

Aus Sicht des Patienten kann ein Mehr an SDM-Elementen in der Arzt-Patient-Beziehung ein sehr wirkungsvoller Schritt sein, um einen Zuwachs an **Patientensouveränität** (empowerment) zu erlangen und selbstbewusster über den Behandlungsprozess und mögliche Therapiealternativen mitzuentcheiden. Gerade vor dem Hintergrund der modernen Möglichkeiten der Informationssuche durch Internet, Gesundheitsportale, Zweitmeinungsmodelle, evidenzbasierte Patientenleitlinien und an-

dere Quellen mehr gewinnt der Patient durch das SDM-Modell einen Weg, im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation diese Informationen aufzuarbeiten und zu gewichten. Insbesondere **subjektive Kosten-Nutzen-Abwägungen** zu Therapiealternativen (Beispiel: Versorgungsmöglichkeiten mit Zahnersatz) können auf diese Weise gemeinsam mit dem Arzt/Zahnarzt erarbeitet werden. Patientenzufriedenheit und Lebensqualität erhalten damit eine neue Plattform.

### 2.3 Partizipative Entscheidungsfindung aus Arztperspektive

Aus Sicht des Arztes bedeutet die Praktizierung des SDM-Modells zunächst einmal eine **Erhöhung des Gesprächsaufwandes** mit dem Patienten, um gemeinsam die verschiedenen Informationsquellen zu besprechen, Informationsbewertungen vorzunehmen und Kosten-Nutzen-Kalküle zu diskutieren. Der wohl entscheidende Vorteil liegt aber für den Arzt/Zahnarzt darin, dass er die Last der Entscheidung über manche diagnostische und/oder therapeutische Prozeduren nicht alleine tragen muss und dass in der Regel auch die **Compliance des Patienten** deutlich ansteigen dürfte. Auch die Patientenzufriedenheit dürfte nach einer gemeinsam getroffenen Therapieentscheidung in der Regel größer sein als wenn „top down“ ärztlicherseits etwas angeordnet wird. Dass darüber hinaus klinische Therapieerfolge positiv beeinflusst werden, wenn die Erwartungen des Patienten mit berücksichtigt werden, haben eine Reihe von Studien von „context effects on health outcomes“ verdeutlicht (Di Blasi et al., 2001).

Der Nutzen des SDM-Modells aus Arztsicht dürfte insofern in einem **Mehr an Berufszufriedenheit** liegen, wobei gesehen werden muss, dass Kommunikationsstile und Kommunikationsstrategien einer gewissen Schulung bedürfen, um eine optimale Gesprächssituation in der Arzt-Patient-Beziehung strukturieren zu können. Eine Grenze des SDM-Modells ist selbstverständlich immer da gegeben, wo klinische Notwendigkeiten berührt sind, die direkt mit der ärztlichen Berufsrolle in der Gesellschaft verknüpft sind; und auch nicht jeder Patient ist willens oder objektiv in der Lage, an einer partizipativen Entscheidungsfindung mitzuwirken.

## 3 Studiendesign

Die Teilnehmer am EbF-Z-Projekt wurden über eine im September 2005 in den Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) geschaltete Aufrufkampagne gewonnen. Insgesamt 280 niedergelassene Zahnärzte bekundeten im Verlaufe des September 2005 ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung. Im Oktober 2005 wurden sog. „Tagebücher“ – bestehend aus einem Stamblatt zur Erfassung der Strukturdaten der jeweiligen Zahnarztpraxis sowie jeweils 20 Patientenbögen zur Dokumentation des zahnärztlichen Beratungsprozesses – an die Teilnehmer verschickt mit der Bitte, keine Auswahl nach „großen“ oder „kleinen“ prothetischen Versorgungsvorhaben vorzunehmen, sondern die im IV. Quartal 2005 erfolgten Zahnersatzeingliederungen so zu dokumentieren, wie sie in der Praxis kontinuierlich angefallen sind. Die Feldphase wurde nach einem einmaligen Recall Mitte Februar 2006 abgeschlossen, die Datenerfassung in SPSS erfolgte im Zeitraum Januar/Februar 2006.



Das ausgefüllte Tagebuch wurde von **211 Zahnärzten** aus allen 16 Bundesländern zurück gesendet; die Ausschöpfungsquote der Freiwilligenstichprobe betrug 75,4 Prozent. Insgesamt konnten bei der vorliegenden Analyse **3.668 verwertbare Patientendokumentationen** berücksichtigt werden. Das entspricht durchschnittlich 17 Dokumentationen je Zahnarzt.

### 3.1 Strukturabgleich der EbF-Z-Stichprobe mit der Grundgesamtheit

Zur **Kontrolle der Repräsentativität** wurde ein Strukturabgleich zwischen der Freiwilligenstichprobe und der Grundgesamtheit aller Vertragszahnärzte in eigener Praxis vorgenommen. Hierzu wurden die Angaben aus dem Praxisstamtblatt zu Alter und Geschlecht des Zahnarztes sowie der Praxisform mit den statistischen Kenngrößen aus dem Zahnärztereister als der maßgeblichen Referenzstatistik verglichen.

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass ein überproportionaler Anteil an Frauen an der Befragung teilgenommen hat. Diese statistische Abweichung ist indes gut kontrollierbar, zumal weibliche und männliche Zahnärzte keine signifikanten Unterschiede in ihrem Kommunikationsverhalten zeigten (vgl. Abschnitt 4.5.2).

Tabelle 1: Geschlechterverteilung		
Geschlecht	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 211	N = 53.706
	%	%
Männlich.....	49,8	63,3
Weiblich .....	50,2	36,7
Summe.....	100,0	100,0

Tabelle 2: Altersverteilung		
Altersgruppen	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 211	N = 53.706
	%	%
Unter 35 Jahre .....	5,2	8,2
35 bis unter 45 Jahre.....	37,0	36,1
45 bis unter 55 Jahre.....	37,4	34,0
55 bis unter 65 Jahre.....	19,9	20,1
65 Jahre und älter .....	0,5	1,6
Summe.....	100,0	100,0

Eine vergleichende Betrachtung der soziodemographischen Struktur zwischen der realisierten Stichprobe und der entsprechenden Grundgesamtheit im Sinne einer Nettovalidierung lässt erkennen, dass im Hinblick auf die **Einflussgrößen Alter** (vgl. Tabelle 2) und **Praxisform** (vgl. Tabelle 3) keine durchgängig größeren Abweichungen festgestellt werden konnten, wenngleich in der EbF-Z-Stichprobe der Anteil von Zahnärzten in einer Gemeinschaftspraxis höher lag.

Tabelle 3: Verteilung nach Praxisform		
Praxisformen	Stichprobe	Grundgesamtheit
	n = 211 %	N = 53.706 %
Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft .....	75,8	82,8
Gemeinschaftspraxis .....	24,2	17,2
Summe.....	100,0	100,0

### 3.2 Itembatterie zur Abfrage der partizipativen Entscheidungsfindung aus Arztsicht

Kernfrage der vorliegenden empirischen Untersuchung ist Frage 3 des Dokumentationsbogens (vgl. Abbildung 1 und Anhang). Mit einer **aus sechs Fragen bestehenden Itembatterie** sollten die befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte den Ablauf des durchgeführten Beratungsprozesses aus ihrer Sicht dokumentieren und ihr eigenes ärztliches Verhalten im Gespräch mit dem Patienten beurteilen und entsprechend auf einer Fünferskala einordnen.

Die verwendete Itembatterie ist in der wissenschaftlichen Literatur gut verankert und wird in dieser Form beispielsweise in dem Projekt „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann Stiftung angewendet. In diesem seit 2001 regelmäßig durchgeführten Gesundheitssurvey werden sowohl niedergelassene Ärzte als auch Versicherte zur ambulanten Versorgung befragt (vgl. Floer et al., 2004).

Die Frageformulierungen der obigen Itembatterie sollen die gesamte Bandbreite des individuellen zahnärztlichen Informationsverhaltens abdecken, d.h. sowohl „**passiv**“ **aufzunehmende** als auch „**aktiv**“ **zu gestaltende Informationsweisen** einbeziehen. Eine angemessene Darstellung des komplexen Kommunikationsprozesses zwischen Zahnarzt und Patient über diese vielfältigen Dimensionen hinweg ist naturgemäß nicht einfach. In der vorliegenden Untersuchung wurde zur statistischen Darstellungskomprimierung ein „**Gesamindex zur Erfassung der Kommunikationsintensität**“ gewählt.

3. Wie lief der Beratungsprozess für die letztlich gewählte prothetische Versorgung ab? Bitte kreuzen Sie auf der Skala an.					
	trifft sehr stark zu	trifft stark zu	teils-teils	trifft weniger stark zu	trifft eher nicht zu
Habe dem Patienten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungen erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Behandlungsalternativen vorgeschlagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe die Vorstellungen des Patienten einbezogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten aufgefordert, Fragen zu stellen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Infomaterial mitgegeben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten zur Nutzung anderer Informationsquellen ermuntert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abbildung 1: Itembatterie zur Abfrage der partizipativen Entscheidungsfindung aus Arztsicht**

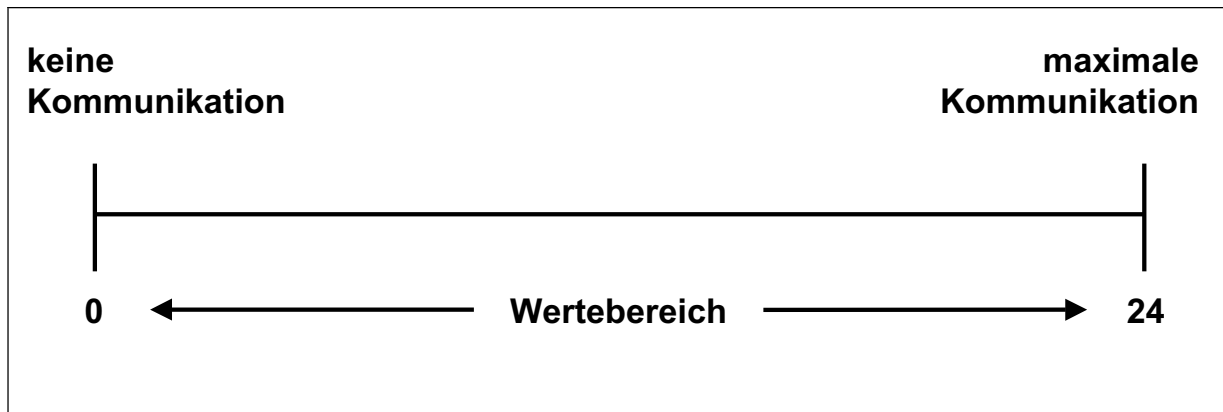
### 3.3 Additive Indexbildung der Subindikatoren zum Kommunikationsverhalten

Unter einem Index wird die Zusammenfassung von mehreren Einzelindikatoren zu einer neuen Variablen verstanden. Indizes werden insbesondere dann verwendet, wenn es gilt, komplexe Begriffe – wie hier den Begriff der „Kommunikation“ – empirisch handhabbar zu machen. Die Indexbildung stellt kein Datenerhebungs- oder Messverfahren, sondern ein spezielles **Auswertungsverfahren** dar (vgl. Schnell, Hill und Esser, 2005).

Die Zusammenfassung der Einzelindikatoren kann generell über multiplikative Indizes oder aber über (gewichtete oder ungewichtete) additive Indizes erfolgen. Da die Antwortmuster zu den sechs Fragen der verwendeten Itembatterie mit jeweils gleichen Gewichten in den zu bildenden Index einfließen sollten, wurde ein **ungewichteter additiver Index** zugrunde gelegt. In additiven Indizes werden die einzelnen Ausgangsvariablen aufsummiert (addiert). Voraussetzung ist, dass die Indikatoren alle denselben Wertebereich besitzen. Kennzeichnend für additive Indizes ist, dass sich unterschiedliche Werte in den verschiedenen Indikatoren gegenseitig ausgleichen können.

Im Rahmen des EbF-Z-Projekts waren die sechs Fragen der Itembatterie auf einer codierten Fünferskala zu beantworten, wobei der Wertebereich der einzelnen Antworten jeweils von 0 („trifft eher nicht zu“) bis 4 („trifft sehr stark zu“) reicht. Die Addition der den Antworten jeweils zugewiesenen Rangordnungswerte ergibt den „Gesamtindex zur Erfassung der Kommunikationsintensität“, dessen theoretischer Wertebereich von 0 bis 24 reicht.

tebereich sich von 0 (sämtliche Fragen mit „trifft eher nicht zu“ beantwortet) bis 24 (alle sechs Fragen mit „trifft sehr stark zu“ beantwortet) erstreckt (vgl. Abbildung 2).



**Abbildung 2: Gesamtindex zur Erfassung der Kommunikationsintensität**

Mit dem auf diese Weise errechneten Index erhält man eine prägnante Maßzahl für das Kommunikationsverhalten und die Beratungsintensität im individuellen Zahnarzt-Patient-Verhältnis. Die im empirisch-deskriptiven Teil der Untersuchung (vgl. Kapitel 4) jeweils als sog. „Kommunikationsindex“ (KI) ausgewiesenen Werte wurden alle auf die beschriebene Weise additiv ermittelt. Die in praxi errechneten Kommunikationsindizes lagen mit ihren arithmetischen Mittelwerten je nach Sachverhalt zwischen 6,3 (bei Reparaturen) und 19,1 (bei Implantaten). Um die Frage zu klären, ob die auftretenden Mittelwertunterschiede auf zufälligen Schwankungen beruhen oder nicht, wurden die Werte statistischen nicht-parametrischen Testverfahren unterzogen (paarweiser U-Test nach Mann und Whitney).

## 4 Empirische Muster des kommunikativen Beratungsprozesses

### 4.1 Differenzierung nach Therapieform

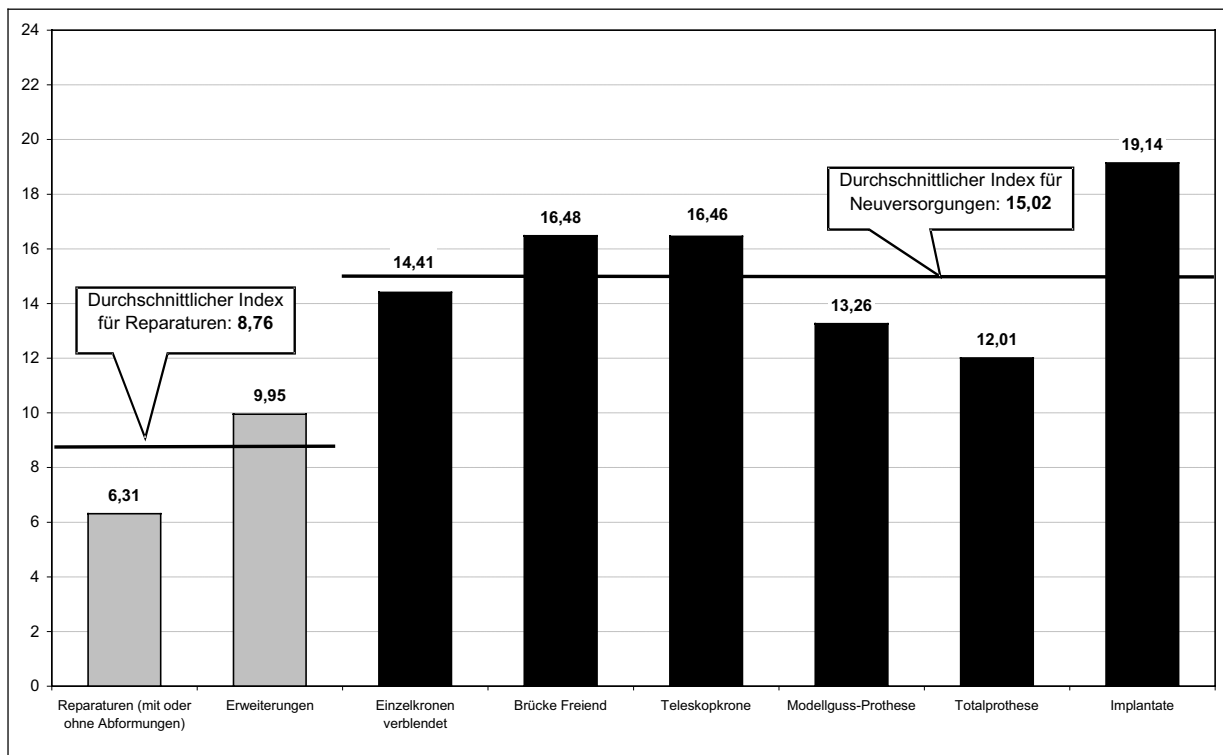
Eine differenzierte Auswertung des empirischen Materials nach der jeweils vorliegenden Therapieform erscheint sinnvoll, weil mit einiger Plausibilität davon ausgegangen werden kann, dass der individuelle Umfang der Therapie sowie das Vorhandensein von Therapiealternativen in der Praxis einen erheblichen Einfluss auf den konkreten Ablauf der Zahnarzt-Patient-Kommunikation haben. Dies zeigt sich besonders deutlich, wenn man zwischen Reparaturen und Neuversorgungen unterscheidet. Im Falle von **Neuversorgungen wird vom Zahnarzt** deutlich intensiver beraten als bei anstehenden Reparaturen.

Der Gesamtindex zur Erfassung der Kommunikationsintensität weist für **Reparaturen** (inkl. Abformung, Erweiterung, Unterfütterung oder Rezementierung) von bereits vorhandenen prothetischen Versorgungen einen durchschnittlichen Indexwert von

8,76 aus, während der Indexwert bei den Neuversorgungen deutlich höher liegt, nämlich bei durchschnittlich 15,02 (vgl. Abbildung 3).

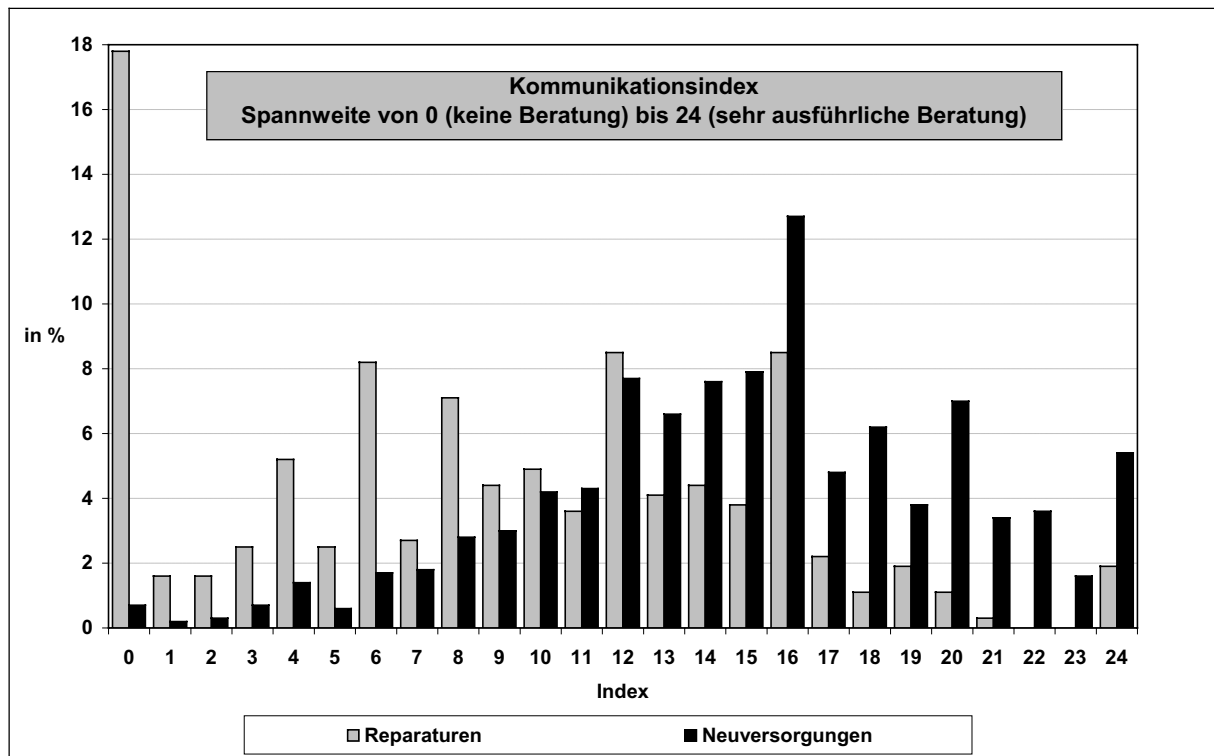
Differenziert man zudem innerhalb der beiden Blöcke „Reparaturen“ und „Neuversorgungen“ zwischen spezifischen Therapieformen, so variiert der jeweilige Kommunikationsindex wiederum deutlich. Am geringsten wird der Beratungs- und Entscheidungsbedarf bei den Reparaturen im engeren Sinne (mit oder ohne Abformung) eingeschätzt. Der errechnete Kommunikationsindex (KI) betrug 6,31. Bei Erweiterungen der vorhandenen Zahnprothese wurde im Einzelfall hingegen schon deutlich mehr Beratungsbedarf gesehen. Hier lag der KI bei durchschnittlich 9,95.

Bei den **Neuversorgungen** zeigte sich, dass der Beratungsbedarf bei Totalprothesen (KI: 12,01), Modellguss-Prothesen (KI: 13,26) und Einzelkronen (KI: 14,41) geringer eingeschätzt wurde im Vergleich zu der Versorgung mit Teleskopkronen (KI: 16,46) sowie mit Brücken, hier insbesondere bei Vorliegen einer Freundsituation (KI: 16,48). Besonders ausführlich wurden die Patienten im Falle einer therapeutischen Versorgung mit Implantaten (KI: 19,14) informiert.



**Abbildung 3: Kommunikationsindizes ausgewählter Therapieformen**

In der graphischen Darstellung zeigt die empirische Häufigkeitsverteilung für die Reparaturen eine rechtsschiefe (bzw. linkssteile) Form, während sich für die Neuversorgungen eine leichte linksschiefe (bzw. rechtssteile) Gestalt ergibt (vgl. Abbildung 4). Die Unterschiede im Kommunikationsverhalten bei den beiden Therapieformen Reparaturen und Neuversorgungen waren hoch signifikant (U-Test:  $p = 0,000$ ).



**Abbildung 4: Kommunikationsindex – Häufigkeitsverteilung, differenziert nach Neuversorgungen und Reparaturen**

## 4.2 Differenzierung nach Versorgungsform

Während mit dem Begriff der Therapieform eine Differenzierung der prothetischen Behandlung aus einer zahnmedizinischen Perspektive erfolgt, stellt der Begriff der Versorgungsform demgegenüber auf eine versicherungsrechtliche Einordnung der erfolgten prothetischen Behandlung ab. Generell kann zwischen der sogenannten Regelversorgung, der gleichartigen Versorgung und der andersartigen Versorgung differenziert werden. Die Unterschiede bestehen in der Art der zahnmedizinischen Ausführung (Therapieform), den Honorarregelungen und dem Abrechnungsverfahren.

Die Grundsätze der **Regelversorgung** sind in § 56 SGB V geregelt. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Die Regelversorgung entspricht im Wesentlichen den Vertragsleistungen, die bis zum 31. Dezember 2004 gewährt wurden. Der befundbezogene Festzuschuss soll 50 Prozent der statistischen Durchschnittskosten für die Regelversorgung abdecken. Die Vergütung für die durchgeführte Regelversorgung richtet sich gemäß § 87 Abs. 2, 2d SGB V nach dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema). Die Abrechnung der Festzuschüsse erfolgt über die KZV, während die über die Festzuschüsse hinausgehenden Kosten direkt mit dem Patienten abgerechnet werden.

Eine **gleichartige Versorgung** im Sinne des § 55 Abs. 4 SGB V liegt vor, wenn diese die Regelversorgung beinhaltet, jedoch zusätzliche Versorgungselemente wie z. B. zusätzliche Brückenglieder sowie zusätzliche und andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist (sog. Add-on-Leistungen). Wählt der Versicherte gleichartigen Zahnersatz, so erhält er den Festzuschuss für die Regelversorgung und hat die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen. Diese Mehrkosten werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet und dem Versicherten in Rechnung gestellt. Die Abrechnung des Festzuschusses erfolgt über die KZV.

Eine **andersartige Versorgung** im Sinne des § 55 Abs. 5 SGB V liegt vor, wenn diese die für den jeweiligen Befund festgelegte Regelversorgung nicht beinhaltet. Dies bedeutet, dass implantatgestützter Zahnersatz grundsätzlich als andersartiger Zahnersatz anzusehen ist. Bei andersartigem Zahnersatz erfolgt die Abrechnung nach der GOZ direkt mit dem Patienten. Er erhält – wie bei einer Regelversorgung auch – einen Festzuschuss von seiner Krankenkasse, in diesem Falle jedoch auf dem Wege der Kostenerstattung, d. h. es erfolgt keine Abrechnung über die KZV.

Da der vom Patienten zu zahlende Eigenanteil je nach gewählter Versorgungsform variiert und eine über die Regelversorgung hinausgehende Therapie für den Patienten mit Mehrkosten verbunden ist, kann bei Therapien, die der gleich- oder andersartigen Versorgung zugeordnet werden können, in der Regel von einem entsprechend höheren Beratungsbedarf des Patienten ausgegangen werden. Dieser Sachverhalt wird durch die nachfolgenden Ergebnisse gestützt, d.h. die vom Kommunikationsindex widergespiegelte Beratungsintensität ist bei im Rahmen der Regelversorgung erfolgten Therapien geringer als bei der gleichartigen Versorgung, während die Beratungsintensität bei der andersartigen Versorgung am höchsten ist (vgl. Tabelle 4).

<b>Tabelle 4: Beratungsintensität in Abhängigkeit von der Versorgungsform</b>	
	Kommunikationsindex
Regelversorgung (n = 1.309).....	13,65
Gleichartige Versorgung (n = 1.436).....	15,60
Andersartige Versorgung (n = 371) .....	17,58

Der Zusammenhang zwischen der Versorgungsform und der Höhe der Kommunikationsindizes erwies sich wiederum als hoch signifikant (paarweiser U-Test jeweils:  $p = 0,000$ ).

### **4.3 Differenzierung nach Höhe und Struktur der Gesamtkosten**

Mit dem Umfang einer zahnmedizinischen Maßnahme steigen in der Regel auch die Gesamtkosten, die mit der Behandlung verbunden sind. Bei einer Klassierung der Gesamtkosten in drei Gruppen zeigt sich ein sukzessiver Anstieg der Beratungsintensität.

intensität in **Abhängigkeit von der Kostenhöhe** (vgl. Tabelle 5). Der Zusammenhang zwischen der Höhe der Gesamtkosten und der Beratungsintensität ist wiederum hoch signifikant (paarweiser U-Test jeweils:  $p = 0,000$ ).

Neben der Höhe der Gesamtkosten ist auch deren Struktur von Interesse, da hieraus unterschiedliche Mehrkosten für den Patienten entstehen können. In der Struktur der Gesamtkosten spiegelt sich zunächst die versicherungsrechtliche Einordnung der zahnmedizinischen Behandlung wider (vgl. hierzu Abschnitt 4.2). Ob die Behandlung innerhalb der Regelversorgung stattfindet oder teilweise bzw. ganz außerhalb der Regelversorgung erfolgt, ist u. a. daran abzulesen, ob der Zahnarzt seine erbrachten Leistungen nach dem für die Behandlung von Kassenpatienten geltenden „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen“ (Bema) oder nach der privatärztlichen „Gebührenordnung für Zahnärzte“ (GOZ) abrechnet. Erhält der Patient andersartigen Zahnersatz, so ist allein die GOZ als Abrechnungsgrundlage maßgebend. Im Falle einer gleichartigen Versorgung sind lediglich die Mehrkosten nach der GOZ abrechnungsfähig, während in der Regelversorgung allein der Bema Abrechnungsgrundlage ist.

<b>Tabelle 5: Beratungsintensität in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtkosten</b>	
	Kommunikationsindex
Gesamtkosten < 1.000 Euro (n = 1.487).....	14,11
Gesamtkosten zwischen 1.000 und 4.999 Euro (n = 1.523).....	15,75
Gesamtkosten von 5.000 Euro und mehr (n = 86) .....	18,15

In der Praxis können bei der Einstufung einer Behandlung nach der jeweils relevanten Versorgungsform Unschärfen auftreten, weshalb eine Kontrolle der Einstufung anhand der abgerechneten Bema- und GOZ-Ziffern ratsam ist.

Die Ergebnisse entsprechen mit geringen Abweichungen denen aus Abschnitt 4.2 (vgl. Tabelle 4). Im Vorfeld einer zahnmedizinischen Behandlung, die teilweise nach der Gebührenordnung für Zahnärzte mit anteiligem privatärztlichem Honorar (Liquidation nach der Gebührenordnung für Zahnärzte, GOZ) berechnet wird, erfolgt eine intensivere Beratung als in den Fällen, in denen kein zahnärztliches Honorar nach der GOZ liquidiert wird (vgl. Tabelle 6).

Die intensivste Beratung wurde in den reinen privatärztlichen Behandlungen (ohne Bema-Honoraranteil) durchgeführt. Der Zusammenhang zwischen der Beratungsintensität und dem GOZ-Anteil bzw. dem Bema-Anteil an den Gesamtkosten ist wiederum hoch signifikant (paarweiser U-Test jeweils:  $p = 0,000$ ).

Die Höhe des jeweiligen Anteils der Material- und Laborkosten an den Gesamtkosten hat demgegenüber keinen erkennbaren Einfluss auf die Beratungsintensität (U-Test:  $p = 0,376$ ). Entscheidend ist vielmehr die absolute Höhe der Material- und Laborkosten.



**Tabelle 6: Beratungsintensität in Abhängigkeit von der Struktur der Gesamtkosten**

	Kommunikationsindex
Rechnung ohne anteiliges GOZ-Honorar (n = 1.186) .....	13,67
Rechnung mit anteiligem GOZ-Honorar (n = 1.908) .....	15,87
Rechnung ohne anteiliges Bema-Honorar (n = 299).....	17,31
Rechnung mit einem M+L-Kostenanteil < 60 Prozent (n = 1.555).....	14,89
Rechnung mit einem M+L-Kostenanteil > 60 Prozent (n = 1.539).....	15,16

#### 4.4 Differenzierung nach Höhe der Eigenbeteiligung der Patienten an den Gesamtkosten

Für den Patienten verdichtet sich die Frage nach einer preiswerten zahnprothetischen Versorgung primär auf den Aspekt der von ihm zu tragenden Eigenbeteiligung, da der vom Kostenträger (Krankenkasse) zu zahlende Anteil für den einzelnen Versicherten keine merkliche Belastungswirkung hat. Die Suche nach potentiellen Einsparmöglichkeiten ist für den Patienten mit Aufwand (Informationskosten) verbunden, der umso lohnender erscheint, je höher die **zu erwartende Eigenbeteiligung** ist. Insofern ist zu vermuten, dass die Beratungsintensität mit der Höhe der Eigenbeteiligung des Patienten ansteigt (vgl. Tabelle 7).

Die Zusammenschau der Ergebnisse in Tabelle 7 verdeutlicht den engen und hoch signifikanten Zusammenhang zwischen der Beratungsintensität und der Höhe des vom Patienten zu tragenden Eigenanteils. Im paarweisen U-Test wird das Signifikanzniveau praktisch durchgängig erreicht.<sup>1</sup> Die vom Zahnarzt angebotenen bzw. vom Patienten abgefragten Informationen nehmen mit der Höhe der ökonomischen Belastung sukzessive zu. Eine geringere Beratungsintensität ist in den Fällen zu erkennen, in denen der Patient keine Eigenbeteiligung zu tragen hat, während ab einer Eigenbeteiligung von mehr als 1.000 Euro deutlich intensiver beraten wird.

<sup>1</sup> Nicht signifikant waren lediglich die Paarungen keine Eigenbeteiligung/Eigenbeteiligung bis 200 Euro: p = 0,335; Eigenbeteiligung 201 bis 400 Euro/401 bis 600 Euro: p = 0,009 sowie Eigenbeteiligung 401 bis 600 Euro/601 bis 1.000 Euro: p = 0,147.

Tabelle 7: Beratungsintensität in Abhängigkeit von der Höhe der Eigenbeteiligung	
	Kommunikationsindex
Keine Eigenbeteiligung des Patienten (n = 289) .....	12,53
Eigenbeteiligung des Patienten zwischen 1 und 200 Euro (n = 442) .....	14,07
Eigenbeteiligung des Patienten zwischen 201 und 400 Euro (n = 712).....	14,15
Eigenbeteiligung des Patienten zwischen 401 und 600 Euro (n = 388).....	14,88
Eigenbeteiligung des Patienten zwischen 601 und 1.000 Euro (n = 499).....	15,53
Eigenbeteiligung des Patienten zwischen 1.001 und 2.000 Euro (n = 493)..	16,60
Eigenbeteiligung des Patienten über 2.000 Euro (n = 264).....	17,96
Härtefall (n = 473).....	13,34
Kein Härtefall (n = 2.555).....	15,34
Patient verfügt über private Zahnzusatzversicherung (n = 274) .....	16,78
Patient verfügt über keine private Zahnzusatzversicherung (n = 2.678).....	14,90

Da Eigenbeteiligungsregelungen bei geringem Haushaltseinkommen eine (unüberwindbare) Nutzungsbarriere darstellen können, gewähren die Krankenkassen für sozial schwache Personengruppen nach den gesetzlichen Vorgaben des § 55 Abs. 2 SBG V (sog. Härtefall- und Überforderungsklausel) zusätzliche Leistungen, maximal in Höhe des doppelten Festzuschusses. Sog. **Härtefall-Patienten** haben für eine im Rahmen der Regelversorgung durchgeführte zahnprothetische Behandlung somit keine Eigenbeteiligung zu entrichten. Wird vom Härtefall-Patienten eine gleich- oder andersartige Versorgung gewählt, so muss er die Mehrkosten tragen.

Laut den vorliegenden Daten aus dieser Stichprobenerhebung entschieden sich etwa 70 Prozent der Härtefall-Patienten für eine Behandlung innerhalb der Regelversorgung, bei allen anderen Patienten waren es lediglich 37 Prozent. Ein Großteil der Härtefall-Patienten hatte insofern keine oder nur eine geringe Eigenbeteiligung zu tragen. Der Kommunikationsindex verdeutlicht, dass die Beratung von Härtefall-Patienten (KI: 13,34) im Vergleich zu allen anderen Patienten (KI: 15,34) weniger intensiv war (U-Test:  $p = 0,000$ ). Hierbei dürfte auch eine Rolle spielen, dass 46,8 Prozent der Härtefall-Patienten über einen eher geringen Bildungsgrad verfügen, während im Gesamtdurchschnitt deutlich weniger Patienten, nämlich ein Anteil von 17,3 Prozent, zu den geringer Gebildeten zählen. Dem Bildungsstatus des Patienten kommt eine wesentliche Rolle bei der Informationsvermittlung zwischen Zahnarzt und Patient zu (vgl. Abschnitt 4.6.3).

Abgesehen von der Härtefallregelung haben die Patienten eine weitere Möglichkeit, die Belastung durch Eigenbeteiligungsregelungen zu reduzieren, nämlich durch den Abschluss einer sog. **Privaten Zahnzusatzversicherung**. Private Zahnzusatzversicherungen sollen die Leistungslücken des gesetzlichen Versicherungsschutzes

schließen; die Eigenbeteiligung des Patienten ist bei Vorliegen einer solchen Zahnzusatzversicherung insofern – ähnlich wie bei den Härtefall-Patienten – ceteris paribus deutlich geringer.

Analog zu den Härtefällen könnte auf den ersten Blick daher wiederum eine geringere Beratungsintensität bei privat zusatzversicherten Patienten vermutet werden. Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, lässt sich hier indes eine gegenläufige Wirkung erkennen, d. h. die Existenz einer privaten Zahnzusatzversicherung hat, trotz vergleichsweise geringerer Eigenbeteiligung der Patienten, eine deutliche Beratungsintensivierung zur Folge (U-Test:  $p = 0,000$ ).

Eine mögliche Ursache für dieses auffällig abweichende Muster wird deutlich, wenn man sich anschaut, welche Personengruppen eine private Zahnzusatzversicherung abschließen. In der Gruppe der eher geringer Gebildeten verfügten lediglich 4,6 Prozent über einen entsprechenden ergänzenden Versicherungsschutz, während der Anteil der privat Zusatzversicherten in der Gruppe mit hohem Bildungsstatus 14,9 Prozent betrug. Dennoch vermag die Bildungsvariable das abweichende Muster nur unzureichend zu erklären, da der Kommunikationsindex in allen drei Bildungsgruppen (geringer, mittel und höher gebildet) bei Existenz einer privaten Zusatzversicherung höher liegt.

Eher ins Bild passt die Erklärung, dass die **private Zusatzversicherung dem Patienten** und somit auch dem Zahnarzt eine Vielzahl an Therapiealternativen jenseits der Regelversorgung eröffnet, und dies weitgehend ohne finanzielle Restriktionen. Der höhere Beratungsbedarf ist also mit dem vergleichsweise umfassenderen Spektrum an Therapieoptionen zu erklären, aus denen der Privatzusatzversicherte auswählen kann. Mehrheitlich wählen die privat zusatzversicherten Patienten eine aufwändigere Versorgung, weshalb die Gesamtkosten und damit auch die Eigenbeteiligung (vor Kostenerstattung durch den privaten Krankenversicherer) in dieser Gruppe deutlich höher ausfallen. Die durchschnittlichen Gesamtkosten lagen bei den privat Zusatzversicherten 32,4 Prozent über dem Gesamtdurchschnitt, die resultierende Eigenbeteiligung war um 56,3 Prozent höher.

Als weitere Ursache für die intensivere Beratung von privatzusatzversicherten Patienten kann der Einfluss der privaten Krankenversicherungsunternehmen als sog. „ergänzenden Sachwaltern“ in Betracht gezogen werden. Die zusätzliche Leistungspflichtprüfung der PKV-Unternehmen erfolgt weitgehend unabhängig von den Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und dürfte die versicherungsrechtlichen Anforderungen an das Beratungsgespräch insofern noch erhöhen.

#### 4.5 Kommunikationsmuster nach zahnarztseitigen Merkmalen

Im Folgenden wird analysiert, inwieweit Unterschiede bezüglich des Kommunikationsmusters zwischen Zahnarzt und Patient auf zahnartzspezifische Merkmale (Alter, Geschlecht, Praxisgröße, Praxisform) zurückgeführt werden können.

#### 4.5.1 Differenzierung nach Alter

Vor allem die **jüngeren Zahnärzte** (unter 35 Jahre) legen überdurchschnittlich hohen Wert auf eine umfassende Beratung des Patienten (KI: 16,70) (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Beratungsintensität – differenziert nach dem Alter des Zahnarztes	
	Kommunikationsindex
Unter 35 Jahre (n = 11) .....	16,70
35 bis unter 45 Jahre (n = 77).....	15,38
45 bis unter 55 Jahre (n = 79).....	14,86
55 Jahre bis unter 65 Jahre (n = 41).....	15,23

Eine eindeutige Korrelation zwischen der Intensität der zahnmedizinischen Beratung und dem Alter des Zahnarztes konnte gleichwohl nicht bestätigt werden (U-Test für die Paarung unter 35 Jahre/35 Jahre und älter:  $p = 0,328$ ).

#### 4.5.2 Differenzierung nach Geschlecht

Der Kommunikationsindex der männlichen Zahnärzte war mit 15,38 nur unwesentlich höher als der Wert ihrer Kolleginnen, der bei 15,08 lag (U-Test:  $p = 0,860$ ). Weibliche und männliche Zahnärzte zeigten mithin **keine signifikanten Unterschiede** in ihrem Kommunikationsverhalten (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Beratungsintensität – differenziert nach dem Geschlecht des Zahnarztes	
	Kommunikationsindex
Weiblich (n = 106) .....	15,08
Männlich (n = 103).....	15,38

#### 4.5.3 Differenzierung nach Praxisform

Bei einer differenzierten Betrachtung nach der Praxisform (vgl. Tabelle 10) waren ebenfalls **keine signifikanten Unterschiede** im Kommunikationsverhalten erkenn-

bar.<sup>2</sup> Mit einem Wert von 15,32 lag der Kommunikationsindex der Einzelpraxen knapp über dem der Gemeinschaftspraxen (KI: 15,17).

<b>Tabelle 10: Beratungsintensität – differenziert nach der Praxisform</b>	
	Kommunikationsindex
Einzelpraxis (n = 143).....	15,32
Praxisgemeinschaft (n = 15).....	14,59
Gemeinschaftspraxis (n = 51).....	15,17

#### 4.5.4 Differenzierung nach Praxisgröße

Die Unterschiede in der Beratungsintensität nach der Praxisgröße (vgl. Tabelle 11) – hier wurde die Anzahl der Scheine je Quartal als Indikator für die Größe der Zahnarztpraxis verwendet – waren **nicht sonderlich ausgeprägt**.<sup>3</sup> Demnach war der Kommunikationsindex bei kleineren Zahnarztpraxen am höchsten (15,76), während er bei größeren Zahnarztpraxen 14,98 betrug.

<b>Tabelle 11: Beratungsintensität – differenziert nach der Praxisgröße</b>	
	Kommunikationsindex
Scheinanzahl/Quartal: unter 400 (n = 73).....	15,76
Scheinanzahl/Quartal: 400 bis unter 800 (n = 103).....	14,95
Scheinanzahl/Quartal: 800 und mehr (n = 28).....	14,98

#### 4.6 Kommunikationsmuster nach patientenseitigen Merkmalen

Im Folgenden wird analysiert, inwieweit Unterschiede bezüglich des Kommunikationsmusters zwischen Zahnarzt und Patient auf patientenspezifische Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) zurückgeführt werden können.

<sup>2</sup> Die paarweisen Mittelwertvergleiche im U-Test ergaben die folgenden Werte: Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft:  $p = 0,422$ ; Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis:  $p = 0,945$ ; Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis:  $p = 0,110$ .

<sup>3</sup> Die paarweisen Mittelwertvergleiche im U-Test ergaben die folgenden Werte: kleine Praxis/mittlere Praxis:  $p = 0,347$ ; mittlere Praxis/große Praxis:  $p = 0,386$ ; kleine Praxis/große Praxis:  $p = 0,124$ .

#### 4.6.1 Differenzierung nach Alter

Die Intensität der zahnärztlichen Beratung ist u. a. vom Alter des Patienten abhängig. Für die Gruppe der **älteren Patienten** (60 Jahre und älter) wurde ein Kommunikationsindex von 14,48 ermittelt, während sich der Indexwert der 40- bis unter 60-Jährigen auf 15,38 belief (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Beratungsintensität – differenziert nach dem Alter des Patienten	
	Kommunikationsindex
Unter 40 Jahre (n = 641) .....	15,22
40 bis unter 60 Jahre (n = 1.354).....	15,38
60 Jahre und älter (n = 1.103) .....	14,48

Die Unterschiede zwischen der jüngeren und der mittleren Altersgruppe sind nicht sehr ausgeprägt (U-Test:  $p = 0,667$ ), die Unterschiede gegenüber der Gruppe der älteren Patienten sind hingegen signifikant (paarweiser U-Test jeweils:  $p = 0,000$ ).

#### 4.6.2 Differenzierung nach Geschlecht

Die weiblichen Patienten wurden in der Regel etwas intensiver beraten als männliche Patienten (U-Test:  $p = 0,004$ ). Der Kommunikationsindex lag in der **Gruppe der Frauen** bei 15,27, bei den Männern betrug der Indexwert 14,69 (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Beratungsintensität – differenziert nach dem Geschlecht des Patienten	
	Kommunikationsindex
Weiblich (n = 1.749) .....	15,27
Männlich (n = 1.329).....	14,69

#### 4.6.3 Differenzierung nach Bildungsstatus

Die Differenzierung nach dem Bildungsstatus der Patienten lässt ein sehr deutliches und hoch signifikantes Ergebnis erkennen (paarweiser U-Test jeweils:  $p = 0,000$ ). Demnach hat der Bildungsstand des Patienten **einen hohen Einfluss auf das Kommunikationsmuster** zwischen Zahnarzt und Patient.

Patienten mit eher hoher Bildung (KI: 16,63) wurden deutlich intensiver beraten als Patienten mit einem eher geringen Bildungsgrad (KI: 12,96) (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Beratungsintensität – differenziert nach dem Bildungsstatus des Patienten	
	Kommunikationsindex
Eher geringer Bildungsstatus (n = 532) .....	12,96
Eher mittlerer Bildungsstatus (n = 1.795).....	14,98
Eher hoher Bildungsstatus (n = 721) .....	16,63

#### 4.7 Fazit des empirischen Teils

Die empirische Analyse des Kommunikationsmusters, das zwischen Zahnarzt und Patient im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung seinen jeweils ganz individuellen Ausdruck findet, konnte einige bedeutsame Faktoren identifizieren, die auf die Beratungsintensität einwirken. Deutlich wurde, dass der **Umfang der Therapiealternativen eng mit der Beratungsintensität verknüpft** ist. Die Einführung eines Systems befundbezogener Festzuschüsse in der Zahnprothetik war und ist für den Patienten mit erweiterten Wahlmöglichkeiten verbunden. Die Möglichkeit der freien Auswahl aus dem erweiterten Therapiespektrum führt zu einem vermehrten Informationsbedarf des Patienten, mit dem der Zahnarzt konfrontiert wird. Dies gilt insbesondere auch für diejenigen Patienten, die über einen komplementären Versicherungsschutz in Form einer **Privaten Zahnzusatzversicherung** verfügen und daher aus einem vergleichsweise umfangreicheren Therapiespektrum auswählen können. Wenn der Patient sich für eine aufwändigere Therapie außerhalb der Regelversorgung entscheidet, so geht dieser Entscheidung in der Regel eine entsprechend intensivere Beratung voraus. Dieser Zusammenhang zeigte sich bei einer (versicherungsrechtlichen) Differenzierung nach der Versorgungsform ebenso wie bei einer (zahnmedizinischen) Unterscheidung verschiedener mehr oder weniger aufwändiger **Therapieformen**.

Das Interesse des Patienten, im Rahmen einer kompetenten zahnmedizinischen Beratung auch über die mit der jeweiligen Therapiealternative verbundenen Gesamtkosten, insbesondere über die Höhe der auf ihn entfallenden Eigenbeteiligung aufgeklärt zu werden, findet ebenfalls seinen Niederschlag in den empirischen Ergebnissen. Die Beratung wird deutlich intensiviert, sobald die Gesamtkosten mehr als 2.000 Euro betragen bzw. der vom Patienten zu tragende Eigenanteil die Schwelle von 1.000 Euro überschreitet.

Während die „in der Sache selbst“ begründeten Determinanten (Therapiealternativen und damit einhergehende Kosten) zu einer deutlichen Varianz der Beratungsintensität beitragen, spielen die **persönlichen Merkmale des Zahnarztes** und das Umfeld der Zahnarztpraxis demgegenüber offensichtlich eine nachrangige Rolle. Weder Praxisform noch Praxisgröße haben einen signifikanten Einfluss auf die Beratungsintensität, und auch bei einer Filterung nach dem Geschlecht des Behandlers waren keine systematischen Unterschiede erkennbar. Die Ergebnisse deuten lediglich darauf hin,

dass die jüngeren Zahnärzte etwas intensiver mit dem Patienten kommunizieren als der Durchschnitt.

Die persönlichen Merkmale der Patienten haben wiederum einen größeren Einfluss auf die Beratungsintensität. Sehr deutlich wird dies beim **Bildungsstatus des Patienten**, der stark mit der Beratungsintensität korreliert. Je gebildeter der Patient ist, desto intensiver kann und wird der Zahnarzt in der Regel beraten. An diesem Punkt zeigt sich sehr deutlich der Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit und hier insbesondere des Bildungsniveaus auf die sprachliche Artikulationsfähigkeit und intellektuelle Verarbeitungskapazität des Patienten im therapeutischen Gespräch (vgl. Siegrist, 2005). Auch die Differenzierung nach dem **Alter des Patienten** zeigte Einflüsse auf. Senioren (ab 60 Jahre) werden im Durchschnitt weniger intensiv beraten als jüngere Patienten. Die Unterschiede nach dem Geschlecht des Patienten waren weniger ausgeprägt; hier wurden die **weiblichen Patienten** vergleichsweise intensiver beraten.

## 5 Einordnung der Ergebnisse und Ausblick

Ziel der verstärkten Einbeziehung der Patienten ist es, medizinische Entscheidungen besser auf die subjektiven Bedürfnisse und Werte des einzelnen Patienten abzustimmen. Die gleichberechtigte Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient im Sinne des Shared Decision-Making ist – wie auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unterstreicht – ein wichtiger Baustein des Systems der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert. Im Rahmen eines stärker auf die Patientenbelange zugeschnittenen „Needs Assessment“ sind Transparenz, freier Informationsfluss und geteiltes Wissen zwischen Arzt und Patient zentrale Erfordernisse eines modernen Gesundheitssystems (vgl. SVRKAiG, 2001).

Der Stellenwert von Kommunikation und Information im Zahnarzt-Patient-Verhältnis ist mit Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse im Bereich der Zahnprothetik verstärkt in den **Blickwinkel der Gesundheitspolitik** gelangt. Der Gesetzgeber hat mit dem Festzuschuss-System (§§ 55 ff. SGB V) eingeräumt, dass es in der Zahnheilkunde bei ein und derselben Befundsituation zahlreiche Versorgungsalternativen gibt, die teilweise deutlich über die funktional notwendige Grundversorgung hinausgehen. Es gehört zu den Besonderheiten der Zahnmedizin, dass es einen abgrenzbaren Bereich gibt, der unstrittig der „want-dentistry“ zugeordnet werden kann (zur grundsätzlichen Verschränkung von „objektivem“ und „subjektivem“ Bedarf in der Gesundheitsversorgung vgl. Schwartz, 2001), also einen Bereich, der Patientenpräferenzen Raum bietet. Der zahnmedizinische Befund lässt in der Regel Spielraum für mehrere Therapieoptionen, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung und die verwendeten Materialien. Dem Zahnarzt obliegt die Aufgabe, dem Patienten das jeweils verfügbare Therapiespektrum zu erläutern und Hilfestellung bei der Therapiewahl im Sinne der Patientenpräferenzen zu geben.

Die Bedeutung von Information und Kommunikation im Zahnarzt-Patient-Verhältnis hat insbesondere aus den folgenden beiden Gründen zugenommen: 1) Die Zuschussung von Therapieformen, die außerhalb der Regelversorgung angesiedelt sind, erschließt den gesetzlich Versicherten nunmehr ein breiteres Therapiespekt-



rum. Eine größere Auswahl geht jedoch automatisch mit einem erhöhten Beratungsbedarf einher. 2) Im Gegensatz zu dem früheren proportionalen Selbstbeteiligungstarif bleiben im Festzuschussmodell die preislichen Anreize für den Patienten voll intakt, d.h. im Hinblick auf die Steuerungswirkungen ist das Festzuschuss-System wesentlich „marktähnlicher“, indem es das Interesse des Patienten an niedrigen Preisen stärkt (vgl. Klingenberger und Micheelis, 2005). Auch insofern ergibt sich für den Patienten ein erhöhter Informationsbedarf.

Die Ausgangsbedingungen für eine gleichberechtigte, auf Vertrauen basierende Kommunikation sind in der Zahnmedizin zweifellos gut, da die soziale Zahnarztbindung sehr hoch ist; lediglich 4,2 Prozent der im Rahmen der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) befragten Teilnehmer gaben an, häufiger den Zahnarzt zu wechseln (vgl. IDZ, 1999).

Im Zentrum der vorliegenden EbF-Z-Studie stand **die Frage der Informationsvermittlung durch den Zahnarzt** im Vorfeld einer anstehenden Entscheidung über eine zahnprothetische Versorgung. Wie schon in Kapitel 2 ausgeführt, handelt es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung im Kern um eine strukturell asymmetrische Beziehung (vgl. Siegrist, 2005), da in dieser Beziehung ein Experte (Arzt) und ein Laie (Patient) aufeinander treffen. Informationsökonomisch stellt sich das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient als Principal-Agent-Situation dar, d.h. als Beziehung zwischen Auftraggeber und Beauftragtem bei bestehender Informationsasymmetrie (vgl. Kern, 2003). Der Patient (principal) kann vor Vertragsabschluss (Inanspruchnahme) die Qualität des Zahnarztes (agent) bezüglich seines zahnärztlichen Wissens und seiner Beratungskompetenz sowie die (Ausführungs-)Qualität der geplanten prothetischen Versorgung nicht sicher einschätzen. In Bezug auf die konkrete Therapiewahl kennt der Patient auf Grund mangelnder Informationen und nicht vorhandenem zahnmedizinischen Wissen in der Regel weder die verfügbaren Therapiealternativen noch kann er diese im Hinblick auf die eigene Versorgungssituation bewerten. Dem Patienten mangelt es insofern also nicht nur an Informationen (Informationswissen), sondern auch an der Fähigkeit, Informationen in dem gegebenen Kontext (Orientierungswissen) zu bewerten (vgl. Atteslander, 1999). Der Zahnarzt hingegen kennt nicht die subjektiven Präferenzen des Patienten in Bezug auf Ästhetik, Funktionalität (herausnehmbar/festsitzend) und Schonung der Zahnschubstanz (Brücke/Implantat).

Damit diese beidseitigen Informations- und Wissensdefizite gemindert werden können, ist ein Informationsaustausch zwischen Zahnarzt und Patient erforderlich. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass auf diese Weise vollständige Informationstransparenz herstellbar ist. Zum einen ist die Kapazität und Fähigkeit der Informationsverarbeitung der Menschen unterschiedlich und bildungsabhängig; der Anteil der Patienten, die ärztliche Informationen nicht verstehen, lag in verschiedenen medizinpsychologischen Untersuchungen durchschnittlich bei etwa 60 Prozent (vgl. Hasenbring und Ahrens, 1986). Patienten mit höherem Bildungsstatus gelingt es generell eher, ihre Informationsbedürfnisse angemessen zu artikulieren als Patienten mit geringem Bildungsstatus (vgl. Aust, 1994; Siegrist, 2005). Dieses sozialstrukturelle Problem zeigte sich auch im Rahmen der EbF-Z-Studie (vgl. Abschnitt 4.6.3) und verdeutlicht die konkreten Schwierigkeiten einer „angemessenen“ Kommunikation.

Zum anderen ist die Informationsvermittlung für beide Seiten, den Zahnarzt ebenso wie den Patienten, mit „Kosten“ im weiteren Sinne verbunden, weshalb eine vollstän-

dige Informationsvermittlung unter Effizienz Gesichtspunkten auch gar nicht erstrebenswert erscheint. Ein patientenzentriertes Vorgehen wird insofern nicht nach der maximalen, sondern vielmehr nach der **optimalen Informationsmenge** streben.

Der Zahnarzt muss Beratungszeit aufwenden, d.h. die Präferenzen des Patienten abfragen, um die sinnvollste Therapiealternative in Bezug auf den individuellen Patienten identifizieren zu können. Dem Patienten entstehen neben den „Kosten“ für die Information selbst ebenfalls „Zeitkosten“, die er für Beschaffung und Verarbeitung der Information aufwenden muss. Deshalb kann es für den Patienten vorteilhaft sein, der zahnärztlichen Einschätzung zu vertrauen, um Informations- und Zeitkosten zu reduzieren („rationale Unwissenheit“). Mit einer **steigenden Zahl von Therapieoptionen** oder einem zunehmenden Finanzierungsanteil an den zu erwartenden Therapiekosten wird es indes für den Patienten rational sein, einen höheren Aufwand zu betreiben, selbst Informationen zu beschaffen und zu verarbeiten.

Da in der vorliegenden Untersuchung der Zusammenhang zwischen Informationsumfang und der Güte der Information sowie der Qualität der Ausführung der zahnprothetischen Versorgung nicht untersucht wurde, kann die **Intensität des Beratungsgesprächs nur als Indikator** für die Informationsqualität gewertet werden. Die Ergebnisse der EbF-Z-Studie zeigen durchgängig, dass mit höherem Preis der prothetischen Versorgung bzw. höherer Eigenbeteiligung (vgl. Abschnitte 4.3 bzw. 4.4) sowie größerer Komplexität der Versorgungsform (vgl. Abschnitte 4.1 und 4.2) der Beratungsumfang durch den Zahnarzt signifikant zunimmt. Dieses Muster unterstreicht die Bedeutung der Informationskosten für den Umfang der gebotenen bzw. abgefragten Informationen. Informationskosten stellen generell eine ökonomische Barriere für eine Erhöhung der sog. Gesundheitskompetenz dar (vgl. Spycher, 2006). Der Aufwand für Informationsbeschaffung wird offensichtlich – ebenso wie eigene präventive Anstrengungen hinsichtlich des Mundgesundheitsverhaltens – in der Regel im Gleichschritt mit der zunehmenden Eigenbeteiligung sukzessive erhöht. Die Ergebnisse machen allerdings auch deutlich, dass die Beratungsintensität bereits bei einfacheren, im Rahmen der Regelversorgung erbrachten prothetischen Maßnahmen relativ hoch ist.

Aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht ist die Einführung des Festzuschuss-Systems als ein höchst komplexer sozialer Implementierungsprozess aufzufassen, der vielfältige **Lernprozesse sowohl auf der Mikroebene als auch auf der Makroebene** anstößt. Insofern handelt es sich um ein „lernendes System“, das auf seinem Entwicklungspfad Zeit benötigt.

Auf der **Mikroebene** müssen sich alle Beteiligten, Patienten ebenso wie die Zahnärzte, auf dieses völlig neuartige System einstellen (vgl. Klingenberg und Micheelis, 2005). Shared Decision-Making als „Modell der optimalen Arzt-Patient-Interaktion“ kann hier insofern hilfreich eine Art „Leuchtturmfunktion“ erfüllen, indem es Defizite der medizinischen Beratungs- und Entscheidungskommunikation benennt und Wege zur Verbesserung der Entscheidungsqualität aufzeigt. Dies gilt etwa für die Ausbildung und Verbesserung der „Patientenkompetenz“, die bewusst auch zielgruppenorientiert erfolgen sollte (vgl. Kranich, 2005). Aus vielen Studien ist beispielsweise bekannt, dass die Aufnahme- und Verarbeitungskapazität von Informationen ab einem gewissen Alter nachlässt und der Zahnarzt bei der zahnmedizinischen Beratung und Betreuung von Senioren eine verlangsamte bzw. verringerte Auffassungsfähig-

keit des Patienten berücksichtigen muss (vgl. Johnke und Wefers, 1998). Dieser naturgegebene Sachverhalt war auch an den Ergebnissen der EbF-Z-Studie ablesbar (vgl. Abschnitt 4.6.1). Eine **patientengerechte Gesprächsführung** sowie die Schaffung einer konzentrationsfördernden Umgebung könnten hier beispielsweise gezielt gegensteuern (vgl. Nitschke, 2006).

In der **Ausbildung der Zahnärzteschaft** hat sich der Paradigmenwechsel in Richtung Patientenbeteiligung bereits teilweise niedergeschlagen, so z. B. im Rahmen des Kommunikationstrainings in der vorklinischen zahnärztlichen Ausbildung (vgl. Reitemeyer und Köllner, 2003). Die Methoden des sog. „problemorientierten Lernens“ (POL) werden beispielsweise verstärkt berücksichtigt und finden so – wie die Wertschätzung einer umfassenden Patientenberatung insbesondere durch jüngere Zahnärzte (vgl. Abschnitt 4.5.1) verdeutlicht – den Weg in die Praxis. Das ausgeprägte Interesse der Zahnärzte an einer intensivierten Kommunikation mit ihren Patienten dokumentiert auch eine aktuelle bundesweite Befragungsstudie des IDZ zu den Fortbildungsaktivitäten der niedergelassenen Zahnärzte (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005). Demnach besuchten 18,7 Prozent der befragten Zahnärzte im ersten Halbjahr 2004 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Kommunikation mit Patienten“. Die Zahnärzteschaft wirbt darüber hinaus schon seit langem für einen Ausbau (und eine entsprechende betriebswirtschaftliche Unterfütterung) der „Sprechenden Zahnheilkunde“.

Eine zunehmend wichtigere Rolle nehmen in diesem Zusammenhang auch sog. „**decision aids**“ ein, d. h. unterstützende Patienteninformationssysteme. Die Patienten „werden explizit darauf aufmerksam gemacht, dass ihre Wünsche und Meinungen innerhalb des Entscheidungsprozesses gefragt sind und können dadurch stärker an der Entscheidungsfindung und Therapie partizipieren“ (Scheibler und Pfaff, 2003, S. 21). Beispielhaft sei an dieser Stelle etwa auf evidenzbasierte Patientenleitfäden verwiesen, die über konkrete medizinische Fragestellungen in transparenter Weise und in einer für den Patienten verständlichen Sprache informieren. Patientenberatungsstellen bieten neutrale und fachlich fundierte Beratung für Patienten, die Bedarf an zusätzlichen Informationen zu ihrer zahnprothetischen Versorgung haben. Das Zweitmeinungsmodell der KZBV erweitert das Patientenberatungsangebot speziell vor dem Hintergrund des Festzuschuss-Systems. Ziel dieser Maßnahmen ist es, das eigenverantwortliche Handeln des Patienten als mündiger und möglichst gleichberechtigter Partner zu stärken.

Die Lernprozesse auf der Mikroebene führen im Zeitverlauf nicht nur zu einer Reduktion etwaiger (in einem lernenden System anfänglich generell zu erwartender) kognitiver Orientierungs- und Kommunikationsprobleme, sondern übertragen sich in einem Rückkopplungsprozess als Aggregat auch auf die **Makroebene** und lösen dort wiederum gesamtgesellschaftliche Lernprozesse aus, die zu einer entsprechenden Anpassung und Optimierung des Leistungsgeschehens beitragen können.

Eine zunehmende Zahl von Studien belegt, dass die **Zahnarzt-Patient-Kommunikation** generell von großer Bedeutung für das Ergebnis zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen ist (vgl. Sondell und Söderfeldt, 1997; Reitemeyer und Köllner, 2003). Insofern dürfte unbestritten sein, dass SDM-spezifische Kommunikation zu einer verbesserten Entscheidungsqualität beitragen kann, die wiederum auf die Zufriedenheit und Lebensqualität des Patienten rückwirkt (vgl. Kent und Blinkhorn,

1993, S. 220). Dies gilt in besonderem Maße für die Zahnmedizin, die in Teilbereichen stärker als andere medizinische Versorgungsbereiche Entscheidungen verlangt, die auch subjektive Einschätzungen etwa in puncto Ästhetik oder Farbauswahl des Zahnersatzes beinhalten.

Berücksichtigt man, dass die Erfüllung der Patientenerwartungen generell positiv mit der **Compliance der Patienten** korreliert (vgl. Volmer und Kielhorn, 1999), so könnte eine verbesserte Entscheidungsqualität auch zu einer Reduktion der Kosten der Non-Compliance beitragen und auf diese Weise erhebliche Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen eröffnen.

Die vorliegende EbF-Z-Studie konnte aus einer Reihe organisatorischer Gründe zum Erhebungsdesign lediglich die Arztperspektive abbilden. Für weitere Forschungsarbeiten auf dem weiten Feld der partizipativen Entscheidungsfindung im Rahmen der zahnprothetischen Versorgung wird es daher sinnvoll sein, die Patientenseite einzubeziehen und methodisch eigenständig abzubilden.

## 6 Literaturverzeichnis

Atteslander, P.: Der Patient als Ware – Medizin im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen. Gesundheitspolitik 2, 1996, S. 20–23

Aust, B.: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, WZB Paper P 94-201, Berlin 1994

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information Nr. 2/2005, Köln 2005

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgou, A., Kleijnen, J.: Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. The Lancet 357, 2001, S. 757–762

Emnid: „Wie Deutschland vorbeugt“ – Emnid-Umfrage zum Prophylaxe- und Mundpflegeverhalten der Deutschen, 31. August 2004

Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M.: „Shared Decision Making“ – Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. Medizinische Klinik 99, 2004, S. 435–440

Hasenbring, M., Ahrens, St.: Zur Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 36, 1986, S. 274–283

IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln 1999

Johnke, G., Wefers, K.-P.: Ältere Menschen. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Prophylaxe ein Leben lang. 2. Aufl., Köln 1998, S. 97–112

Kent, J. J., Blinkhorn, A. S.: Psychologie in der Zahnheilkunde. München–Wien 1993

Kern, A. O.: Privatisierung privatärztlicher Leistungen, Auswirkungen auf Versicherte, die gesetzliche Krankenversicherung und die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen. Berlin 2003

Klemperer, D.: Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Balint, 6/2005, S. 71–79

Klingenberger, D., Micheelis, W.: Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin – Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde. Forschungsbericht, Köln, Oktober 2005

Kranich, Ch.: Brauchen wir den Diplompatienten? – oder: Patientenbeteiligung erfordert Kompetenz. In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.), Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln 2005, S. 97–103

Nitschke, I.: Zur Mundgesundheit von Senioren. Berlin 2006

Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin – Eine soziologische Analyse. In: König, R., Tönnemann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Köln/Opladen, 1970, S. 10–57

Pflanz, M.: Medizinsoziologie. In: König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 14, Religion, Bildung, Medizin, 2. Aufl., Stuttgart 1979, S. 238–344

PGMM (Planungsgruppe M+M AG): Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse. Dokumentation, Hamburg 2006

Reitemeier, B., Köllner, V.: Kommunikationstraining in der vorklinischen zahnärztlichen Ausbildung. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58, 2003, S. 286–289

SVRKAiG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden

Scheibler, F.: Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern 2004

Scheibler, F., Pfaff, H. (Hrsg.): Shared Decision-Making – Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim/München 2003

Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Aufl., München–Wien 2005

Schneller, Th., Micheelis, W., Mittermeier, D.: Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland. IDZ-Information Nr. 1/1998, Köln 1998

Schwartz, F. W.: Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates. Das Gesundheitswesen 63, 2001, S. 12–132

Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. 6. Aufl., München 2005

Sondell, K., Söderfeldt, B.: Dentist-patient communication: a review of relevant models. Acta Odontologica Scandinavica 55, 1997, S. 116 ff.

Spycher, St.: *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen*. Bern 2006

Szasz, Th., Hollender, M.: *A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*. *Archives of Internal Medicine* 97, 1956, S. 585–592

Volmer, T., Kielhorn, A.: *Kosten der Non-Compliance*. *Gesundh.ökon.Qual.manag.* 4, 1999, S. 55–61

## 7 Anhang: Muster „Stammblatt zur Zahnarztpraxis“ und „Dokumentationsbogen“

<b>Stammblatt zur Zahnarztpraxis</b>	
<b>Statistische Angaben zum Zahnarzt und zur Praxisstruktur</b>	
<b>S 1 Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an.</b>	
Weiblich..... <input type="checkbox"/>	Männlich..... <input type="checkbox"/>
<b>S 2 Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?</b>	
unter 35 Jahre ..... <input type="checkbox"/>	
35 bis unter 45 Jahre..... <input type="checkbox"/>	
45 bis unter 55 Jahre ..... <input type="checkbox"/>	
55 bis unter 65 Jahre..... <input type="checkbox"/>	
65 und älter ..... <input type="checkbox"/>	
<b>S 3 In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis?</b>	
Baden-Württemberg ..... <input type="checkbox"/>	Niedersachsen ..... <input type="checkbox"/>
Bayern..... <input type="checkbox"/>	Nordrhein-Westfalen ..... <input type="checkbox"/>
Berlin..... <input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz ..... <input type="checkbox"/>
Brandenburg ..... <input type="checkbox"/>	Saarland ..... <input type="checkbox"/>
Bremen ..... <input type="checkbox"/>	Sachsen..... <input type="checkbox"/>
Hamburg ..... <input type="checkbox"/>	Sachsen-Anhalt ..... <input type="checkbox"/>
Hessen..... <input type="checkbox"/>	Schleswig-Holstein ..... <input type="checkbox"/>
Mecklenburg-Vorpommern ..... <input type="checkbox"/>	Thüringen ..... <input type="checkbox"/>
<b>S 4 Wie groß ist Ihre Praxis, gemessen an der Anzahl der Behandlungsscheine (bezogen auf ein Quartal)?</b>	
bis unter 200 Scheine..... <input type="checkbox"/>	600 bis unter 800 Scheine ..... <input type="checkbox"/>
200 bis unter 400 Scheine..... <input type="checkbox"/>	800 bis unter 1000 Scheine..... <input type="checkbox"/>
400 bis unter 600 Scheine..... <input type="checkbox"/>	1000 Scheine und mehr ..... <input type="checkbox"/>
<b>S 5 Um welche Praxisform handelt es sich?</b>	
Einzelpraxis..... <input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft ..... <input type="checkbox"/>
	Gemeinschaftspraxis..... <input type="checkbox"/>
<b>Dokumentationsbögen für 20 Patienten</b>	
© IDZ, 2005	

## Dokumentationsbogen

01

### 1. Klinische Ausgangsbefunde für die durchgeführte prothetische Versorgung:

.....  
 .....

### 2. Welche Therapie wurde durchgeführt?

.....

### 3. Wie lief der Beratungsprozess für die letztlich gewählte prothetische Versorgung ab? Bitte kreuzen Sie auf der Skala an.

	trifft sehr stark zu	trifft stark zu	teils-teils	trifft weniger stark zu	trifft eher nicht zu
Habe dem Patienten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungen erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Behandlungsalternativen vorgeschlagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe die Vorstellungen des Patienten einbezogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten aufgefordert, Fragen zu stellen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Infomaterial mitgegeben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten zur Nutzung anderer Informationsquellen ermuntert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Art der Versorgung:

- Regelversorgung .....   
 Gleichartiger Zahnersatz .....   
 Andersartiger Zahnersatz .....

### 5. Behandlungskosten und Versicherungsleistung:

Zahnärztliches Honorar BEMA.....	ca.           Euro
Zahnärztliches Honorar GOZ.....	ca.           Euro
Material- und Laborkosten (gewerblich und Praxis) .....	ca.           Euro
Gesamtkosten .....	ca.           Euro
Festzuschuss Kasse.....	ca.           Euro
Versichertenanteil.....	ca.           Euro
Härtefall:	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ..... <input type="checkbox"/>
Private Zahnzusatzversicherung:	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt..... <input type="checkbox"/>

### 6. Angaben zum Patienten:

Alter	Geschlecht	Bildungsstatus
unter 40 Jahre ..... <input type="checkbox"/>	Weiblich..... <input type="checkbox"/>	eher gering..... <input type="checkbox"/>
40 bis unter 60 Jahre..... <input type="checkbox"/>	Männlich..... <input type="checkbox"/>	eher mittel..... <input type="checkbox"/>
60 Jahre und älter..... <input type="checkbox"/>		eher hoch..... <input type="checkbox"/>

© IDZ, 2005