



INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

Mundgesundheits- beratung in der Zahnarztpraxis

Materialienreihe
Band 6

**Mundgesundheits-
beratung in der
Zahnarztpraxis**

Materialienreihe
Band 6

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

Mundgesundheits- beratung in der Zahnarztpraxis

mit einem Geleitwort von P. Boehme

Herausgeber:

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

in Trägerschaft von

Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. — Bundeszahnärztekammer —

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung — Körperschaft des öffentl. Rechts —

5000 Köln 41, Universitätsstraße 71—73



Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1990

Autoren:

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

Dr. Dirk Mittermeier
Niedergelassener Zahnarzt
Bremen

ZA Dietmar Schulte am Hülse
Niedergelassener Zahnarzt
Bremen

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

Geleitwort:

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

Redaktion:

Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln
Dr. Wolfgang Micheelis

ISBN 3-7691-7817-3

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

Copyright © by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln 1990

Gesamtherstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

Geleitwort

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

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

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

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

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

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

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

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

Vorwort

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

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

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

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

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

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

Der Herausgeber

im Dezember 1989

Teil I

Theoretische Einführung

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Problemstellung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Individuelle Gesundheitsberatung im ambulant-ärztlichen Bereich

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

3.1 Gespräch und Arzt-Patient-Beziehung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Stellung der Gesundheitsberatung in der Arzt-Patient-Beziehung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Probleme der Beratungsstruktur

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

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

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

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

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

3.4 Probleme der Beratungsarbeit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Daß gerade auch bei der inhaltlichen Beratungsarbeit das Problem der unterschiedlichen Sprachwelten von Arzt und Patient (vgl. v. *Ferber*, 1975) von besonderer Bedeutung ist, liegt auf der Hand. Untersuchungen über die Häufigkeit nicht richtig erinnelter Informationen bei Patienten aus dem ambulanten medizinischen Bereich lassen erkennen, daß ca. die Hälfte der ärztlich vermittelten Informationen sofort wieder vergessen werden (vgl. *Hasenbring* und *Ahrens*, 1986). Vor allem die Art des Gesundheitsproblems, das Alter des Patienten und seine soziale Schichtzugehörigkeit spielen hier eine Rolle (z. B. Sprachbarrieren), die das Verstehen und Behalten ärztlicher Informierung beeinflussen.

Der dritte Bereich, mit dem sich der Arzt bei der Gesundheitsberatung auseinanderzusetzen hat, betrifft die ihm persönlich zur Verfügung stehenden Kenntnisse und Fertigkeiten hinsichtlich der Gesprächstechniken, die er in der Beratungssituation einsetzen möchte. Diese Problemstellung fragt also nach der **kommunikativen Beratungsfähigkeit des Arztes** und greift eine Arbeitsanforderung auf, die weiter oben mit dem Begriff der „Gefühlsarbeit“ angeschnitten wurde. Es geht um die Frage, in welcher Art und Weise der Arzt auf die emotionale Befindlichkeit des Patienten einwirkt, in welcher Art und Weise er auf die Motivationslage des Patienten Einfluß zu nehmen versucht und welche „Strategien“ er bei der Gesprächsgestaltung und Verhaltensbeeinflussung einsetzt.

Insbesondere bei dem beratenden Gespräch zu Gesundheitsfragen geht es im Kern darum, Verhaltensänderungen im Alltag des Patienten auszulösen. Damit sind aber ärztliche Gesprächshaltungen ungeeignet, die eher direktiv, suggestiv oder behrend angelegt sind, da sie dem Grundgedanken der Gesundheitsberatung, nämlich Hilfe zur Selbsthilfe zu geben (s. hierzu oben), nicht gerecht werden können. Die ärztliche Hilfe kann nur so weit reichen, wie sich der Patient über seine eigene Motivationslage und seine subjektiven Möglichkeiten im Beratungsgespräch klar werden kann. Dies setzt eine ärztliche Gesprächsführung voraus, die dem Patienten Raum gibt, zunächst einmal unverstellt seinen Sichtweisen, Befürchtungen, Gefühlen und Gedanken Ausdruck zu geben. Darauf aufbauend kann dann Überzeugungsarbeit geleistet werden; Überredung führt hier zu keinem wirklich stabilen Behandlungserfolg.

Zunehmend wird in diesem Zusammenhang auf Kommunikationskonzepte hingewiesen, die sich an Grunderkenntnissen der psychotherapeutischen Gesprächsführung (vgl. hierzu insbesondere *Rogers*, 1983; *Rogers*, 1985) orientieren und unter dem Begriff der „nicht-direktiven Beratung“ bekannt geworden sind.

Dieses Gesprächsmodell der nicht-direktiven Beratung läßt sich (vgl. auch *Potthoff*, 1978; *Ingersoll*, 1987) durch drei Grundhaltungen des Beraters charakterisieren:

a) **Echtheit des Beraters**

Der Berater sollte sich in der Kommunikation mit dem Patienten so zu erkennen geben, wie er wirklich ist. Dabei soll er Spannungen und eigene Gefühle nicht verbergen, sondern diese konstruktiv zum Ausdruck bringen.

b) **Wertschätzung und Wärme**

Der Berater soll den Klienten so akzeptieren, wie er sich aktuell in der Situation darstellt. Der Berater soll hier nicht wertend urteilen. Er soll Achtung und Anteilnahme zu erkennen geben.

c) **Empathie bzw. einführendes Verständnis**

Der Berater soll innere Anteilnahme und Verständnis für den Klienten entwickeln und dies auch zum Ausdruck bringen. Er soll dabei die Gefühle des Klienten verbalisieren, die diesem selbst noch nicht deutlich bewußt sind.

Die psychologische Forschung hat festgestellt, daß diese Basishaltungen zu einer Beratungssituation führen, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: gegenseitiges Vertrauen, zunehmende Fähigkeit des Klienten, seine Probleme anzusprechen und eigenverantwortlich zu lösen, und wachsendes Selbstwertgefühl des Klienten (vgl. *Potthoff*, 1978, S. 333 ff.).

Neben der Fähigkeit zur Gesprächsgestaltung sind auf der Basis psychologischer Lerntheorien verschiedene Standardmethoden entwickelt worden, die eingesetzt werden können, um die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern (vgl. z. B. *Fliegel* et al., 1989). Ein wesentliches Moment stellt in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Verstärkungen (= Bekräftigungen) und Bestrafungen dar. Durch den **Prozeß der Verstärkung wird die Auftretenswahrscheinlichkeit jener Verhaltensweisen erhöht**, denen als Konsequenz ihrer Ausführung ein angenehmer Reiz (= positiver Verstärker) folgt (= positive Verstärkung) bzw. wenn durch diese Verhaltensweisen ein unangenehmer Zustand beendet wird (= negative Verstärkung). Hingegen wird durch den Akt der **Bestrafung** die Wahrscheinlichkeit oder Stärke der vorangegangenen Reaktion **reduziert**. Auch hier gibt es zwei Arten von Bestrafung: das Geben eines Strafreizes auf ein unerwünschtes Verhalten hin und die Beendigung einer positiv erlebten Situation (*Schneller* 1978). *Skinner* (1953), der Begründer der Theorie des operanten Konditionierens, hatte sich skeptisch über die Wirksamkeit von Strafen geäußert. Er meinte, daß aversive Stimulierungen das Lernen wegen der dadurch ausgelösten emotionalen Reaktionen beeinträchtigen können.

Um eine Verhaltensänderung wirksam zu fördern, müssen Verstärker entsprechend des Forschungsstandes (vgl. *Holland* und *Skinner*, 1974; *Basler* und *Florin*, 1985; *Miltner* et al., 1986; *Davison* und *Neale*, 1988)

- vom Patienten positiv erlebt werden
- relativ kräftig sein
- tatsächlich und sofort nach der Verhaltensausführung erreichbar sein und gegeben werden.

Es muß aber beachtet werden, daß sich ein Verhalten nicht ändern wird, solange es vom Patienten nicht für notwendig gehalten wird bzw. solange er sich in einem Entscheidungskonflikt (z. B. zwischen Rauchen und Nichtraucher) befindet. Prozesse der kognitiven Organisation und Strukturierung sind also zu berücksichtigen (vgl. *Foppa*, 1966; *Skowronek*, 1974; *Bower* und *Hilgard*, 1981). Insbesondere spielen hier höhere geistige Lernleistungen wie **Einsicht** und **Sinnerfassung** für die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung eine Rolle. Solange ein Patient die Vorteile einer vorgeschlagenen Maßnahme (Rauchen quittieren; mehr Sport treiben; gründlicher die Plaque entfernen) nur als Argumente kennt, sie aber noch nicht als solche empfinden kann, wenn also noch ein Einstellungs- oder Entscheidungskonflikt vorliegt, wird er sein Verhalten nicht dauerhaft verändern.

Um die Einstellungen zu verändern bzw. den Entscheidungskonflikt zu lösen, müssen die häufig nur vage empfundenen Befürchtungen oder Hemmnisse konkretisiert und möglichst ein emotionaler (nicht nur verstandesmäßiger) Einsichtsbezug zu den Gewinnen eines veränderten Verhaltens hergestellt werden.

Insgesamt ist es also durch die psychologische Forschung und vielfältige Beratungserfahrungen bei der Anwendung der entsprechenden Erkenntnisse gelungen, auch für den Bereich der ärztlichen Gesundheitsberatung einen Bestand erlernbarer Interaktions- und Kommunikationsfertigkeiten zu schaffen, der helfen kann, auf die Gesundheitsmotivation und auf das Gesundheitsverhalten des Patienten wirksam Einfluß nehmen zu können. Daß diese Beratungskompetenz allerdings einer Schulung bedarf und nicht einfach aus einem mehr oder weniger vorhandenen „Fingerspitzengefühl“ heraus gestaltet werden kann, versteht sich nach den obigen Ausführungen wohl von selbst.

Wirksame Motivations- und Überzeugungsarbeit ist dabei an eine **innere Haltung des Beraters** gebunden, die ohne ein gewisses Maß an Persönlichkeitsbildung wohl nicht ausreichend entwickelt werden kann. Insbesondere die Verwirklichung der Gesprächsprinzipien, wie sie oben exemplarisch dargestellt wurden, ist, wie schon hervorgehoben, ohne ausreichendes Training nicht vorstellbar; basale Gesprächsfehler müssen erst einmal Gegenstand der Selbstwahrnehmung werden, bevor „Techniken“ der Gesprächsführung erfolgreich in der Beratungsarbeit eingesetzt werden können. *Schulz von Thun* (1981, S. 265) formuliert treffend in diesem Zusammenhang: „Es sind diese Haltungen, die der Empfänger zwischen den Zeilen herausliest, und die seelisch wirksam werden. So sind Kommunikation und Persönlichkeitsbildung zwei Seiten derselben Medaille.“

Es wurde oben mehrfach herausgestellt, daß der Arzt bei der Gesundheitsberatungsarbeit gefordert ist, nicht isoliert auf einzelne Risikofaktoren bzw. gesundheitsriskante Verhaltensweisen seiner Patienten Einfluß zu nehmen, sondern immer wieder bemüht sein muß, den Patienten möglichst ganzheitlich, also sowohl von seinem biologischen Status als auch von der psychischen Seite und vom sozialen Umfeld her zu erfassen, um einen tragfähigen Ausgangspunkt („baseline“) seiner Interventionsbemühungen finden zu können.

Hier ist allerdings zu berücksichtigen, daß sich beispielsweise umweltgebundene Risiken häufig einer individuellen Beratungsbeeinflussung durch den Arzt entziehen bzw. mit den Mitteln der Verhaltensveränderung allein nicht angemessen bewältigt werden können. Insofern stellen Gesundheitsrisiken aus der physikalischen oder sozialen Umwelt nicht selten eine Grenze individueller Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis dar. Hier ist der umfassendere Ansatz der „Health promotion“ oder der „Verhältnisprävention“ (siehe oben) zu wählen.

Eine weitere Grenze betrifft ein im wesentlichen ethisches Beratungsproblem: Die ärztliche Beratungsarbeit bei der Gesundheitsvorsorge ist letztlich nur gekoppelt mit der Bereitschaft des Patienten denkbar, selbst an den gesetzten Zielen mitzuarbeiten. Wenn auch diese „Bereitschaften“ für den Arzt häufig nicht nur einfach „abgerufen“ werden können, sondern erst stufenweise freigelegt und geklärt werden müssen, so bleibt doch naturgemäß ein Grenzbereich bestehen, der durch das Wollen des Patienten bestimmt ist und der damit auch die Frage der Entscheidungsfreiheit umschließt. Erst auf der Basis eines geklärten Konsensus zwischen Arzt und Patient (vgl. hierzu auch *DiMatteo* und *DiNicola*, 1982) läßt sich eine Verantwortungsteilung gewinnen, die tragfähig genug ist, um unvermeidliche Enttäuschungen und Rückschläge im Beratungsprozeß auszuhalten bzw. diese Krisensituationen nicht zu einem Gesprächszusammenbruch führen zu lassen.

4 Mundgesundheitsberatung in der zahnärztlichen Praxis

Bei der Mundgesundheitsberatung in der zahnärztlichen Praxis geht es in erster Linie darum, die von Karies und Parodontopathien gefährdeten Personen (also praktisch alle Patienten) so zu informieren und anzuleiten, daß sie ihr häusliches Mundpflegeverhalten (oral self care) so umstellen können, daß keine neuen kariösen Läsionen auftreten und sie die Entstehung oder das Fortschreiten von marginalen Parodontopathien selbst verhindern können. Die Mundgesundheitsberatung ist also die Hilfe des Fachmanns zur Selbsthilfe des Patienten.

Diese Hilfe erfordert nicht nur die Anwendung der zahnmedizinisch-theoretischen und der zahnmedizinisch-technischen Kenntnisse der Präventivzahnmedizin, sondern auch den Einsatz psychologischer Erkenntnisse der Motivationsanalyse, der verständlichen Informationsvermittlung, der Durchführung eines wirksamen Fähigkeitstrainings und der Strategien und Methoden zur Einstellungs- und Verhaltensänderung (vgl. auch *Bauch*, 1987). Schließlich erfordert sie auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der erfolgten Verhaltensänderungen (Recall).

Der Vollständigkeit halber muß in diesem Zusammenhang aber erwähnt werden, daß damit selbstverständlich nicht alle präventivzahnmedizinischen Aufgaben des Zahnarztes angesprochen sind. So wird in diesem Forschungsbericht nicht darauf eingegangen, welche präventiven Maßnahmen im Rahmen der Kieferorthopädie, der Mundschleimhauterkrankungen (Mundhöhlenkarzinome) und der psychosomatisch beeinflussten Erkrankungen des stomatognathen Systems (Bruxismus, Myoarthropathien, Prothesenunverträglichkeit) angezeigt sind (vgl. *Micheelis* und *Schneller*, 1990).

Auch die spezifisch zahnärztlichen Maßnahmen zur Kariesverhütung sollen hier im Rahmen der Problemstellungen der Mundgesundheitsberatung ebenso wenig ausgeführt werden wie die besonderen Beratungs- und Durchführungsprobleme bei der Verwirklichung gruppenprophylaktischer Maßnahmen beispielsweise in Kindergärten, Schulen oder Betrieben.

4.1 Zahnmedizinische Ausgangslage

Um sich aber in Kürze die Ursachen der Karies und der Parodontopathien vor Augen zu führen, soll aus *König* (1987, S. 16) auf die beiden nachfolgenden Abbildungen hingewiesen werden.

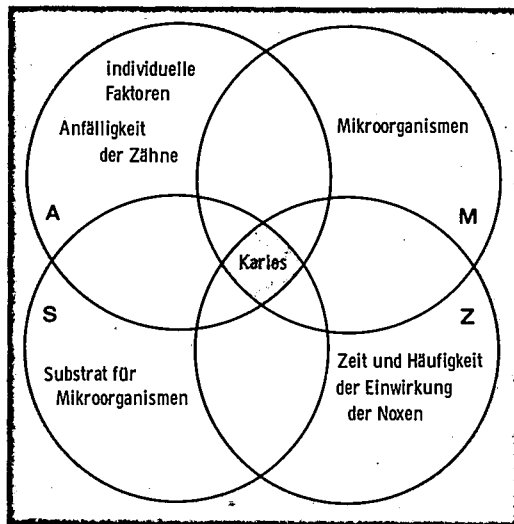


Abbildung 1: Die vier Grundvoraussetzungen für die Entstehung kariöser Läsionen

Quelle: König, 1987, S. 16

Bei der Zahnkaries handelt es sich um eine Erkrankung der Zähne, in deren Verlauf es durch exogene Faktoren zu einer Entkalkung der Zahnhartsubstanzen kommt. Diese Entkalkung führt zu einer Zerstörung der Hartgewebe, die vom Organismus nicht ersetzt werden können. Lediglich im Kariesfrühstadium sind sogenannte Remineralisierungsprozesse möglich. Eine manifeste Zahnkaries ist jedoch irreversibel und zeigt einen progredienten Verlauf.

Hinsichtlich der Kariesätiologie wird ein multifaktorielles Konzept vertreten, wobei folgende vier Faktoren eine zentrale Rolle spielen:

- a) Wirtsorganismus mit kariesanfälligen Zähnen,
- b) Mikroorganismen,
- c) Substrat für die Mikroorganismen,
- d) Zeit und Häufigkeit der Einwirkung der Noxen.

Der eigentliche pathogenetische Mechanismus besteht darin, daß Bakterien der Zahnbeläge mit der Nahrung aufgenommene Kohlenhydrate (Zucker) zu sauren Stoffwechselprodukten vergären, die zu einem Herauslösen von Teilen aus der Zahnhartsubstanz führen.

Die Karies zählt zu den häufigsten Erkrankungen der Menschen überhaupt. Epidemiologische Erhebungen bei Zahnarztpatienten in der Bundesrepublik Deutschland haben ergeben, daß nur 0,15 Prozent der über 15jährigen über ein naturgesundes Gebiß verfügen (Naujoks, 1985).

Im Gegensatz zur Zahnkaries betreffen die Parodontopathien nicht den Zahn selbst, sondern seine unmittelbar umgebenden Gewebe, das „Bett“ des Zahnes in Kieferknochen und Zahnfleisch.

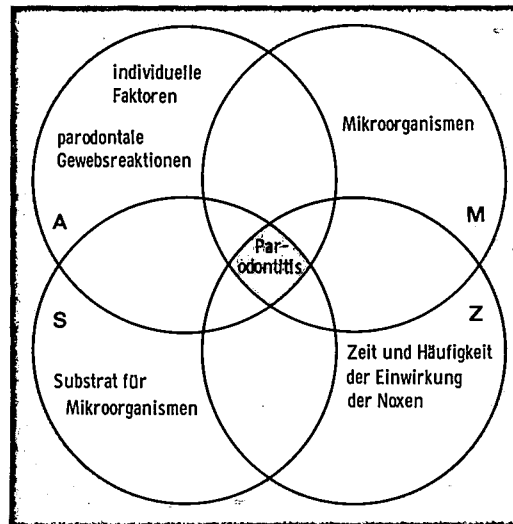


Abbildung 2: Die vier Grundvoraussetzungen für die Entstehung parodontaler Läsionen

Quelle: König, 1987, S. 16

Der Begriff der Parodontopathien faßt alle entzündlichen und rezessiven Erkrankungen des Zahnhalteapparates zusammen; die epidemiologisch bedeutsamsten Formen (Renggli et al., 1984) stellen die Entzündung des Zahnfleisches (Gingivitis) und die Entzündung der tieferliegenden Anteile des Parodontiums (Parodontitis) dar.

Hinsichtlich der Ätiologie der entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates nehmen die Mikroorganismen und das für den Stoffwechsel erforderliche Substrat (Zucker) prinzipiell eine ebenso bedeutsame Stellung wie im Kariesgeschehen ein (vgl. König, 1987).

Wenn also die ätiologischen Faktoren der Karies und der entzündlichen Parodontopathien hinreichend bekannt sind, lassen sich daraus unmittelbar Ansätze zu den präventiven Möglichkeiten ableiten. König (1987, S. 252 und 253) hat das in zwei übersichtliche Tabellen gebracht:

Die aufgezählten Möglichkeiten machen ersichtlich, daß der Zahnarzt selbst durch sein direktes zahnärztlich-professionelles Eingreifen (Maßnahmen zur Verbesserung der Gebißmorphologie; Ausschaltung von Retentionsstellen; professionelle supra- und subgingivale Plaque- und Zahnsteinentfernung; professionelle Fluordierung; Fissurenversiegelung) wichtige Ursachen für die Krankheitsentstehung günstig beeinflussen kann. Die meisten der erwähnten Maßnahmen erfordern aber die Mitarbeit des Patienten selbst. Nur dieser selbst ist zur täglichen Zahnpflege seiner eigenen Zähne in der Lage, nur er selbst kann seine Nahrungsgewohnheiten verändern, nur er selbst kann für eine ausreichende tägliche Fluoridzufuhr sorgen (gilt selbstverständlich nicht für Kinder und Behinderte in diesem Maße).

Tabelle 1: Übersicht über die ursächlichen Faktoren im Kariesprozeß mit den entsprechenden Möglichkeiten, in die Vorgänge hemmend einzugreifen	
Faktoren in der Entstehung der kariösen Läsion	Möglichkeiten der Karieshemmung
Substrat...	Substratentzug durch: – Einschränkung der Zuckeraufnahme auf wenige Hauptmahlzeiten – Reinigen der Zähne nach dem Essen – Kauen harter Nahrung – Verbesserung der Zahn- und Gebißmorphologie
für Belagbakterien...	Hemmung der Belagbildung durch: – Kauen harter Nahrung – Bürsten der Zähne – Antiseptika, Antibiotika – Enzyme durch Abbau der Plaquematrix – Immunabwehr
unterhält Bakterienstoffwechsel...	Hemmung des Stoffwechsels durch: – Fluoridionen – antienzymatische Wirkstoffe
und gefährdet dadurch Zähne mit retentionsbegünstigender Morphologie und Stellung	Beeinflussung der Zähne im Sinne: – optimaler (Re-)Mineralisation – Anreicherung mit Fluorid – wenig retentiver Form und Stellung

Aufgrund dieser Ausgangslage wird das grundlegende Prinzip der Mundgesundheitsberatung deutlich: Der Zahnarzt hilft dem Patienten fachgerecht, damit dieser alle erforderlichen Tätigkeiten durchführen kann, die zur Gesunderhaltung seiner Zähne und seines Zahnhalteapparates notwendig sind.

Ziel einer individuellen Mundgesundheitsberatung ist die stabile, individuelle Zahn- und Mundgesundheit. Eine Indikation zur Beratung besteht dabei grundsätzlich für alle Patienten einer Praxis:

- **Gesunde Zähne** gilt es, durch geeignete Maßnahmen der Vorbeugung gesund zu erhalten,
- Bei **erkrankten und konservierend versorgten Zähnen** gilt es, dem Patienten die Erkrankungsursachen deutlich zu machen und die individuell notwendigen Maßnahmen darzustellen, die ein Wiedererkranken verhindern.

Tabelle 2: Die obligaten Ursachen der Parodontitis und Möglichkeiten der Prävention	
Faktoren, die zur Eskalation einer Gingivitis führen	Möglichkeiten der Reduzierung parodontaler Entzündungen
Substrat...	Substratbeschränkung durch Reduzierung von Sulkusflüssigkeit (Sulkusexsudat) mittels Entzündungshemmung; wichtig vor allem mechanische Reinigung
für Sulkusbakterien...	Hemmung des Wachstums der subgingivalen Flora durch supragingivale Plaquentfernung oder bakterizide Stoffe
unterhält Bakterienstoffwechsel...	Stoffwechselhemmung durch bakterio-statische Wirkstoffe
und gefährdet dadurch Parodont, besonders an Retentionsstellen	Reinigung aller Retentionsstellen nach vorbereitender Glättung, Beseitigung von Schlupfwinkeln, Engstand usw.

- In der **prothetischen Zahnheilkunde** dient die Etablierung einer optimalen Mundhygiene der Behandlungsvorbereitung und der langfristigen Sicherung des Behandlungserfolges.
- Bei der Behandlung marginaler **Parodontopathien** ist die Mundgesundheitsberatung in der Initialphase eine Voraussetzung für die weiterführende Behandlung.
- Die Behandlung von Dysgnathien in der **Kieferorthopädie** ist häufig auch eine prophylaktische Maßnahme zur Verhütung von Karies, Parodontopathien und Störungen der Kaufunktion.
- Auswirkungen von **chronischen Zahn- und Kiefererkrankungen** auf den Gesamtorganismus gilt es, vorbeugend zu begegnen.

Eine systematische Prophylaxeberatung folgt dabei der „prophylaktischen Trias“:

1. Etablierung optimaler mundhygienischer Verhältnisse = **Mundhygieneberatung**
2. Ausschalten ernährungsbedingter Risiken = **Ernährungsberatung**
3. Risikominderung durch dosierte Anwendung von Fluoriden und Fissurenversiegelung = **Fluoridanwendung**

Weiterhin dienen in Abständen regelmäßige, die individuelle Risikosituation des Patienten berücksichtigende Kontrolltermine („Recall“) der erneuten Motivation und Anleitung zu mundgesundem Verhalten („Re-Motivation“), der Entfernung von Zahnstein, subgingivalen Konkrementen und Plaque

(= „professionelle Zahnreinigung“), der Durchführung lokaler Fluoridierungsmaßnahmen und der Früherkennung von Erkrankungen.

4.2 Abklärung der Mitarbeitsbereitschaft

Bevor eine Mundgesundheitsberatung in Angriff genommen wird, sollte abgeklärt werden, inwieweit ein bestimmter Patient dafür überhaupt geeignet ist. Selbst wenn dieser den Wunsch nach einer Beratung oder „Aufklärung“ nicht äußert (oder zu äußern wagt), kann er ihn dennoch haben. Es kommt hier also auf die Ansprache an.

Problematischer erscheint der Fall, wenn keine Einsicht in die eigenen Gesundheitsprobleme und keine eigene Bereitschaft, etwas für die Mundgesundheit zu tun, vorhanden sind. Die Einschätzung dieser Bereitwilligkeit wird bei *Weinstein, Getz und Milgrom* (1989, S. 42 ff) ausführlich beschrieben. Unter anderem verwenden sie einen „Fragebogen zur häuslichen Mundpflege“, auf dem der Patient im Wartezimmer vor der Behandlung ankreuzen kann,

- a) welche Zahn- und Zahnfleischprobleme er in letzter Zeit hatte
- b) welche Erfahrungen er mit Zahnbehandlungen in letzter Zeit gemacht hat
- c) welche Mundpflegemaßnahmen er zur Zeit ausführt
- d) wie sein Gesundheitsbewußtsein ausgeprägt ist
- e) welche gegenwärtigen Lebensumstände einer Verhaltensänderung (Plaquekontrolle und/oder Ernährungsumstellung) zum jetzigen Zeitpunkt entgegenstehen können.

Ein Blick auf den ausgefüllten Fragebogen kann dem Zahnarzt eine Orientierung geben, wie der Patient eingestellt ist und welcher Grad von Mitarbeit bei einem Versuch, seine Mundpflege zu verbessern, erwartet werden kann.

Auch bei Nichtverwendung eines verhaltensdiagnostischen Fragebogens können Fragen zum Gesundheitsbewußtsein („Glauben Sie, daß eine gute Mundpflege helfen kann, Karies und Zahnverlust zu vermeiden?“), zu den bisherigen Pflegegewohnheiten und zu durchgeführten oder versuchten Verhaltensänderungen in anderen Bereichen (Rauchen, Ernährung, Sport treiben etc.) gestellt werden.

Die Antworten können sowohl Auskünfte über die Bereitschaft als auch über die Fähigkeit geben, ob der Patient an einem Prophylaxe-Programm teilnehmen möchte, und ob er dabei voraussichtlich auch erfolgreich sein wird.

Diese Voraussage der Bereitschaft und Änderungsfähigkeit des Patienten kann nach *Weinstein* und Mitarbeitern (1989, S. 46 ff) aufgrund der Analysen von vier Einflußfaktoren gemacht werden:

1. Wie ausgeprägt ist das Gesundheitsbewußtsein und die Zielorientierung des Patienten?

Hat der Patient bereits erfolgreich an Fitneßprogrammen teilgenommen oder eine Diät eingehalten?

Ist der Patient es gewohnt, zugunsten größerer Ziele kurzfristigen Verzicht zu leisten?

Positive Antworten lassen die Fähigkeit zur Verbesserung — auch der Mundhygiene — erwarten. Hat es der Patient aber nicht gelernt, etwas aufzuschieben, was unmittelbar angenehm ist, wird er beispielsweise bei der kurzfristigen Zielorientierung Schwierigkeiten haben, heute die Zähne putzen zu müssen, um später zu erwartende Krankheiten und Unannehmlichkeiten zu vermeiden.

2. Wem schreibt der Patient Einfluß auf sein Verhalten zu?

Nach dem psychologischen Konzept der internalen bzw. externalen Kontrolle des Verhaltens (locus of control; vgl. *Wallston und Wallston, 1982*) glauben manche Menschen, selbst ihre Geschicke in die Hand nehmen zu können und sich selbst sowie ihre Umwelt durch ihre Taten beeinflussen zu können (internal Kontrollierte). Andere glauben, sie hätten wenig Einfluß auf ihr Schicksal und alles sei mehr oder weniger von außen gesteuert oder vorbestimmt (external Kontrollierte). Sie glauben, daß sie „schwache“ Zähne hätten und der frühzeitige Zahnverlust in ihrer Familie „vererbt“ sei. Mithin sehen sie keine Notwendigkeit, diese Einstellungen zu verändern. Selbsthilfe trauen sie sich nicht zu, im Notfall erwarten sie Hilfe von außen, von den Experten, gelegentlich auch von Heilslehren.

3. Wie ist die derzeitige Lebenssituation des Patienten?

Wer seine Mundpflege verbessern will, braucht dafür Zeit und Ruhe. Jede Gewohnheitsänderung ist eine mühsame und schwierige Aufgabe. Wenn sich der Patient aber gerade in einer streßreichen Lebenssituation befindet (Prüfungen, Geburt eines Kindes, neuer Arbeitsplatz, persönliche schwierige Probleme, dauernde Überforderungen), ist es nicht ratsam, ihm neue Bürden aufzubinden. Dies gilt nicht nur für Maßnahmen der primären Prävention, sondern auch für größere restaurative und insbesondere für zahnprothetische Maßnahmen, wie bereits an anderer Stelle gezeigt wurde (vgl. *Schneller, Bauer und Micheelis, 1986*).

4. Unterstützt oder hemmt das soziale Umfeld Veränderungen? Zwei

Raucher (ein Ehepaar oder Berufskollegen) geben das Rauchen gemeinsam leichter und dauerhafter auf als einzelne Personen. Besonders hinderlich ist, wenn ein Partner sich das Rauchen nicht abgewöhnen möchte. Fast immer scheitert über kurz oder lang dann auch der zweite. Ähnlich sieht es aus, wenn plötzlich ein Familienmitglied durch gründliches Zähneputzen und Fädeln lange das Badezimmer für sich beansprucht oder aufgrund der Abnutzungserscheinungen alle zwei Monate Geld für eine neue Zahnbürste (und Zahnseide und Fluorid-Gelee) beansprucht. Oder wenn nur ein Schüler in der Pause Mohrrüben statt Süßigkeiten ißt

oder nur **ein** Betriebsangehöriger nach dem Kantinenessen sich die Zähne putzt und die Kollegen darüber spotten.

Solche sozialen Umfeldvariablen sind zu erfragen und bei der Planung von individualprophylaktischen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Wird im einleitenden Gespräch herausgefunden, daß das Gesundheitsbewußtsein nicht sehr ausgeprägt ist, eine längerfristige Zielorientierung nicht vorliegt, der Patient nicht an seine eigenen Veränderungsmöglichkeiten glaubt, sich in einer ungünstigen Lebenssituation befindet und seine Familie ebenfalls wenig Wert auf gesunde und gepflegte Zähne legt, erscheint es problematisch, eine zahnmedizinische Individualprophylaxeberatung aufzunehmen. Sind einige der Punkte gegeben, andere jedoch nicht, ist die Einschätzung der Bereitschaft und Änderungsfähigkeit schwieriger.

Insgesamt gesehen kann es drei Möglichkeiten der Einschätzung des Patienten geben:

- a) Der Zahnarzt hält den Patienten aus o. g. Gründen nicht für prophylaxefähig
- b) Der Patient ist spontan gern bereit, an einer fachlichen Beratung über die Mundpflege und Zahnerhaltung teilzunehmen
- c) Der Patient muß erst noch weiter motiviert werden, um erfolgreich an einem Plaquereduktionsprogramm oder an einer Umstellung seiner Ernährungsgewohnheiten teilnehmen zu können

Zu a)

Wenn der Patient oder seine persönlichen Lebensumstände aufzeigen, daß die orale Selbstvorsorge nicht aufgenommen werden kann oder nicht aufgenommen werden möchte, bringt es wohl wenig, ihm trotzdem Grundlagen mitzuteilen. Wichtiger und erfolgreicher ist zunächst die Prüfung, inwieweit emotionale Barrieren vorliegen und inwieweit diese bearbeitet werden können. Sind diese nicht zu überwinden, sollten beim Patienten nicht noch weitere Widerstände — etwa durch angsteinflößende Taktiken oder durch Hinweise auf die verheerenden Folgen weiteren Gebißzerfalls — entwickelt werden.

Besser wäre, ihm mitzuteilen, daß es auch andere Methoden gibt, um ein weiteres Fortschreiten der Erkrankungen zu verzögern, nämlich Maßnahmen der professionellen Belagbeseitigung und der Einsatz chemischer Hilfsmittel, was allerdings eine häufige Besuchsfrequenz in der Praxis zur Folge hätte. Die Entscheidung des Patienten, nichts oder nur wenig für die Erhaltung seines oralen Status quo zu tun, entbindet den Zahnarzt selbstverständlich nicht von der Pflicht, andere Präventionsmaßnahmen zu versuchen (dazu weitere Diskussionen bei *Weinstein, Getz und Milgrom, 1989; Kühner und Schneller, 1989*).

Zu b)

Ist die Bereitschaft zur Mitarbeit an einem Prophylaxeprogramm beim Patienten vorhanden, und kann aufgrund der genannten Gründe seine Fähigkeit zu Verhaltensänderungen positiv eingeschätzt werden, kommt es darauf an, das notwendige Ausmaß des Programms aufgrund der bisherigen Zahnpflege, dem jetzigen oralen Zustand und den Möglichkeiten des Patienten (Zeit, Geld, Einsatzbereitschaft) zu bestimmen und ein für ihn optimales Pflegeprogramm zu planen und durchzuführen.

Zu c)

Orale Gesundheitsprobleme (Karies und Parodontopathien) sind chronische Erkrankungen und erfordern eine konstante und lebenslange häusliche Pflege. Es kann gute Gründe geben, nicht sofort mit der Verbesserung der Hygienefähigkeit zu beginnen. Falls absehbar ist, daß in einigen Monaten weniger Streß oder Unruhe im Leben des Patienten ist, sollte das Präventionsprogramm bis dahin verschoben werden (falls nicht bestimmte medizinische Gründe dagegenstehen).

Auch ist es unnötig, daß der Patient a priori ein vollständiges Präventionsprogramm akzeptieren muß. Vielleicht kann man den Patienten damit gewinnen, sich zunächst nur auf einen Aspekt der Mundpflege, z. B. die besondere Reinigung einer Problemstelle, einzulassen. Wenn der Patient den Erfolg dieser Anfangsmaßnahme spürt, wird er später leichter bereit sein, auch andere Aufwendungen für seine Mundpflege auf sich zu nehmen.

4.3 Spezifische Beratungsfelder

Sind die motivationalen Voraussetzungen und Motivierungsmöglichkeiten des Patienten — wohlgemerkt unter den Bedingungen der ambulanten Versorgung — für eine individuelle Prophylaxeberatung verhaltensdiagnostisch abgeklärt, ergibt sich aus zahnmedizinisch-fachlicher Sicht vornehmlich in drei Bereichen der inhaltliche Beratungsbedarf (siehe hierzu ausführlich *Hellwege, 1984; Harris und Christen, 1987; König, 1987*):

- a) Mundhygiene
- b) Ernährung
- c) Fluoridprophylaxe

Es ist also das Ziel der zahnärztlichen Beratung in der Prophylaxe, beim Patienten eine Verhaltensänderung zu erreichen, die auf diesen Gesichtspunkten basiert, und ein Verhalten zu stabilisieren, das diese Aspekte berücksichtigt.

In der Eingangsphase der Mundhygieneberatung durch den Zahnarzt wird die individuelle Ausgangslage mit Hilfe diagnostischer Maßnahmen dargestellt.

Im Vordergrund dieser pathogenetischen Betrachtung stehen die bakteriellen Zahnbeläge (Plaque). Eine Diagnostik der Plaqueverteilung im gesamten Gebiß, der Grad des Befalls einzelner Zähne, die Tendenz zur Plaqueneubildung in bezug zur Zeit geben hierbei nicht nur dem Arzt, sondern auch dem Patienten Hinweise zur Situation seiner Mundgesundheit, wenn die Darstellung in einer für ihn verständlichen und nachvollziehbaren Art erfolgt. Neben den Plaque-Indices können als Maß für eine parodontale Erkrankung Gingiva-Indices erhoben werden, wobei die Blutungsneigung des Gewebes nach definiertem Reiz bewertet wird. Speicheldiagnostische Untersuchungen lassen eine weitere Einschätzung des Erkrankungsrisikos eines Patienten zu.

a) Mundhygieneberatung

An die Darstellung der mundhygienischen Problemzonen schließt sich die Beratung über die individuell notwendigen Hygienemaßnahmen an mit Vorführung der dazu geeigneten Hilfsmittel.

Im Vordergrund steht die mechanische Reinigung der Zahnflächen, der Zahnzwischenräume, des Zahnfleischsaumes und der marginalen Gingivabereiche. Das Standardhilfsmittel hierfür ist die den individuellen Gegebenheiten entsprechende Zahnbürste.

Die Anwendung der Zahnbürste folgt einer ebenfalls auf die individuellen Erfordernisse abgestellten Methodik. Gleichzeitig wird eine Systematik der Zahnreinigung empfohlen, damit eine gleichmäßig gute Reinigung gewährleistet wird. Schwierigkeiten bereitet erfahrungsgemäß das Erlernen einer neuen „Handhabung“ der Zahnbürste, da zuerst eine meist über Jahre bestehende gewohnte Bürst-Technik abgelegt werden muß. Deshalb ist es notwendig, eine neue Technik der Zahnreinigung mit der Zahnbürste dem Patienten nicht nur durch Unterweisung, sondern auch durch kontrolliertes Einüben nahezubringen. Die Instruktionen zur Mundhygiene mit Hilfsmitteln sollten grundsätzlich dem didaktischen Grundmuster „Erklären-Vormachen-Machenlassen“ (tell-show-do) folgen, das heißt, im Sinne einer „aktiven Unterweisung“ den Patienten aktiv am Lernprozeß beteiligen. Hier bietet sich in der Zahnarztpraxis auch die Möglichkeit, dem Patienten den Erfolg der empfohlenen und geübten Anwendung von Hilfsmitteln unmittelbar durch Kontrolle im Handspiegel vor Augen zu führen.

Die Handhabung der verschiedenen Hilfsmittel stellt unterschiedliche Anforderungen an die Geschicklichkeit des Anwenders. Die feinmotorischen Fähigkeiten des Patienten müssen hier insbesondere berücksichtigt werden, da Mißerfolge bei überhöhten Anforderungen vorprogrammiert sind und der Patient bei Überforderung und dem daraus resultierenden Mißerfolg demotiviert wird.

Besonders zu nennen sind hierbei die Anwendung von medizinischen Zahnholzchen, von Zahnseide, von verschiedenen Zahnzwischenraumbürstchen sowie von elektrischen Hilfsgeräten wie den Wasserstrahlgeräten. Sie wer-

den nur nach ausführlicher Unterweisung und nach eigenen Übungen des Patienten unter Anleitung und Kontrolle durch den Zahnarzt Anwendung finden.

Gerade die Auswahl und die Handhabung von Zahnbürste, Putztechnik und Zahnpaste — also die unentbehrliche Grundausrüstung für jede Mundhygiene — sollte mit dem Patienten umfassend und wiederholend besprochen werden. Nur durch eine prozeßorientierte Betrachtungsweise läßt sich klären, inwieweit der Patient mit den besprochenen Instruktionen zurechtkommt. Vor allem müssen die individuellen manuellen Fähigkeiten sehr genau ermittelt werden, um den Patienten nicht zu entmutigen und keinen „Abbruch“ zu provozieren.

Wenn auch der einzelne Zahnarzt aus seiner fachlichen Perspektive bestimmte Putzmethoden favorisieren mag (einen sehr guten Überblick über die verschiedenen Vor- und Nachteile der diversen Putztechniken gibt *Hellwege*, 1984, S. 71—72), ist für den objektiven Erfolg einer verbesserten Mund- und Zahnhygiene entscheidend, daß eine Putzmethode mit dem Patienten ausgehandelt wird, zu der der Patient innerlich steht und die ihn in seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht überfordert. Zu Recht hebt *König* (1987, S. 291) im Interesse des Patienten folgende Zielpunkte der Mundhygiene hervor:

1. die Mundhygiene muß zielgerichtet sein — die Zähne müssen sauber werden
2. die Mundhygiene muß sicher sein — eine Schonung der Hart- und Weichgewebe ist wichtig
3. die Mundhygiene muß leicht zu lernen und auszuführen sein — die Technik stellt keinen Selbstzweck dar, sondern ist das Mittel zur Plaqueentfernung
4. die Mundhygiene muß effizient und sichtbar erfolgreich sein — nicht nur die empfundene Frische nach dem Zähneputzen, sondern auch die Belagsentfernung und das Verschwinden der Entzündungssymptome muß gelingen und damit zum Erfolgserlebnis werden.

Hinsichtlich der Auswahl von Zahnbürste und Zahnpaste sollte ebenso an vorliegende subjektive Präferenzen des Patienten angeknüpft werden; lediglich auf die Einhaltung zahnmedizinisch relevanter Mindestbedingungen (z. B. Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten, Vermeidung zu harter oder zu weicher Borstköpfe) ist zu achten.

b) Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung hat in den letzten Jahren eine mit Recht zunehmende Bedeutung in der präventiven Zahnheilkunde erlangt. Ausführlich werden die Grundlagen dieses Teils zahnmedizinischer Prophylaxe in der Literatur behandelt (vgl. *Hellwege*, 1984; *Schraitle* und *Siebert*, 1987).

Im Vordergrund des zahnmedizinischen Interesses steht wegen seiner ätiologischen Bedeutung für die Entstehung von Karies und Parodontopathien der Zuckerkonsum. Notwendigerweise müssen dem Patienten die kausalen Zusammenhänge zwischen Zuckerkonsum und Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates vor Augen geführt werden.

Es wird vorgeschlagen (vgl. *Hellwege*, 1984), eine Analyse des Ernährungsverhaltens des Patienten an den Anfang der individuellen Ernährungsberatung zu stellen. Hierbei werden die Zeitpunkte der Nahrungsaufnahme, Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten, Art der Nahrungsmittel und die Zeitpunkte der Zahnreinigung für drei aufeinander folgende Tage vom Patienten protokolliert und können dann vom Zahnarzt ausgewertet und mit dem Patienten besprochen werden.

Fehler in den Ernährungsgewohnheiten, besonders vom Patienten nicht von vornherein als zuckerhaltig eingestufte Nahrungsmittel („versteckter Zucker“) sowie die Häufigkeit von Zuckeraufnahme können so identifiziert werden, und eine gezielte Beratung zu den resultierenden Risiken kann sich anschließen. Dabei werden die Eintragungen des Patienten entsprechend den Zuckerbelastungen und ihrer Dauer grafisch ausgewertet.

Der Zeitraum der kariogenen „Nachwirkung“ zahnschädigender Nahrungsmittel bei einer „oral sugar clearance“ von durchschnittlich 30 Minuten wird über den gesamten Tag summiert. Diese Gesamteinwirkzeit dient als Maß für die ernährungsbedingte individuelle Risikosituation des betreffenden Patienten.

Die Zielsetzung im Beratungsgespräch zur Ernährung besteht in

1. der Aufklärung über die individuellen ernährungsbedingten Risiken, die aus den Eintragungen ablesbar sind,
2. der Darstellung der Bedeutung einer optimal terminierten Mundhygiene und
3. dem Aufzeigen von Alternativen für Zwischenmahlzeiten.

Besonders hingewiesen wird dabei auf die Notwendigkeit, bei der Ernährungsberatung auf die dogmatische Festlegung eines bestimmten Verhaltens zu verzichten.

Die Ernährungsberatung stellt wohl die größten Anforderungen an den beratenden Zahnarzt, an sein Einfühlungsvermögen und greift besonders einschneidend in das gewohnte Handeln des Patienten ein. Defizite bestehen hier selten auf der kognitiven, verstärkt jedoch auf der emotionalen Ebene: Die von klein auf bekannten und lieb gewordenen Gewohnheiten, die darüber hinaus noch gesellschaftlich und kulturell vorgeprägt sind, entziehen sich vielfach einer umfassenden Beeinflussung in Richtung auf ein gesundheitsbewußtes Verhalten.

Aus diesem Grunde ist es für den Erfolg einer Ernährungsberatung besonders wichtig, realistische und erreichbare Ziele und auch Zwischenziele der Verhaltensänderung in Zusammenwirken mit dem Patienten festzulegen, zum Beispiel anhand der Analyse des Ernährungstagebuchs. „Die Ernährungsberatung sollte sich darauf beschränken, Ernährungsrisiken aufzuzeigen. Sie muß dem Patienten die Freiheit lassen, den zahnärztlichen Rat anzunehmen oder die Folgen einer risikoreichen Ernährung zu tragen“ (*Hellwege*, 1984, S. 136). Aufgrund der Tatsache, daß es die „richtige Ernährung“ schlechthin für den Einzelfall nicht gibt, kann der Zahnarzt vom Prinzip einer „abwechslungsreichen Ernährung“ als Beratungsgrundlage ausgehen (vgl. *König*, 1987).

c) Karies-Vorbeugung durch Schmelzhärtung mit Fluoriden

Neben der Anwendung von Fluoriden im Sinne einer kollektiven Prophylaxe (Trinkwasserfluoridierung, Salz-, Milchfluoridierung) sind verschiedene individuelle Fluoridierungsmaßnahmen möglich.

Vor dem Hintergrund einer hohen Kariesmorbidität hat die wissenschaftlich gestützte Kenntnis der Wirkungsweise von Fluor-Salzen eine erhöhte Bedeutung für die zahnmedizinische Prophylaxe erlangt.

In vielen internationalen Veröffentlichungen konnte die Unbedenklichkeit und Verträglichkeit von therapeutischen Fluoridanwendungen nachgewiesen werden. Gleichzeitig hat der Einsatz kollektiver Fluoridierungsmaßnahmen in einigen Ländern und Regionen zu einem signifikanten Rückgang der Kariesinzidenz geführt (*WHO*, 1984; *Harris* und *Christen*, 1987).

In der Individualprophylaxe werden Fluoride in Tablettenform, in fluoridierten Zahncremes, in konzentrierten Fluorid-Spüllösungen und in Fluorid-Gelees und Lacken lokal angewandt. Die Wirkungsweise lokal applizierter Fluoride erfolgt dabei in dreierlei Hinsicht:

- Die Säurelöslichkeit des Schmelzes wird verringert (deshalb: „Härten“ des Zahnschmelzes).
- Die Remineralisation wird begünstigt (Einlagerung von Kalksalzen aus dem Speichel).
- Fluoride hemmen die Säurebildung aus niedermolekularen Kohlenhydraten in den bakteriellen Zahnbelägen.

Für Kleinkinder sind Pasten mit entsprechend reduziertem Fluoridgehalt auf dem Markt. Die Anwendung erfolgt ohne spezielle Indikation bei der täglichen routinemäßigen Mundhygiene.

Die Anwendung von Fluoridkonzentraten in Form von Spül-Lösungen und Gels ist als therapeutische Maßnahme bei kariesaktiver Risikosituation angezeigt. Auch diese Maßnahmen können im häuslichen Umfeld durchgeführt

werden, jedoch nur nach entsprechender Anleitung durch den Zahnarzt. In der Prophylaxe bei Kindern ist neben der häuslichen Fluoridanwendung die Durchführung der Lokalfluoridierung in der Zahnarztpraxis eine wichtige und wirksame Präventionsstrategie.

Zur systematischen Anwendung können Fluorid-Tabletten in altersabhängiger Dosierung verabreicht werden. Während der Schmelzbildungsphase („präeruptive Schmelzreifung“) wird Fluorid in das Schmelzkristall-Gefüge eingebaut; über den Speichel wird auch in der posteruptiven Phase das enteral zugeführte Fluorid für die Oberflächenhärtung des Zahnschmelzes verfügbar, die lokale Anwendung von Fluoriden steht jedoch im Vordergrund. Eine besondere Rolle spielt das Fluorid bei der Remineralisation von oberflächlichen kariösen Schmelzläsionen.

Dem Zahnarzt obliegt auf diesem Interventionsfeld die ärztliche Indikationsstellung, die Angabe von Dosierungen und die Überwachung des Fluorideinsatzes. Aufgrund der noch immer verbreiteten vielfältigen Vorurteile und emotionalen Barrieren zum Thema der Fluoridanwendung ist es besonders in der individuellen Beratung Aufgabe des einzelnen Zahnarztes, den Stellenwert der Fluoridprophylaxe in einem individuellen Prophylaxekonzept dem Patienten verständlich darzustellen.

4.4 Stellenwert des Gespräches

Das Ziel aller prophylaktischen Maßnahmen ist es, in bezug auf die Mundgesundheit eine Verhaltensänderung und die langfristige Etablierung eines optimierten Verhaltens zu erreichen. Die Gesprächsführung ist hier deshalb nicht ganz einfach, weil sie verschiedene Ebenen berührt, auf denen der „Empfänger“ reagiert. Die Informationsvermittlung vollzieht sich auf der kognitiven Ebene; Motivation, Einstellungs- und Verhaltensänderung vollziehen sich zusätzlich auf der sozial-emotionalen und verhaltensmäßigen Ebene. Nicht die Qualität und Überzeugungskraft der Sachinformation steht somit allein im Vordergrund, sondern die auf den Individualfall abgestimmte Gesprächsführung gewinnt eine zentrale Bedeutung.

Neben der in der zahnärztlichen Literatur empfohlenen inhaltlichen Ausgestaltung einer zahnärztlichen Gesundheitsberatung ist also die Frage nach den grundsätzlichen Funktionen des ärztlichen Gesprächs im Rahmen der prophylaktischen Sitzung zu stellen. Diese ist in ihrer Mehrschichtigkeit für die Beurteilung und Gewichtung der inhaltlichen Gestaltung bedeutend:

1. Die kommunikative Funktion

Eine positive Beziehung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten muß hergestellt und aufrechterhalten werden. Dies ist eine förderliche Voraussetzung für die Diagnosestellung und Behandlungsführung.

2. Die diagnostische Funktion

Hier geht es um die Erlangung von Informationen über den Patienten, seine bisherigen Zahnpflegegewohnheiten und über seinen Gesundheits- bzw. Erkrankungszustand. Auch die Erfassung der Reaktionen des Patienten auf seinen Erkrankungs- bzw. Pflegezustand gehört dazu (Bedeutung des Gesundheitsbewußtseins).

3. Die informative und beratende Funktion

Der Patient muß über seinen Zustand (Pflege, Karies, Parodontopathien, weitere orale Krankheitsanzeichen) informiert werden. Er muß auch darüber informiert werden, wie es zu der Erkrankung gekommen ist und was er selbst dazu tun kann, um ein Fortschreiten zu vermeiden bzw. weitere Neuerkrankungen zu verhindern.

4. Die therapeutische Funktion

Je nach vorliegendem Erkrankungs- bzw. Pflegezustand müssen auch prophylaktische und/oder therapeutische Leistungen zum Einsatz gebracht werden. Betrachtet man allein nur eine rein prophylaktische Sitzung, so kann die therapeutische Funktion aus einer Wissensvermittlung (bei einem Wissensdefizit) und/oder aus einem Fertigkeitstraining (bei einem Fertigungsdefizit) bestehen.

5. Die motivierende Funktion

Da Patienten trotz hinreichenden Wissens und hinreichender Pflegefertigkeiten nicht unbedingt auch ein angemessenes Pflegeverhalten zeigen müssen, kommt zu den bisher genannten Funktionen auch noch die motivierende Funktion hinzu. Der Patient muß für die Durchführung der Anweisungen und prophylaktischen/therapeutischen Maßnahmen gewonnen, seine Kooperation bzw. Compliance muß gesichert werden.

4.5 Exkurs: Das Interventionsmodell nach Weinstein, Getz und Milgrom

Das Ziel der individuellen Mundgesundheitsberatung durch den Zahnarzt ist die dauerhafte Veränderung der häuslichen Mundpflegegewohnheiten der Patienten. Um dieses Ziel erreichen zu können, sollten Grundkenntnisse aus der Psychologie und Kommunikationsforschung zur Beziehungsgestaltung und Verhaltensänderung ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Kap. 3). Die zahnmedizinischen Grundlagen-Kenntnisse über die Erkrankungsätiologie und die Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen (die sog. Prophylaxe-Trias) alleine reichen nicht aus, wenn man mit seiner Beratung langfristig wirksam sein will.

Daher spricht man von der Vorbeugung als „Vermittlung von Kompetenz“; im amerikanischen Begriff von „oral self care“ wird viel deutlicher als in den

deutschen Begriffen der „Mundhygiene“ oder „Zahnpflege“, worauf es im Kern ankommt. Dieses Verständnis ist in den bisher erschienenen und in dieser Arbeit schon mehrfach erwähnten deutschen Lehrbüchern der Präventivzahnmedizin zu wenig betont worden. Zwar finden sich beispielsweise bei *Hellwege* (1984) und bei *König* (1987) gute Einzelhinweise zum Beratungsvorgehen und zum Beratungsprozeß. Insgesamt wird aber viel zuwenig auf Präventionsstrategien und Einstellungs- und Verhaltensänderungsmethoden eingegangen. Hier geben die amerikanischen Lehrbücher weiterführende Vorschläge und Modelle (*Chambers und Abrams*, 1986; *Harris und Christen*, 1987; *Weinstein, Getz und Milgrom*, 1985, 1989).

In dem inzwischen ins Deutsche übersetzten Buch der amerikanischen Autorengruppe um den Psychologen Philip *Weinstein* und dem Zahnarzt Peter *Milgrom* „Prävention durch Verhaltensänderung — Strategien einer präventiven Zahnheilkunde“ (*Weinstein, Getz und Milgrom*, 1989) wird die individuelle Mundgesundheitsberatung als ein Prozeß in sechs Schritten beschrieben. Aufgrund der großen systematischen Bedeutung dieser individualprophylaktischen Vorgehensstrategie sollen im folgenden die Grundzüge dieses Beratungs- bzw. Interventionsmodells in Kürze vorgestellt werden:

Demnach geht es zunächst um die Verhaltensanalyse des individuellen Problems:

Im **ersten Schritt** muß die **Problemeignerschaft** eindeutig bestimmt und festgelegt werden. Es muß während der Interaktion klar bleiben, daß es das Problem des Patienten ist, das zur Bearbeitung ansteht. Mitunter erscheint es allerdings so, als habe der Zahnarzt das Problem, dem Patienten etwas beibringen zu wollen, wofür dieser gar nicht bereit ist (vgl. Kap. 4.2 Bereitschaft des Patienten). Um den Patienten zu motivieren, muß ihm sein Problem, die unzureichende Mundpflege, die zu Zahn- und Zahnbetterkrankungen führt, möglichst anschaulich verdeutlicht und bewußt gemacht werden. Dazu können Fragebogen verwendet, die Plaque angefärbt, Hygiene- bzw. Belags- oder Blutungs-Indices angewandt werden. Die Diskrepanz zwischen bisherigen Pflegemaßnahmen (Pseudo-Pflege) und dem Auftreten von weiteren Oralerkrankungen muß hier verdeutlicht werden. Der Patient muß merken, daß er betroffen ist und es weiterhin sein wird, und daß er selbst — und erst in zweiter Linie der Zahnarzt — die Möglichkeiten hat, Krankheitsverschlimmerungen zu verhindern.

Wenn dieses Bewußtsein und die Motivierung zu Eigenleistungen geschaffen worden ist, kann im **zweiten Schritt** die **konkrete Verhaltensanalyse** beginnen. Hierbei handelt es sich um das Feststellen der bisherigen Ausgangslage der individuellen Mundpflegemaßnahmen. Da kaum ein Patient überhaupt gar keine Mundpflege betreibt und gar kein Wissen über die Kariesentstehung hat, geht es um die Fragen: Welches Wissen und Verhalten liegt bereits vor? Putzt der Patient zuwenig, zuviel, zu oberflächlich, zum falschen Zeitpunkt, mit einer falschen Technik oder benutzt er die falschen

Hilfsmittel? In welchen Situationen macht er was richtig und was noch unzureichend? Was hemmt eventuell die Ausführung der gründlichen und systematischen Zahnpflege?

Entsprechend dieser Analyse muß festgestellt werden, welche Form eines Defizites vorliegt:

1. Fähigkeitsdefizit

a) Wissensdefizit

Der Patient weiß nicht, was er tun sollte und warum/wozu dies notwendig ist.

b) Fertigungsdefizit

Der Patient weiß nicht, wie er seine Zähne belagsfrei halten kann oder wie Zahnseide angewendet werden muß.

2. Durchführungsdefizit

Der Patient könnte das erwartete Verhalten durchführen, wenn er es müßte und weiß auch, warum es notwendig ist; er führt es aber dennoch nicht regelmäßig oder gründlich genug durch. Hier liegt also ein Motivationsproblem zugrunde.

Zur Konkretisierung der Ausgangslage und gleichzeitig zur Testung der Mitarbeitsbereitschaft kann evtl. eine Absprache über die häusliche Protokollierung des gegenwärtigen Pflegeverhaltens getroffen werden. Dabei muß klar sein, was protokolliert werden soll.

Aufgrund der in den ersten beiden Schritten festgestellten individuellen Ausgangslage erfolgt im **dritten Schritt** die Zielbestimmung. Zunächst werden die kurzfristigen **Zwischenziele** (angestrebte Veränderungen für die nächste Woche) sowie das langfristige **Endziel** festgelegt. Zwischen- und Endziele sollten konkret in Form der erwarteten Patiententätigkeiten formuliert werden und vor allem individuell zugeschnitten sein.

Im **vierten Schritt** erfolgt dann die konkrete **Interventionsplanung**. Je nachdem, ob als Ergebnis der Verhaltensanalyse ein Wissens-, Fertigungs- oder Durchführungsdefizit festgestellt wurde, muß die Intervention bestehen in a) einer Informationsvermittlung, b) einem Fertigkeitstraining, c) einer weitergehenden Motivationsanalyse (vgl. Tab. 3).

Unterscheidung in	Erforderliche Intervention
Wissensdefizite	Wissenvermittlung
Fertigungsdefizite	Fertigkeitstraining
Durchführungsdefizit	Motivationsanalyse

Bei der **Wissensvermittlung** muß beachtet werden:

- die Vorbereitung des Patienten (er muß es wissen wollen)
- eine gute Zahnarzt-Patient-Beziehung (Zahnarzt als freundlicher Helfer, der sich um die Gesundheit des Patienten sorgt); er redet mit ihm persönlich (Dialog), kein Monolog nach „Schema F“
- das „Setting“ muß stimmen (evtl. Prophylaxeraum, aufrechte Sitzhaltung, beleuchteter Vergrößerungsspiegel, keine Störungen)
- gute Informationsdarbietung (gute Gliederung, logischer Aufbau, verständliche Sprache, weder zu knapp noch zu detailreich; nicht zu viel auf einmal; sinnvoller Einsatz von didaktischen Hilfsmitteln)
- die Umsetzung des Gelernten in Verhalten muß folgen (Muster: Demonstration — Einübung — Rückmeldung)

Bei einem **Fertigkeitstraining** muß beachtet werden:

- das Wissen und die Einsicht, warum und wozu dies notwendig ist
- Ausgehen vom bisherigen Ausführungsniveau des Patienten (es sich zeigen lassen)
- erst Demonstration am Modell von Zahnarzt oder Helferin, dann angeleitetes Üben im Munde des Patienten
- jeder Verbesserung positive Konsequenzen folgen lassen; Rückmeldungen zum Erreichen/Nichterreichen des Zieles geben
- Schwierigkeit und Anforderungen stufenweise, langsam und stetig erhöhen

Bei der **Motivationsanalyse** heißt die Frage: Warum wird ein gekanntes Verhalten (Mundpflege) nicht wie erforderlich ausgeführt? Als Gründe können vielerlei Gesichtspunkte in Frage kommen. Es gilt, in Gesprächen bzw. in realistischer Selbstkritik die Gründe herauszufinden. Es kann auch objektive oder subjektive Barrieren beim Patienten geben, die mittels weitergehender Verhaltensanalyse herausgefunden werden müssen. Typische Fragen sind die nach den Situationsbedingungen und nach den Konsequenzen des gewünschten Verhaltens:

- Wann, unter welchen ganz konkreten Umständen, zeigt der Patient das gewünschte Verhalten? Was empfindet er dabei, wie fühlt er sich? Was sind die unmittelbaren Konsequenzen dieses Verhaltens?
- Wann, unter welchen Bedingungen unterläßt der Patient das erforderliche Pflegeverhalten? Lassen sich mögliche Barrieren ausräumen? (z. B. überfülltes Badezimmer am Morgen)
- Kann man die äußeren Umstände so verändern, daß der Patient die Zahnpflege nicht „vergißt“? (z. B. Erinnerungskarte an den Spiegel kleben)
- Erscheint dem Patienten der Aufwand zu groß? Ist er vom Erfolg der Zahnpflege nicht überzeugt?

Versteht man nun die Probleme/Barrieren des Patienten besser, kann man gemeinsam nach einem Ausweg suchen. Häufig hilft:

- Die Bedingungen so ändern, daß das gewünschte Verhalten wahrscheinlicher wird.
- In kleinen Schritten vorgehen, nicht zu viel auf einmal erwarten.
- Wirksame Anreize für regelmäßige und gründliche Zahnpflege einsetzen (z. B.: den Erfolg sichtbar — Anfärbung — oder zählbar — Vergleich von Indices vorher und nachher — machen).
- Fortschritte des Patienten herausstellen (Reduktion der Zahnfleischblutung; Plaquefreiheit; keine neuen Läsionen).
- Nicht nur „Gesundheit“, auch „Kraft“ und „Aussehen“ (vgl. auch *Girardi* und *Micheelis*, 1988) betonen.

Im Anschluß daran beginnt die „eigentliche“ Prophylaxe: die Interventionsdurchführung und deren Überwachung. Sind die Probleme erkannt, die Ziele definiert und die Interventionsstrategien festgelegt, sollten in einem **fünften Schritt** die konkreten Aufgaben des Patienten zur Erreichung des ersten Zwischenzieles festgehalten werden. Diese Absprache („**Verhaltensvertrag**“) sollte zugleich eine Protokollierungsmöglichkeit für das gewünschte Verhalten beeinhaltet. Damit beginnt die eigentliche Intervention und die erhoffte Umstellung von alten auf neue Gewohnheitsmuster. Danach beginnt die Überwachung und gegebenenfalls die Modifizierung des Interventionsplans.

Treten die erwarteten Veränderungen nicht ein, muß wieder die Analysephase aufgenommen werden und die Bedingungen für die Erfolglosigkeit gesucht werden (z.B. unzureichendes Protokoll- oder Anreizverfahren; zu schnelles oder zu langsames Vorgehen; ungünstiger Familieneinfluß etc.).

Im **sechsten Schritt** ist auf die **Festigung des neuen Gewohnheitsmusters** zu achten. Damit es nach Beendigung der Intervention nicht nachläßt, müssen bestimmte Vorkehrungen getroffen werden. Dazu gehören:

- langsamer Abbau des Belohnungssystems
- langsamer Abbau der zahnärztlichen Unterstützung, vermehrte Übernahme von Selbstverantwortung durch den Patienten
- Diskussion über das Verhalten bei einem möglichen Rückfall
- Festlegung des nächsten Recalltermins zur Auffrischung und Erfolgskontrolle.

Teil II

Empirisch-exemplarische Ausführungen

5 Fragestellung/Methoden/Skalen

5.1 Fragestellung

Im Kapitel 5 wird die theoretische Vorbereitung und organisatorische Durchführung einer empirischen Studie beschrieben, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Anforderungen an eine oralprophylaktische Sitzung gestellt werden müssen, um eine Verhaltensbeeinflussung (= verbesserte Mundhygiene) bei dem Patienten zu erreichen. Von besonderem Interesse ist dabei, welche Methoden des Gesprächs (Wissensvermittlung; Motivierung) und des Vorgehens berücksichtigt werden müssen, um das präventive Interventionsziel zu erreichen. Dabei wird unter Bezugnahme auf die obigen Ausführungen (vgl. Kap. 3 und Kap. 4) und unter Einbezug weiterer wichtiger Forschungsergebnisse (speziell der Kommunikationspsychologie) die Konstruktion der Beurteilungsskalen herausgearbeitet. Fiktive Modellbeispiele möglicher Zahnarzt-Patient-Gespräche auf dem prophylaktischen Beratungsfeld werden gegeben, um die Charakteristika der Skalen zu veranschaulichen. Technische Hinweise zum Beurteilertraining schließen dieses Kapitel ab.

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden in Kapitel 6 vorgestellt.

5.2 Das Filmmaterial

Als Ausgangsdaten für den empirischen Teil dieser Studie standen sechs 4-Stunden-Video-Bänder zur Verfügung, auf denen eine Stichprobe von Zahnärzten verschiedene prophylaktische Tätigkeiten vornahm; alle untersuchten Zahnärzte hatten an Fortbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prophylaxe teilgenommen und verfügten dementsprechend über ein gewisses Maß an Erfahrungsroutine hinsichtlich der praktischen Interventionsmöglichkeiten der Karies- und Parodontitisprävention. Das Aufnahmeteam befand sich bei jedem Zahnarzt eine Woche in der Praxis und filmte ausschließlich Episoden mit prophylaktischem Inhalt. Zur Auswertung kamen Aufnahmen von sechs Zahnärzten aus verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland, die zwischen 5 und 12 Patienten prophylaktisch behandelten.

Die Interventionsdauer betrug bei den einzelnen Patienten zwischen 1,5 und 57 Minuten (im Mittel 17 Minuten).

Inhaltlich reichte die Palette der durchgeführten prophylaktischen Tätigkeiten vom Anfärben der Zähne und allgemeiner Aufklärung der Patienten über

die Befunderhebung und -erklärung mittels gängiger Indices, über die Erklärung effektiver Putztechniken und die Einübung des Umgangs mit Zahnseide bis hin zur Entfernung von Zahnstein. Somit mußten zunächst die unterschiedlich langen und inhaltlich verschiedenen Filmszenen durchgesehen und in Sequenzen eingeteilt werden, die sich besser beurteilen ließen als die sehr heterogenen Rohvideos.

Leider erwies es sich als unmöglich, die einzelnen Tätigkeiten, wie sie bei systematischen Prophylaxe-Sitzungen aus theoretischer Sicht anfallen (z. B. Begrüßung; allgemeine Anamnese; orale Untersuchung; Befunderhebung mittels Indices; Erläuterung des Befundes; Zielsetzung und Behandlungsplanung usw.) oder wie sie als „Therapieschrittlisten“ im Abschlußbericht der IDZ-Studie (1986: Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen — Parodontologie/Individualprophylaxe; S. 170–179) erwähnt werden, als Grundlage der Sequenzbildung heranzuziehen. Dies lag zum einen an den Videoaufnahmen, die nicht immer am Beginn der Sitzung anfangen und am Ende der Sitzung aufhörten, und zum anderen daran, daß die beteiligten Zahnärzte selten so systematisch und theoriebezogen wie in den Therapieschrittlisten beschrieben vorgingen. So wurde bei der Se-

Tabelle 4: Beispiel für eine Sequenzliste eines Videobandes						
Video-Nr.: 2		5 Patienten		7 Sequenzen		(Blatt 1)
Sequenz	Dauer (Min)	Counter 1	Counter 2	Inhalt	Bemerkung	Patient
2/1/1	11.30	0000 0710	000 105	Remotivierung; SBI	Wdh	1 w 35 J.
2/2/1	11.40	0730 1330	109 194	Aufklärung Belagsentfernung	»G«	2 m 25 J.
2/3/1 z. T. unrelevant	16.30	1365 2135	210 308	Befunderklärung (Zahnreinigung)		3 m 65 J.
unrelevant 2/4/1	13.00	2135 2180	318	(wartende Patientin) Pt-Aufklärung		4 w 35 J.
2/4/2	4.00	2700 2844		orale Untersuchung.		
2/4/3 unrelevant	8.00	3133 3475	512	Demo Zahnseide (Mund) (Belagsentfernung)		
2/5/1 unrelevant	5.30	3478 3660 4050	515 604	Befunderklärung Demo Beläge (Zahnstein- entfernung)		5 m (Aus- länder) 35 J.
				(Ende der Aufnahmen)		

quenzbildung pragmatisch vorgegangen. Zusammenhängende, in sich abgeschlossene Handlungsteile wurden als Sequenzen definiert. Es entstanden in einem ersten Arbeitsgang Sequenzlisten der einzelnen Videos (vgl. Tab. 4), in denen die später zu beurteilenden Sequenzen benannt wurden.

In Ihnen wurde die Dauer der Sequenzen in Minuten und die entsprechenden Zählerstände auf dem Videorecorder eingetragen. Sie enthielten auch Hinweise über den Sequenzinhalt, den gerade behandelten Patienten und über Besonderheiten der Prophylaxesitzung (z. B. Wiederholungssitzung; Intervention durch ZMF, etc.). In diesem Arbeitsgang wurden auch einige Filmstellen für nicht auswertbar bzw. unrelevant erklärt. Meist handelte es sich um ausgedehnte Zahnsteinentfernungen mit dem Ultraschallgerät, bei denen nicht gesprochen wurde und der Arbeitslärm alles übertönte. Die Videobänder wurden an den Stellen kurz überspielt, an denen jeweils eine neue Bewertungssequenz (inhaltlich meist eine in sich abgeschlossene Prophylaxebehandlung) begann. Somit ergibt sich für die Bewertung der Videobänder in der Übersicht folgende Ausgangslage (Tab. 5, Seite 60):

Insgesamt konnten also die Interaktionen mit 48 Patienten, aufgeteilt in 87 Film-Sequenzen, beurteilt werden. Neben zwei sehr kurzen Bändern mit nur 39 bzw. 70 Minuten auswertbarem Filmmaterial (Videos 3 bzw. 2) gab es zwei Bänder mit rund 2,5 Stunden auswertbarer Laufzeit (Videos 1 und 5) und zwei längere Bänder mit gut 3 Stunden bzw. fast 4 Stunden auswertbarer Laufzeit (Videos 4 und 6). Interessant ist vor allem, daß durch die Sequenzbildung nach inhaltlich-interaktiven Kriterien sich keine in etwa gleich langen Sequenzen bilden ließen. So schwankt die durchschnittliche Patientenbetreuungsdauer pro Zahnarzt zwischen 7 (bei Zahnarzt 3) und über 30 Minuten (bei Zahnarzt bzw. Zahnarthelferin 4). Die durchschnittliche, **auswertbare** Interaktionsdauer zwischen Zahnarzt und Patient liegt insgesamt bei **17 Minuten**. Die beurteilbaren Sequenzen sind im Einzeldurchschnitt zwischen 5,5 und 13 Minuten, im Gesamtdurchschnitt 9 Minuten lang.

5.3 Auswahl und Konstruktion der Beurteilungsskalen

5.3.1 Theoretische Einordnung und Grundlagen der Skalenentwicklung

Das Ziel der Untersuchung ist die Beobachtung des prophylaktischen Vorgehens erfahrener Zahnärzte, um (1) die Effizienz des Vorgehens abzuschätzen, (2) wirksame Handlungsmerkmale festzuhalten und (3) Vorschläge zur Verbesserung nicht optimaler Vorgehensweisen zu erarbeiten. Es galt also, Kriterien zu finden, nach denen die Prophylaxegespräche beurteilt werden können. Dabei mußten einerseits die in der bisherigen Forschungsliteratur zur ärztlichen Gesprächsführung vorgestellten Erkenntnisse berücksichtigt werden, andererseits auch die spezifischen Kommunikationsstrukturen, Interaktionsformen und Handlungszielsetzungen der in den Filmen wiedergegebenen Zahnarzt-Patient-Interaktionen. Zwei Tatsachen wurden bald deutlich:

Tabelle 5: Übersicht über die zu bewertenden Video-Sequenzen (unrelevante Szenen sind bereits aussortiert)								
Video/ Zahnarzt	Anzahl	Patienten		Sequenzen Anzahl zwischen	Besonderheiten	Auswertbare Minuten		
		Geschlecht	Alter*			Gesamt	pro Patient	pro Sequenz
ZA 1	12	7 m/5 w	25 – 70 J.	20	einige Wiederholungs- sitzungen; gel. Einsatz der Zahnarzthelferin	156	13	8
ZA 2	5	3 m/2 w	25 – 65 J.	7	Band nur halbvoll	70	14	10
ZA 3	5	1 m/4 w	30 – 60 J.	7	Häufig Zahnsteinentfernung Band nur halbvoll	39	7	5,5
ZA 4	6	2 m/4 w	25 – 55 J.	14	Überwiegend Einsatz der ZMF	182	30	13
ZA 5	10	5 m/5 w	20 – 50 J.	18	einige Wiederholungs- sitzungen; gel. Einsatz der Zahnarzthelferin	165	16,5	8
ZA 6	10	3 m/7 w	20 – 50 J.	21	einige Wiederholungssitzungen	222	22	10,5
Summe	48	21 m/27 w	20 – 65 J.	87			Ø 17	Ø 9

*geschätzt

1. Es konnten nach Durchsicht von ca. 20 Studien zur ärztlichen Gesprächsführung keine der dort angewendeten Analysemethoden/Beurteilungsskalen für die vorliegenden Zwecke direkt übernommen werden.
2. Die Inhalte der Filmsequenzen waren so breit gestreut und uneinheitlich, daß die benötigten Skalen sehr breit angelegt werden mußten, um möglichst viele Aspekte erfassen zu können.

Übergeordnetes Ziel der prophylaktischen Sitzung ist es, eine Verhaltensänderung beim Patienten herbeizuführen, d.h. ein möglichst optimales Mundpflegeverhalten zu erreichen.

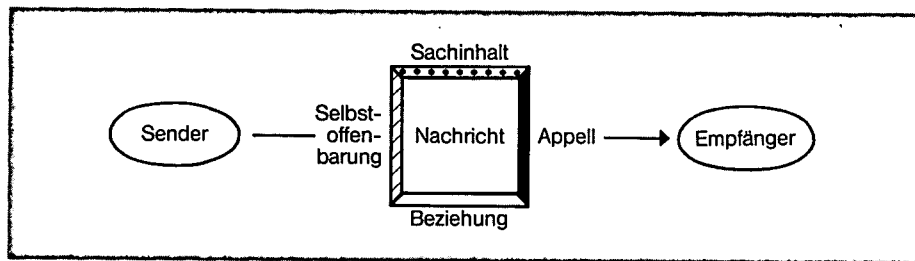
Aus Untersuchungen zu ärztlichen und psychologischen Interventionsmethoden ist bekannt, daß eine dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderung am ehesten erfolgt, wenn Veränderungen sowohl im kognitiven als auch im verhaltensmäßigen und sozial-emotionalen Bereich einer Person erreicht werden (vgl. Kap. 3 und z.B. *Fittkau et al., 1983; Bengel et al., 1988*).

Für die zahnärztliche Prophylaxesitzung (vgl. Tab. 6) heißt es, daß dem Patienten Wissen vermittelt werden muß (Informationsvermittlung auf der kognitiven Ebene), daß er seine Einstellung zur Mundgesundheit und zum Mundpflegeverhalten verändern muß (Beeinflussung auf der kognitiven und sozial-emotionalen Ebene) und daß er seine Mundpflegegewohnheiten verbessern muß (Verhaltensänderung durch Fertigkeitstraining und Motivation auf der verhaltensmäßigen Ebene).

Tabelle 6: Feinziele beim prophylaktischen Vorgehen	
Informationsvermittlung	- kognitive Ebene
Motivation/ Einstellungsveränderung	- kognitive und sozial-emotionale Ebene
Verhaltensänderung	- verhaltensmäßige Ebene

Aus diesen Überlegungen ergeben sich die in Kapitel 4 bereits beschriebenen Funktionen eines Gespräches im Rahmen einer prophylaktischen Sitzung: die kommunikative Funktion, die diagnostische Funktion, die informative und beratende Funktion, die therapeutische Funktion und die motivierende Funktion.

Bei näherer kommunikationstheoretischer Betrachtung einer prophylaktischen Beratung zeigt sich, daß folgende Faktoren den Gesprächsverlauf zwischen „Sender“ und „Empfänger“ beeinflussen (vgl. Abb. 3).



Quelle: Schulz von Thun, 1981, S. 30

Abbildung 3: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation

Die entscheidende Erkenntnis dieses Modells liegt darin, daß ein und dieselbe „Nachricht“ verschiedene „Botschaften“ immer gleichzeitig enthält. Neben der **Sachinhaltsseite** (worüber informiert wird) ist eine **Selbstoffenbarungsseite** (was eine Person von sich kundgibt), eine **Beziehungsseite** (wie die kommunizierenden Personen zueinander stehen) und eine **Appellseite** (wozu eine Person eine andere Person veranlassen möchte) bei jeder Nachricht, die ein „Sender“ einem „Empfänger“ gibt, zu unterscheiden. Diese vier Aspekte bilden gleichsam das Grundgerüst jeder zwischenmenschlichen Kommunikation.

Dieses Modell gestattet die Einordnung der zahlreichen Kommunikationsstörungen und -probleme, die im Laufe der Zeit von der Kommunikationsforschung analysiert wurden. Zudem öffnet es den Blick für verschiedene Trainingsziele zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit. Der interessierte Leser findet ausführliche Beschreibungen des Modells bei *Fittkau et al.* (1983; S. 9–100), bei *Schulz von Thun* (1981) sowie bei *Schneller und Kühner* (1989, S. 146 ff.)

5.3.2 Die Verständlichkeit von Informationen

Das Kommunikationsmodell diene uns als Grundlage für die Entwicklung der ersten 4 von insgesamt 8 Skalen zur Beobachtung der zahnärztlichen Prophylaxesitzungen. Wie schon erwähnt, ist die Art und Qualität der Informationsvermittlung ein wesentlicher Bestandteil der präventiven Beratung. Für den kognitiven Bereich, d. h. der reinen Übermittlung von Sachinhalten, liegen umfangreiche Forschungsarbeiten vor (vgl. *Langer, Schulz von Thun* u. *Tausch*, 1974). Es stellte sich heraus, daß in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens die Empfänger nur einen Bruchteil der gesendeten Informationen aufnehmen, verstehen und behalten. Für den ärztlichen Bereich stellte *Ley* (1979, 1980, 1982) in seinen Studien das gleiche fest. Sobald die Patienten das Sprechzimmer verlassen, können sie nur einen kleinen Teil der erhaltenen Informationen wiedergeben.

Als Hauptgrund dafür stellte sich heraus, daß die Informationen häufig unnötig schwer verständlich abgefaßt und nicht systematisch genug aufgebaut waren. Schwerverständlichkeit bei der Übermittlung von Sachinhalten ist ein weit verbreitetes Übel, nicht nur von Texten und z. B. Gebrauchsanleitungen, sondern auch von politischen Kommentaren und Nachrichten oder vom Schulunterricht und von Vorlesungen — überhaupt von Veranstaltungen aller Art, die eigentlich der Informierung dienen sollten.

Nach den Forschungsarbeiten von *Langer* und Mitarbeiter (1974) sind es insbesondere 4 „Verständlichmacher“, die darüber entscheiden, ob ein Vortrag oder ein Text vom Empfänger gut verstanden und behalten wird (gemeint ist hier nur die erste Seite der Nachricht, die Vermittlung eines Sachverhaltes; *Fittkau* et al., 1983, S. 29–36).

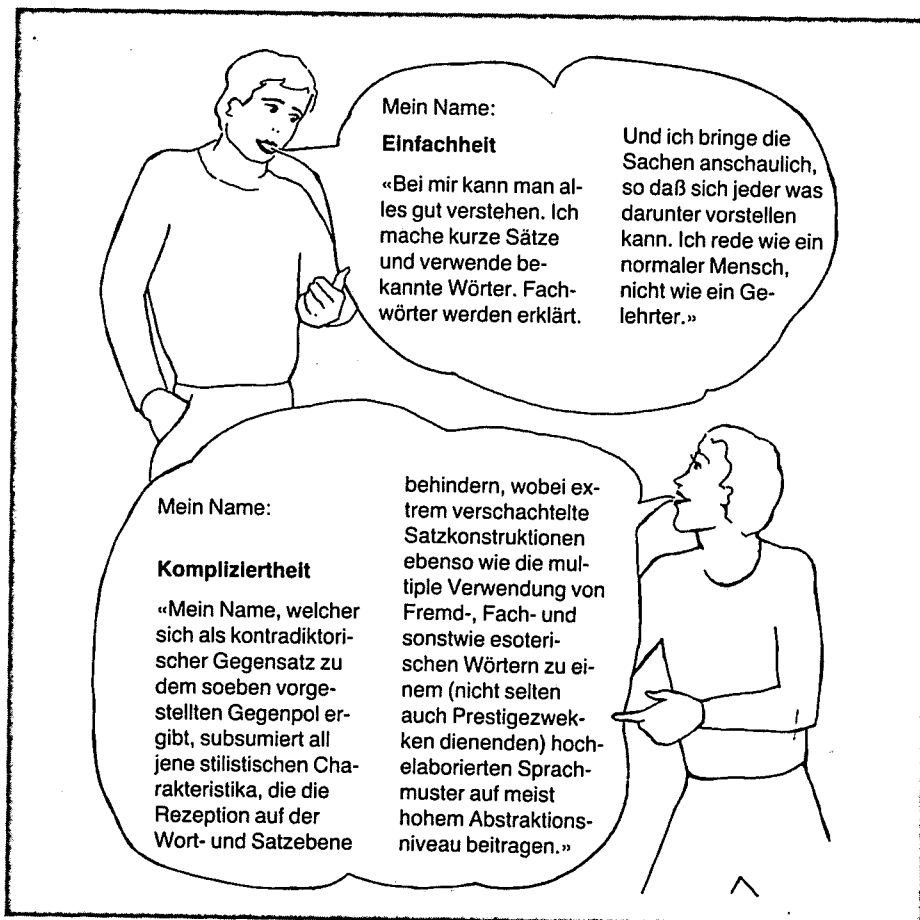
Die vier Dimensionen der Verständlichkeit sind:

- A. Einfachheit (Gegenteil: Kompliziertheit)
- B. Gliederung — Ordnung (Gegenteil: Unübersichtlichkeit, Zusammenhanglosigkeit)
- C. Kürze — Prägnanz (Gegenteil: Weitschweifigkeit)
- D. zusätzliche Stimulanz (Gegenteil: keine zusätzliche Stimulanz)

Um diese vier Dimensionen dem Leser vorzustellen, übernehmen wir die Ausführungen und die einprägsamen Abbildungen dazu aus *Schulz von Thun* (1981, S. 143–147; Abb. 49–52).

Einfachheit — Kompliziertheit

Einfachheit ist wohl der wichtigste Verständlichmacher. Die Einfachheit des Ausdrucks ist gemeint, wenn im allgemeinen Sprachgebrauch von „Verständlichkeit“ die Rede ist. Dennoch ist das Verstehen und Behalten von Informationen nicht nur von der Verwendung bekannter Begriffe und kurzer Sätze abhängig.

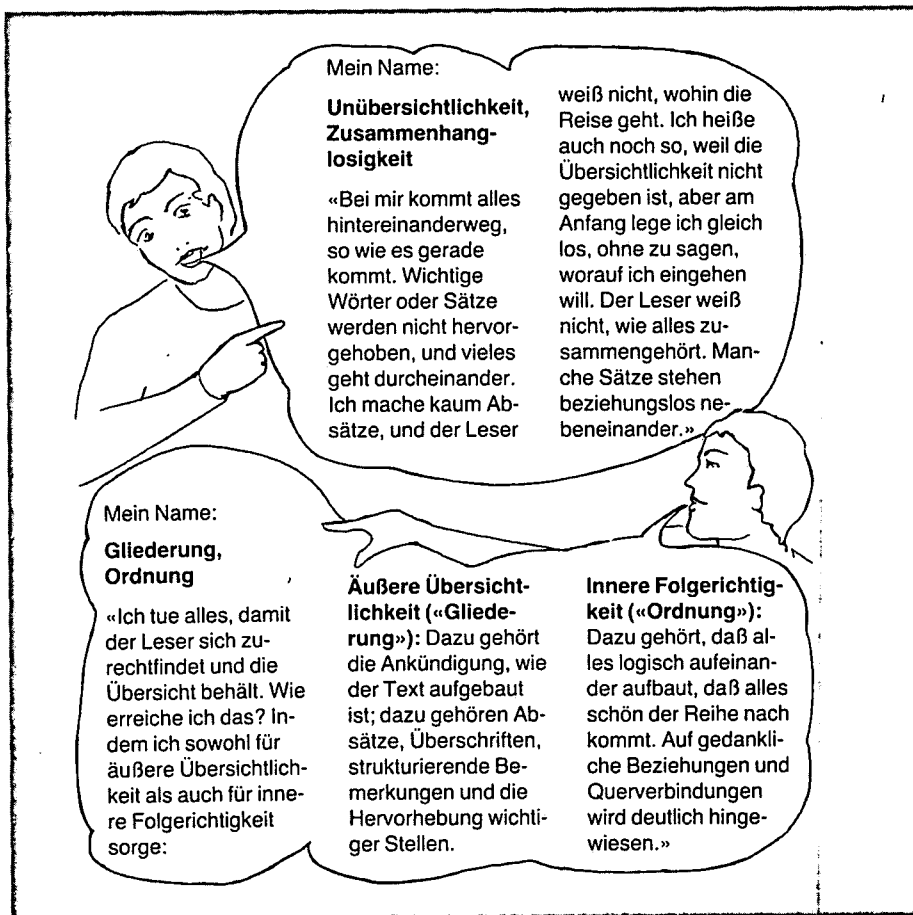


Quelle: Schulz von Thun, 1981, S. 143

Abbildung 4: „Einfachheit“ und sein Gegenspieler „Kompliziertheit“ stellen sich vor

Gliederung, Ordnung — Unübersichtlichkeit

Dieser zweite Verständlichmacher betrifft nicht die Art der Formulierung (Einfachheit), sondern den Aufbau des Gesamttextes. Seine Bedeutung wächst mit der Länge des Textes. Bei kurzen Mitteilungen kann es der Empfänger leichter „verschmerzen“, wenn keine Bemühungen vorliegen, den Bauplan der Nachricht sichtbar zu machen.

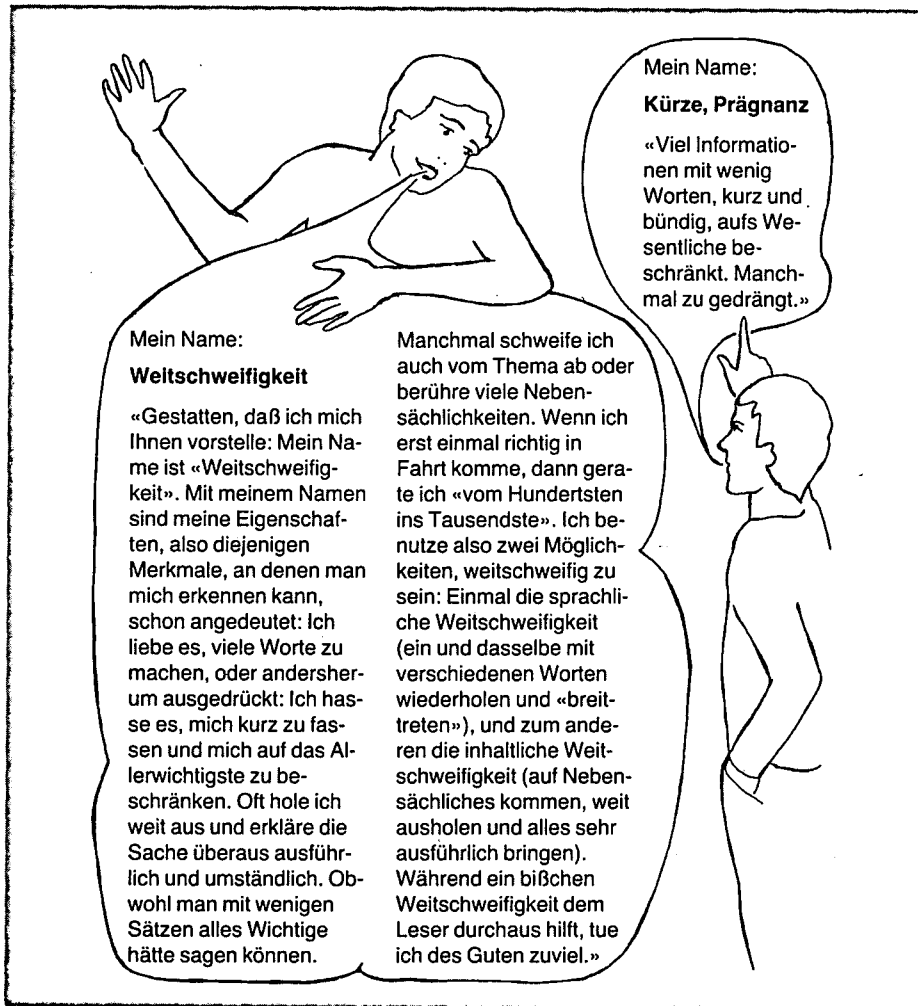


Quelle: Schulz von Thun, 1981, S. 144

Abbildung 5: „Gliederung – Ordnung“ und sein Gegenspieler „Unübersichtlichkeit“ stellen sich vor

Kürze — Prägnanz — Weitschweifigkeit

Obwohl ein Telegrammstil sich in einigen Untersuchungen als durchaus günstig erwies, dürfte das Optimum in der Mitte liegen. Weitschweifige Texte überfordern viele Zuhörer: Sie verlieren den Blick für das Wesentliche, und ihre Aufmerksamkeit sinkt schnell ab. Weitschweifigkeit ist seltener bei gedruckten Texten (z.B. Broschüren) anzutreffen, häufig dagegen bei freier Rede.



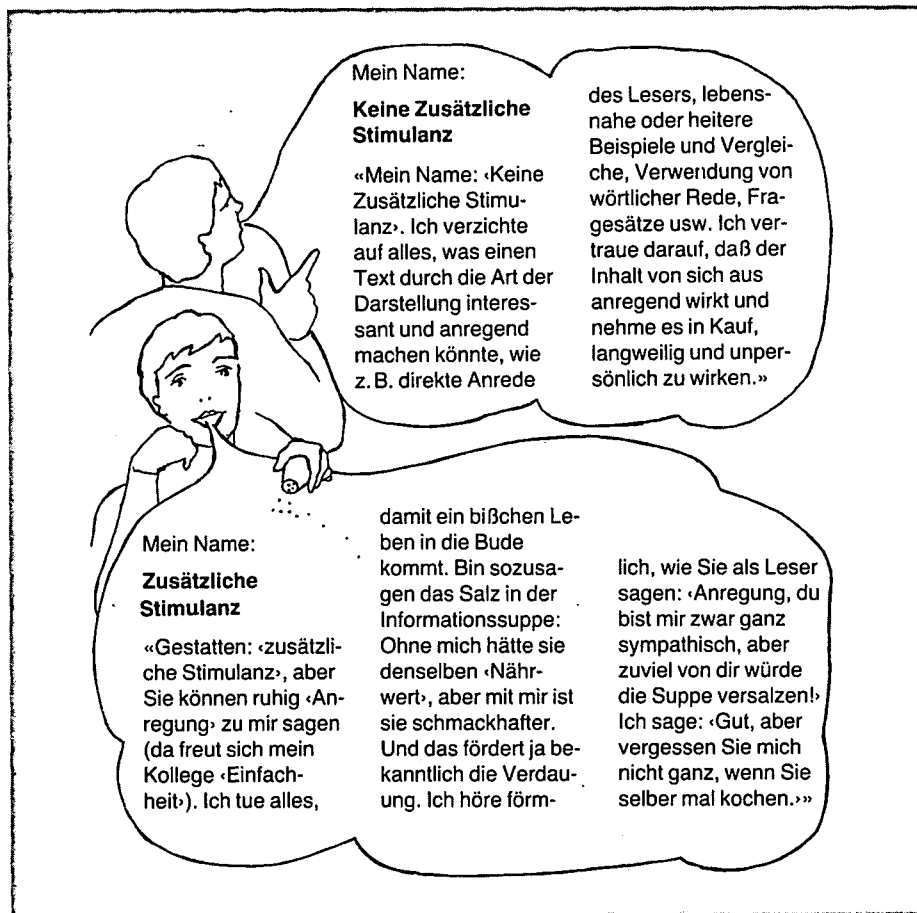
Quelle: Schulz von Thun, 1981, S. 145

Abbildung 6: „Kürze, Prägnanz“ und sein Gegenspieler „Weitschweifigkeit“ stellen sich vor

Zusätzliche Stimulanz — keine zusätzliche Stimulanz.

Dieser vierte Verständlichmacher ist bislang wenig erforscht. Er dient zunächst als Sammelbecken für unterschiedliche Stilmittel, um den Empfänger nicht nur intellektuell, sondern auch gefühlsmäßig anzusprechen. Dies geschieht aus der Einsicht heraus, daß Lernen auch Spaß machen darf und dann eher bedeutsam ist, wenn es die ganze Person ergreift und nicht nur „kopflastig“ adressiert ist. Stimulanzmittel können unter anderem sein:

- Beispiele aus der (vermuteten) Lebenswelt des Empfängers,
- sprachliche Bilder, die Analogien zu elementaren Erfahrungen aufweisen,
- graphische Abbildungen, Demonstrationstafeln, Filme etc.



Quelle: Schulz von Thun, 1981, S. 147

Abbildung 7: „Zusätzliche Stimulanz“ und sein Gegenspieler „Keine zusätzliche Stimulanz“ stellen sich vor

5.3.3 Die Skalen zur Beurteilung der kognitiven Dimension

In einigen Vorversuchen zeigte sich, daß die genannten Kriterien auch zur Analyse zahnärztlicher Aufklärungsgespräche geeignet erscheinen. Es wurden schließlich vier Skalen zur Beurteilung der Güte (= Verständlichkeit) der Wissens- und Informationsvermittlung entwickelt, bzw. von den Arbeiten der Hamburger Gruppe um *Langer, Schulz von Thun* und *Tausch* (1974) für die vorliegenden Zwecke adaptiert. Jede Skala besteht aus einer kurzen Beschreibung der zu beachtenden Aspekte des Zahnarzt-Patient-Gesprächs und aus 5 Beurteilungsstufen. Die Stufen sind qualitativ definiert, d. h. auf jeder Stufe steht konkret beschrieben, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um den entsprechenden Skalenwert geben zu können. Bei Skalen mit einem positiven und einem negativen Pol steht Stufe 1 für die optimale Ausprägung des zu beurteilenden Merkmals, Stufe 5 für die ungenügendste Ausprägung (s. Skala A und B). Die Skalen C und D haben ihre optimale Ausprägung in der Mitte (Stufe 3), da hier ein Zuviel bzw. Zuwenig (Stufen 4 und 5 bzw. Stufen 2 und 1) nachteilig für die Verständlichkeit eines Textes/ Gespräches ist.

Nachfolgend sind die Langformen der vier Skalen dargestellt, die für die **Beurteilung der kognitiven Dimension** der prophylaktischen Zahnarzt-Patient-Gespräche benutzt worden sind.

Skalenbeschreibung

Dimension: kognitive Ebene, Informationsvermittlung

Skala A Gliederung — Strukturierung

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Gliederung“.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beobachtungsskala, wie gut strukturiert der Zahnarzt (ZA) dem Patient (Pt) die prophylaktischen Informationen vermittelt. Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (Stufe 1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein. Die Skala wurde in Anlehnung an das Konstrukt „Gliederung — Ordnung“ nach *Langer, Schulz von Thun* und *Tausch* (1974) entwickelt.

Stufe 1

Die Informationen werden durchgehend übersichtlich und gegliedert dargestellt. Der Zahnarzt unterteilt die Instruktion in überschaubare Abschnitte.

Die Informationen sind durchgehend folgerichtig aufeinander bezogen. Das Ziel wird vor dem Vortrag bekanntgegeben. Das Kriterium „Ziel“ ist erfüllt, wenn der Zahnarzt zu Beginn des Vortrags den Zweck der gesamten In-

struktion erläutert oder wenn er vor jedem inhaltlichen Abschnitt den Leitgedanken bzw. das Ziel mitteilt.

Wesentliche Inhalte werden kurz zusammengefaßt. Der Zahnarzt beendet die Instruktion mit einem kurzen Ausblick auf die Inhalte der nächsten Sitzung („Das nächste Mal...“).

(in Anlehnung an *Schulz von Thun* in *Fittkau et al.* 1983, S. 34).

Beispiel:

Erläuterung der Situation: Die Befunderhebung hat stattgefunden. Der Zahnarzt hat dem Patient in anschaulicher Form den Befund (u. a. hohes Kariesrisiko) erklärt. Der Patient ist mit einem zahnmedizinischen Vorsorgeprogramm einverstanden. Der Zahnarzt hat sich vergewissert, welches Vorwissen der Patient besitzt und baut darauf seine Informationsvermittlung auf.

ZA: „Herr X, ich habe festgestellt, daß Sie schon eine ganze Menge über Prophylaxe wissen. Ich möchte heute mit Ihnen drei wichtige Themen besprechen. Erstens ‚Wie entsteht Karies, also Zahnfäule?‘ zweitens ‚Wie entsteht eine Zahnbettentzündung, also Parodontitis?‘ und drittens ‚Was können Sie dagegen tun?‘ Wir werden uns das zuerst anhand dieser Dias ansehen. Wenn Sie etwas wissen möchten, fragen Sie mich bitte.“

Stufe 2

Das Ausmaß der Gliederung liegt im mittleren Bereich. Die Informationen sind strukturiert und folgerichtig aufgebaut. Zusätzlich erfüllt der Zahnarzt zwei der auf Stufe 1 definierten Kriterien: „Zielbenennung“ oder „Zusammenfassung“ oder „Ausblick“.

Stufe 3

Das Ausmaß der Gliederung liegt im mittleren Bereich. Die Informationen sind strukturiert und folgerichtig aufgebaut. Zusätzlich erfüllt der Zahnarzt eines der auf Stufe 1 definierten Kriterien: „Zielbenennung“ oder „Zusammenfassung“ oder „Ausblick“.

Beispiel

ZA: „Herr X, sicher haben Sie schon einmal gehört, daß zuckerreiche Ernährung im Zusammenhang mit ungenügender Entfernung von Zahnbelägen Karies verursachen kann. Es geht heute also z.T. um die Entstehung von Karies. Aber nicht nur Karies, sondern auch Parodontitis, also Zahnbettentzündung, kann die Folge von unzulänglicher Mundhygiene sein. Über dieses Thema wollen wir dann auch sprechen. Aber jetzt erst mal zur Karies.“

Stufe 4

Strukturierung und Gliederung des Beitrags sind mäßig. Die Zielbenennung fehlt oder bleibt unklar. Ein nachvollziehbarer folgerichtiger Aufbau ist nicht voll gegeben. „Zusammenfassung“ und „Ausblick“ fehlen.

Stufe 5

Die Informationen werden unübersichtlich und zusammenhanglos dargestellt. Der Zahnarzt gibt weder das Ziel des Vortrags bekannt noch wiederholt er die wesentlichen Inhalte in kurzen Zusammenfassungen. Die Inhalte sind nicht folgerichtig aufeinander bezogen.

Teilinformationen fehlen. Wichtiges wird von Unwichtigem nicht getrennt.

Der Patient fragt sich: Wie hängt das jetzt mit dem zusammen, was vorher gesagt wurde?

Beispiel:

ZA: „So, wir wollen uns heute mal unterhalten. Heute wird nicht so viel gebohrt. Es ist ja sehr wichtig, daß nicht nur repariert wird, sondern daß wir dafür sorgen, daß die Zähne gesund bleiben, daß sich nichts mehr verändert, daß keine Karies entsteht. Wir sehen uns das jetzt mal an.“

Skala B Einfachheit — Verständlichkeit

Skala zur Beschreibung des Merkmals „Einfachheit — Verständlichkeit“

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, wie einfach der Zahnarzt dem Patienten die prophylaktischen Informationen vermittelt. Diese Skala bezieht sich also auf die verwendete Sprache.

Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein.

Die Skala wurde in Anlehnung an das Konstrukt „Einfachheit“ nach *Langer, Schulz von Thun* und *Tausch* (1974) entwickelt.

Stufe 1

Die Informationen sind durchgehend leicht verständlich: Sie zeichnen sich durch kurze Sätze und bekannte Wörter aus. Der Zahnarzt stellt sich im Sprachniveau auf Sprache und Stil des Patienten ein. Fachworte werden patientengerecht erklärt.

Beispiel:

ZA: „Frau X, haben Sie schon einmal etwas von Karies gehört?“

Pt: „Ja, das ist doch eine Zahnerkrankung.“

ZA: „Ja, richtig. Wissen Sie auch, wie Karies entsteht?“

Pt: „... Hm ... nein, eigentlich nicht so recht.“

ZA: „Aber Sie haben da eine Vermutung?“

Pt: „Ja, ... es hat irgendwie mit Zucker zu tun.“

ZA: „Ja, das stimmt. Zucker spielt dabei auch eine Rolle. Ich möchte mich heute mit Ihnen darüber unterhalten, wie Karies entsteht. Wenn Sie eine Frage haben, fragen Sie mich bitte. Bei der Entstehung von Karies, die auch Zahnfäule genannt wird, spielen insbesondere zwei Faktoren eine Rolle. Und zwar zum einen die Zahnbeläge, auch Plaque genannt, und zum anderen eine zuckerreiche Ernährung...“

Stufe 2

Der Zahnarzt verwendet überwiegend einfach aufgebaute Sätze und dem Patienten bekannte Wörter bzw. er erklärt Fremdwörter.

Stufe 3

Die Verständlichkeit der Informationen liegt im mittleren Bereich. Die Informationen werden weder besonders einfach (kurze Sätze, keine Fremdwörter, kein Fachjargon) noch besonders kompliziert (lange Schachtelsätze, viele und unbekannte Fremdwörter) vermittelt.

Beispiel:

ZA: „Frau X, ich werde Ihnen jetzt erklären, wie Karies aufgrund von Plaquebakterien, also Bakterien des Zahnbelages, und zuckerreicher Ernährung entsteht.“

Stufe 4

Es besteht eine Tendenz zur Verwendung von unerklärten Fremdwörtern oder Fachbegriffen. Der Satzbau ist häufiger unterbrochen oder abgebrochen oder verschachtelt.

Stufe 5

Die Informationen sind umständlich vermittelt: sie zeichnen sich durch lange Schachtelsätze, abstrakte Formulierungen, viele und unbekannte Fremdwörter und nicht erklärte Fachbegriffe aus („Kompliziertheit“ nach *Schulz von Thun* in: *Fittkau* et al. 1983, S. 34).

Beispiel:

ZA: „Nun zur pathogenen Wirkung der Zahnbeläge. Die kariöse Zerstörung des Zahnschmelzes wird durch längerfristiges Einwirken von Plaquebakterien in Zusammenwirkung mit schnell vergärbaren Mono- oder Disacchariden, also Zucker, verursacht.“

Skala C Prägnanz — Kürze

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Prägnanz“

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, wie prägnant der Zahnarzt dem Patienten die prophylaktischen Informationen vermittelt.

Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein. Die Skala wurde in Anlehnung an das Konstrukt „Kürze — Prägnanz“ nach *Langer, Schulz von Thun* und *Tausch* (1974) entwickelt.

Hinweis für den Beobachter:

Die optimale Ausprägung wird auf Stufe 3 beschrieben. Stufe 1 und Stufe 5 sind negative Pole.

Stufe 1 (negativer Pol: zu knapp)

Die Erläuterungen des Zahnarztes enthalten nur das Wesentliche. Die Darstellung ist so knapp (Telegrammstil), daß sehr hohe Anforderungen, u.U.

Überforderungen an die Konzentration und Auffassungsgabe des Patienten gestellt werden.

Beispiel:

ZA: „Frau Y, Zahnbettentzündung, also Parodontitis kann verschiedene Ursachen haben: u. a. mangelhafte Mundhygiene und falsche Ernährungsgewohnheiten. Die von den Mundbakterien der Plaque ausgeschiedenen giftigen Stoffwechselprodukte dringen in das Bindegewebe des Zahnfleisches ein. Die Folge ist eine Entzündung. Im weiteren Verlauf wird die Verbindung zwischen Zahn und Zahnfleisch gelöst. Eine Zahnfleischtasche entsteht. ...“

Stufe 2

Die Ausführungen sind reichlich knapp. Erläuternde Beispiele oder weitere Erklärungen wären sinnvoll.

Stufe 3 (positiver Pol)

Die Ausführlichkeit der Erläuterungen liegt im mittleren Bereich: Sowohl das Wesentliche als auch einige weniger wichtige Einzelheiten, z. B. Details, Beispiele, erklärende Zusatzinformationen, werden dargestellt.

Beispiel:

ZA: „Frau Y, wir haben jetzt besprochen, wie Karies entsteht. Haben Sie dazu noch Fragen?“

Pt: „Nein, das habe ich alles verstanden.“

ZA: „Gut, dann können wir jetzt besprechen, wie es zur Zahnbettentzündung kommt. Wenn Sie sich einmal diese Darstellung ansehen, dann erkennen Sie hier einen Zahn mit und hier einen Zahn ohne Zahnbelag. Zahnbelag ist ein idealer Nährboden für die Mundbakterien. Die Bakterien scheiden giftige Stoffwechselprodukte aus, und diese, das sehen Sie jetzt auf dem dritten Bild, dringen in das Bindegewebe des Zahnfleisches ein. ...“

Stufe 4

Die Ausführungen sind nicht prägnant genug. Durch zu viele Einzelheiten oder Wiederholungen besteht die Gefahr, daß das Wesentliche nicht ausreichend klar wird.

Stufe 5 (negativer Pol: zu weitschweifig)

Die Erläuterungen des Zahnarztes zeichnen sich durch Weitschweifigkeit aus: umständliche Formulierungen, abschweifende Darstellungen, unwichtige Einzelheiten, unnötige Wiederholungen („Alles wird dreimal gesagt, und es geht vom Hundertsten ins Tausendste“) nach *Schulz von Thun* in: *Fittkau et al.*, 1983 S. 34).

Beispiel:

ZA: „Frau Y, im Gegensatz zum Kariesbefall hat es Erkrankungen am Zahnhalteapparat, das sehen Sie hier auf dem Dia, am knöchernen Zahnfach, dem Gewebe um den Zahn herum, offensichtlich zu allen Zeiten, unter allen klimatischen Bedingungen und allen Kulturkreisen gegeben. Also, diese Zahnbetterkrankungen, die auch Parodontopathien genannt werden — den Unterschied zur Parodontitis erkläre ich Ihnen gleich noch — ,also diese Parodontopathien sind im Gegensatz z. B. zur Karies, wie ich vorher schon sagte, keine reinen Zivilisationskrankheiten. Erstaunlicherweise befaßt man sich erst in den letzten Jahrzehnten wissenschaftlich mit ihren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten ...“

Skala D Medieneinsatz — Stimulierende Hilfsmittel (Art der Informationsvermittlung auf der Sachebene)

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Medieneinsatz — Stimulierende Hilfsmittel“

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, in welchem Ausmaß der Zahnarzt stimulierende zusätzliche Hilfsmittel bei der Vermittlung der prophylaktischen Informationen verwendet, und ob sie zu diesem Zweck geeignet sind. Unter stimulierenden Hilfsmitteln sind Informationsvermittlungstechniken zu verstehen, die der Zahnarzt benutzt, um den Patienten zu motivieren, ihn zum Nachdenken anzuregen, seine Aufmerksamkeit zu fesseln und ihm die Sache ein bißchen interessant zu machen (s. die weiteren Ausführungen beim positiven Skalenpunkt = Stufe 3).

Zu beurteilen sind die Art, Anzahl und Anwendung der stimulierenden Hilfsmittel sowie die Anschaulichkeit der Information (bei sinnvollem Verzicht auf Hilfsmiteleinsatz, z. B. in Wiederholungssitzungen).

Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein. Die Skala wurde in Anlehnung an das Konstrukt „Zusätzliche Stimulanz“ nach *Langer, Schulz von Thun* und *Tausch* (1974) entwickelt.

Hinweis für den Beobachter:

Die optimale Ausprägung wird auf Stufe 3 definiert. Stufe 1 und Stufe 5 sind negative Pole.

Stufe 1 (negativer Pol: verwirrend stimulierend)

Die Informationsvermittlung zeichnet sich durch eine Stimulanzschwemme aus. Art und Anzahl der Stimulierungsmittel (s. Stufe 3) sind unangebracht und verwirren den Patienten.

Beispiel:

ZA zeigt Mundhygienetray: „... zeige ich Ihnen hier einmal die Zahnseide, die es ungewachst, gewachst und auch mit einem gedröselten Nylonteil gibt. Man nimmt dies zur Reinigung der Zahnzwischenräume. Hier sind auch Zahnzwischenraumbürstchen, die es in verschiedenen Größen zu kaufen gibt. Die Munddusche kann die nicht fest anhaftenden Beläge zwischen den Zähnen ebenfalls herauspülen, und dies sind medizinische Zahnholzchen.“

Stufe 2

Es werden mehr Stimulanzmittel/Medien eingesetzt als nötig sind. Nicht alle eingesetzten Mittel sind optimal geeignet bzw. gut ausgewählt und spezifisch eingesetzt. Auch kann der Bezug für den Patienten nicht klar bzw. gegeben sein.

Stufe 3 (positiver Pol)

Stimulierende Stilmittel werden optimal eingesetzt. Sie entsprechen in der Art, Anzahl und den Anforderungen dem Inhalt und der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit des Patienten.

Stimulierende Stilmittel sind Medien allgemeiner Art wie Schaubilder, Demonstrationstafeln, Mundhygienetrays, Video-Filme z. B. mit verschiedenen Zahnputz-Methoden, Eier-Versuch von Elmex etc., oder spezieller Art wie Röntgenbilder und/oder Modelle des Patienten, Belagdarstellung und -demonstration im Spiegel, angeleitete Patientenübungen etc.

Hinweis für den Beobachter:

Für den optimalen Einsatz von stimulierenden Hilfsmitteln ist es unbedingt erforderlich, daß entweder spezielle individuelle Hilfsmittel (s. o.) eingesetzt werden oder bei der Demonstration mit allgemeinen Hilfsmitteln für den Patienten der Bezug zu seiner speziellen Situation hergestellt wird.

Außerdem sind die vom Patienten selbst geübten Handgriffe bei der Demonstration z. B. der Zahnputztechnik höher zu raten als das reine „Vorführen“.

Sind diese Kriterien nicht erfüllt, muß auf Stufe 2 ausgewichen werden. Wenn der sinnvolle Einsatz aufgrund der Situation oder Information (z. B. Wiederholungssitzung) nicht möglich ist, wird die Anschaulichkeit der Information beurteilt.

Beispiel:

Optisch eindrucksvolle Belagdemonstration, indem die Beläge mit der Sonde abgekratzt und demonstriert werden (vorausgesetzt: eine partnerschaftliche Arbeitsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient). Der Patient verfolgt dies im Spiegel.

Stufe 4

Medien oder unterstützende Hilfsmittel und Demonstrationen werden zu sparsam eingesetzt. Die Darstellung könnte anschaulicher sein.

Stufe 5 (negativer Pol: Stimulanzarmut)

Die Informationsvermittlung zeichnet sich durch vollkommenen Verzicht auf stimulierende Stilmittel aus, obwohl der Einsatz sinnvoll wäre.

Beispiel:

ZA: „Herr Y, wir wissen nun, daß die Bakterien Zucker zu Säure vergären. Alle kariesprophylaktischen Maßnahmen müssen daher neben der Plaquebeseitigung eine Reduktion des für die Säurebildung ausschlaggebenden Stoffes, also des Zuckers, zum Ziel haben. Karieserzeugend ist neben Haushaltszucker auch Fruchtzucker und Traubenzucker.“

Diese Langfassung der Skalen wurde zum Einarbeiten und Üben der Anwendung benutzt. Für die praktische Skalierungsarbeit wurde noch eine übersichtlichere Kurzform der Skalen entwickelt.

5.3.4 Kurzfassung der Skalen A – D

SKALA A GLIEDERUNG — STRUKTURIERUNG

Stufe 1: Der ZA gliedert seinen Beitrag sehr übersichtlich.

- + + (1) Er gibt das Ziel bekannt;
- (2) baut die Information gut strukturiert und folgerichtig auf;
- (3) faßt wesentliche Inhalte kurz zusammen, gibt Ausblick.

Stufe 2: Der ZA gliedert übersichtlich.

- + (2) Er baut die Information strukturiert und folgerichtig auf;
- (1/3) zwei der Kriterien Zielbenennung, Zusammenfassungen und/oder Ausblick werden erfüllt.

Stufe 3: Der ZA gliedert hinreichend.

- o (2) Die Information ist strukturiert und folgerichtig aufgebaut;
- (1/—3) eins der Kriterien Zielbenennung, Zusammenfassungen und/oder Ausblick wird erfüllt.

Stufe 4: Mäßige Gliederung.

- (—1) Zielbenennung fehlt oder ist unklar;
- (—2) Strukturierung mäßig; Folgerichtigkeit ist nicht voll gegeben;
- (—3) Zusammenfassung und Ausblick fehlen.

Stufe 5: Schlechte Gliederung.

- — (—1) Zielbenennung fehlt;
- (—2) Information unübersichtlich; nicht folgerichtig;
- (—3) Zusammenfassung/Ausblick fehlen.

SKALA B EINFACHHEIT — VERSTÄNDLICHKEIT
(bezieht sich auf die verwendete Sprache)

Stufe 1: Information leicht verständlich.

+ + Einfache Sätze; bekannte Wörter;
Erklärungen sind patientengerecht.

Stufe 2: Überwiegend einfache Sätze; bekannte Wörter.

+

Stufe 3: Verständlichkeit liegt im mittleren Bereich.

○ Teilweise konkret und einfach;
teilweise kompliziert und unbekannte Begriffe.

Stufe 4: Tendenz zu abgebrochenen und Schachtelsätzen;

— häufig Fremdwörter und unerklärte Fachbegriffe.

Stufe 5: Information schwer verständlich;

— — komplizierte Schachtelsätze; abgebrochene Sätze; viele, un-
bekannte Fremdwörter; nicht erklärte Fachbegriffe (Fachjar-
gon)

SKALA C PRÄGNANZ — KÜRZE
(bezieht sich auf die Informationsdarbietung)

- Stufe 1: Ausführungen zu knapp
— — Telegrammstil.
Keine erläuternden Beispiele oder Zusatzinformationen.
- Stufe 2: Reichlich knappe Ausführungen.
— + Beispiele oder weitere Erklärungen wären sinnvoll.
- Stufe 3: Ausführlichkeit des Textes ist optimal.
+ + Das Wesentliche wird gesagt; Beispiele, Details, Zusatzinformationen in sinnvollem Ausmaß.
- Stufe 4: Nicht prägnant genug.
— + Zu viele Beispiele, Einzelheiten, Wiederholungen. Was das eigentlich Wesentliche ist, wird nicht klar.
- Stufe 5: Zu weitschweifig.
— — Abschweifende Darstellung; unwichtige Einzelheiten; unnötige Wiederholungen.

SKALA D MEDIENEINSATZ — STIMULANZMITTEL

Stufe 1: Stimulanzschwemme.

- — Art (Auswahl), Anzahl und Anwendung der Stilmittel sind unangebracht und geeignet, den Patienten zu verwirren.

Stufe 2: Es werden mehr Stimulanzmittel/Medien eingesetzt

- + als nötig sind. Nicht alle eingesetzten Mittel sind optimal geeignet bzw. gut ausgewählt und spezifisch eingesetzt.

Stufe 3: Medien und Stimulanzmittel werden optimal eingesetzt.

- + + Sie entsprechen den Anforderungen des Inhalts und der Aufmerksamkeit des Patienten. Der persönliche Bezug ist deutlich. (Falls Medieneinsatz nicht sinnvoll/möglich: > > Anschaulichkeit der Darstellungen).

Stufe 4: Medien/Stilmittel werden zu sparsam eingesetzt.

- + Darstellung könnte anschaulicher sein.

Stufe 5: Stimulanzarmut.

- — Medieneinsatz und Stimulierungsmittel fehlen, obwohl sie sinnvoll eingesetzt werden könnten. Darstellungen sind nicht anschaulich.

5.3.5 Die Skalen zur Beurteilung der sozial-emotionalen Dimension

Es wurde oben schon eingehend dargelegt, daß für eine effektive Prophylaxe nicht nur ein Lernprozeß auf der kognitiven Ebene wichtig ist — d. h. die Aneignung des notwendigen Fachwissens —, sondern auch Veränderungen in der Einstellung des Patienten gegenüber seiner Mundpflege (Motivation; Beeinflussung hauptsächlich auf der sozial-emotionalen Ebene) und die Aneignung der notwendigen Fertigkeiten (Fertigkeitstraining auf der Verhaltensebene).

Aus der Forschung und Literatur zur ärztlichen und zahnärztlichen Gesprächsführung und Prophylaxe (vgl. *Mühlemann*, 1974; *Iwata* und *Beckfort*, 1981; *König* und *Lamers*, 1982; *Hellwege*, 1984; *Holzinger*, 1985; *Pudel*, 1985; *Chambers* und *Abrams*, 1986; *Harris* und *Christen*, 1987; *Weinstein* et al. 1989) sowie zur verhaltens- und geschäpsthapeutischen Intervention (z. B. *Rogers*, 1983; *Bommert*, 1977; *Grawe*, 1980) und zur Kurzberatung (vgl. z. B. *Neuberger*, 1980; *Gauert* und *Englisch*, 1985) ist bekannt, daß insbesondere folgende Faktoren eine dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderung unterstützen:

1. Eine gute Arzt-Patient-Beziehung gekennzeichnet durch gegenseitige Wertschätzung, Vertrauen, Angstfreiheit (vgl. *Biermann-Ratjen* et al., 1979; *Grawe*, 1980; *Herschbach*, 1980; *Seiderer-Hartig*, 1983; *Pendleton* und *Hasler*, 1983; *Tscheulin*, 1983; *Micheelis*, 1984; *Gauert* und *Englisch*, 1985; *Hasenbring* und *Ahrens*, 1986; *Raith* und *Ebenbeck*, 1986; *Schneller*, 1988).
2. Unterstützung und Bestätigung von beim Patienten schon vorhandenen Einstellungen, Bemühungen und Fertigkeiten in der gewünschten Richtung (vgl. *Becker*, 1983; *Hellwege*, 1984; *Ingersoll*, 1987).
3. Das eigene Engagement des Patienten und die Fähigkeit des Arztes, beim Patienten Interesse und Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit zu wecken und ihn zur aktiven Teilnahme an der Sitzung zu bewegen (vgl. z. B. *Hellwege*, 1984, S. 154 ff; *Weinstein*, *Getz* und *Milgrom*, 1989)
4. Einübung der notwendigen praktischen Fertigkeiten, verbunden mit möglichst zahlreichen Erfolgserlebnissen beim Patienten (vgl. z. B. *Christen* und *Spencer*, 1987; *Weinstein*, *Getz* und *Milgrom*, 1989).

Um die o. g. Aspekte zu erfassen, mußten eigene Skalen entwickelt werden. Zwar liegen aus der Wirksamkeitsforschung der Gesprächstherapie vor allem für Ausbildungszwecke einige solcher Skalen vor (vgl. *Truax* und *Carkhuff*, 1967; *Tausch* et al., 1969). Sie erwiesen sich aber wegen der völlig anderen Ausrichtung von psychotherapeutischen Beratungsgesprächen im Vergleich zu den Zielen einer zahnmedizinisch-prophylaktischen Beeinflus-

sung des Patientenverhaltens als nicht übertragbar für die vorliegenden Zwecke. So wurden drei eigene Skalen zu den sozial-emotionalen Aspekten der zahnärztlichen Verhaltensbeeinflussung entwickelt.

Skala E wurde „Einbindung des Patienten“ genannt. Vor dem Hintergrund verschiedener Motivationstheorien (vgl. z. B. Kapitel 16 in *Harris und Christen*, 1987; *Hendriks*, 1990) sollte hier die Verwirklichung der „kommunikativen Funktion“ der Arzt-Patient-Interaktion (vgl. Kap. 4) beurteilt werden. Insbesondere ging es hier um die Fähigkeit des Zahnarztes, die Problemaufmerksamkeit des Patienten für die sachgerechte Mundpflege zu wecken und ihn aktiv am Verlauf der Sitzung zu beteiligen und für die Zahnpflege bzw. die anzustrebende Verhaltensumstellung zu motivieren. Hiermit sollte also die motivierende Aktivität des Zahnarztes auf der Basis der bis dahin gegebenen Zahnarzt/Patient-Beziehung beurteilt werden.

Skala E „Einbindung des Patienten“

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Einbindung des Patienten“

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, in welchem Ausmaß der Zahnarzt während der Vermittlung prophylaktischen Wissens das Merkmal „Einbindung des Patienten“ verwirklicht.

Das Merkmal bezieht sich auf die Fähigkeit des Zahnarztes, die Aufmerksamkeit des Patienten zu wecken und ihn aktiv am Verlauf der Sitzung zu beteiligen. Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein.

Stufe 1

Der Zahnarzt bindet den Patienten optimal in den Verlauf der Sitzung ein (unter Berücksichtigung der zahnmedizinischen Gegebenheiten).

Sein Verhalten ist gekennzeichnet durch

- (1) Erhebung von Baseline-Daten bzw. von Fortschritten oder Schwierigkeiten, die seit der letzten Sitzung aufgetreten sind
- (2) Ermunterung des Patienten zur aktiven Teilnahme an der Sitzung bzw. am Prophylaxeprogramm
- (3) Bezugnahme auf die individuelle Situation des Patienten
- (4) optimale Körperorientierung

Erläuterungen

Der Zahnarzt interessiert sich für das prophylaktische Wissen, Können und die zahnhygienischen Gewohnheiten des Patienten (Erheben von Daten zur Ausgangslage) sowie für das, was der Patient aus den Erläuterungen der vorangegangenen Sitzung behalten und zu Hause umgesetzt hat. Durch offene Fragen ermutigt er den Patienten zu Meinungsäußerungen und zu eigenen Fragen (z. B. „Können Sie mir das noch genauer beschreiben?“, „Ha-

ben Sie bestimmte Vorstellungen über ...?“, „Was halten Sie davon ...?“). Der Zahnarzt stellt Zwischenfragen, um zu überprüfen, ob der Patient die Aussage verstanden hat. Er ermuntert zum Weiterreden, indem er vom Patienten geäußerte Sachverhalte in eigenen Worten wiederholt („paraphrasiert“).

Er nimmt Bezug auf die individuelle Situation des Patienten (prophylaktische Anforderungen werden dem Alltag des Patienten angepaßt). Verhaltensbegleitend gibt der Zahnarzt Erläuterungen, u. a. auch zum persönlichen Gewinn des präventiven Handelns für den Patienten. Er betont die Eigenverantwortung des Patienten für die Erhaltung seiner Mundgesundheit. Er gibt patientenspezifische Erklärungen zur Befunderhebung, zur Bedeutung des Befundes, der Behandlungsplanung und zu vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen.

Der Zahnarzt gibt dem Patienten Zeit zum Mitdenken und Gelegenheit, mundhygienische und diagnostische Techniken so weit wie möglich während der Sitzung ohne Zeitdruck selbst auszuprobieren.

Erläuterungen und Instruktionen erhält der Patient im (aufrechten) Sitzen. Durch Zuwendung bei der Informationsvermittlung bekundet der Zahnarzt sein Interesse an der Aufmerksamkeit des Patienten (optimale körperliche Orientierung: Zahnarzt sitzt dem Patienten schräg gegenüber, so daß der Blickkontakt ohne Anstrengung möglich ist).

Hinweis für den Beobachter:

Verstärkung präventiver Äußerungen des Patienten wird unter Skala F und Verstärkung emotionaler Äußerungen unter Skala G geratet.

Unterschied zwischen E und F:

Bei E wird das aktive Bemühen des Zahnarztes um die Einbindung des Patienten beurteilt; bei F wird die angemessene Reaktion des Zahnarztes hinsichtlich der präventiven Äußerungen, Handlungen etc. des Patienten geratet.

Beispiel für die Einbindung des Patienten in den Verlauf der Sitzung (nach *Hellwege*, 1984, S. 155):

ZA: „Frau X, ich habe hier einige Dia-Positive zusammengestellt, mit denen ich Ihnen gerne die Bass-Technik erläutern möchte. Wenn Sie zu den Bildern Fragen haben, unterbrechen Sie mich bitte, und stellen Sie zu allem, was Sie wissen wollen, Ihre Fragen.“

Stufe 2

Der Zahnarzt bindet den Patienten gut ein. Die unter Stufe 1 genannten Kriterien werden zum großen Teil — aber nicht alle oder nicht immer optimal — erfüllt. Man erkennt deutlich das Bemühen des Zahnarztes, den Patienten zu interessieren, zu motivieren, zum aktiven Mitmachen zu bewegen.

Stufe 3

Der Zahnarzt beteiligt den Patient nicht aktiv am Verlauf der Sitzung. Er verhält sich indifferent: er läßt Beteiligung des Patienten zu, aber er interessiert sich nicht sonderlich dafür, ist gleichgültig. Eigenaktivitäten des Patienten werden weder er- noch entmutigt.

Beispiel:

ZA: „Ich werde Ihnen jetzt anhand dieser Dia-Positive die Bass-Technik erläutern.“ Wenn der Patient selbst die Initiative ergreift, reagiert der Zahnarzt neutral, z. B.:

Pt: „Da hätte ich eine Frage ...“

ZA: „Ja, bitte ...“

Stufe 4

Der Zahnarzt verhindert zeitweise die Einbindung des Patienten. Der Zahnarzt geht überwiegend nicht auf die individuelle Situation des Patienten ein, knüpft nicht an Vorausgegangenem an, ermutigt den Patienten nicht wirklich und sitzt ungünstig zum Patienten bzw. läßt diesen ungemütlich liegen. Der Zahnarzt vermittelt den Eindruck, als wolle er ungestört durch sein Programm durchkommen.

Stufe 5

Der Zahnarzt beteiligt den Patienten nicht am Verlauf der Sitzung. Er vermittelt den Eindruck, als ob er ein vorgefertigtes Prophylaxe-Konzept schnell und ohne Unterbrechung von seiten des Patienten abhandeln möchte (= monologisieren). Auf diese Weise werden Eigenaktivitäten des Patienten unterbunden. Das Verhalten des Zahnarztes ist gekennzeichnet durch Monologe, Standardinformationen, die die individuelle Situation des Patienten nicht berücksichtigen; Ausschluß des Patienten (z. B. durch Unterhaltung mit der Zahnarzt-Helferin, ohne den Patienten in das Gespräch miteinzubeziehen; Befunderhebung, Behandlungsplanung oder Behandlungsmaßnahmen bleiben ohne Erläuterung für den Patienten). Der Patient wird weder zu Fragen/Meinungsäußerungen ermuntert, noch stellt der Zahnarzt dem Patienten Fragen.

Die Eigenbeteiligung des Patienten wird verhindert, z. B. indem der Zahnarzt Antworten und Reaktionen des Patienten vorausnimmt („Das haben Sie ja verstanden“, „Davor haben Sie ja keine Angst“, „Da haben Sie sicher keine Fragen mehr“.)

Der Patient erhält keine Gelegenheit, die vermittelten Informationen praktisch auszuprobieren (Bürstetechniken, Zahnseide, Zahnzwischenraumbürste) und keine verwertbaren Rückmeldungen über seinen Plaque-, Mundhygiene-, Papillenblutungsindex bzw. -zustand.

Nonverbal zeigt sich das fehlende Interesse an der Einbindung des Patienten durch Abwenden oder Hin- und Herlaufen während des Sprechens oder z. B. durch einen gelangweilten Gesichtsausdruck, paraverbal zudem durch ein hektisches Redetempo, monotone Stimme etc.

Beispiel:

ZA: „Heute müssen wir die Bass-Technik durchgehen. Ich erkläre Ihnen das kurz anhand einiger Dia-Positive. Dafür werden wir nicht viel Zeit brauchen.“

Skala F wurde „Verstärkung“ genannt.

Vor dem Hintergrund der psychologischen Lerntheorien, die zur Erklärung des Auftretens von Verhaltensweisen bzw. der Gründe für die Nichterreicherung von Verhaltensänderungen herangezogen werden, sollte beurteilt werden, ob der Zahnarzt erwünschte Ansätze des Patienten fördert oder nicht.

Im Gegensatz zu Skala E, bei der es um die motivierenden Aktivitäten des Zahnarztes ging, geht es hier um die Reaktionen des Zahnarztes auf die Äußerungen des Patienten. Also um die Frage, inwieweit der Zahnarzt in der Lage war, Anzeichen von präventivem Denken und Handeln beim Patienten zu erkennen und diese Einstellungen, Äußerungen oder Verhaltensweisen mit patientenspezifischen sozialen und/oder materiellen Verstärkern zu stabilisieren bzw. zu fördern.

Skala F „Verstärkung“

Skala zur Beschreibung des Merkmals „Verstärkung“.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, in welchem Ausmaß der Zahnarzt im Gespräch mit dem Patienten das Merkmal „Verstärkung“ verwirklicht.

Das Merkmal bezieht sich auf die Fähigkeit des Zahnarztes, Ansätze zu präventivem Handeln im Patienten zu erkennen und solche Verhaltensweisen/ Äußerungen/Einstellungen (z. B. Fragen zur Putztechnik, Erwähnen von Schwierigkeiten, Erfolgen, Mißerfolgen beim Putzen, Interesse an der Prävention) mit patientenspezifischen sozialen und/oder materiellen Verstärkern (Definition s. Stufe 1) zu stabilisieren bzw. zu fördern. Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein.

Stufe 1

Der Zahnarzt erkennt Ansätze zu präventivem Handeln im Patienten und stabilisiert bzw. fördert solche Verhaltensweisen, Einstellungen, Äußerungen durch soziale und/oder materielle Verstärker. Soziale Verstärker sind alle Verhaltensweisen, die dem Patienten das Gefühl geben, akzeptiert, wichtig und geschätzt zu sein, z. B. Loben, Lächeln, verbale und nonverbale Aufmerksamkeitsreaktionen, wertschätzende, positive Formulierungen („Ich freue mich, daß Sie Ihre Zahnputztechnik seit dem letzten Mal verbessert haben.“).

Unter materiellen Verstärkern sind in diesem Zusammenhang z. B. Zahnpastaprobe u. ä. zu verstehen (s. *Weinstein* et al., 1989, S. 89 ff, „materielle,

aktivitätsbezogene und soziale Verstärker“). Auf Ansätze von verändertem Zahnpflegeverhalten des Patienten, die nicht erfolgreich waren, reagiert der Zahnarzt nicht mit offener oder versteckter Kritik, sondern erfragt sachlich die Ursachen (z. B. welche Schwierigkeiten beim Putzen bestanden).

Beispiel:

Pt: „Ich glaube, daß das Zahnfleischbluten seit dem letzten Termin schon etwas besser geworden ist. Ich habe genauso geputzt, wie Sie es mir erklärt haben“.

Der ZA stellt fest, daß noch Zahnbelag vorhanden ist.

ZA: „Es freut mich, daß Sie Ihre Putztechnik seit unserem letzten Termin verbessert haben. Hier im Spiegel können sie sehen, daß im Frontbereich alle Zähne und Zahnzwischenräume einwandfrei sauber sind. Allerdings scheinen Sie hinten links beim Putzen noch nicht richtig hinzukommen. Das ist eine schwierige Stelle. Können Sie mir mal zeigen, wie Sie dort putzen?“

Stufe 2

Der Zahnarzt setzt gezielt Verstärker ein, allerdings nicht systematisch genug bzw. optimal auf den Patienten zugeschnitten. Nicht alle Möglichkeiten zur Verstärkung werden erkannt/genutzt. Andererseits erfolgt keinerlei Kritik bei Nichterfolg des Patienten, sondern ein sachliches Eingehen auf die möglichen Probleme.

Stufe 3

Der Zahnarzt verhält sich gegenüber dem präventiven Handeln des Patienten neutral. Er reagiert auf unterlassene Mundhygiene nicht mit Kritik, Vorwürfen, Entzug von Wohlwollen. Er fördert präventives Handeln bzw. Ansätze dazu (z. B. Nachfragen, gezeigtes Interesse, Erwähnung von Schwierigkeiten beim Putzen) nicht mit sozialen und/oder materiellen Verstärkern (Def. s. Stufe 1).

Beispiel:

ZA: „Hier können Sie im Spiegel sehen, daß da noch Plaque sitzt. Das hier muß frei sein. Hier müssen Sie dann selbst überprüfen, ob die Zahnzwischenräume frei sind. Da müssen Sie noch etwas besser putzen.“

Stufe 4

Der Zahnarzt reagiert unterschwellig verärgert; er nimmt das Bemühen des Patienten als Selbstverständlichkeit hin; er setzt keine Verstärker ein, schon eher Andeutungen von persönlicher Ablehnung wie dem Entzug des Wohlwollens etc.

Stufe 5

Der Zahnarzt reagiert auf unterlassene Mundhygiene, Ansätze zu verändertem Zahnpflegeverhalten des Patienten, die nicht erfolgreich waren, und/oder Problemschilderungen des Patienten bei der Zahnpflege mit sozialer Bestrafung, d. h. Kritik, Betonung des Mißerfolgs, Betonung der Schwierigkeiten oder mit Vorwürfen, verbalem und nonverbalem Entzug von Aufmerksamkeit und Wohlwollen.

Beispiel:

Der ZA stellt fest, daß der PBI sich nicht verbessert hat. Im Verlauf der Untersuchung wird er zunehmend ärgerlicher.

ZA: „Das sieht nicht schön aus! ... Damit bin ich überhaupt nicht zufrieden. Strengen Sie sich mal an! Ich muß mal sehen, wie ich Ihnen Druck machen kann.“

Skala G beinhaltet den Umgang mit Problemsituationen. Gemeint ist hier die Fähigkeit des Zahnarztes, im Gespräch mit dem Patienten Anzeichen von Schwierigkeiten (z. B. Angst, Besorgnis, Ablehnung, Mißtrauen, Unentschlossenheit, Ärger) zu erkennen und darauf im Sinne der Gesprächspsychotherapie einzugehen (vgl. Kap. 3; *Ingersoll*, 1987; *Schneller* und *Kühner*, 1989). Dazu gehört vor allem das Aufgreifen wesentlicher vom Patienten verbal oder nonverbal geäußelter persönlich-emotionaler Inhalte und deren Wiedergabe in eigenen Worten („Verbalisieren“).

Skala G „Umgang mit Problemsituationen“

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Umgang mit Problemsituationen“.

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, in welchem Ausmaß der Zahnarzt fähig ist, im Gespräch mit dem Patienten auf Anzeichen für Schwierigkeiten (z. B. Angst, Besorgnis, Mißtrauen, Peinlichkeit, Unentschlossenheit, Verwirrung, Ärger) angemessen einzugehen (mit „Verbalisieren“ s. Def. Stufe 1 bzw. non- oder paraverbalen Aufmerksamkeitsreaktionen s. Def. Stufe 1). Diese Verhaltensweisen dienen dem Aufbau einer vertrauensvollen und angstfreien Zahnarzt/Patient-Beziehung. Diese ist notwendige Voraussetzung für den Prophylaxeerfolg, d. h. der dauerhaften Einstellungs- und Verhaltensänderung des Patienten.

Diese Skala ist angelehnt an die Konzepte „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (*Tausch* 1960), „Einführendes Verstehen“ (nach *Bommert* 1977), „Aktives und Passives Zuhören“ (nach *Gordon* 1982).

Stufe 1

Der Zahnarzt ist fähig, sich in die Situation des Patienten zu versetzen. Er greift wesentliche vom Patienten verbal oder nonverbal ausgedrückte persönlich-emotionale Inhalte auf und gibt sie in eigenen Worten wieder („Verbalisieren“). Durch non- oder paraverbale Signale wie z. B. zugewandte Körperhaltung, Blickkontakt, Nicken, leicht vorgebeugter Oberkörper, „Aha“, „Mm-Hmm“, „Ja“, „ich verstehe“ drückt er sein Interesse und seine Aufmerksamkeit für die Schwierigkeiten des Patienten aus.

Durch diese Verhaltensweisen ermutigt er den Patienten, weiter über seine Schwierigkeiten zu sprechen.

Hinweis für den Beobachter:

Unter persönlich-emotionalen Inhalten sind im Untersuchungszusammenhang zu verstehen: (1) negative Gefühle, die sich auf die aktuelle Situation beziehen (z. B. Angst vor den erwarteten Schmerzen durch die Behandlung; Unsicherheit über eine geplante PA-Behandlung); (2) Hemmnisse, die präventives Zahnpflegeverhalten im Alltag verhindern (z. B. Gefühl von Peinlichkeit; Scham des Patienten, sein Zahnpflegeset zu sozialen Anlässen — Kaffeekränzchen etc. — mitzunehmen; nach dem Essen aufzustehen und sich die Zähne zu putzen). Insgesamt also emotionale Widerstände gegen die vorgesehenen prophylaktischen oder Behandlungsmaßnahmen.

Beispiel:

ZA (will nach entsprechender Erläuterung den PBI erheben):

„So, dann wollen wir mal ...“

Der Pt rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her:

„Also, ehrlich gesagt ... mir ist gar nicht wohl bei dem Gedanken, daß Sie jetzt in meinem Mund arbeiten wollen.“

ZA: „Diese Vorstellung läßt Sie ganz unruhig werden?“

Pt: „Ja, ich fürchte, daß es weh tun wird ...“

Stufe 2

Der Zahnarzt kann sich bedingt in die Lage des Patienten versetzen. Er signalisiert non- und paraverbal sein Interesse (auch an den Schwierigkeiten des Patienten); er reagiert zum Teil psychologisch angemessen (s. unter Stufe 1); er verwendet keine Gesprächsstörer (s. Stufe 5).

Stufe 3

Der Zahnarzt reagiert auf Anzeichen von emotionalen Schwierigkeiten/Widerständen nicht mit „Verbalisieren“ (Def. s. Stufe 1). Non- bzw. paraverbal signalisiert er weder besondere Aufmerksamkeit noch besonderes Desinteresse.

Er verwendet keine Gesprächsstörer (Def. s. Stufe 5). Seine Äußerungen bestehen z. B. aus sachlichen Informationen oder Ratschlägen zur Erhaltung der Mundgesundheit.

Beispiel:

ZA (will nach entsprechender Erläuterung den PBI erheben):

„So, dann wollen wir mal ...“

Der Pt rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her:

„Also, ehrlich gesagt ... mir ist gar nicht wohl bei dem Gedanken, daß Sie jetzt in meinem Mund arbeiten wollen.“

ZA: „Ich erkläre Ihnen jetzt noch mal kurz die Behandlungsmaßnahme, damit Sie wissen, was auf Sie zukommt.“

Stufe 4

Der Zahnarzt scheint zeitweise die Schwierigkeiten, Probleme oder Widerstände des Patienten nicht zu erkennen oder nicht ernst zu nehmen oder zu übergehen. Dafür setzt er gelegentlich Gesprächsstörer (s. Stufe 5) ein. Er signalisiert gelegentlich Desinteresse an den Äußerungen des Patienten.

Stufe 5

Der Zahnarzt reagiert auf Anzeichen von Schwierigkeiten beim Patienten nicht mit „Verbalisieren“. Er verwendet Gesprächsstörer in Form von Killerphrasen oder indem er bagatellisiert, d. h. Probleme, Gefühle, Äußerungen des Patienten nicht ernst nimmt (Bsp.: „Ach, das geht vielen so“, „Machen Sie sich nichts draus“, „Das ist doch gar nicht so schlimm“, „Das nächste Mal wird es schon klappen“).

Der nonverbale Verhaltensstil vermittelt den Eindruck von Desinteresse an persönlich-emotionalen Äußerungen des Patienten. Zu solchen Verhaltensweisen gehören: dem Patient während des Sprechens den Rücken zuwenden oder Hin- und Herlaufen, keinen Blickkontakt aufnehmen, häufiges Kopfschütteln, Verschränken der Arme, abgelenkt in Papieren o. ä. blättern, gelangweilter Tonfall, hektisches Redetempo, Unterbrechen etc., während der Patient persönlich-emotionale Inhalte äußert.

Beispiel:

ZA (will nach entsprechender Erläuterung den PBI erheben):

„So, dann wollen wir mal ...“

Der Pt rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her:

„Also, ehrlich gesagt ... mir ist gar nicht wohl bei dem Gedanken, daß Sie jetzt in meinem Mund arbeiten wollen.“

ZA: „Ach, das ist doch gar nicht so schlimm.“

5.3.6 Skala zur Beurteilung des Patientenverhaltens

Mit der achten Skala (Skala H) sollte die Beteiligung des Patienten an der Sitzung beurteilt werden. Hier kam es also nicht wie bisher in erster Linie auf den Zahnarzt an, sondern darauf, in welchem Ausmaß sich der Patient seinerseits aktiv am Verlauf der Sitzung beteiligt, ob er interessiert scheint, Fragen stellt oder seine Meinung äußert (vgl. auch „Arbeit des Patienten“, Kap. 3). Damit sollte u. a. geprüft werden, ob interessierte Patienten beim Zahnarzt ein positiveres Verhalten bewirken als weniger interessierte und ob sich vielleicht bei insgesamt eher aufgeschlossenen, patientenorientierten Zahnärzten aufgeschlossener Patienten einfinden.

Skala H „Beteiligung des Patienten“

Skala zur Beurteilung des Merkmals „Beteiligung des Patienten“

Bitte beurteilen Sie anhand der nachfolgenden 5stufigen Beurteilungsskala, in welchem Ausmaß sich der Patient aktiv am Verlauf der Sitzung beteiligt.

Bilden Sie sich pro Sequenz ein Urteil und tragen Sie Ihre Einschätzung (1 bis 5) in den dazugehörigen Beobachtungsbogen ein.

Stufe 1

Der Patient beteiligt sich aktiv am Verlauf der Sitzung. Er stellt unaufgefordert Fragen und äußert seine eigene Meinung. Er bezieht die Informationen auf seine individuelle Lage und versteht präventives Handeln als sein persönliches Anliegen. Er gibt verbal zu erkennen, daß er die Verantwortung für die Erhaltung seiner Zahngesundheit übernimmt. Er erzählt unaufgefordert von persönlichen Schwierigkeiten bei der Zahnpflege und fragt nach Rat.

Der Patient signalisiert non- und paraverbal durchgängig Interesse an den Erläuterungen des Zahnarztes: Er wendet sich dem Zahnarzt zu (körperliche Orientierung), stellt Blickkontakt her, lächelt, gibt durch non- oder paraverbale Signale zu verstehen, ob er die Aussagen des Zahnarztes verstanden hat oder nicht (z. B. Kopfnicken/Kopfschütteln, „Ja“, „Aha“, „Hmhm“, „Hm?“, „Wie?“)

Beispiel:

ZA: „Frau X, das letzte Mal haben Sie die Bass-Technik und die Verwendung von Zahnseide geübt. Heute möchte ich mit Ihnen ...“

Die Patientin unterbricht den ZA.

Pt: „Mit der Zahnseide bin ich eigentlich ganz gut zurechtgekommen. Nur hinten rechts, da stehen die Zähne so eng zusammen. Ich komme dort nicht so richtig dazwischen. Wenn Sie mir das noch einmal zeigen könnten!“

Stufe 2

Der Patient beteiligt sich von sich aus relativ aktiv am Verlauf der Sitzung. Er stellt Fragen, schildert eigene Schwierigkeiten bei der Mundpflege, erscheint interessiert an den Erläuterungen des Zahnarztes und scheint gewillt, eigene Verantwortung für seine Zahngesundheit zu übernehmen.

Stufe 3

Der Patient verhält sich neutral. Er zeigt weder offensichtliches Interesse noch Desinteresse. Er läßt die Erläuterungen des Zahnarztes passiv über sich ergehen.

Beispiel:

ZA: „Frau X, das letzte Mal haben Sie die Bass-Technik und die Anwendung von Zahnseide geübt. Erinnern Sie sich noch?“

Pt: „Ja, ich erinnere mich. Die Bass-Technik war so eine spezielle Zahnputzmethode.“

Stufe 4

Der Patient erscheint an den Erläuterungen und an der Erhaltung seiner Mundgesundheit eher desinteressiert. Er wird von selbst nicht verbal aktiv, antwortet nur knapp. Er wirkt zumindestens zeitweilig gelangweilt oder ablehnend.

Stufe 5

Der Patient zeigt Desinteresse und Langeweile. Er stellt keine Fragen, gibt Kommentare und eigene Meinungen nur nach Aufforderung. Er läßt seine Aufmerksamkeit abschweifen.

Er signalisiert auch nonverbal Desinteresse, Unaufmerksamkeit, Langeweile:
Er wendet sich dem Zahnarzt nicht zu, stellt keinen Blickkontakt her, läßt
den Blick abschweifen, rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her, gibt nicht
zu erkennen, ob er den Zahnarzt verstanden hat oder nicht.

Beispiel:

ZA: „Frau X, das letzte Mal haben Sie die Bass-Technik und die Anwendung der Zahnseide ge-
übt. Erinnern Sie sich?“

Pt: „...Hmm, ...ja ...“

5.3.7 Kurzfassung der Skalen E–H

Auch für die zuletzt beschriebenen 3 Skalen des sozial-emotionalen Bereiches bzw. der Skala zur Erfassung der Patientenaktivität wurden übersichtliche Kurzfassungen für die praktische Rater-Arbeit erstellt.

SKALA E EINBINDUNG DES PATIENTEN (bezieht sich auf die motivierende Aktivität des Zahnarztes)

Stufe 1: Der ZA bindet den Patienten in optimaler Weise ein.

- + + (stets unter Berücksichtigung der zahnmed. Gegebenheiten)
 - (1) Er erkundigt sich nach den Fortschritten (baseline);
 - (2) ermuntert Pt zur aktiven Teilnahme an der Sitzung;
 - (3) nimmt stets auf die indiv. Situation dieses Pt Bezug;
 - (4) optimale körperliche Orientierung zum Patienten.

Stufe 2: Der Zahnarzt bindet den Patienten gut ein.

- + Mindestens 2 der auf Stufe 1 definierten Kriterien werden voll erfüllt oder 3 der o. g. Kriterien werden teilweise erfüllt.

Stufe 3: Der Zahnarzt beteiligt den Patienten nicht aktiv am Verlauf der Sitzung.

- O Der Zahnarzt verhält sich indifferent: er läßt Beteiligung des Patienten zu, scheint daran aber uninteressiert. Der Patient ist somit auf Eigenaktivitäten angewiesen, die weder er- noch entmutigt werden.

Stufe 4: Der Zahnarzt verhindert zeitweise die Einbindung des Patienten.

- Kriterien 1—4 (s. o.) werden nicht erfüllt. Zusätzlich werden zum Teil Eigenaktivitäten des Patienten durch die auf Stufe 5 beschriebenen Verhaltensweisen des Zahnarztes aktiv unterbunden.

Stufe 5: Der Zahnarzt verhindert durchgehend die Einbindung des Patienten.

- — Kriterien 1—4 (s. o.) werden nicht erfüllt. Zusätzlich
 - (5) Festhalten am vorgefertigten Prophylaxeplan. Halten von Monologen;
 - (6) Vorausnahme von vermeintlichen Patientenreaktionen;
 - (7) Nichtbeteiligung des Patienten am Gespräch;
 - (8) nonverbal signalisiertes Desinteresse.

SKALA F VERSTÄRKUNG

(bezieht sich auf die Reaktion des Zahnarztes auf das Patienten-Verhalten)

Stufe 1: Der Zahnarzt verstärkt den Patienten optimal.

- ++ (1) erkennt Ansätze des Patienten zu präventivem Handeln (an);
- (2) systematischer Einsatz sozialer und materieller Verstärker;
- (3) bei Erfolglosigkeit des Patienten erfolgt keine Kritik oder ärgerliche Reaktion, sondern Bemühen um den Patienten und Erfragen der Ursachen.

Stufe 2: Der Zahnarzt setzt bewußt Verstärker ein: tadelt nicht.

- + (1) er hat nicht alle positiven Ansätze erkannt bzw. er ist nicht darauf eingegangen;
- (2) nicht ganz systemat. Einsatz von Verstärkern;
- (3) — wie bei Stufe 1 —.

Stufe 3: Der Zahnarzt verstärkt Patienten-Verhalten nicht in besonderer Weise.

- 0 (1) nimmt Bemühen des Patienten als selbstverständlich hin;
- (2) allenfalls gelegentlicher Einsatz von Verstärkern;
- (3) bei unterlassener Mundhygiene oder Verständnisschwierigkeiten keine Verärgerung oder Kritik oder Entzug von Wohlwollen, aber auch kein bes. Bemühen um den Patienten und um Ursachenklärung.

Stufe 4: Zahnarzt reagiert unterschwellig verärgert und bestrafend.

- (—1) nimmt Bemühen des Patienten als selbstverständlich hin;
- (—2) keine Verstärker;
- (—3) bei unterlassener Mundhygiene etc. Andeutung von Ärger, unterschwelliger Kritik, Entzug des Wohlwollens.

Stufe 5: Der Zahnarzt reagiert offen verärgert und bestrafend.

- (—3) auf unterlassene Mundhygiene oder Verständnisschwierigkeiten bzw. bei der Problemschilderung des Patienten reagiert der Zahnarzt offen verärgert und mit sozialer Bestrafung (Kritik, Vorwürfe, Entzug von Aufmerksamkeit/Wohlwollen, Betonung der Probleme und des Mißerfolgs etc.).

SKALA G UMGANG MIT PROBLEMSITUATIONEN

Stufe 1: Der Zahnarzt kann sich in die Lage des Patienten hineinversetzen und psychologisch angemessen reagieren.

- + + (1) Er gibt wesentliche verbal oder nonverbal ausgedrückte persönlich-emotionale Inhalte des Patienten treffend mit eigenen Worten wieder („verbalisieren“);
- (2) er verwendet keine Gesprächsstörer;
- (3) er zeigt non- oder paraverbal seine Aufmerksamkeit.

Stufe 2: Der Zahnarzt kann sich bedingt in die Lage des Patienten versetzen und teilweise psychologisch angemessen reagieren.

- + (1) z. T. gelungene Verbalisationen;
- (2) er verwendet keine Gesprächsstörer;
- (3) er zeigt non- oder paraverbal seine Aufmerksamkeit.

Stufe 3: Der Zahnarzt geht nicht ausreichend auf den Patienten ein.

- 0 (—1) auf persönlich-emotionale Inhalte/Schwierigkeiten geht er nicht mit „Verbalisieren“ ein („übersieht“ Problem) oder er bleibt auf der Sachebene (gibt neutrale Information etc.);
- (2) verwendet keine Gesprächsstörer (Killerphrasen etc.);
- (—3) er signalisiert non- oder paraverbal weder besondere Aufmerksamkeit noch besonderes Desinteresse.

Stufe 4: Der Zahnarzt vermittelt zeitweise den Eindruck von Desinteresse an den Schwierigkeiten/Problemen/Widerständen des Patienten.

- (—1) keine Verbalisationen;
- (—2) nimmt Patientenäußerungen nicht ernst oder wichtig; verwendet z. T. Gesprächsstörer (Killerphrasen);
- (—3) er zeigt non- oder paraverbal weder besondere Aufmerksamkeit noch besonderes Desinteresse.

Stufe 5: Der Zahnarzt vermittelt durchgängig den Eindruck von Desinteresse an den Schwierigkeiten/Problemen/Widerständen des Patienten.

- — (—1) keine Verbalisationen;
- (—2) nimmt Patientenäußerungen nicht ernst oder wichtig; verwendet Gesprächsstörer und Killerphrasen (negiert; bagatellisiert; erteilt Allerwelts-Ratschläge);
- (—3) vermittelt Eindruck von Desinteresse am Patienten (kein Blickkontakt; häufiges Kopfschütteln; Verschränken der Arme; abgelenkt in Papieren blättern).

SKALA H BETEILIGUNG DES PATIENTEN

Stufe 1: Der Patient beteiligt sich aktiv am Verlauf der Sitzung.

- ++ (1) stellt unaufgefordert Fragen und äußert seine Meinung;
- (2) erzählt unaufgefordert von Schwierigkeiten bei der Pflege;
- (3) übernimmt ausdrücklich Verantwortung für seine Zähne; versteht präventives Handeln als sein Anliegen.
- (4) signalisiert durchgehend Interesse an Erläuterungen des Zahnarztes.

Stufe 2: Der Patient beteiligt sich relativ aktiv an der Sitzung.

- + (1) fragt gelegentlich von selbst; schildert auch eigene Schwierigkeiten mit der Mundpflege;
- (2) scheint Verantwortung für seine Zahngesundheit zu übernehmen, auch wenn er es nicht wörtlich ausdrückt;
- (3) zeigt überwiegend Interesse an Erläuterungen des Zahnarztes.

Stufe 3: Der Patient verhält sich abwartend-neutral.

- o (1) ist verbal selbst nicht aktiv; antwortet aber angemessen;
- (2) man ist sich unsicher, ob er die Vorbeugung als sein Anliegen betrachtet;
- (3) zeigt weder besonderes Interesse noch Desinteresse.

Stufe 4: Der Patient scheint eher desinteressiert an den Erläuterungen.

- (-1) ist verbal selbst nicht aktiv; antwortet nur kurz;
- (-2) es hat den Anschein, als fühle er sich nicht für seine Zahngesundheit verantwortlich;
- (-3) wirkt eher desinteressiert und gelangweilt.

Stufe 5: Der Patient zeigt Desinteresse und Langeweile.

- (-1) fragt nichts; äußert nichts; antwortet wortkarg;
- (-2) betont, daß ihn die Mundpflege nicht interessiert;
- (-3) signalisiert nonverbal Desinteresse, Unaufmerksamkeit.

5.3.8 Der Beurteilungsbogen für den Prophylaxeerfolg

Schließlich wurde noch für alle Patienten, die über eine oder mehrere Video-Sequenzen beobachtet wurden, ein Beurteilungsbogen mit 7 Fragen angelegt. Beurteilt werden sollte jeweils aufgrund des Gesamteindrucks, ob der Zahnarzt

- eine ausreichende Diagnostik für eine Verhaltensänderung hinsichtlich der Mundpflege betrieben hat (Fragen 1 und 2),
- die Wissensvermittlung und das Fertigkeitstraining patientenbezogen und effektiv durchgeführt hat (Fragen 3 und 4),
- eine hinreichend gute Zahnarzt-Patient-Beziehung geschaffen hat, die eine hohe Patienten-Compliance erwarten läßt (Frage 5).

Schließlich sollte in der 6. Frage eingeschätzt werden, ob der Patient aufgrund der gezeigten Interventionen sein Mundpflegeverhalten langfristig verändern wird. Während diese Fragen mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“ beantwortet werden konnten, erforderte die 7. Frage eine offene Antwort. Sie hieß: „Was müßte in der Interaktion mit diesem Patienten verbessert werden, damit er eine erfolgreiche Selbstvorsorge durchführen kann?“

Somit gab es 8 Skalen zur Beurteilung der relevanten Video-Sequenzen und einen Beurteilungsbogen für die Interaktionen mit jedem Patienten.

5.4 Auswahl der Beurteiler / Beurteiler-Training / Durchführung der Beurteilungen

Es wurde angestrebt, daß die gefilmten Zahnarzt-Patient-Interaktionen sowohl von Experten der Verhaltenswissenschaften als auch von Experten der Zahnmedizin beurteilt werden. Verhaltenswissenschaftler als Fachleute für die menschlichen Verhaltensweisen beschäftigen sich mit den Gesetzmäßigkeiten, nach denen das Verhalten abläuft und durch die Einstellungs- und Verhaltensänderungen herbeigeführt werden können. Bei den Maßnahmen zur Mundpflege handelt es sich zweifellos um menschliche Verhaltensweisen, für oder gegen die sich eine Person entscheiden kann, vorausgesetzt, sie ist adäquat darüber informiert worden. Ebenso strebt der Zahnarzt bei seinem Patienten eine Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensänderung an, wenn er ihn in Methoden der Mundhygiene einweist. Die dazu notwendigen Veränderungsprozesse sind aus der Klinischen Psychologie gut bekannt und dort in mannigfaltiger Weise vielfach eingesetzt worden (vgl. z. B. *Davison* und *Neale*, 1988).

Zur Ergänzung ihres psychologischen Wissens mußten die beiden psychologischen Beurteiler umfangreich in die Theorien, Abläufe und Prozesse der

Beurteilungsbogen für den Prophylaxeerfolg

(Fragebogen für die Videobeurteiler)

Das Ziel individual-präventiver zahnärztlicher Maßnahmen ist die dauerhafte Herbeiführung eines auf den Patienten zugeschnittenen optimalen Mundpflege-Programms. Da solche Programme nur nötig sind bei Patienten, die ihren Mund bisher nicht belagsfrei halten konnten, müssen sie eine Verhaltensänderung bzw. einen neuen Verhaltenserwerb ausführen.

Bitte beurteilen Sie für jeden Patienten im Anschluß an die Bewertung der sozial-emotionalen Skalen, ob Sie der Meinung sind, daß der Patient mit den Instruktionen und Unterweisungen, die er vom Zahnarzt bekommt (extrapoliert auch auf die weiteren Präventionssitzungen), erfolgreich und dauerhaft sein Pflegeverhalten ändern wird.

	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Hat der Zahnarzt herausgefunden (bzw. ist er sicher), ob die mangelnde Pflege des Patienten auf einem Wissens- oder Ausführungsdefizit beruht ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie den Eindruck, daß der Zahnarzt über Art, Form und Umfang der bisherigen häuslichen Zahnpflege (baseline) Bescheid weiß ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Halten Sie die Wissensvermittlung des Zahnarztes für patientenbezogen und effektiv ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Halten Sie den Übungsteil (Fähigkeitstraining) für effektiv ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Wie beurteilen Sie das soziale Klima ? Ist die Zahnarzt-Patienten-Beziehung hinreichend gut für eine dauerhafte Verhaltensänderung ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Glauben Sie alles in allem gesehen, daß der Patient durch diese Intervention(en) sein Verhalten langfristig verändern wird ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Was müßte in der Interaktion mit diesem Patienten verbessert werden, damit er eine erfolgreiche Selbstvorsorge durchführen kann ? _____			

zahnmedizinischen Präventionsmethoden eingearbeitet sein. Durch Studium der einschlägigen Literatur (*Peters, 1978; Büttner et al., 1979; Hein, 1980; König und Lamers, 1982; Hellwege, 1984; Holzinger, 1985; König, 1987; Harris und Christen, 1987*) wurde dies zu erreichen versucht.

Für die beiden zahnärztlichen Beurteiler galt umgekehrt das gleiche. Als Spezialisten in der Erkennung und Behandlung von Mund-, Zahn- und Kiefererkrankungen mußten sie selbst nicht nur die prophylaktischen Maßnahmen aus eigener Erfahrung gut kennen, sondern sich auch umfangreich sowohl in die zahnmedizinisch-psychologische Literatur (*Schneller und Fleischer-Peters, 1985; Raith und Ebenbeck, 1986; Ingersoll, 1987; Weinstein, Getz und Milgrom, 1989; Schneller und Kühner, 1989*) als auch in die Basiswerke der psychologischen Interventionsmethoden aus der Kommunikationspsychologie (*Schulz von Thun, 1987*), der Gesprächspsychotherapie (*Rogers, 1983, 1985; Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz, 1983*) und der Verhaltenstherapie (*Kaufert und Phillips, 1975; Fliegel et al., 1989*) einarbeiten.

Somit standen als Beurteiler der Video-Sequenzen 2 Diplom-Psychologen und 2 behandelnd tätige Zahnärzte fest. Es sollte u. a. auch herausgefunden werden, ob Verhaltenswissenschaftler und Zahnmediziner trotz gemeinsamen Trainings durchgehend bestimmte Beurteilungsunterschiede zeigen, z. B. weil sie sich trotz vorgegebener Skalen vielleicht doch auf unterschiedliche Aspekte konzentrieren (vgl. *Mees, 1977; Preiser, 1979; Bierhoff, 1986*).

Nach Fertigstellung der 8 Beurteilungsskalen, zu der ausführliche Diskussionen unter allen Projektarbeitern ebenfalls gehörten, wurden 3 gemeinschaftliche Trainingssitzungen im IDZ durchgeführt.

Ausgewählte Video-Sequenzen aus der Stichprobe der dokumentierten Zahnärzte wurden gemeinsam angesehen, zunächst einzeln beurteilt und anschließend gemeinsam diskutiert. So fanden im Laufe der Trainingssitzungen Annäherungen an eine gemeinsame Sichtweise der verschiedenen Aspekte der einzelnen Skalen statt.

Aus Zeit- und Kostengründen konnte das Training allerdings nicht so weit durchgeführt werden, bis zum Beispiel ein bestimmter Kriteriumswert der Übereinstimmung (z. B. 90 Prozent) unter allen „Ratern“ erreicht wurde (vgl. *Mees, 1977; Manns u. a., 1987*). Es wurde als zielbefriedigend definiert, wenn die Beurteilungsunterschiede auf den einzelnen 5stufigen Skalen nicht größer als ein Punkt waren und jeder aufgrund der konkreten Skaleninhalte begründen konnte, warum er so entschieden hatte. Auf jeden Fall herrschte nach der 3. Trainingssitzung der begründete Eindruck vor, daß die Beteiligten sich mit den Skaleninhalten gut auskannten, mit der Skalenanwendung gut vertraut waren und daß typische Antworttendenzen, wie beispielsweise generell besonders kritisch oder besonders großzügig zu sein, ausgemerzt wurden.

Die eigentlichen Beurteilungen erfolgten nach Beurteilungsrichtlinien (s. Anhang zu Kap. 5). Die Beurteiler rateten die Videofilme in unterschiedlicher Reihenfolge, um Reihungseffekte auszuschalten. Zur Bewertung aller Skalen und der Patienten-Beurteilungsbögen waren 3 Durchgänge nötig. Die Beurteiler nahmen sich die vorgefertigten Skalenlisten (s. Anhang zu Kap. 5) und die Skalenbeschreibungen zur Hand und waren gehalten, vor jedem Beobachtungsdurchgang sich zunächst noch einmal die Langfassung der Skalen durchzusehen, nach denen gerade bewertet werden sollte (also die Skalen zur Informationsvermittlung A—D oder die sozial-emotionalen Skalen E—H). Dann wurde die erste Sequenz des zu beurteilenden Videofilms angesehen, das Gerät gestoppt, und anhand der Kurzfassung der Skalen wurden die Eintragungen auf dem Auswertungsbogen vorgenommen. Falls eine Skala nicht klar beurteilt werden konnte, sollte die Sequenz noch einmal zurückgespult und erneut betrachtet werden. Waren auf diese Weise alle Skalen des betreffenden Abschnitts bearbeitet, wurde die nächste Sequenz angesehen, beurteilt usw.

Die Beurteilungen durch die verschiedenen „Rater“ dauerten insgesamt mehrere Monate, da die Beurteilungen sehr zeitintensiv waren. Um z. B. einen Film mit 2,5 Stunden auswertbaren Sequenzen auf 4 Skalen zu raten, wurden etwa 6 Stunden benötigt.

6 Ergebnisse

87 Film-Sequenzen von prophylaktischen Zahnarzt-Patient-Interaktionen kamen zur Auswertung. Sie stammen von 6 Zahnärzten mit insgesamt 48 Patienten (vgl. Tab. 5 auf S. 60). 4 Beurteiler (2 Diplom-Psychologen und 2 niedergelassene Zahnärzte) nahmen die Beurteilungen vor. Mit vier Skalen wurde die „Verständlichkeit“ der Wissensvermittlung (kognitive Ebene) geratet, mit drei Skalen verschiedene psychologische Einflußfaktoren auf der sozial-emotionalen Ebene (vgl. Kap. 5.3). Mit einer Skala wurde die Eigenbeteiligung des Patienten beurteilt. Schließlich sollte mit Hilfe eines Patienten-Beurteilungsbogens erfaßt werden, ob eine Verhaltensänderung des Patienten für wahrscheinlich gehalten wird.

In diesem Ergebnisteil wird zunächst überprüft, inwieweit die Beurteiler zu übereinstimmenden Ergebnissen kamen (Kap. 6.1). Sodann werden die Ergebnisse der einzelnen Zahnärzte auf den verschiedenen Skalen (Kap. 6.2) und dem Patienten-Beurteilungsbogen (Kap. 6.3) dargestellt. Schließlich wird an konkreten Textbeispielen aus der Untersuchung die Anwendung der Skalierungsdimensionen verdeutlicht (Kap. 6.4). Es wird also gezeigt, was der Zahnarzt an welcher Stelle „falsch“ oder „richtig“ macht.

6.1 Beurteiler-Übereinstimmung

6.1.1 Übereinstimmungskoeffizienten der Rohwerte

Jeder der vier Beurteiler gab seine Wertung von Stufe 1 bis 5 auf jeder der acht Skalen für jede gefilmte Sequenz ab¹⁾. Es wurde die Übereinstimmung der Einschätzungen von allen vier Beurteilern errechnet und jeweils die Übereinstimmungen der beiden beurteilenden Zahnärzte und der beiden Psychologen untereinander und miteinander verglichen. Dabei wurde jeweils nach der Formel vorgegangen:

$$\text{Übereinstimmung (in Prozent)} = \frac{\text{alle Übereinstimmungen}}{\text{alle Sequenzen pro Skala und pro Film}} \times 100$$

Als **Gesamtübereinstimmung** aller Beurteiler wurde gewertet, wenn alle 4 Urteiler völlig miteinander übereinstimmten, also ein und dieselbe Sequenz einer Skala z. B. mit Stufe 2 bewerteten, oder wenn nur einer der 4 Urteiler

¹⁾ Da sich innerhalb der meisten Interaktionssequenzen keine offensichtlichen Problemsituationen erkennen ließen, wurde die Skala G: „Umgang mit Problemsituationen“ (vgl. Kap. 6.2.7) nur im gegebenen Fall bewertet.

mehr als 1 Skalenpunkt von dem der anderen Urteiler abwich. Bei der Übereinstimmung innerhalb der Berufsgruppen galt als übereinstimmend, wenn beide Beurteiler zu genau demselben Ergebnis gekommen sind.

Der verwendete Koeffizient zur Berechnung der prozentualen Übereinstimmung ist angelehnt an die Überlegungen von *Bijou et al.* (1968) zur „Signierten-Platz(S-P)-Übereinstimmung“ (*Mees et al.* 1977, S. 47 ff).

Bei der Interpretation der Übereinstimmungswerte, die relative Häufigkeiten darstellen, ist daher zu beachten, daß zufälligen Übereinstimmungen nicht Rechnung getragen wird und die Randverteilungen ignoriert werden (vgl. *Feger* 1982, S. 28 f). Weiterhin ist zu beachten, daß, da lediglich Ordinaldaten vorliegen, übliche Verfahren, wie z. B. Mittelwertvergleiche, zwar auf die Anzahl der Übereinstimmungen, jedoch nicht auf die Rohdaten angewendet werden können (vgl. z. B. *Bortz* 1985, S. 30; zur Problematik der Beobachterübereinstimmung vgl. *Manns* 1987, S. 47 f).

Die entsprechenden Ergebnisse sind im Anhang in Tabellen A 6.1 – A 6.6 zusammengefaßt.

Man erkennt, wie schwierig eine Gesamtübereinstimmung aller vier Beurteiler zu erreichen war. Auf einigen Skalen, z. B. Skalen A und B auf Video 1 oder Skalen E und F auf Video 4, gelang sie nur in Ausnahmefällen.

Betrachtet man nur die 2er-Übereinstimmungen unter den Zahnärzten bzw. den Psychologen, so reichen diese auch von 0 bis 100 Prozent, also von vollkommener Nichtübereinstimmung bis zu vollkommener Übereinstimmung (vgl. Tab. A 6.1 – 6.6 im Anhang und Tab. 7 auf S. 101). Dies ist nicht so drastisch zu werten, wie es sich im ersten Moment darstellt. Nichtübereinstimmung bedeutet nur, daß zwei Rater nicht den gleichen Skalenwert gewählt hatten, aber nicht, daß sie z. B. entgegengesetzt urteilten.

In der Regel ist das Ausmaß der Berufsgruppenübereinstimmung etwa gleich groß wie die Gesamtübereinstimmung unter allen Urteilern.

Addiert man alle errechneten Übereinstimmungsmaße pro Skala und teilt sie durch deren Anzahl über alle 6 Videofilme, erhält man Durchschnittswerte aller Übereinstimmungen pro Skala (vgl. letzte Zeile in Tab. 7): Insgesamt kann ein großer Teil dieser Werte nicht befriedigen. Auf den Skalen A und E konnte keine Übereinstimmung von mindestens 50% unter den Beurteilern erzielt werden.

Recht gut sind die Übereinstimmungen auf den Skalen C und D, was aber leicht auf methodischer Ebene begründet werden kann, da diese Skalen ihren Mittelpunkt auf der Stufe 3 haben und es von da aus in jeder Richtung (z. B. zu knappe Informationen oder zu weitschweifig vorgetragen) nur zwei Skalenpunkte zur Entscheidung gab.

Tabelle 7: Beurteilungsübereinstimmung (in Prozent)*									
Skalen		A	B	C	D	E	F	H	Ø
		%	%	%	%	%	%	%	%
Video 1	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	5	5	55	63	58	95	78	51,3
	Übereinstimmung ZÄ	10	58	73	63	63	100	53	60,0
	Übereinstimmung Psychol.	15	40	58	63	68	88	78	58,6
Video 2	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	86	71	59	86	14	41	29	55,1
	Übereinstimmung ZÄ	59	71	59	86	14	41	29	51,3
	Übereinstimmung Psychol.	71	29	59	86	0	29	59	47,6
Video 3	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	50	33	100	83	14	71	100	64,4
	Übereinstimmung ZÄ	33	17	100	83	29	100	86	65,4
	Übereinstimmung Psychol.	50	17	83	67	14	86	59	53,7
Video 4	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	7	93	93	71	22	14	22	46,0
	Übereinstimmung ZÄ	14	100	86	86	7	0	22	45,0
	Übereinstimmung Psychol.	43	71	100	50	57	50	43	59,1
Video 5	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	22	61	89	95	61	66	89	69,0
	Übereinstimmung ZÄ	11	50	83	78	61	61	72	59,4
	Übereinstimmung Psychol.	39	50	67	89	72	83	95	70,7
Video 6	Gesamtübereinstimmung aller Beurteiler	38	76	86	52	76	76	71	67,9
	Übereinstimmung ZÄ	38	43	81	66	52	38	81	57,0
	Übereinstimmung Psychol.	52	71	76	62	66	76	48	64,4
Durchschnitt aller Gesamtübereinstimmungen		34,7	56,5	80,3	75,0	40,8	60,5	64,8	

* Skala G wurde in diese Auswertung nicht mit einbezogen, da sie nur wenige Male angewendet wurde

Es fragt sich, wie hoch die Übereinstimmungswerte prinzipiell sein sollten, damit man von „zuverlässigen“ Beurteilungen sprechen kann. Diese Frage kann nicht mit der Angabe eines generellen Mindestwertes (z. B. 75%) beantwortet werden, schon deshalb nicht, weil der Übereinstimmungsprozentswert von vielen Faktoren abhängt, z. B. von der Komplexität des Beobachtungsverfahrens und des Filmmaterials. Allgemein kann nur gesagt werden,

daß der erforderliche Mindestübereinstimmungsgrad mehrerer Beobachter von den Verwendungszwecken des Beobachtungssystems abhängt: Er muß mindestens so hoch sein, daß die Aussagen nicht auf methodisch bedingte Artefakte zurückgehen können (Mees 1977, S. 51f). Im Vergleich mit anderen Untersuchungen liegen die Werte dieser Untersuchung jedoch recht niedrig (z. B. *Ischi* 1982, Platzübereinstimmung: $x = 90,2\%$, Trainingsdauer: ca. 1 Woche, pro Beobachter 20 Stunden Codierung; *Lytton* 1980, Inter-Beobachter-Übereinstimmungs-Median: $63,9\%$, Trainingsdauer: 50–60 Stunden; *Cobb* 1972, Platzübereinstimmung: $x = 85\%$, Trainingsdauer: 6–10 Stunden).

Da die Übereinstimmungen zwischen den Beurteilern nicht größer sind, muß nach den Gründen gefragt werden. Infrage kommen prinzipiell wohl folgende Hypothesen:

1. Die Skalen sind zu komplex, evtl. mehrdimensional angelegt.
2. Zur Beurteilung von Interaktionssequenzen werden häufig Nominalskalen und Häufigkeitsauszählungen verwendet, d. h. der Beobachter hat lediglich über Auftreten oder Nicht-Auftreten eines vorher festgelegten, meist eindimensionalen Ereignisses zu entscheiden (vgl. *Holsti* 1969; *Asendorpf* et al. 1979). Im Unterschied dazu wurde von den Beobachtern hier gefordert, Ereignisse zu „raten“, d. h. nicht nur über Auftreten oder Nichtauftreten eines Ereignisses zu entscheiden, sondern auch die Einzelurteile zusammenzufassen und einer von fünf Beurteilungsalternativen zuzuordnen. Solche Beurteilungen haben den Vorteil, Ereignisse im Zusammenhang zu erfassen. Sie haben den Nachteil, daß zwischen Wahrnehmung und Beurteilung kognitive Prozesse liegen (z. B. Zusammenfassung und Gewichtung der Einzelurteile), die eine große Zahl von Fehlerquellen zulassen.

Vor- und Nachteile von Ratingverfahren werden erörtert bei *Tént* 1970, *Langer* et al. 1974, *Hasemann* 1983, *Beck* 1987. Darstellungen von Fehlerquellen bei der Personenwahrnehmung finden sich z. B. bei *Preiser* 1979 und bei *Bierhoff* 1986.

Die zu erwartende Anzahl von Nichtübereinstimmungen ist daher größer als bei dichotomen Antwortkategorien und Häufigkeitsauszählungen. Dies muß sowohl beim Vergleich mit anderen Untersuchungen als auch bei der inhaltlichen Interpretation berücksichtigt werden.

3. Das Filmmaterial kann gelegentlich wegen unvollständiger Aufnahmen oder technischer Mängel (z. B. Störgeräusche) mehrdeutig beurteilt werden.
4. Die Beurteiler haben nicht genügend mit den Skalen und dem Filmmaterial trainiert, bevor sie ihre Einschätzungen abgaben.

5. Das Berechnungsmaß für die Gesamtübereinstimmung ist im Vergleich mit häufig verwendeten Berechnungen wie der Platzübereinstimmung in den oben zitierten Untersuchungen (*Cobb 1972; Ischi 1982*) und der „Signierten-Platz-Übereinstimmung“ recht streng (*Mees et al. 1977, S. 47ff*). Höhere Übereinstimmungswerte — jedoch nicht unbedingt genauere Beurteilungen — hätten auch mit 3- statt mit 5stufigen Skalen erzielt werden können.

Einige Detailangaben zu den Skalen, den Videofilmen und den Rohdaten (Beurteilungen der einzelnen Urteiler) legen zusammenfassend den Schluß nahe, daß die aufgezeigten Hypothesen für die teilweise unbefriedigenden Beurteilungsübereinstimmungen zutreffen.

Obwohl durch die Bildung von insgesamt 7 Skalen zur Beurteilung der zahnärztlichen Tätigkeiten während der prophylaktischen Sitzungen versucht wurde, die große Komplexität des Beobachtungsmaterials (verbales und nonverbales Verhalten des Zahnarztes bzw. der Helferin) pro Skala möglichst weitgehend zu strukturieren, so scheinen doch insbesondere die Skalen A, B und E (Gliederung — Strukturierung; Einfachheit — Verständlichkeit; Einbindung des Patienten) noch sehr komplex, evtl. sogar mehrdimensional angelegt zu sein. Dies wird deutlich, wenn man sich die zahlreichen Unterpunkte unter den verschiedenen Stufen, insbesondere der Skalen A und E, ansieht. Bei Skala B muß z.B. auf unbekannte/bekannte Wörter, einfache/komplizierte Sätze und auf den Gesamteindruck der Verständlichkeit gleichzeitig geachtet werden.

Skala A liefert im Zusammenhang mit den Filmsequenzen einige besondere Schwierigkeiten. Da die aufgenommenen Sequenzen — wie schon hervorgehoben — nicht immer am Anfang der Arzt-Patient-Interaktion begannen und nicht immer am Schluß endeten, war man bei der Beurteilung, ob z.B. das Ziel der Intervention bekanntgegeben wurde oder am Schluß eine Zusammenfassung und/oder ein Ausblick gegeben wurde, auf Vermutungen angewiesen. In vielen Fällen ließen sich diese Punkte in der Tat nicht objektiv und einwandfrei einschätzen.

Da von einigen Sequenzen Mitschriften angefertigt wurden (vgl. Kap. 6.4), konnten zumindest die verbalen Elemente der Skalen (hier insbesondere der Skalen A, B, C, E und F) hinreichend objektiv überprüft werden. Legt man den Beurteilern, die zunächst in ihren Urteilen stark voneinander abweichen, den niedergeschriebenen Text vor, kam man häufig leicht zu einer Einigung. Auf diese Weise können bestimmte systematische Fehler (z.B. durchgehend zu milde oder zu kritische Beurteilungen) erkannt werden (vgl. *Preiser 1979; Bierhoff 1986*). Da die meisten Skalen bei dieser Art der Urteilsvergabe sich als geeignet erwiesen, zu eindeutigen Festlegungen zu kommen, muß auch der Schluß gezogen werden, daß das durchgeführte Beurteiler-Training (3 Sitzungen) zu knapp bemessen war bzw. daß die Beurteiler überfordert waren, gleichzeitig 4 Skalen auf einmal pro Video-Durchgang

beurteilen zu müssen. Wie schon erwähnt, rechnet z. B. *Lytton* (1980) bei dem von ihm verwendeten komplexen Beobachtungsverfahren mit einem 50–60stündigen Training für jeden Beobachter, um eine Platzübereinstimmung von 60% bis 70% zu erhalten (*Manns* 1987, S. 122).

Somit lassen sich für nachfolgende Forschungsprojekte mit dieser Methodik folgende Vorschläge machen:

- (1) es sind Verbesserungen an den Skalen möglich (bes. an Skalen A, E und F);
- (2) der Bereich der zu beurteilenden Tätigkeiten sollte eingeschränkt werden (es sollten also immer nur gleiche Aspekte der präventiven Tätigkeit, z. B. die Erklärung, Demonstration und Einübung einer Zahnputztechnik aufgenommen und beurteilt werden müssen);
- (3) das Beurteilungstraining sollte intensiviert werden;
- (4) die Beurteilungen der Skalen müßten einzeln erfolgen (was den Zeitaufwand und damit die Kosten für solche Studien natürlich beträchtlich in die Höhe treiben würde).

6.1.2 Korrelationsberechnungen der Beurteiler-Übereinstimmung

Bei der Überprüfung der Beurteiler-Übereinstimmung muß aber nicht nur auf das Niveau der gerateten Stufe der einzelnen Filmsequenzen geschaut werden, sondern man kann auch den Verlauf der einzelnen Werte jedes Beurteilers pro Film (= pro Zahnarzt) miteinander vergleichen (Korrelationsrechnung).

Wie bei der Beurteilung von Eiskunstlaufmeisterschaften kann jemand mit durchgehend höheren oder tieferen Werten doch adäquat urteilen, wenn die Relation der Werte mit denen der anderen Gutachter weitgehend übereinstimmt.

Der Rang-Korrelationskoeffizient nach *Spearman* wurde gewählt, um die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen jeweils 2 Beurteilern zu überprüfen. Damit kann auch festgestellt werden, ob z. B. die Zahnärzte oder die Psychologen untereinander ähnlicher urteilen als z. B. ein Zahnarzt-Psychologen-Paar (vgl. *Siegel* 1976, S. 193f; *Lienert* 1978; zur Kritik an der Verwendung von Korrelationskoeffizienten zur Berechnung der Beobachterübereinstimmung vgl. z. B. *Mees* 1977, S. 52f).

Die Ergebnisse sind im unteren Teil der Tabellen A 6.1–6.6 im Anhang dargestellt. Zur Bestimmung des Signifikanzniveaus übereinstimmender Wertungen wurden korrigierte Z-Werte zu Hilfe genommen.

Ein Blick auf die Tabellen für die verschiedenen Videofilme zeigt, daß die Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Beurteilern pro Skala und Film sehr unterschiedlich sein können. Mögliche Ursachen für die schwan-

kenden Übereinstimmungswerte wurden schon erörtert. Während z. B. auf Video 1 die Skala B (Verständlichkeit) trotz extrem unterschiedlicher Mittelwerte (1,4 vs. 3,3) nur von den Urteilern I und IV im Verlauf ähnlich beurteilt wurden, haben die gleiche Skala auf Video 4 (also bei einem anderen Zahnarzt) alle Beurteiler sowohl von der Höhe als auch von der Relation her sehr ähnlich beurteilt (Signifikanz zwischen allen Urteiler-Paaren).

Insgesamt gilt, daß die Übereinstimmungen zwischen jeweils 2 Beurteilern insbesondere auf den Skalen A und B sowie in den kurzen Videofilmen mit wenigen Sequenzen (2 und 3; von daher schon erwartungsgemäß) relativ gering sind, in den längeren Filmen mit über 14 Sequenzen (Videos 1, 4, 5 und 6) hingegen mindestens auf jeweils einigen Skalen als durchaus befriedigend betrachtet werden können.

Es bleibt die Frage bestehen, welche Werte gleichsam die gültigen, die „wahren Werte“ sind. Schaut man sich z. B. die Skala A (Strukturierung — Gliederung) von Video 1 an (vgl. die Werte in Tab. A 6.1 im Anhang), so erkennt man, daß die beiden Zahnärzte (I und II) mit ihren Durchschnittswerten (1.9 vs. 3.4) recht weit voneinander entfernt liegen. Noch weiter auseinander liegen in diesem Fall Zahnarzt I und Psychologe IV (1.9 vs. 4.2; Differenz von 2.3 Skaleneinheiten auf einer 5stufigen Skala!). Das heißt, daß der beurteilende Zahnarzt I den Video-Zahnarzt 1 auf der Skala A „Gliederung — Strukturierung“ als „gliedert übersichtlich; baut die Information strukturiert und folgerichtig auf; etc.“ beurteilt, während der Psychologe IV die gleichen Sequenzen vom gleichen Zahnarzt durchschnittlich als „mäßige Gliederung; Zielbenennung fehlt oder unklar; Strukturierung mäßig; Folgerichtigkeit nicht voll gegeben; etc.“ einstufte.

Wie bei derart drastischen Beurteilungsunterschieden verfahren wurde, ist im nachfolgenden Abschnitt (6.1.3) und in Kap. 6.2.1 (Auswertung der Skala A) nachzulesen. Zum Glück ist der geschilderte Fall ein Extremfall. Wie ein Blick auf die Mittelwerte der Beurteilungen aller Sequenzen durch die verschiedenen Beurteiler schnell zeigt (vgl. Tab. A 6.1—6.6 im Anhang oberer Teil), liegen die meisten Durchschnittswerte der Beurteiler doch wesentlich enger zusammen, selbst wenn sie — wie im nachfolgenden Abschnitt berechnet — statistisch häufig nicht übereinstimmen.

6.1.3 Vergleiche der Beurteilerübereinstimmung mit dem Friedman-Test

Mit dem Friedman-Test sind die Ratings der verschiedenen Beurteiler auf Unterschiede untersucht worden (vgl. die Tabellen A 6.1—A 6.6 im Anhang und die daraus entwickelte Tabelle 8 im Text). Der Friedman-Test wird bei nicht-parametrischen Daten angewandt; die Teststatistik ist CHI-Quadratverteilt bei 3 Freiheitsgraden; getestet wird auf Gleichheit aller vier Beurteilungen, d. h. es wird schon signifikant, wenn ein einzelner Beurteiler etwas mit seinen Urteilen herausfällt.

Tabelle 8: Beurteilerübereinstimmung aufgrund von Korrelationsberechnungen und Friedman-Tests (zur näheren Erläuterung s. Text)							
Video	1	2	3	4	5	6	
Summe aller signifikanten ▶ Friedman-Tests pro Video	6	3	3	6	3	6	Gesamtübereinstimmung der Beurteiler ▼
Beurteiler:							
I-II	3	1	2	2	1	3	12
I-III	-	-	-	3	3	2	8 I 39
I-IV	3	2	4	3	2	5	19 II 36
II-III	2	1	1	3	3	3	13 III 35
II-IV	3	1	1	2	2	2	11 IV 44
III-IV	2	-	-	5	3	4	14
Skalen:							sign. Friedman-Tests pro Skala ▼
A	1	-	1	-	1	1	4
B	1	1	-	6	-	2	6
C	2	-	1	4	4	-	2
D	-	2	1	-	3	2	3
E	1	-	3	3	-	4	6
F	4	2	2	2	-	5	3
H	4	-	-	3	6	6	3
Summe von ▶ 36 Möglichkeiten	13	5	6	18	14	20	

Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Einschätzungen der 4 Beobachter über alle 7 Skalen zusammengerechnet bei 3 Videos (1, 4, 6) in 6 Fällen, bei den 3 anderen Videos (2, 3, 5) in 3 Fällen signifikant unterscheiden.

Bezieht man die Vergleiche der Durchschnittswerte nicht über alle Videos, sondern über die einzelnen Skalen, so sieht man (unten rechts in Tab. 8), daß auf den Skalen B und E stets unterschiedliche Werte (6x) erreicht wurden und daß auf der Skala A 4 mal, auf den Skalen D, F und H jeweils 3 mal und auf Skala C nur 2 Unterschiede zwischen den verschiedenen Beurteilern festgestellt wurden. Demnach war es für die Beurteiler bei den Videofilmen 1, 4 und 6 und auf den Skalen B, E und A am schwierigsten, Übereinstimmungen in der Ausprägung der beurteilten Merkmale zu finden. Dies ging offensichtlich leichter bei den Videofilmen 2, 3 und 5 sowie auf den Skalen C, D, F und H.

Betrachtet man die Korrelation der Beurteilung von jeweils 2 Beurteilern über alle Sequenzen einer Skala, so zeigt Tab. 8 (oberes, großes Feld), daß nicht die beiden Zahnärzte untereinander (I und II) oder die beiden Psychologen (III

und IV) die höchsten Übereinstimmungen erreichten (12 resp. 14), sondern daß die höchste wie auch die niedrigste Übereinstimmung von einem Zahnarzt-Psychologen-Paar (I–IV: 19 bzw. I–III: 8 Übereinstimmungen) erreicht wurden. Insgesamt erzielte ein Psychologe die häufigsten Übereinstimmungen mit seinen Kollegen (IV: 44). **Damit steht fest, daß es in der Beurteilung der dargebotenen Filmsequenzen keine systematischen Unterschiede zwischen den beiden beteiligten Berufsgruppen gab.** Das heißt, daß die Psychologen hinreichend auch den zahnmedizinischen Teil und die Zahnärzte hinreichend auch den psychologischen Teil beurteilen konnten.

Überprüft man die signifikanten Korrelationen nicht paar- bzw. beurteilerweise, sondern in bezug auf die beurteilten Skalen und die einzelnen Videofilme (mittleres Feld unten in der Tabelle 8), fällt wiederum auf, daß praktisch auf jeder Skala und jedem Film alle 6 Beurteilerpaare mindestens einmal keine einzige Übereinstimmung erzielen konnten. Noch die meisten Übereinstimmungen gab es bei den Filmen 4 und 6 (18 bzw. 20 von 36 möglichen), im Mittelbereich liegen die Filme 1 und 5 (13 bzw. 14), und am schlechtesten waren — so betrachtet — die Übereinstimmungen bei den kurzen Filmen 2 und 3 (5 bzw. 8).

Zusammenfassend läßt sich über die Beurteilerübereinstimmung sagen: Die mit den verschiedenen Methoden (Übereinstimmungskoeffizienten der Rohwerte; Ergebnisse der Friedman-Tests und Korrelationsberechnungen der paarweisen Beurteilungsübereinstimmung mit dem Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten) berechneten Ergebnisse lassen sich im Vergleich mit Übereinstimmungswerten aus anderen Untersuchungen als mittelmäßig bezeichnen. Die Beurteilerübereinstimmung ließe sich insbesondere durch längeres Training (ca. 30 Stunden pro Beobachter), inhaltlich homogene Filmsequenzen (z. B. nur die Erklärung der Ätiologie von Karies oder nur die Demonstration und Einübung von Mundhygiene-Fertigkeiten durch den Zahnarzt oder die Helferin) und eventuell ein Splitten der sehr komplexen Skalen (besonders A und E) verbessern.

Die Beurteilungsskalen haben sich aber prinzipiell als brauchbar erwiesen und können für zukünftige ähnliche Forschungsprojekte im Rahmen der (Zahn-)Arzt-Patient-Beziehung/Kommunikation entweder in der hier vorgestellten Originalform oder in einer für das jeweilige Ziel entsprechend modifizierten Form verwendet werden.

6.2 Auswertung der Skalen

In den folgenden Abschnitten soll untersucht werden, wie die beobachteten Zahnärzte die Mundgesundheitsberatung durchführten. Für die Bewertung der kognitiven Ebene der Informationsvermittlung wurden die Skalen A–D als Maße der Verständlichkeit von Texten/Gesprächen herangezogen. Die Einzelergebnisse werden in den Abschnitten 6.2.1–6.2.4 erläutert.

Für die Beziehungsebene wurden die Skalen E – G entwickelt. Sie sollen das präventiv-zahnärztliche Geschehen auf der sozial-emotionalen und verhaltensmäßigen Ebene abbilden (vgl. Abschnitte 6.2.5 – 6.2.7). Die Eigenbeteiligung und das Interesse der behandelten Patienten soll auf Skala H (s. Abschnitt 6.2.8) abgebildet werden.

Alle Ergebnisse der Skalenauswertung werden schließlich im Abschnitt 6.2.9 zusammengefaßt.

6.2.1 Skala A: Gliederung — Strukturierung

Mit dieser Skala sollte beurteilt werden, wie gut gegliedert und strukturiert der Zahnarzt den Patienten die für die Prophylaxe notwendigen Informationen dargeboten hat. Kriterien für eine gute Gliederung/Strukturierung sind

- die Bekanntgabe des Zieles der Unterredung/Beratung
- der folgerichtige und gut strukturierte Aufbau der zu gebenden Informationen
- das Zusammenfassen der wesentlichen Elemente des Gesagten
- das Geben eines Ausblicks entweder auf die häusliche Entwicklung oder die Inhalte der nächsten Sitzung.

Einen groben Überblick über die Bewertungen der 4 Beurteiler gibt die nachfolgende Tabelle 9.

Diese Tabellen, die auch in den nachfolgenden Abschnitten für die anderen Skalen folgen, sollen nur einen orientierenden Überblick über die gewählten Skalenbereiche und über die Homogenität bzw. Heterogenität der Beurtei-

Tabelle 9: Skala A Gliederung – Strukturierung Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	1.9	3.3	2.8	1.3	1.2	1.9	2.1
II	3.4	3.6	4.3	2.7	2.3	2.6	3.15
III	3.3	3.6	3.4	3.2	2.5	2.9	3.05
IV	4.2	3.5	3.6	2.3	1.9	2.5	3.0
Durchschnitt	3.2	3.5	3.5	2.4	1.7	2.5	2.85
Signifikanz	s.s.	-	-	s.s.	s.s.	s.s.	
Durchschnitt ohne I	3.6	3.6	3.8	2.7	2.2	2.7	3.1
Interaktionsdauer in Minuten	13	14	7	30	16.5	22	17

lungen geben. Insbesondere die Gesamtdurchschnittswerte für die verschiedenen Videos bzw. Zahnärzte (unten) und für die verschiedenen Beurteiler (rechts) sollen nur der überblickartigen Orientierung dienen. Für rein methodisch-statistische Zwecke sind sie so nicht zu gebrauchen.

So sieht man in dieser Tabelle zum Beispiel in der Spalte für die Durchschnittswerte der Beurteiler (rechte Spalte), daß ein Beurteiler (I) im Durchschnitt fast einen ganzen Skalenpunkt besser urteilte (2,1) als die anderen drei Beurteiler (3,1). Besonders deutlich wird dies bei der Wertung für die Videofilme 1, 4, 5 und 6. Es ist selbstverständlich kein Zufall, sondern es liegt an eben diesen Werten, daß die Beurteilungsunterschiede gerade auf diesen Skalen eine signifikante Größe erreichen (s. drittletzte Zeile).

Folglich scheint es, auch unter Berücksichtigung der Niederschrift der gesprochenen Texte, erlaubt und sinnvoll, hinsichtlich dieser Skala nur die Werte der 3 relativ übereinstimmenden Urteiler für die weitere Interpretation der Daten heranzuziehen (vgl. vorletzte Zeile).

Demnach liegt der Durchschnittswert der beobachteten Zahnärzte auf dieser Skala bei 3.1. Somit gliedern und strukturieren die Zahnärzte der Untersuchungsgruppen ihre Informationen hinreichend, insgesamt aber nicht übersichtlich genug.

Ein Zahnarzt (ZA 5) baut die zu gebenden Informationen bzw. auch die Systematik zur Datengewinnung vom Patienten strukturiert und folgerichtig auf. Er vergißt nicht, das Ziel der Unterredung/der Sitzung zu benennen oder zu verdeutlichen und entweder eine abschließende Zusammenfassung oder einen Ausblick auf den weiteren Verlauf bzw. die nächste Sitzung zu geben.

Besonders gut gliederte dieser Zahnarzt in der nachfolgenden Textpassage (5/4/1):

ZA: Das sehe ich schon, daß Sie in der letzten Zeit sicherlich viel mit den Zähnen mitgemacht haben, Herr F.; und darum wollen wir uns noch einmal ganz ausführlich damit befassen, wie Sie Ihre Zähne gesund erhalten können. Darum geht es. Denn Sie haben ja einige Probleme. Sie putzen die Zähne ganz gut, das kann man wohl sagen. Zum großen Teil erfolgreich, aber nicht so, daß Sie nicht doch einige Probleme haben im Sinne der Entzündung, der Parodontose, der Belagsbildung und daraus resultierend der Karies. Jawohl, das wollen wir demonstrieren, damit Sie mit eigenen Augen sehen können, wo die Probleme liegen. Für die Augen des Laien könnte man ja sagen, na, das ist ja ganz gut geputzt. Die Flächen sind sauber, aber in Wirklichkeit ist das eine trügerische Position.

Was wir als erstes machen wollen, ist festzustellen Ihren Entzündungsgrad der Schleimhaut. Dafür diktiere ich der Helferin ein paar Zahlen.

Der Zahnarzt nimmt im folgenden den SBI auf.

Was wir bisher gemacht haben, Herr F., ist einfach festzustellen, welchen Entzündungsgrad der Zahnfleischsaum, insbesondere die Zahnfleischpapillen haben. Das ist bei Ihnen nicht okay. Das zeigen wir Ihnen jetzt anhand dieser Liste und dann anschließend im Munde...

Am Ende der Sequenz:

Also, Herr F., gibt es noch irgendwelche Fragen?

Sie sollten sich bitte die Zahnseide in der Apotheke besorgen, die Zahnbürste geben wir Ihnen mit, Zahnpasta können Sie sich besorgen.

Einfach mal zu Hause üben. Wir sollten dann — sagen wir mal in ein oder zwei Wochen — die Brücke definitiv zementieren, wenn Sie sich daran gewöhnt haben und das alles problemlos soweit hinhaut. Sie ist nur provisorisch festgesetzt, Sie brauchen aber keinerlei Rücksicht zu nehmen.

Gut, wenn es keine Fragen mehr gibt, meine ich, verabreden wir einen Termin.

So, Herr F., unser Präsent an Sie: die Zahnbürste. Und dann können wir beim nächsten Mal diesen Index noch einmal machen, um dann zu sehen, wie es mit Ihrer Zahnbürste besser geworden ist.

Der Zahnarzt knüpft an der individuellen Situation des Patienten an und gibt das Ziel der heutigen Sitzung bekannt „... ganz ausführlich damit befassen, wie Sie Ihre Zähne gesund erhalten können. Darum geht es.“ Gleichzeitig weckt er das Bedürfnis des Patienten nach diesen Informationen, indem er — ohne Wertung oder Ablehnung — sachlich („Denn Sie haben ja einige Probleme.“) und sogar mitfühlend („Das sehe ich schon, daß sie in der letzten Zeit sicherlich viel mit den Zähnen mitgemacht haben...“) auf die Probleme des Patienten hinweist. Ganz im Sinne einer optimalen Gesprächsführung umgeht er direkte Kritik am Pflegezustand des Patienten und akzentuiert diesen aus einem positiven Darstellungszusammenhang heraus: „Sie putzen die Zähne ganz gut, das kann man wohl sagen. Zum großen Teil erfolgreich, aber nicht so, daß Sie nicht doch einige Probleme haben im Sinne der Entzündung, der Parodontose ...“. Dann kündigt er die Aufnahme des Sulcus-Blutungs-Index an, dem Patienten dabei einleuchtend dessen Zweck erklärend: „... damit Sie mit eigenen Augen sehen können, wo die Probleme liegen“.

Lehrbuchhaft ist auch die zweite Verstärkung des Patienten, die Umgehung einer unvermittelten Kritik und der gleichzeitige Hinweis auf die persönliche Betroffenheit des Patienten: „Für die Augen des Laien könnte man ja sagen, na, das ist ja ganz gut geputzt. Die Flächen sind sauber, aber in Wirklichkeit ist das eine trügerische Position.“

Auch nach der SBI-Erhebung erläutert der Zahnarzt dem Patienten noch einmal den Stellenwert des Geschehenen und strukturiert für den Patienten deutlich den Fortgang der Sitzung: „Das zeigen wir Ihnen jetzt anhand dieser Liste (Erläuterung der SBI-Werte) und dann anschließend im Munde“.

Das Ende der Sitzung wird angekündigt: „... gibt es noch irgendwelche Fragen?“ Die besprochenen Hilfsmittel werden noch einmal zusammengefaßt, die Aufgabenstellung für zu Hause festgelegt und ein Ausblick auf die nächste Sitzung mit dem bis dahin angestrebten Erfolg gegeben.

Für diese Gesprächs- und Handlungssequenz bekam dieser Zahnarzt nicht nur von allen vier Beurteilern auf der Skala A (Gliederung — Strukturierung)

optimale Werte, sondern auch hinsichtlich der Kürze — Prägnanz (Skala C), des Medieneinsatzes (Skala D) und der Verstärkung (Skala F). Auch die Einbindung des Patienten in die Sitzung ist recht gut, obwohl er tatsächlich kaum zur Sprache kommt. Es besteht etwas die Gefahr der „Schein-Beteiligung“.

Zwei Zahnärzte (4 und 6) liegen mit ihren Werten auf der Skala A im Mittelbereich. Ob das für eine effiziente Informationsvermittlung ausreichend ist, mag das nachfolgende Textbeispiel deutlich machen.

Textbeispiel 4/2/4

ZA: „Ja, dann wollen wir gleich noch mal das Problem ansprechen mit dem Schwund des Zahnfleisches bzw. das, was ich Ihnen erklären will. So, da darf ich jetzt als erstes mal hineinschauen, und dann werden wir mal sehen.“

Bei drei Zahnärzten (1–3) kann die Systematik der anamnestischen Datenerhebung und der Informationsdarbietung nicht als ausreichend bezeichnet werden. Entsprechend Ihrer Durchschnittswerte (3,6 bzw. 3,8) zeigen sie eine Vernachlässigung wichtiger Gliederungs- und Strukturierungsgesichtspunkte. Ihre Informationsdarbietung geschieht gewissermaßen zufällig; sie „hangeln“ sich unsystematisch von einem Punkt zum (zufällig) nächsten. Die ohnehin problematische Kapazität des Patienten zur Informationsaufnahme wird dadurch zusätzlich erschwert, so daß nicht damit gerechnet werden kann, daß die Patienten die gebotenen Informationen richtig aufnehmen bzw. lange behalten.

Ein weiteres Beispiel für eine zunächst ganz gute, im Verlauf der Interaktion aber immer diffuser werdende Strukturierung des Gespräches bzw. der Sitzung ist vollständig im Kap. 6.4 (Interaktion 1/4/1; s. S. 132–146) abgedruckt.

Vergleicht man die ermittelten Durchschnittswerte auf dieser Skala mit der Dauer der Interaktionen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten (vgl. mit Tab. 5 in Kap. 5; letzte Zeile in Tab. 9), zeigt sich, daß die drei Zahnärzte (4–6) mit den besseren Gliederungen länger mit den Patienten beschäftigt waren (16,5–30 Minuten) als die drei Zahnärzte (1–3) mit den unzureichend strukturierten Gesprächsabläufen (7–14 Minuten). Eigentlich würde man genau das Gegenteil erwarten. In der Regel sind kurze Texte leichter zu gliedern als lange. Dieses Ergebnis zeigt, daß die Zahnärzte 4–6 offensichtlich ihre prophylaktischen Angebote besser vorbereitet hatten als die Zahnärzte 1–3.

6.2.2 Skala B: Einfachheit — Verständlichkeit

Mit dieser Skala sollte das sprachliche Merkmal „Einfachheit — Verständlichkeit“ beurteilt werden. Oder anders ausgedrückt, wie einfach bzw. verständlich bietet der Zahnarzt die für die Prophylaxe notwendigen Informationen dem Patienten an.

Informationen sind in der Regel dann leicht verständlich, wenn sich der Fachmann in seiner Sprache auf das Sprachniveau des Patienten einstellt. Bei Patienten ohne hohes Abstraktionsvermögen sollten z. B. nur bekannte Wörter aus der Laiensprache verwendet oder Fachbegriffe patientengerecht erklärt werden. Die Sätze sollten kurz und übersichtlich sein. Bei Patienten mit einem höheren Bildungsniveau sollte die Sprache ebenfalls adäquat sein. Man muß aber auch hier darauf achten und sichergehen, daß erklärte Fachbegriffe (Plaque, Parodontitis, etc.) richtig verstanden werden und die Sätze sowie die vermittelten Sachverhalte nicht zu kompliziert sind.

Der Tab. 10 ist zu entnehmen, daß hinsichtlich der Verwendung von einfachen Begriffen und kurzen Sätzen die an der Untersuchung beteiligten Zahnärzte mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 1,9 recht gut abschneiden.

Obwohl sich die von den verschiedenen Urteilern für die 6 Filme gegebenen mittleren Werte jeweils signifikant unterscheiden, so ist doch bei keinem Urteiler eine eindeutige Präferenz für durchgehend zu gute bzw. zu ungünstige Bewertungen zu erkennen. Somit ist aus dem Gesamtergebnis dieser Tabelle zu erkennen, daß insbesondere die Zahnärzte 4 und 6 mit einem Wert von 1,4 (vorletzte Zeile) eine besonders gute Sprachverständlichkeit zeigten.

Tabelle 10: Skala B							
Einfachheit – Verständlichkeit							
Mittelwerte der Beurteiler I – IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	1.4	1.9	2.3	1.6	1.5	1.5	1.7
II	1.8	2.2	3.9	1.5	1.6	1.6	2.1
III	2.7	1.3	2.0	1.0	2.1	1.1	1.7
IV	3.3	2.2	3.1	1.4	1.5	1.5	2.2
Durchschnitt	2.3	1.9	2.8	1.4	1.7	1.4	1.9
Signifikanz	s.s.	s.s.	s.s.	s.s.	s.s.	s.	

Optimale Verständlichkeit wurde von allen 4 Beurteilern (Skalenwert 1) für die nachfolgende Passage notiert.

Textpassage 6/1/2:

Der Zahnarzt hat der Patientin die Zahnbeläge in ihren Zahnzwischenräumen gezeigt und will nun darstellen, warum diese krankheitsbildend sind und worauf es bei der Zahnpflege ankommt.

ZA: „Was machen denn eigentlich die Bakterien?“

Pt: „Die machen die Zähne kaputt.“

ZA: „Ja, es ist nämlich so, die Bakterien bilden als Stoffwechselprodukt Säure, und wenn man Säure auf einen Stein kippt — das weiß jeder — dann zischt das, und der geht kaputt, der wird rau. Das gleiche passiert auf den Zähnen, die Oberfläche wird porös. Und ganz besonders viel Säure haben die Bakterien, wenn Sie etwas Süßes essen. Das Süße ist so schlimm, das macht den Zähnen erst einmal gar nichts, aber wenn Sie viel Süßes essen, produzieren die Bakterien viel Säure, und genauso wie die Säure bei einem Stein wirkt, frißt sie sich auch langsam auf der Zahnoberfläche in den Zahn hinein. Nicht in einem Tag und einer Woche, aber über lange Zeit, über Monate.

Dort wo Sie mit der Zahnbürste schlecht hinkommen, nämlich meistens hier zwischen den Zähnen, hier können Sie es sehen (der Zahnarzt demonstriert die folgenden Erläuterungen am Röntgenbild). Hier können Sie sehen, hier zwischen den Zähnen diese dunkle Stelle, das ist eine Karies. Immer da, wo man mit der Zahnbürste so schlecht hinkommt, da wo die Säure so schlecht weggespült wird, dort entstehen die Löcher. Ja, und es ist das Einfachste, was man machen kann: Wenn Sie keine Bakterien dort haben, gibt es auch keine Säure und es kommt kein Loch. Also, das ist etwas, was absolut sicher ist, ohne Bakterien gibt es auch keine Löcher in den Zähnen. Wir müssen also zusehen, wie Sie auch die Zahnzwischenräume belagsfrei halten können.“

Da auf dem Videofilm 4 die Hälfte der Sequenzen von der Prophylaxe-Helferin des Zahnarztes gestaltet wurde, gilt diese Einschätzung auch für diese. Weitere Beispiele für verständliche und anschauliche Erläuterungen sind in den beiden Textbeispielen von Zahnarzt 5 in den Abschnitten 6.4.2 und 6.4.3 (s. S. 150, 155) gegeben.

Diesen Ansätzen recht guter Sprachverwendung soll auch ein negatives Beispiel gegenübergestellt werden. Es handelt sich um die Textpassage 1/1/1.

Textpassage 1/1/1:

Der Zahnarzt erläuterte dem Patienten die Bedeutung der Taschentiefen. Der Patient fragt dazwischen:

Pt: „Was heißt das jetzt, wie weit müssen Sie da aufschneiden?“

ZA: „Ja, das ist ja interessant für Sie, im Bereich, wo Zweier-, Dreier- oder Vierertaschen sind, ja, daß also das Entzündungsgewebe ausgeschält wird aus den Taschen, wenn Sie sich vielleicht dieses Bild einmal angucken, hier, Sie brauchen den Atlas jetzt nicht zu sehen, hier im Bereich von Zweier-, Dreiertaschen, man das Entzündungsgewebe ausschert, die Zahnwurzel anfrischt und natürlich den Belag entfernt, ne? In dem Bereich, wo Fünftaschen sind, muß wahrscheinlich mit einem kleinen Schnitt, muß wahrscheinlich auch etwas weggeschnitten werden aus den Taschen, weil man das mit dem einfachen Ausschaben dann nicht mehr wegbekommt, nicht. Das wäre dann in Ihrem hinteren Bereich, nicht? Aber das muß ich dann noch während der Operation sehen. Manchmal kann man es ganz gut auch ausschälen mit diesen Handinstrumenten, nicht, mit denen ja der Eingriff gemacht wird. Aber im Bereich der Fünftaschen, das könnte sein, das wird also so mit einer Schnittführung gemacht. Das geht dann in etwa hier so schräg rein (Zahnarzt zeigt auf Schaubild), so. Und wenn das hier bei diesem Epithel — da wird dann etwas abgetrennt, nicht, damit man nachher dann wieder den dichten Verschuß bekommt. Nischen sind auch da. Das wird ja, wichtig ist ja, das wird also (Zahnarzt holt Röntgenbilder) ... die Röntgenbilder sind für Sie nicht so interessant, weil es röntgenologisch für Sie ganz gut aussieht, weil da doch noch kein gravierender Knochenabbau ist, denn man sieht hier im Bereich des unteren Zahnes, der etwas gekippt ist, daß da so ein bißchen, na, eine Einziehung in vertikale Richtung da ist, aber ansonsten ist das alles gut, nicht? Kein horizontaler Parodontalabbau ist so horizontal vorhanden, nicht? Ja, Röntgenbilder hatten wir, Behandlungsschritte habe ich schon gesagt, also im wesentlichen Ausschaben des Entzündungsgewebes, Belagsentfernung, und anschließend wird ein Verband angelegt.“

Patient macht einen irritierten Eindruck, faßt sich an den Kopf, hält sich die Hand vor den Mund und fragt:

Pt: „Also, das ganze kann ich mir schlecht vorstellen, aber ich werde es ja sehen.“

Durch diese verwirrenden Informationen, dargestellt in vielfach geschachtelten Sätzen, kann ein Patient nicht wirklich aufgeklärt werden. Im Gegenteil, wenn man den Patienten so ungeordnete Informationen im „Zahnarzt-Jargon“ gibt, provoziert dies weitere Fragen, die vielleicht noch schwieriger zu verdeutlichen sind. Oder der Patient resigniert, wie im gegebenen Fall, weil er merkt, daß er durch die Bemühungen des Zahnarztes zu keinem besseren Verständnis seiner subjektiven Lage kommt.

6.2.3 Skala C: Prägnanz — Kürze

Der richtige Umfang der zu vermittelnden Kenntnisse ist aus kommunikationspsychologischer Sicht ebenfalls ein wichtiges Verständlichkeitskriterium. Werden die Informationen zu knapp angeboten, stellt dies sehr hohe Anforderungen, gegebenenfalls Überforderungen an die Konzentration und an die Auffassungsgabe des Patienten. Andererseits können sich die Erläuterungen eines Redners auch durch Weitschweifigkeit auszeichnen: Abschweifende, umständliche Darstellungen, unnötige Wiederholungen können die Auffassungsgabe des Patienten überfordern. Dieser schaltet dann einfach ab, hört nicht mehr hin. Der optimale Pol auf dieser Skala liegt also in der Mitte (Skalenstufe 3). Ein zu knapper Telegrammstil oder nur Stichworte (Skalenstufe 1) sind zu wenig, weitschweifende und umständliche Darstellungen sind zu viel des Guten (Skalenstufe 5).

Aus Tabelle 11 wird ersichtlich, daß nur ein Zahnarzt (6) die Tendenz hat, lieber etwas zu viel als zu wenig zu reden. Ein Zahnarzt bzw. seine Fachhelferin (4) sind von allen 4 Beurteilern auf dieser Skala optimal (Skalenwert 3.0), ein weiterer Zahnarzt (5) fast optimal (Skalenwert 2.9) bewertet worden.

Tabelle 11: Skala C Prägnanz — Kürze Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	2.7	2.4	1.7	3.0	3.0	3.3	2.7
II	2.6	1.9	1.6	3.0	2.8	3.1	2.5
III	2.4	2.1	2.0	3.0	3.0	3.3	2.6
IV	1.9	2.6	1.9	3.0	2.7	3.4	2.6
Durchschnitt	2.4	2.25	1.8	3.0	2.9	3.3	2.6
Signifikanz	s.s.	s.	-	-	-	-	
Interaktionsdauer in Minuten	13	14	7	30	16.5	22	17

Die anderen 3 Zahnärzte (1–3) haben die Tendenz zu eher zu knappen Formulierungen.

Interessant ist hier ein Vergleich mit der aufgewendeten Zeit, die die einzelnen Zahnärzte bzw. die Helferinnen mit ihren Patienten für die Aufklärung gebrauchen (s. Tab. 11, letzte Zeile; vgl. mit Tab. 4 auf S. 58).

Tatsächlich haben die Zahnärzte 1–3 auch am wenigsten Zeit für ihre Patienten aufgewendet (7–14 Minuten), die drei Zahnärzte (4–6) mit den optimal prägnanten Darstellungen (nicht zu kurz und nicht zu lang) deutlich mehr (16,5–30 Minuten).

Interessant ist ferner, daß Zahnarzt 4 etwa 30 Minuten benötigte und damit von allen Beurteilern genau optimal (3.0) bewertet wurde, während Zahnarzt 6 nur durchschnittlich 22 Minuten für die Informationsvermittlung und Diskussion mit dem Patienten aufwandte und tendenzmäßig für zu ausführlich empfunden wurde. Der sich hier offenbarende Widerspruch läßt sich leicht damit erklären, wie viele unterschiedliche Punkte die einzelnen Zahnärzte pro Sitzung erläutern möchten. Wenn es zur Strategie des Zahnarztes 6 gehört, pro Sitzung nur ein wichtiges Thema zu besprechen bzw. zu üben (z. B. Ätiologie von Karies oder Parodontopathien; richtige Zahnputztechnik; Verwendung von Zahnseide; Analyse des Motivationsdefizits etc.), dann können 22 Minuten sicherlich ausreichend oder sogar schon zu viel sein. Nimmt man sich aber vor, 2 oder 3 dieser Punkte in einer Prophylaxe-Sitzung abzuhandeln, können 30 Minuten genau als richtig empfunden werden.

6.2.4 Skala D: Medieneinsatz — Stimulierende Hilfsmittel

Mit dieser Skala D soll gemessen werden, in welchem Ausmaß motivierende Hilfsmittel von den Zahnärzten bzw. von den Helferinnen eingesetzt werden und inwieweit sie sinnvoll eingesetzt werden. Auch hier liegt das Optimum in der Mitte (Skalenwert 3): Die stimulierenden Hilfsmittel entsprechen dabei in der Art, der Anzahl und den Anforderungen dem Inhalt und der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit des Patienten.

Auch hier kann man des Guten zu viel tun und durch eine Stimulanzschwemme den Patienten eher verwirren (Skalenstufen 1 und 2). Umgedreht kann auf sinnvolle Stimulierungsmittel unangebracht verzichtet werden. Wenn man z. B. zur Erklärung der Ätiologie von Parodontitis keine Schaubilder zu Hilfe nimmt oder einen „richtigen“ Bürstenkopf nicht vorzeigen kann, muß man dies umständlich erklären und erzielt wahrscheinlich ein weniger gutes Ergebnis.

Wie Tabelle 12 verdeutlicht, liegen die Werte der 4 Beurteiler auf dieser Skala recht gut beieinander (rechte Spalte). Das Ergebnis (in der vorletzten Zeile) zeigt, daß die beobachteten Zahnärzte die Möglichkeiten der stimulieren-

Tabelle 12: Skala D							
Medieneinsatz – Stimulierende Hilfsmittel							
Mittelwerte der Beurteiler I – IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	3.3	3.4	4.1	3.1	3.2	3.2	3.4
II	3.4	3.7	4.3	3.1	3.1	3.4	3.5
III	3.8	3.7	4.0	3.6	3.0	3.6	3.6
IV	3.9	3.6	4.1	3.2	3.3	3.8	3.65
Durchschnitt	3.6	3.6	4.1	3.25	3.15	3.5	3.6
Signifikanz	s.s.	-	-	s.	-	s.s.	

den Hilfsmittel nicht vollständig ausschöpfen. Fast optimal sind erneut die Zahnärzte 4 und 5 (Skalenwerte 3.25 und 3.15) präpariert: Wo es sinnvoll ist, setzen sie zur rechten Zeit die richtigen Stilmittel/Medien gezielt ein. Die Zahnärzte 1, 2 und 6 (Skalenwerte 3.6, 3.6 und 3.5) könnten einige weitere Stilmittel sinnvoll in ihr Repertoire aufnehmen. Zahnarzt 3 kam fast ohne alle motivierenden Hilfsmittel aus (Skalenwert 4.1). Vermutlich läßt sich so keine „anschauliche“ Prophylaxe betreiben; sie wird nur schwer in der Lage sein, das Verhalten des Patienten zu verändern.

6.2.5 Skala E: Einbindung des Patienten

Mit dieser Skala beginnt die Beurteilung der sozial-emotionalen und der verhaltensmäßigen Ebene der Zahnarzt-Patient-Interaktionen im Rahmen der individual-prophylaktischen Sitzungen. Bei dieser Skala E geht es darum, herauszufinden, inwieweit es dem Zahnarzt gelingt, den Patienten aktiv in das Geschehen einzubeziehen. Es wird also die Fähigkeit des Zahnarztes betont, die Problemaufmerksamkeit des Patienten zu wecken und ihn aktiv am Verlauf der Sitzung und des Programms zu beteiligen. Hier ist also weder ein Vorgehen nach dem immer gleichen „Schema F“ noch ein einseitiges Monologisieren des Zahnarztes gefragt, sondern das Initiieren eines wirklichen Zwiegespräches mit dem Patienten.

Grundvoraussetzung für eine gute Beurteilung auf dieser Skala (Skalenwerte 1 und 2) ist ein optimales Behandlungsetting, bei dem der Zahnarzt dem Patienten schräg gegenüber sitzt und ihm die Materialien etc. so darbietet, daß er bequem sitzen kann und sich nicht zu verrenken braucht. Des weiteren ist die Bezugnahme auf die individuelle Situation des Patienten (auf seine Ausgangslage, seine Fortschritte, seine Schwierigkeiten) erwünscht. Insgesamt sollte der Arzt sich überzeugend interessiert und engagiert zeigen und den Patienten zur aktiven Mitarbeit an der Sitzung bzw. an dem Präventionsprogramm ermutigen (vgl. auch die Skalendarstellung auf S. 80ff).

Tabelle 13: Skala E Einbindung des Patienten Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	2.7	2.1	3.0	1.3	2.4	2.4	2.3
II	3.2	3.4	4.0	3.2	2.9	3.0	3.3
III	3.3	3.4	3.7	2.4	2.4	2.6	3.0
IV	3.2	2.1	4.2	1.9	2.3	2.6	2.7
Durchschnitt	3.1	2.75	3.7	2.2	2.5	2.65	2.8
Signifikanz	s.s.	s.s.	s.s.	s.s.	s.s.	s.s.	

Die vielen signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Beurteiler (s. letzte Zeile in Tab. 13) deuten an, daß es auf dieser Skala besonders schwierig war, zu einer gleichlautenden Meinung zu kommen. Ein Zahnarzt unter den Beurteilern (II) war besonders kritisch (Skalenwert 3.3), der andere (I) urteilte recht milde (Skalenwert 2.3), während die beiden psychologischen Urteiler die Mittelplätze einnehmen (Skalenwerte 2.7 und 3.0). Dies liegt sicherlich an der recht komplexen Skala, bei der eine ganze Reihe unterschiedlicher Merkmale mit in das Urteil einfließen mußten.

Dennoch lassen sich aus den recht unterschiedlichen Durchschnittswerten für die einzelnen Zahnärzte (s. vorletzte Zeile) einige interessante Aussagen ableiten. Die Tatsache, daß keiner der Zahnärzte einen Durchschnittswert zwischen 1 und 2 erreicht hat, deutet darauf hin, daß in dem einen oder anderen Merkmal dieser Skala alle Zahnärzte (und ihre Helferinnen) sich noch verbessern können.

In der Tat war z. B. das Setting für ein prophylaktisches Gespräch bei allen beobachteten Zahnärzten der Studie nicht optimal gewesen. Kein Zahnarzt hatte oder zumindest benutzte einen eigenen Prophylaxeraum, der entsprechend zweckmäßig ausgestattet war. Viele Zahnärzte ließen die Patienten auch während längerer Gesprächsphasen (einer sogar während einer Demonstration von Zahnseide) in liegender Position (!) auf dem Behandlungsstuhl. Dabei unterließen es die Zahnärzte 1–3, wenigstens mit ihrem Hocker weiter ins Gesichtsfeld des Patienten zu rücken.

In diesen Zusammenhang gehört wohl auch, daß in einigen Praxen die Schau- bzw. Demonstrationstafeln und die Röntgenwände im Rücken der Patienten angebracht waren.

Auch gingen die Zahnärzte nicht ausreichend auf die individuelle Situation bzw. die ganz konkrete Ausgangslage der Patienten ein. Man ging wohl davon aus, daß die Patienten noch nichts über die Mundpflege wußten. Bis auf

Zahnarzt 4 bzw. seine Helferin und zum Teil Zahnarzt 5 wurde nicht ermittelt, welche Zahnpflegemittel in welcher Häufigkeit die Patienten bisher benutzten. Falls bereits im Vorfeld Prophylaxesitzungen stattgefunden hatten, erkundigten sich die behandelnden Zahnärzte nicht nach den Fortschritten oder Fehlschlägen. Schriftliche Verhaltensaufzeichnungen — wie sie häufig bei Verhaltensänderungsprogrammen benutzt werden — und wie sie auch für zahnmedizinische Prophylaxeprogramme vorgeschlagen wurden, spielten in keinem der vorliegenden Fälle eine Rolle.

Am Gespräch mit dem Patienten zeigten die beteiligten Zahnärzte zu wenig Interesse. Es schien fast so, als bildeten sie sich ihr Urteil über die häuslichen Mundpflegegewohnheiten der Patienten lieber durch die Inspektion der vorhandenen Plaquemengen und deren Verteilung (wobei sie diese Informationen aber wiederum dem Patienten nicht bekannt gaben). Ausschließlich Zahnarzt 4 und seine ZMF realisierten wirkliche Zwiegespräche mit ihren Patienten.

Was ein Gesamtdurchschnittsskalenwert um Stufe 3 herum bedeutet, sei noch einmal dargestellt an der Skalenbeschreibung für Stufe 3 (s. S. 82): „Der Zahnarzt beteiligt den Patienten nicht aktiv am Verlauf der Sitzung. Er verhält sich indifferent: Er läßt die Beteiligung des Patienten zu, aber er interessiert sich nicht sonderlich dafür, bzw. es scheint ihm gleichgültig zu sein. Eigenaktivitäten des Patienten werden weder er- noch entmutigt.“

Mit der Stufe 3 würde nicht das Ausmaß an persönlichem Engagement des Zahnarztes erreicht werden, welches seitens der internationalen Präventivzahnmedizin für den entscheidenden Punkt einer wirksamen Mundgesundheitsberatung gehalten wird.

Bis auf die Ausnahme (Zahnarzt 4 und seine Helferin) vermittelten die an der Untersuchung beteiligten Zahnärzte den Eindruck, als ob ein z. T. vorgefertigtes Prophylaxekonzept zügig und möglichst ohne Unterbrechung (seitens des Patienten) durchgearbeitet werden sollte. Dabei war das Verhalten insbesondere der Zahnärzte 1–3 stark durch Monologe und Standardinformationen gekennzeichnet, die die individuelle Situation des Patienten zu wenig berücksichtigten. Häufig blieben die Befunderhebung, die Behandlungsplanung und die vorgesehenen Prophylaxe- bzw. Behandlungsmaßnahmen ohne Erläuterung. Selbst die ansonsten eher geschickteren Zahnärzte 4 und 5 verhinderten de facto teilweise die Selbstbeteiligung des Patienten, indem sie Antworten und Reaktionen ihrer Patienten bereits vorausnahmen und selbst beantworteten, z. B. durch Standardformulierungen wie: „Das haben Sie ja verstanden“, „da haben Sie sicher keine Fragen mehr“. Die manchmal notwendige Suggestion wird hier an der falschen Stelle angewandt.

Sehr wichtig erscheint auch, daß die Patienten häufig nicht die Gelegenheit erhielten, die gegebenen Informationen in praktisches Handeln umzusetzen (Ausprobieren von Zahnbürstetechniken, Benutzung von Zahnseide oder von

Zahnzwischenraumbürsten). Falls doch, so erhielten die Patienten oft zu wenig Rückmeldungen, die sie zu einem vertieften Verständnis und zu kontinuierlicher Mitarbeit hätten veranlassen können.

In keinem Fall wurde das Instrument systematischer Aufzeichnungen des Mundpflegeverhaltens oder des Ernährungsverhaltens des Patienten eingesetzt. Dies wären aber Maßnahmen, die in einem präventiven System, das sich überwiegend auf individuell vermittelte Bewußtseins- und Verhaltensänderungen stützt (im Gegensatz zur Trinkwasserfluoridierung beispielsweise), aufgrund von Erfahrungen in anderen präventivmedizinischen Bereichen für unverzichtbar gehalten werden.

6.2.6 Skala F: Verstärkung

Bei dieser Skala kommt es darauf an, die Äußerungen und Aktivitäten des Patienten hinsichtlich seines Zahnpflegeverhaltens wahrzunehmen und sie durch bewußtes, positives Eingehen darauf zu belohnen bzw. positiv zu „verstärken“. Die eingesetzten Verstärker sollen im optimalen Fall nicht allgemein gehalten, sondern patientenspezifisch sein (z. B. eine gezielte, wohlmeinende Rückmeldung über einen Fortschritt bei der häuslichen Plaquekontrolle). Bei der Beschreibung der Skala auf S. 83 wurde unter Stufe 1 vermerkt: „Der Zahnarzt erkennt Ansätze zu präventivem Handeln beim Patienten und stabilisiert bzw. fördert solche Verhaltensweisen, Einstellungen oder Äußerungen durch soziale und/oder materielle Verstärker. Als soziale Verstärker werden alle Verhaltensweisen aufgefaßt, die dem Patienten das Gefühl geben, wichtig zu sein und akzeptiert und geschätzt zu werden.“ Dazu gehören beispielsweise Verhaltensäußerungen wie Loben, Lächeln, verbale wie nonverbale Aufmerksamkeitsreaktionen, oder auch wertschätzende, positive Formulierungen wie „Ich freue mich sehr, daß Sie Ihre Zahnputztechnik seit dem letzten Mal so gut verbessert haben. Selbst in den hinteren Zahnzwischenräumen kann ich keine Plaquereste mehr feststellen.“

Zur Verstärkung des gewünschten Verhaltens gehört weiterhin, (noch) nicht gelungene Verhaltensänderungen nicht zu kritisieren, sondern sich nach den Ursachen hierfür zu erkundigen und Erleichterungen (Zwischenschritte) mit dem Patienten gemeinsam auszuarbeiten.

Auf dieser Skala schnitten die Untersuchungszahnärzte allesamt im mittleren Skalenteil (Skalenstufen 2.4 bis 3.4) ab. 4 Zahnärzte haben überwiegend etwas günstigere Werte als 3.0, 2 Zahnärzte ausschließlich schlechtere Werte als 3.0 erreicht (vgl. Tab. 14).

Ein solcher Durchschnittswert bedeutet, daß sich der Zahnarzt den vorbeugenden Bemühungen seiner Patienten gegenüber mehr oder weniger neutral und somit kaum verhaltensverstärkend verhält. Zwar werden mangelnde

Tabelle 14: Skala F Verstärkung Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	3.2	2.2	3.1	1.3	2.9	2.7	2.6
II	3.1	3.0	3.0	3.0	2.8	2.0	2.8
III	3.1	3.0	3.9	2.9	2.7	3.0	3.1
IV	3.2	2.5	3.4	2.3	2.6	2.7	2.8
Durchschnitt	3.15	2.7	3.35	2.4	2.75	2.6	2.8
Signifikanz	–	–	s.s.	s.s.	–	s.s.	

Fortschritte meist nicht kritisiert, aber die (häufig durchaus vorhandenen) positiven Ansätze der Patienten werden eben nicht aktiv aufgegriffen und gefördert. Somit fehlen dem Patienten oft die für jede Verhaltensänderung notwendigen Ermutigungen und die Unterstützung der von ihm anerkannten Fachkompetenz.

Ein außerordentlich gutes Beispiel für den gelungenen Verstärkereinsatz wurde bereits im Abschnitt 6.2.1 als Beispiel für eine ebenfalls gute Gliederung angeführt (s. S. 109). Hier war es dem Zahnarzt gelungen, einen für sich genommen negativen Sachverhalt (unzureichende Mundpflege) für den Patienten so darzustellen, als sei es ein großes Lob für den Patienten. Dadurch, daß der Zahnarzt sich auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten des Patienten konzentrierte und diese hervorhob, anstatt die noch vorhandenen Unzulänglichkeiten zu kritisieren, gelang ihm diese hervorragende Motivierung des Patienten durch richtigen Verstärkereinsatz.

Ein weiteres Beispiel für guten Verstärkereinsatz sind die vorgetragenen Rückmeldungen des folgenden Zahnarztes während einer Recall-Sitzung mit einem Patienten.

Textpassage 6/9/1:

Der Zahnarzt fragt nach dem behaltene(n) Wissen aus der letzten Prophylaxe-Sitzung. Der Patient nuschelt etwas über das systematische Zähneputzen.

ZA: „Das ist ja perfekt. Wenn das doch alle noch so wüßten! Wissen Sie denn auch noch, welches der Grund für das sorgfältige Zähneputzen ist?“

Pt: (nuschelt wieder etwas; auf dem Videoband nicht verstehbar)

ZA: „Ja, Sie wissen ja noch das Wesentlichste: die Beläge müssen weg!“

Pt: „Die müssen weg.“

ZA: „Und der Grund ist ganz einfach: weil die Beläge die Ursache für die Löcher in den Zähnen und für die Parodontose sind. Wenn Sie die gründlich genug entfernen können, sind Sie aus dem Schneider. — So. Jetzt gucken wir mal, ob wir noch Beläge finden oder ob wir noch etwas verbessern können.“

(ZA sucht nach Belägen.)

ZA: „Ja, das ist sehr schön gereinigt. Am Weisheitszahn ist noch etwas, das zeige ich Ihnen hier mal (zeigt es dem Patienten im Handspiegel), aber sonst ist alles sehr schön; da ist de

facto nichts zu finden. Ich gratuliere Ihnen, für heute brauchen wir nichts weiter zu lehren. Wenn Sie diese Art der Pflege beibehalten können, muß das so gut gehen. Sehr schön."

6.2.7 Skala G: Umgang mit Problemsituationen

Diese Skala wurde konstruiert, um die zahnärztlichen Reaktionen auf Problemsituationen zu erfassen. Solche Problemsituationen sind sicherlich häufig bei gravierenden zahnärztlichen Behandlungen, die dem Patienten unbekannt sind und ihm bedrohlich erscheinen. Auch sehr ängstliche oder verärgerte Patienten stellen den Zahnarzt häufig vor Probleme.

Im Rahmen von prophylaktischen Sitzungen sind problematische Situationen in größerem Umfang oder mit „dramatischem“ Zuschnitt jedoch eher selten. Deshalb sind hier mehr die kleineren, die feineren problematischen Situationen gemeint, wie zum Beispiel, wenn ein Patient auf einen Vorschlag des Zahnarztes mit „Ja, aber ...“ reagiert, d. h. wenn er innerlich nicht bereit ist, den Vorschlag wirklich anzunehmen.

Da diese kleinen kommunikativen Stolpersteine aber von psychologisch nicht systematisch ausgebildeten Zahnärzten nur recht schwer zu erkennen sind, wurden insgesamt nur wenige Sequenzen auf den Videofilmen herausgesucht, in denen eine solche Situation einigermaßen deutlich erkennbar vorkam. Nur diese Sequenzen wurden auch mit dieser Skala geratet, aber nicht statistisch ausgewertet. Einige qualitative Aussagen, die aus den Beurteilungen gezogen werden können, sollen nachfolgend erläutert werden.

Skala G	Ratings			
Video 1	5	3	4	4
	3	3	4	4
	4	4	-	4,5
Video 2	3,5	3,5	4	3,5
Video 3	3	4	4	4
Video 4	2	3,5	4	4
	2	2,5	4	4
	2	2,5	4	4
	2	3,5	4	4
	3	3,5	4	4
Video 6	3	3	3	3
	3	4	3	4
	3	4	3	4
Durchschnitt	3,0	3,4	3,75	4,0
Beurteiler	I	II	III	IV

Insgesamt wurden 13 Sequenzen hinsichtlich dieser Skala beurteilt (vgl. Tab. 15). Die beiden zahnärztlichen Rater nutzten den Skalierungsbereich von 2 bis 5 bzw. von 2.5 bis 4.5 (Durchschnittswerte 3.0 und 3.4); die beiden psychologischen Rater kamen in 10 von 13 Fällen zu übereinstimmenden Urteilen, die überwiegend Skalenstufe 4 betrafen (Durchschnittswerte 3.75 und 4.0). Das bedeutet, daß auf emotionale Widerstände oder negative Einstellungen gegen die vorgesehenen prophylaktischen Maßnahmen überwiegend nicht oder nicht adäquat eingegangen wird.

Als Beispiel sei wieder eine Textpassage aus den Videoaufnahmen zitiert.

Textpassage 6/6/1:

Der Zahnarzt bespricht mit der Patientin den Behandlungsplan für eine Parodontaloperation.

Pt: „Machen Sie denn jedesmal einen Zahn bei der Behandlung?“

ZA: „Nee, nee, das machen wir alles auf einmal.“

Pt: „Ach, es wird wohl nicht so schlimm sein. Das ist nur die Angst bei mir.“

ZA: „Also, Taschen und Zahnlockerung, das haben wir ja beides bei Ihnen. Das müssen wir beseitigen...“

(ZA fährt in der OP-Besprechung fort).

Der Zahnarzt geht auf den emotionalen Gehalt der beiden Patientenäußerungen nicht ein. Er scheint dies gar nicht wahrzunehmen. Hier werden Anzeichen von Schwierigkeiten oder Ablehnungen vom Zahnarzt nicht aufgenommen und dementsprechend im Gespräch mit dem Patienten nicht bearbeitet. Wie drastisch es sich auswirken kann, wenn der Zahnarzt Signale der Angst oder des Widerstandes des Patienten überhört bzw. bewußt oder unbewußt nicht wahrnimmt, wird in einem vollständig dokumentierten Fallbeispiel im Kap. 6.4 (Interaktion 1/9/1) gezeigt werden.

Die optimalen Eingangsweisen, wie sie bei der Skalenentwicklung (s. S. 85) unter Stufe 1 beschrieben wurden, nämlich das „Verbalisieren“ der von Patienten verbal oder nonverbal ausgedrückten Widerstände (Besorgnis, Mißtrauen, Angst, Unentschlossenheit, Verwirrung) und das Zeigen von non- oder paraverbalen Zuwendungssignalen, wurden in keinem Fall gezeigt.

Wenn der Patient jedoch mit seiner evtl. abweichenden Meinung, mit seinen persönlichen, alltäglichen Erfahrungen und mit seinen Zweifeln beim Zahnarzt kein ausreichendes Gehör findet, fehlt eine der wichtigsten Voraussetzungen für den gemeinsamen Prophylaxeerfolg: die vertrauensvolle und angstfreie partnerschaftliche Zahnarzt-Patient-Beziehung (vgl. auch Kap. 3 und Kap. 4).

6.2.8 Skala H: Beteiligung des Patienten

Mit dieser Skala sollte beurteilt werden, inwieweit sich der Patient aktiv am Verlauf der Prophylaxe-Sitzung beteiligt, inwieweit er zur Mitarbeit bereit scheint. Dabei ist es sicherlich sehr schwer zu unterscheiden, welche der

Mitarbeitsanteile des Patienten auf diesen selbst zurückzuführen sind und welche durch die auffordernde und ermutigende Ansprache des Zahnarztes. Die Beurteiler waren gehalten, insbesondere den 1. Teil dieses Komplexes zu skalieren.

Die Tabelle 16 mit den Gesamtwerten zeigt ein klares Ergebnis. Die Übereinstimmung der Rangfolge der Aktivität der Patienten ist tatsächlich weitgehend so, wie sie aufgrund der bisherigen Ergebnisse der Übersichtstabellen erwartet wurde: Die aktiveren Zahnärzte (4–6) haben auch die aktiveren Patienten, und die Zahnärzte, die schon hinsichtlich der bisherigen Beurteilungen weniger erfolgreich waren (1–3), haben die Patienten, deren Interesse an den prophylaktischen Informationen und Übungen nicht so deutlich wird. (Ausnahme: ZA 2; diese Ausnahme läßt sich allerdings aus der Kenntnis der Rohwerte erklären. Von den beurteilten 5 Patienten ist ausgerechnet der besonders aktiv, der über 3 Sequenzen beurteilt wurde und so das Gesamtergebnis ins Positive verschob).

Somit kann zweierlei vermutet werden: Kommunikationsaktive Zahnärzte, die ein höheres Maß an den genannten kognitiven und sozial-emotionalen Fähigkeiten zeigen, haben einerseits Patienten, die selbst auch kommunikationsbereit sind und im erwünschten Sinne an den Unterweisungen partizipieren, andererseits fördern sie sicherlich durch ihre Art der Zuwendung das motivierte Verhalten ihrer Patienten während der Sitzungen. Genauso gilt das Umgekehrte.

Aufgrund der vorliegenden Daten läßt sich aber nicht entscheiden, ob sich in Praxen mit prophylaxeorientierten Zahnärzten mit der Zeit stärker prophylaxe-

Tabelle 16: Skala H Beteiligung des Patienten Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen sowie die Anteile der eher „passiven“ Patienten							
Video	1	2	3	4	5	6	Durchschnitt
Beurteiler:							
I	2.7	2.0	2.9	1.5	2.4	2.7	2.3
II	3.3	3.0	2.7	2.7	2.7	3.0	2.9
III	2.8	2.4	3.1	2.5	2.6	2.5	2.65
IV	3.0	2.6	3.3	1.7	2.5	2.6	2.6
Durchschnitt	2.95	2.5	3.0	2.1	2.55	2.7	2.6
Signifikanz	s.s.	–	–	s.s.	–	s.s.	
Anzahl unmotivierter Patienten zur Gesamtpatientenzahl	3 von 12	3 von 5	2 von 5	1 von 6	2 von 10	4 von 10	15 von 48
Umrechnung in %	25	60	40	17	20	40	34

laxeorientierte Patienten einfinden (was wahrscheinlich ist), oder ob diese präventionsausgerichteten Zahnärzte ihre Patienten zu einer stabilen Mitarbeit gewinnen können (was ebenfalls wahrscheinlich ist).

Interessant ist bei der Analyse der Rohwerte der Skala H ebenfalls, daß sich unter den insgesamt 48 erfaßten Patienten 15 befanden, die im Durchschnitt von allen 4 Beurteilern einen Wert zwischen 3.0 und 4.0 bekamen, sich also als relativ unbeteiligte und unmotivierte Patienten zeigten. Die Aufteilung dieser Patienten auf die einzelnen Zahnärzte ist den letzten beiden Zeilen der Tab. 16 zu entnehmen.

Auch diese Zahlen bestätigen die insgesamt motivierteren Patienten in den Zahnarztpraxen 4 und 5. Hiernach wäre mit einem durchschnittlichen Anteil von einem Drittel (34%) schwer motivierbarer Patienten zu rechnen. Diese Daten dürfen aber nicht überinterpretiert werden, da nicht bekannt ist, nach welchen Kriterien die Patienten für die Videoaufnahmen ausgewählt wurden. Insofern können diese Daten nur für diese Studie interessant sein, aber nichts über die allgemeinen Verhältnisse von zur Prophylaxe motivierten, motivierbaren und nicht motivierbaren Patienten aussagen.

6.2.9 Zusammenfassung der Skalenauswertung

Mit den Skalen A–D wurden die Verständlichkeitskriterien für die verwendete Sprache erfaßt. Wird eine Einstellungs- und Verhaltensänderung beim Patienten durch Beratung angestrebt, so ist deren wichtigstes Medium die Sprache auf dem Hintergrund der Arzt-Patient-Beziehung. In der Zahnmedizin werden in diesem Zusammenhang häufig Begriffe wie „informieren und motivieren“ bzw. „Instruktion und Motivation“ verwendet.

Die Ergebnisse dieser Skalen zur Erfassung der kognitiven Anteile des Interaktionsgeschehens zeigen, daß die Sprache teils (Zahnärzte 4, 5, 6) gut eingesetzt wird, teils (Zahnärzte 1, 2, 3) aber noch zu verbessern ist. Überwiegend recht gut gelungen war die Einfachheit des Satzbaues und die Verwendung verständlicher Begriffe; ebenso die Prägnanz des Ausdruckes und der Einsatz von erläuternden/motivierenden Medien und anschaulichen didaktischen Hilfsmitteln bei der Beratung. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Beiträge ausreichend gut gegliedert und strukturiert werden. Der Aufbau der Informationen entspricht nicht den kommunikationspsychologischen Anforderungen für eine optimale Wissensvermittlung.

Bezogen auf die aufgewendete Beratungsdauer der einzelnen Prophylaxesitzungen zeigte sich, daß durchschnittlich 17 Minuten aufgewendet werden. Die Zahnärzte (4–6), die ca. 20–30 Minuten pro Patient dafür aufwandten, wurden hinsichtlich der Strukturierung und der Prägnanz ihrer Beiträge deutlich besser beurteilt als diejenigen Zahnärzte mit den kürzeren Beratungszeiten (Zahnärzte 1–3: 7–14 Minuten).

Kritischer ist das Ergebnis bei der Beurteilung der Skalen E – G für den sozial-emotionalen Interaktionsbereich zu betrachten. Sowohl bei der Einbindung des Patienten in die Sitzung (Skala E) als auch bei der Verstärkung der bereits gezeigten Prophylaxe-Leistungen des Patienten blieben die beobachteten Zahnärzte und ihre Helferinnen im mittleren Skalenbereich. Auch bei der Wahrnehmung und dem psychologisch richtigen Eingehen auf Widerstände gegen die Erläuterungen oder Empfehlungen bzw. auf Behandlungssängste zeigten die Untersuchungszahnärzte zum Teil deutliche Schwächen. Hier schlägt sich die fehlende Ausbildung in Grundlagen der Psychologie nieder. Bei der Planung der Ziele zur Verhaltensänderung werden Fehler gemacht. Insbesondere fehlte die Anamnese und Analyse des bisherigen individuellen Pflegeverhaltens: Oft fehlte nach den Erläuterungen über Erkrankungsätiologie und/oder Pflegesystematik und -technik die Demonstration am Modell und im Munde. Ohne angeleitete Übung sind aber weder eine korrekte Zahnputzmethode noch die Benutzung von Zahnseide zu lernen. Entfällt dieser Demonstrations- und Übungsteil, entfallen auch viele Möglichkeiten, den Patienten für seine „geschickte“ Handhabung zu loben. Durch solche intensive beratende Zusammenarbeit bildet sich fast von selbst ein gutes Zahnarzt-Patient-Verhältnis heraus. Dies wird auch gefördert, wenn auf Fragen oder Widerstände eingegangen wird, besonders, wenn der emotionale Anteil, der Beziehungsanteil der Botschaft, herausgehört wird.

Das Zwiegespräch zwischen Zahnarzt bzw. Helferin und Patient kommt zu kurz. Es scheint, daß man sich lieber auf den vorgefundenen Oral-Befund verlassen möchte als auf die Angaben von Patienten. Das mag vielfach berechtigt sein, bezieht aber den Patienten bei **seiner ureigensten Aufgabe**, sich den Mund genauso sauber zu halten wie andere Körperteile, nicht genügend ein. Die Aufgabe des Zahnarztes bei der Individualprävention bedeutet nicht, einen „Monolog“ über orale Erkrankungen und deren Verhütung zu halten, sondern sie besteht in **dem individuellen Eingehen auf die speziellen Probleme des Patienten**. Dazu ist die gleichzeitige Beachtung sowohl der kognitiven Beratungsanteile als auch der sozial-emotionalen Beziehungsbildung von außerordentlicher Wichtigkeit.

6.3 Auswertung der Patienten-Gesamtbeurteilungen

Jeder Beurteiler dieser Untersuchung sollte nach Abschluß der Bewertungen auf den einzelnen Skalen (s. Kap. 6.2) für jeden Patienten einen Beurteilungsbogen ausfüllen (vgl. Kap. 5.3.7).

Darin sollte er seine Gesamteinschätzung festhalten,

- ob der Zahnarzt die Ausgangslage des Patienten genau genug erfaßt hat (Fragen 1 und 2),
- ob er die notwendigen Informationen patientenbezogen und effektiv dargeboten hat (Frage 3),

- ob ein Fähigkeitstraining (Demonstration am Modell und/oder im Mund; Einüben des zu erwerbenden Verhaltens mit Korrekturen) stattgefunden hat und für wie effektiv dies gehalten wird (Frage 4),
- wie das Zahnarzt- (bzw. Helferin-)Patient-Verhältnis (das „soziale Klima“) beurteilt wird (Frage 5),
- und ob — alles in allem gesehen — der Patient durch diese Interventionen wohl veranlaßt wird, sein tägliches Mundpflegeverhalten tatsächlich zu verändern.

6.3.1 Beurteilung des verhaltensanamnestischen Vorgehens

Die ersten beiden Fragen des Patienten-Beurteilungsbogens betrafen das verhaltensanamnestische Vorgehen des Zahnarztes. Daß eine orale Untersuchung als Grundbaustein aller präventiven Überlegungen in jedem Fall durchgeführt wird, wurde vorausgesetzt, auch wenn es nicht in den Filmausschnitten beobachtbar war. Bei der Verhaltensdiagnose kam es zum einen darauf an, ob der Zahnarzt erkannt hatte, worin das Problem des Patienten genau besteht, also warum der Patient bislang keine optimale Mundpflege ausführte. Nach der Einteilung von *Weinstein, Getz und Milgrom* (1989) wurde unterschieden zwischen einem Fähigkeitsdefizit und einem Durchführungsdefizit.

Die Beobachtungen zeigen, daß diese Abklärung häufig zu kurz kommt. Nur ein Zahnarzt bzw. seine Helferin (4) gingen praktisch bei jedem betreuten Patienten in dieser Hinsicht sehr detailliert vor. Zwei weitere Zahnärzte analysierten vorliegende Verhaltensdefizite nur fragmentarisch, und drei Zahnärzte schienen kein ausreichend klares Bild darüber zu haben, ob den Patienten Kenntnisse fehlen, manuelle Zahnpflegefertigkeiten fehlen oder ob sie einfach nur nicht motiviert genug sind, um regelmäßig ihre Mundpflege gründlich zu betreiben. Das Problem ist, wie Zahnärzte ohne diese Kenntnisse, die prinzipiell nur durch Befragen des Patienten erarbeitet werden können, entscheiden können, wie die prophylaktische Sitzung im einzelnen konkret zu gestalten ist. Ohne die kombinierte Erhebung eines oralen Status (einschließlich von Plaque- und Parodontalindices) und einer Erhebung der konkreten verhaltensanamnestischen Daten zu den bisherigen Pflegegewohnheiten läßt sich nicht umfassend beurteilen, welchen prophylaktischen Bedarf der einzelne Patient in concreto hat.

Kaum ein erwachsener Patient weiß nichts über die Mundpflege und tut absolut nichts dafür. In der 2. Frage des Beurteilungsbogens wurde danach gefragt, ob der Zahnarzt sich einen Eindruck über die bisherige häusliche Mundpflege seines Patienten beschafft hatte. Zu dieser Erhebung der Ausgangslage gehört, sich darüber zu informieren, was der Patient tut, wie er es macht, wann er es macht und ob er es gründlich und ausdauernd genug macht bzw. was er alles unterläßt.

Auch hierzu wurde beobachtet, daß die diagnostische Datenerhebung der untersuchten Zahnärzte nicht umfassend genug erscheint, um auf der Grundlage dieser Daten individuell auf die einzelnen Patienten eingehen zu können. Konsequenterweise geht hier nur das Praxisteam 4 vor, die Zahnärzte 5 und 2 zeigen einige in die obige Richtung gehende Ansätze, während sich die Zahnärzte 1, 3 und 6 offensichtlich keinen detaillierten Eindruck von den häuslichen Pflegehandlungen der Patienten verschafft haben. Sie instruieren und motivieren ohne erkennbaren Individualbezug, ohne einen sondernden Zuschnitt auf die konkrete Ausgangssituation der Patienten. Wahrscheinlich gehen sie davon aus, daß allen Patienten das gleiche fehle. Statt eines echten Gespräches mit dem Patienten kommt es häufig zu einem Monolog des Zahnarztes, wobei versucht wird, allen Patienten stets das gleiche zu erklären, z. B. die Ätiologie der Karies und/oder der Parodontitis oder wie eine geeignete Zahnbürste auszusehen hat.

Ein erläuterndes Beispiel aus der Praxis von Zahnarzt 1: Eine seiner Patientinnen betreibt eine sehr gute Zahnpflege. Da der Zahnarzt sich aber für heute die Patientenaufklärung vorgenommen hat, erklärt er ihr einfach, was andere Patienten bei der Mundpflege häufig falsch machen (ZA 1/Patientin 9). Er geht also von seinem Bedürfnis aus, nicht von dem der Patientin.

Wenn zu wenig herausgearbeitet wird, welches Problem bzw. Pflegedefizit der Patient eigentlich hat, ist es unwahrscheinlich, anzunehmen, daß die Patienten individuell beraten werden können. Der Sinn der Individualberatung wird dadurch verfehlt.

6.3.2 Beurteilung der Wissensvermittlung

In der dritten Frage des Patienten-Beurteilungsbogens wurde gefragt, ob die Wissensvermittlung des Zahnarztes/der Helferin patientenbezogen war und als effektiv eingeschätzt wurde. Welches die Kriterien für eine wirksame Informationsvermittlung sind, wurde schon in Kap. 5 beschrieben. Ob die Informationen anhand einzelner Skalen zur Verständlichkeitsmessung hinreichend von den beteiligten Zahnärzten dargeboten wurden, wurde in den Abschnitten 6.2.1 – 6.2.4 beschrieben. Hier geht es mehr darum, einzuschätzen, ob die Wissensvermittlung so dargeboten wurde, daß der einzelne Patient sich persönlich angesprochen fühlt und damit etwas anfangen kann, d. h. auf seinem individuellen Niveau beginnend dazulernen kann. Dabei sind aber nicht nur vermehrte Einzelkenntnisse an sich, sondern insbesondere das Verständnis der Zusammenhänge, also das Warum und Wozu der Mundpflege, entscheidend.

Die gegebenen Einschätzungen zeigen, daß die Beurteiler der Videobänder dies überwiegend eher skeptisch sehen. Eine auf den individuellen Patienten bezogene und dabei wirksame Beeinflussung wird primär beim Praxisteam 4 beobachtet, in einigen Szenen auch beim Zahnarzt 5.

Für einen Zahnarzt kann die Aussage „Ihr Zahnbett ist entzündet“ beispielsweise sehr einfach klingen. Für einen medizinisch nur durchschnittlich gebildeten Patienten kann es aber sehr schwierig sein, dies zu verstehen oder sich davon eine konkrete Vorstellung zu machen. Hier muß der Zahnarzt zunächst sorgfältig zuhören, um herausfinden zu können, was der Patient nicht verstehen kann. Zur Erläuterung wären dann Vergleiche mit anderen, dem Patienten bereits bekannten Entzündungen angebracht oder die Hinzuziehung einer Bildertafel, um den Prozeß der Entzündung anschaulich zu machen. Danach sollte dies dem Patienten mit einem Handspiegel im eigenen Munde gezeigt werden (subjektiver Bezug). Dabei sollte klar unterschieden werden, was zur Zeit ist (Zustand), was war (bereits behandelte Vorerkrankungen), wie es dazu gekommen sein kann (vermutete Ätiologie), was der Zahnarzt jetzt behandlungsmäßig vorhat (Behandlungsplan) und was der Patient selbst dazu tun kann, um weiteren Verschlechterungen oder einem Wiederauftreten vorzubeugen (Selbstvorsorge). Dies alles muß im Dialog mit dem Patienten erarbeitet werden. Wenn der Zahnarzt einfach seine Ansichten über die vermutete Ätiologie dem Patienten vorstellt, könnte er damit auf Ablehnung stoßen und überflüssigen Widerstand provozieren.

Im nachfolgenden Kapitel 6.4 wird an einigen kommentierten Abschriften von Aufklärungsgesprächen weitergehend erläutert, worauf die beobachteten Zahnärzte bereits achten und worin sie sich noch verbessern können.

6.3.3 Beurteilung des Fähigkeitstrainings

Auch die Frage nach der Effektivität des Übungsteils (Fähigkeitstraining) wurde von den Beurteilern insgesamt eher kritisch beurteilt. Die beobachteten Zahnärzte zeigten entweder in den aufgenommenen Filmsequenzen kein praktisches Patiententraining hinsichtlich der Zahnputzfertigkeiten oder der Benutzung von Zahnseide, oder aber ihr Training wurde als nicht wirkungsvoll genug beurteilt, um beim Patienten tatsächlich eine Verbesserung seiner Pflegegewohnheiten zu erreichen.

Grundlage für diese eher kritischen Einschätzungen sind die Kenntnisse der psychologischen Vorgehensweisen zur Erzielung von konkreten Verhaltensänderungen, wie sie in der Klinischen Psychologie beschrieben und für viele unterschiedliche Problembereiche angewendet wurden (vgl. Kap. 3.4).

Bei den im Zusammenhang mit dieser Untersuchung durchgeführten Fähigkeitstrainings fehlte oft — nach der entsprechenden mündlichen Unterrichtung über Zahnbürste, Zahnseide und dem Zweck der Zahn- und Mundpflege — die Demonstration am Modell und vor allem eine ausreichende Übung im Munde des Patienten. Nur sehr selten war eine Mundgesundheitsberatung ausreichend systematisch aufgebaut.

Beispiele für eine mißglückte und zwei geglückte Beratungen werden im anschließenden Kap. 6.4 als kommentierte Niederschrift vorgestellt.

6.3.4 Beurteilung der Zahnarzt-Patient-Beziehung

Einem Zahnarzt bzw. seiner Helferin (4) wird von den Ratern zugesprochen, eine für ein Vorbeugungsprogramm und damit für eine erwartete Verhaltensumstellung des Patienten notwendig gute Betreuer-Patient-Beziehung aufgebaut zu haben. In diesem Fall spielt auch die Helferin eine nicht unwesentliche Rolle, die ihre größere soziale Nähe zu den Patienten häufig geschickt nutzte, um eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung aufzubauen. Dies erreichte sie durch persönliche Anrede und Ansprache, durch das Stellen von Fragen zum bisherigen Putzverhalten und zur häuslichen Putzsituation, durch geduldiges Eingehen auf gelegentliches „Ja, aber“ der Patienten und durch die geschickte, sofortige Verstärkung positiver Ansätze, die die Patienten zeigten. Sie erreichte positive Werte auf fast allen Skalen, sowohl auf der kognitiven Ebene der Informationsvermittlung (Gliederung; Verständlichkeit) als auch auf der sozial-emotionalen Ebene (Einbindung und Verstärkung des Patienten). In dieser Praxis gelingt es, daß sich Zahnarzt und Helferin wirklich **als Team darstellen**, deren gemeinsames Ziel es ist, den Patienten zur Erhaltung seiner Zahn- und Mundgesundheit zu veranlassen.

Bei den anderen beobachteten Zahnärzten sind in diesem Zusammenhang kritische Punkte zu vermerken. Es scheint, als würde es ihnen schwerfallen, sich von der Behandlungssituation auf die prophylaktische Situation umzustellen. Sie neigen dazu, die prophylaktische Diagnostik und Beratung sowohl zeitlich als auch inhaltlich zu stark aus ihrer Warte vorzuprägen. Dementsprechend formulieren sie das meiste selbst. Das Führungsmuster des Arztes ist zu stark auf eine passive Befolgungserwartung an den Patienten ausgerichtet. Der Patient kommt dadurch zu wenig zu Wort und kann vor allem seine Anliegen zu wenig selbst darstellen. Somit kommt es nicht zu einem wirklichen Gespräch über die Meinungen, Einstellungen und Bedenken des Patienten.

Wie bereits in Kap. 3 und 4 angedeutet, muß bei einer individualpräventiven Mundgesundheitsberatung die Zahnarzt-Patient-Beziehung besonders partnerschaftlich angelegt sein. Bei der Behandlung oder bei der professionellen Zahnreinigung kann der Zahnarzt bzw. seine zahnmedizinische Fachhelferin die Probleme eine Zeitlang für den Patienten lösen, bei der oralen Selbstvorsorge geht das nicht. Hier liegt das Problem eindeutig beim Patienten, was erst einmal von ihm erkannt werden muß. Dabei kann der Zahnarzt/die ZMF selbstverständlich Hilfe leisten, aber nicht in dem Sinne, es ihm abzunehmen, sondern es bewußt bei ihm zu belassen. Ihm umsichtig zu helfen, zu dieser Selbsteinsicht zu kommen, geht aber nicht autoritär durch Anweisung, sondern nur durch Überzeugung. Der Patient muß überzeugt werden, daß er weitere Probleme mit seinen Zähnen und dem Zahnhalteapparat vermeiden kann, wenn er eine verbesserte Mundpflege betreibt. Und dies täglich mehrmals, lebenslang. Der Patient muß erkennen können, daß es sich für ihn lohnt, diese täglichen Mühen (später Selbstverständlichkeiten wie das Händewaschen oder Kämmen) auf sich zu nehmen. Wieder ist die

Überzeugung des Patienten gefragt. Dabei hilft das Eingehen auf die individuelle Situation des Patienten. Der Zahnarzt muß die persönlichen Hinderungsgründe für eine bessere Zahnpflege erfahren, seien es Unwissenheit, Ungeschicklichkeit, Ungeduld, Faulheit, falsche Einstellung, ein überfülltes Badezimmer oder was auch immer (Verhaltensdiagnostik).

Wenn Zeitmangel oder Müdigkeit vorgeschoben werden, reicht der Hinweis auf 5 Minuten früheres Aufstehen nicht aus. Hier muß der Zahnarzt bzw. seine Helferin mit dem Patienten ins Gespräch kommen, mit ihm die individuellen Probleme/Hindernisse diskutieren und gemeinsam mit ihm nach einer Lösung suchen. Seine Schwierigkeiten erzählt der Patient aber nur, wenn er das Gefühl hat, der Zahnarzt interessiert sich wirklich für seine Gesundheit, und er verurteilt ihn nicht dafür, daß der Pflegezustand seines Gebisses noch nicht ausreichend ist. Diese häufig mit „emphatisches Verstehen“ umschriebene Begegnungsweise ist ausführlich in den Kapiteln über die zahnärztliche Kommunikation und über den Aufbau einer vertrauensvollen Zahnarzt-Patient-Beziehung bei *Ingersoll* (1987) beschrieben.

6.3.5 Beurteilung des Prophylaxeerfolges

Es kann nach den obigen Darstellungen zu den Patienten-Gesamtbeurteilungen nicht verwundern, daß die 4 Beurteiler der Videobänder auch hinsichtlich der Einschätzung des praktischen Prophylaxeerfolges der beobachteten Unterweisungen skeptisch eingestellt sind. Langfristige Veränderungen des Mundpflegeverhaltens oder der „oral self care“, wie es im anglo-amerikanischen Raum ausgedrückt wird, werden nicht vermutet. Individualisierung und Gründlichkeit bei der Verhaltensanamnese, Individualisierung der Wissensvermittlung; ein ausreichendes Fähigkeitstraining zur Einübung angemessener Mundpflegemuster und die partnerschaftliche Orientierung in der Betreuungsinteraktion müssen in großem Ausmaß gegeben sein, um gezielte — also auf die jeweilige psychische und soziale Situation des Patienten bezogene — Anknüpfungspunkte für die notwendigen Verhaltensänderungen zu finden. Die Chance der ärztlichen Einflußnahme auf die Mund- und Zahnpflege des Patienten ist unmittelbar abhängig von dem Ausmaß, mit dem es dem Zahnarzt gelingt, Verständnis, Überzeugungsarbeit und praktische Demonstration auf den einzelnen Patienten abzustimmen.

6.4 Analysen präventiver Zahnarzt-Patient-Gespräche

Um dem Leser eine konkretere Vorstellung von den Inhalten und vom Vorgehen der Untersuchungszahnärzte bei ihren prophylaktischen Aktivitäten zu geben, werden in diesem Abschnitt drei Fallbeispiele, also wörtliche Abschriften der Videomitschnitte, dargelegt.

In der jeweils linken Spalte stehen die sprachlichen Äußerungen von Zahnarzt, Helferin und Patient, gelegentlich auch Erläuterungen zur gerade gegebenen Situation. In der rechten Spalte ist kommentiert worden, was unter kommunikationspsychologischen Gesichtspunkten jeweils auffällt. Ganz rechts wird der Bezug zu den entwickelten Skalen (vgl. Kap. 5.3) verdeutlicht. Die Skalenkürzel A bis H mit den Indices „+“, „—“ oder „0“ sollen die Textstellen kennzeichnen, an denen positive, negative oder neutrale Bewertungen auf den jeweils angegebenen Skalen besonders gut möglich sind.

Selbstverständlich sind nicht beliebige Videoausschnitte transskribiert worden. Es wurden Interaktionen ausgewählt, an denen man bestimmte Fehler und positive Kriteriumspunkte deutlich erkennen kann. Insgesamt stellt die erste Mitschrift zur Mundgesundheitsberatung ein eher negatives Beispiel dar, in dem vieles zu verbessern wäre; die beiden nachfolgenden Mitschriften von der fünften Videokassette stellen eher positive Beratungssituationen dar, bei denen Kleinigkeiten zu optimieren wären.

Im Anschluß an jedes Fallbeispiel wird ein zusammenfassender Gesamtkommentar der vorgestellten Interaktion gegeben.

6.4.1 Interaktion 1/4/1 — negatives Beispiel

Fallbeispiel*

ZA: Ich sage Ihnen heute etwas Wichtiges für diese Zahnfleischerkrankung, überhaupt für die Zähne, da müssen Sie mir heute gut zuhören. Können Sie sich konzentrieren auf mich? Jetzt müssen Sie wirklich gut zuhören, weil das wirklich wichtig ist, was ich Ihnen heute erzähle. Da hängt eine ganze Menge von ab, denn wenn Sie das machen, bzw. wenn Sie daran denken, was das Putzen, ne, Zucker, daß Sie wenig Zucker essen sollen, und Sie die Zähne putzen, da können Sie selber eine ganze Menge für tun, so daß die Zähne nicht krank werden. Und das ist doch schön, denn hierher zu kommen, zum Zahnarzt, davor haben doch alle auch irgendwie Angst. Das geht ja nicht nur Ihnen so. Und ich will Ihnen sagen, was man zu Hause tun kann, damit Sie möglichst wenig behandelt werden, nur zur Kontrolle kommen, aber möglichst wenig schmerzhaft Behandlungen aushalten müssen, so ist das doch ganz schön, nicht? Und vor allen Dingen, dann können Sie die Zähne auch erhalten, man braucht kein Gebiß später. Also, da hätte ich später auch Bedenken vor, vor Prothesen, ist doch nicht so gut.

Pt: Nee.

Zahnarzt beschaut mit Patientin während des Gespräches ein Buch

* Anm.: Aus Gründen der Lesbarkeit wurde diese Abschrift an einigen Stellen geglättet.

Kommentierung

Ansprache, Gliederung und Motivierung der Patientin sind zwar eindringlich, aber etwas zu weitschweifig. Betonung der Konsequenzen und der möglichen persönlichen Gewinne für den Patienten im Prinzip gut, in der Ausführung verbesserbar.

Der Zahnarzt sollte der Patientin signalisieren, daß er bereit ist, über die Ursachen der Angst, falls notwendig, zu sprechen. Das verbessert die Zahnarzt-Patientin-Beziehung sowie das Vertrauen der Patientin zum Zahnarzt und kann die Prophylaxeeffizienz erhöhen.

Die Bemerkung „Das geht ja nicht nur Ihnen so“ verhindert bei ängstlichen Patienten wahrscheinlich das Ansprechen emotionaler Widerstände (s. Skala G und H). Rhetorische Fragen wie „so ist das doch ganz schön, nicht?“ verhindern eher die Eigenbeteiligung als daß sie sie fördern.

A+
E+
C-
FO

ZA: Passen Sie auf, jetzt zeige ich Ihnen mal, was diese Zahnkrankheiten bewirken. Das ist dieser Bakterienbelag. Und zwar besteht der aus Kohlenhydrat, Zucker und Bakterien. Und den kann man anfärben, Sie sehen hier so, Plaque heißt das. Zucker und Bakterien, wenn man sich das im Mikroskop anguckt, sieht man, daß da Bakterien sind. Das ist hier mal so ein Bild, das hier so in groß fotografiert ist. Das sind Bakterien und Zucker. Dieses Bild, das zeigt ja Zucker und zeigt auch, in welchen Lebensmitteln überall Zucker drinnen ist. Das zusammen macht hier diese Zahnplaque aus. Und das ist eben hier zu sehen. Wenn das jetzt ganz dick ist, dann sieht man das sogar. Wenn Sie dieses Gebiß angucken, würden Sie vielleicht denken, das ist ja ganz schön. Aber wenn man dann mal so einen Färbetest macht, dann sieht man doch, daß hier überall das rot angefärbt ist, das heißt also, daß diese Zahnplaque da ist. Und diese Zahnplaque, das bewirkt einmal, daß sich das Zahnfleisch entzündet, Sie sehen das hier in diesem unteren Bild. Das Rote hier, da sieht man schon, daß das geschwollen ist und gerötet ist. Und dann passiert es, daß dieser Zahn ein Loch kriegt, daß er faul wird, daß er kariös wird. Und das geht auch von der Plaque aus. Das ist ja bei Ihnen, nun kriegen Sie mal keinen Schock, zeigen Sie mal, bei Ihnen ist das ja alles noch recht gut, aber ich zeige Ihnen jetzt mal ein Bild, das schocken soll. Sehen Sie, da haben wir mal ein Bild fotografiert. Das Bild hier, das ist ganz schrecklich, sehen Sie das? Da kam ein Patient, der sah so aus! Sie sehen, daß hier alles voller Plaque ist. Und dann ha-

Die Erläuterung der Plaquebildung, -zusammensetzung und -verteilung sowie der Folgen auf die Entstehung von Karies und Parodontopathien anhand eines offenbar selbstgefertigten Fotoalbums oder eines Farbatlasses ist im Prinzip gut, in der Durchführung hier allerdings unzulänglich (zu monologistisch kommentiert). Der Medieneinsatz (D) ist gut, die Gliederung, Verständlichkeit und Prägnanz sind unzureichend. Es fehlt der anamnestiche und verhaltensanalytische Teil, d. h. der Zahnarzt hat nicht festgestellt, welches Defizit (Kenntnisse, Verständnis, Fertigkeiten, Motivation zur Durchführung) vorliegt. Ohne ein umfassendes Bild über die verhaltensmäßige Ausgangslage kann aber kein individuelles Präventionsziel und keine individuelle Intervention begründet geplant werden. Der Zahnarzt könnte hier durch Zwischenfragen feststellen, was der Patientin bereits bewußt ist und damit auch sicherstellen, daß die Patientin die Erläuterungen verstanden hat. Das verhindert auch ein Abschweifen der Aufmerksamkeit.

D+
A—
B—
C—

E—

ben wir das mal weggemacht, da war alles faul unter diesem Zahnbelag. Also so schlimm kann das werden, wenn man da nicht darauf achtet, daß man wirklich jeden Zahnbelag gut herunter bekommt. Und Sie sehen auch vor allen Dingen, wo der sitzt, nämlich der sitzt meistens da, wo so der Zahn übergeht zum Zahnfleisch. Da muß man vor allen Dingen darauf achten. Das sehen Sie auch hier bei dem Patienten, der hat die hier ganz gut geputzt, hier unten und hier oben. An den Schneidekanten, da hat er das wohl ganz gut weggemacht, aber hier, da war er faul. Und das ist auch das Gebiet, wo es nämlich so Zahnfleischentzündungen gibt. Soviel erst mal im Bild.

Und jetzt gucken wir mal in Ihren Mund und sehen mal, wie das in Ihrem Mund aussieht, ob wir auch Plaque finden, oder wir auch Entzündungen finden, ne? Wollen wir uns das mal ansehen?

Zahnarthelferin (ZH) gibt der Patientin einen Spiegel

ZH: Nehmen Sie den Spiegel mal in die Hand, sehen Sie mal mit.

ZA: Tut der Zahn eigentlich noch weh? Die beiden Zähne?

Pt: Vorher, aber dann habe ich es ein bißchen abgeknippelt.

ZA: Sie haben das abgeknippelt?

Pt: Ein bißchen.

ZA: Das sollten Sie aber nicht!

Pt: Ich konnte nicht darauf beißen.

Reihenfolge: Erläuterung mit Atlas, dann Demonstration im Mund und Übertragung des gerade vermittelten Wissens auf die persönlichen Verhältnisse ist gut. A +

Die Einbindung und Ansprache der Patientin ist nicht optimal, da zu wenig Rückkoppelungen (Fragen und Kommentare der Patientin) im Gesprächsaufbau berücksichtigt werden. E -

Der Zahnarzt erinnert sich beim Blick in den Mund an die letzte Behandlung und kommt aus dem Konzept. A -

ZA: Na ja, gut. Also, sehen Sie sich das mal an bei Ihnen, hier vorne mal. Was sehen Sie da? Fällt Ihnen etwas auf?

Gute Einbeziehung der Patientin. E +

Pt: Hm, ja.

ZA: Was denn?

Pt: Das ist das, was wir gerade in dem Buch gesehen haben.

ZA: Ja, es scheint also, das Zahnfleisch, das ist ja eigentlich ausgefüllt zwischen den Zähnen. Da sind eigentlich so Zahnfleischspitzen, nicht? Die sind also da schon mal weg, nicht? Und dann sieht man tiefer, tief unten, daß das voll ist mit Belag. Das ist dieser bakterielle Zahnbelag, den man Zahnplaque nennt. Das ist das Abwischbare, dann sieht man aber noch mehr. Man sieht nämlich hier unten Zahnstein, sehen Sie das auch?

Hier bindet der Zahnarzt die Patientin gut ein. E +

Pt: Ja.

ZA: Das ist also schon fest geworden, nicht? Also, denn das ist dieser bakterielle Zahnbelag, der wird nachträglich fest, und das ist dann dieser, ja, Zahnstein, sagen wir mal, was Sie hier unten sehen. Zahnstein entsteht also nie von selber. Denn wenn Sie Zahnstein haben, dann liegt das daran, daß Sie vorher diesen bakteriellen Belag nicht richtig weggewischt haben, nicht?

Zahnarzt könnte mit weniger Worten und angefangenen Sätzen, Zwischensätzen etc. verständlicher wirken. B -

Also, hier ist auch interessant, was unter dem Zahnfleisch ist. Und da kommen Sie mit der Bürste auch gar nicht mehr richtig hin. Denn Sie können ja nur hier oben putzen. Haben Sie auch ganz gut geputzt, muß ich sagen. Hat man Ihnen schon gezeigt, wie die Putztechnik sein soll? Nee?

Zahnarzt geht unvermittelt von der Demonstration der Zahnbeläge und des Zahnsteins zur Putztechnik über. Eine explizite Überleitung würde der Patientin bei der Orientierung helfen. A -

Pt: Nee.

ZA: Haben Sie selbst schon darauf geachtet, daß Sie jetzt so unten am Zahnfleisch auch putzen?

Pt: Ja.

ZA: Denn ich sagte Ihnen ja, ganz viele, die hierherkommen, die putzen nur hier oben. Manche machen den Mund so zu, die machen den Mund dann so, die putzen dann hier mit der Bürste, aber die kommen dann nie hier unten hin oder auch nie hier oben. Und das ist wichtig, daß Sie die Bürste wirklich so tief ansetzen, daß Sie hier unten auswischen können. Da gibt es auch noch Hilfsmittel, aber da kommen wir später noch zu.

Also, jetzt gucken Sie sich erst mal nur diese Plaquefelder an. Plaque und Zahnstein.

So, das haben Sie jetzt gesehen. Von innen ist das auch. Innen ist meist noch mehr. Jetzt wollen wir mal sehen, wie das weiter hinten aussieht. Zum Beispiel haben Sie ja den Weisheitszahn noch. Da habe ich Ihnen ja einen Zahn gezogen. Ja, und das sagte ich Ihnen doch, das ist ein ganz wichtiger Zahn. Sagte ich das nicht schon, damit man noch einen vernünftigen Zahnersatz viel leichter machen kann. Also, gucken Sie mal hier, wie voll der ist mit Zahnbelag. Dafür, daß das noch ein wichtiger Zahn ist zum Abstützen, dafür haben Sie den aber gar nicht gut gepflegt.

Da der Zahnarzt aber selbst etwas konzeptlos wirkt, folgt hier etwas Putztheorie, weiter unten wieder Belagsdemonstration. Bei einer so unzureichenden Strukturierung rettet die positive Verstärkung („ganz gut geputzt“) auch nicht viel. F+

Weitschweifig: Daß andere auch schlecht putzen, ist uninteressant. C-

Die Patientin zeigt zu wenig Beteiligung. Der Zahnarzt sollte sie z. B. mit Fragen ermutigen, mehr über ihr Zahnpflegeverhalten (Putztechnik, Ursachen für Belag) zu erzählen. Er würde damit auch Informationen für ein individuell genau abgestimmtes Prophylaxeprogramm erhalten.

Die Erklärung reicht nicht aus, es fehlt eine regelrechte Demonstration und die Übung samt Kontrolle.

Hinweis auf Hilfsmittel, die später erst behandelt werden, erscheint überflüssig. A-
C-

Eine andere Formulierung (statt „So, das haben Sie jetzt gesehen“: „Können Sie das sehen?“) gäbe der Patientin die Möglichkeit zur aktiveren Teilnahme an der Sitzung. Der Zahnarzt würde damit auch sein Interesse an einer solchen Beteiligung der Patientin signalisieren. E-

Nun sehen Sie mal, wie ich da den Belag wegmachen kann. Da haben Sie nur von vorne geputzt, und hier hinten an der Zungenseite, da ist er ja ganz schmutzig, hier ganz voll mit Plaquebelag. Und da müssen Sie mehr daran tun, wenn man dann noch irgendwie daran denkt, etwas Festsitzendes zu machen. Ob das überhaupt geht, ist eine andere Sache. Man braucht immer noch einen Zahn, der da hinten steht. Wenn der nicht mehr ist, dann ist ja schon der Weg zur Prothese vorgegeben. Es ist wichtig, auch hier, sehen Sie, der ist auch schon kariös, also, den müssen Sie unheimlich gut pflegen, einmal damit sie nicht wackelig werden, nicht locker werden, keine Parodontose kommt, aber auch, daß Sie die Zähne halten, keine Karies bekommen.

Zur Helferin:

Nun lassen wir das mal aus im Oberkiefer, im Unterkiefer kann man das noch besser zeigen. Den Oberkiefer muß ich sowieso erst überprüfen.

ZA läßt sich von der Helferin das Fotoalbum noch einmal geben

ZA: Ja, das Bild, schärfen Sie es sich noch mal ein. Was Sie jetzt sehen, gucken Sie noch mal in Ihren Mund. Dieses Bild, wo da im Zahnfleisch ein paar Vertiefungen sind, ja? Bei diesen Vertiefungen der Belag. Deshalb noch einmal das Bild im Buch, wo Sie das sehen in einer Querschnittszeichnung.

Der Zahnarzt wird durch eine andere Helferin gestört und beschaut ein Röntgenbild.

Wenn der Zahnarzt eine individuelle Belagsdemonstration im Munde vornimmt, ist dies in der Regel gut und angemessen; die Art und Weise jedoch, wie er sie vornimmt, erscheint sehr unstrukturiert, systemlos und für die Patientin wohl auch teilweise beschämend. Statt Kritik wäre hier ein Erfragen der Ursachen notwendig.

D+
A-
B-
E-
F-

Dieser Appell wirkt hilflos. Die Begründung ist nicht patientengerecht.

Nicht jede Überlegung, die dem Zahnarzt durch den Kopf geht, ist so für den Patienten geeignet. Das „Selbstgespräch“ muß für den Patienten didaktisch gezielt eingesetzt werden, sonst wird er ganz abgeschreckt, er wird resignieren und gar nichts tun. Auch hier wären wieder Fragen nach dem Zahnpflegeverhalten sinnvoll.

Der Medieneinsatz ist eigentlich gut, aber zu wenig aus einem gedanklichen Rahmenkonzept über das Beratungsziel heraus geplant. Eine kurze Erläuterung des Ziels der Vorführung wäre zur besseren Orientierung der Patientin angebracht.

D+
BO

Zur Helferin

Erklären Sie bitte das Bild mal eben.

ZH: Ja, hier, das ist ein gesunder Zahn. Hier ist das Zahnfleisch, das liegt hier ganz dicht am Zahn, hier an der Wurzel an. Und wenn sich jetzt hier dieser Zahnbelag draufsetzt, nicht, dieser Plaquebelag, denn entzündet sich hier das Zahnfleisch an den Spitzen, ja? Es liegt dann nicht mehr so schön dicht dran, und die Bakterien, die können dann auch hier runter in die Zahnfleischtasche. Hier so richtig rein. Und dann entzündet sich das noch mehr, das Zahnfleisch. Es bildet sich dann auch wieder Zahnbelag, der liegt dann ganz fest an dem Zahn dran und ist auch nicht mehr abzuwischen. Der ist dann dran, und die Entzündung geht dann immer weiter runter, das Zahnfleisch geht dann ab. Hier ist es noch schön dicht dran. Und je weiter das dann heruntergeht, desto lockerer wird dann auch der Zahn.

ZA: Ja, das ist das, was hier steht. Sie können sich das auch mal in Ruhe durchlesen. Hier, den grünen Text. Wichtig ist eben auch, daß hier das Stützgewebe des Zahnes mit abgebaut worden ist. Das Zahnfleisch selber hält das nicht mehr. Das Hartgewebe, also der Oberkieferknochen und der Unterkieferknochen, der wird auch mit abgebaut. Das ist dann das eigentliche Zahnbett, das den Zahn hält. Das geht so weit, daß wirklich, wenn man das bei alten Menschen so sieht, die ganz wackelige Zähne haben, die zieht man, der ganze Kieferkamm ist weg, und dann wollen sie totale Prothesen haben. Nur das sieht dann so aus wie dieses Bild hier.

Diese Erläuterung zur Ätiologie der Parodontitis ist im Zusammenhang mit den Bildern des Albums relativ verständlich. B+ D+

Zunächst werden die Erläuterungen gut fortgesetzt (die Ruhe zum Lesen und zum Nachfragen hätte er der Patientin tatsächlich auch zubilligen sollen). B+

So richtig es ist, auf die Folgen mangelnder Zahnpflege deutlich hinzuweisen, so sehr kann hier aber bezweifelt werden, ob die Patientin wirklich versteht, was der Zahnarzt meint.

Der Zahnarzt sollte die Patientin ermutigen nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden hat, und auch hier mit Zwischenfragen klären, ob sie dem Inhalt noch folgen kann. E-

Da ist dann der Mundboden schon höher wie der Kamm, der Kieferkamm überhaupt. Kann man dann auch nichts Vernünftiges mehr drauf bauen, nicht? Wenn der Kieferkamm weg ist, also der Knochen, dann ist das so ziemlich aus, nicht. Darum ist das so wichtig, daß man daran denkt, etwas zu erhalten von dem Knochen, den Zahnhalteapparat, daß man den auch wirklich erhält. Und so sieht das jetzt eben schon bei Ihnen aus, nicht. Das Zahnfleisch. Das Zahnfleisch liegt noch ziemlich hoch, und unter dem Zahnfleisch sitzt dann der feste Belag, und die Entzündung schreitet fort in die Tiefe. Deshalb ist es wichtig, daß man das behandelt, daß der Belag entfernt wird, der auf der Wurzel sitzt, der muß weg. Daß sie so richtig sauber ist. Und das, was jetzt entzündet ist vom Zahnfleisch her, dieses verdickte Entzündungsgewebe, das muß auch beseitigt werden. Ja, erst dann kann man es hinbekommen, daß es sich wieder straff um den Zahn legt, daß man dann auch einen Abschluß wieder bekommt. Wo man putzen kann, wo man das selber auch sauber halten kann. Denn so wie das jetzt ist, das haben wir ja gezeigt, können Sie nicht selbst putzen, ja? Wichtig ist eben, daß Sie es wissen, was Sie selber tun können, denn das wollen wir ja hinkriegen. Sie sollen also nicht sehen, daß das alles so schlimm und furchtbar ist, denn Sie sollen ja selber wissen, was Sie tun können, damit das besser wird. Und dann sagte ich Ihnen ja, da können Sie ja schon mal darauf achten, daß Sie das mit dem Essen hinkriegen, nicht, weniger Zucker essen. Genau überlegen, wann Sie Zucker essen, nämlich nur dann, wenn Sie meinet-

Auch diese Wiederholung und Betonung des Wichtigen ist prinzipiell richtig. Hier aber ist der Abstand zum Verständnis der Patientin schon zu groß geworden und daher wirkungslos.

Auch das Zurückkommen auf den persönlichen Bezug ist richtig, die Frage ist nur, ob die bisherige Aufklärung nicht zu drastisch war. Evtl. hat die Patientin schon lange „auf Durchgang geschaltet“, so daß sie die Erläuterungen zum Behandlungsplan gar nicht mitbekommt. Die geringe Beteiligung der Patientin sollte den Zahnarzt aufmerksam werden lassen.

Dies muß die Auffassungsgabe der Patientin übersteigen. Die Aussagen wirken verwirrend, sind zu diffus für einen Laien. Die Ansprache und Einbindung der Patientin ist hier nur pro forma, nicht wirklich. Die Betonung der Eigenverantwortlichkeit der Patientin ist theoretisch richtig, aber was heißt das hier praktisch, was soll sie denn konkret selber tun?

B—
E—

Völlig unvermittelt springt der Zahnarzt hier zu einem neuen Thema über. In der Handlungsanleitung bleibt er dabei zu vage („... können Sie ja schon einmal darauf achten ...“).

A—

wegen hinterher Gelegenheit haben zu putzen, das hilft also schon ziemlich viel. Denn wenn man den ganzen Tag über so nascht, ja, wenn man gerade Lust darauf hat, daß man das auch ein bißchen kontrolliert macht. Machen Sie das eigentlich? Viel Zucker essen oder Süßes?

Pt: Kaum Zucker!

ZA: Kaum Zucker.

Pt: Überhaupt, Süßigkeiten esse ich überhaupt nicht!

ZA: Essen Sie gar nicht viel?

Pt: Nein!

ZA: Ja, ist ja schon nicht schlecht. Das ist ja schon ganz gut, wenn Sie, wenn Sie ... dann fällt Ihnen das ja nicht schwer, darauf mal zu achten. Denn man denkt oft gar nicht daran, wo überall Zucker drinnen ist. Kuchen essen Sie aber auch nicht, nachmittags, Kuchen überhaupt nicht?

Pt: Niemals.

ZA: Nee? Marzipan auch nicht?

Pt: Nie!

ZA: Oh!

Pt: Überhaupt nicht viel Süßes.

ZA: Ja, also, das ist ja eigentlich — so von mir aus gesehen, als Zahnarzt höre ich das gerne. Ja, dann müssen wir vor allem da ansetzen, daß Sie besser putzen. Dann setzen wir da an.

Der Zahnarzt ahnt wahrscheinlich gar nicht, was er hier fordert, wie schwierig die Umstellung des Eßverhaltens ist. Zudem unterstellt er der Patientin dauerhaftes Naschen. Es hätte zuvor eine Ernährungsanamnese vorgenommen werden müssen.

Der Zahnarzt kann es kaum fassen, daß diese (sichtbar leicht übergewichtige) Frau keine Süßigkeiten zu sich nimmt. Die Chance zur Verstärkung nutzt er nicht. F—

Hier erfolgt der Schwenk zurück zum Zähneputzen. Gleichzeitig Einleitung der Verhaltensanamnese für den Bereich der praktizierten Mund- und Zahnhygiene.

Zur Helferin

Geben Sie mir mal eine Zahnbürste.

Helferin gibt der Patientin eine Zahnbürste und einen Spiegel

Machen Sie das mal so, wie Sie es bisher gemacht haben. Hinten tuts weh, machen Sie mal nur vorne. Also, wir gucken uns das mal an — das geht ziemlich schnell, so hin und her die Bürste. Ja, Sie machen den Mund auf dabei, also ich finde erst mal, ja, okay, das ist also — ich finde, das geht ein bißchen schnell und geht so hin und her. Also, ich finde, wichtig ist, daß Sie jeden Zahn — Zahn für Zahn putzen, daß Sie stehen bleiben bei jedem Zahn und nicht so schnell hin und her gehen. Versuchen Sie das mal. Setzen Sie die Bürste ruhig mal jetzt gezielt auf einen Zahn — jetzt mal gezielt auf einen Zahn. So — und jetzt mal langsam hier unten am Zahnfleischrand — mit solchen Drehbewegungen. Das machen Sie ja eigentlich schon mit so kleinen kreisenden Bewegungen. Dann Auswischen — und jetzt mal langsam Zahn für Zahn weitergehen, nicht? Aber jetzt wirklich mal jeden Zahn so fünf- bis sechsmal drehen, nicht?

Zur Helferin

Kontrollieren Sie das mal eben, dann kann ich schon ...

(steht auf und verläßt das Behandlungszimmer)

Hier verläßt der Zahnarzt für ca. 3 Minuten den Raum. Die Helferin erläutert der weiter liegenden und einen Handspiegel haltenden Patientin die Zahnputztechnik. Dann kommt der Zahnarzt zurück.

Zum Beginn der Zahnputzübung möchte sich der Zahnarzt einen Überblick über die Ausgangslage verschaffen.

Negativ: Die Patientin liegt immer noch waagrecht im Behandlungsstuhl.

Der Zahnarzt gibt nicht genügend Zeit, erscheint zu ungeduldig. Er beginnt sofort mit der Kritik. Die nachfolgenden Erläuterungen sind unsystematisch und unvollständig. Jeden richtigen Ansatz, den die Patientin beim Putzen zeigt, sollte der Zahnarzt loben, ihr freundlich aber detailliert zeigen, wo sie etwas noch nicht richtig macht. Zum einen damit sie es lernt, zum anderen, um ihr zu vermitteln, wie wichtig er hier die Sorgfalt und Eigenbeteiligung findet.

B –
E –
F –

ZA: Machen Sie es jetzt noch mal, weil das — also, aufsetzen — langsam, erst mal anfangen zu drehen, kreisen, ja achten Sie darauf, daß die Bürste halb auf dem Zahnfleisch und halb auf dem Zahn aufliegt. Also das Zahnfleisch miteinbeziehen und etwas schräg ansetzen, ja so. Die Bürste ganz weit durchdrücken. Für jede Zahnlage gibt es Zahnzwischenraumbürsten. Aber das zeige ich Ihnen dann, wenn wir die Füllungen erst mal haben. Das ist jetzt noch ein bißchen früh. Fangen Sie erst mal nur an mit dem Putzen, so wie Sie bis jetzt gemacht haben, daß Sie sich daran gewöhnen, richtig langsam zu putzen, und jeden Zahn auch einzeln zu bürsten. Versuchen Sie das jetzt auch einmal hinten bei dem Backenzahn, wo ich sagte, der ist so wichtig.

Pt: Das tut aber weh hier hinten.

ZA: ... Machen Sie mal die rechte Seite. Ist da hinten auch Eiter? Auch da muß die Bürste wirklich etwas schräg angesetzt werden, so daß sie zur Zungenseite zeigt, ja, das ist schwierig. Die Borsten liegen so nicht günstig. Sie müssen das so machen, daß die Zahnbürste fast hier aufliegt auf den Schneiden, daß Sie nicht so steil rankommen, sondern möglichst flach rankommen. Das ist hier vorne immer ein bißchen schlecht, darum ein bißchen steil reindrücken und dann nur die Borsten anlegen, so daß auch hier halb Zahn, halb Zahnfleisch ist. Dann diese kreisenden Bewegungen, nicht daß Sie hier oben so drauf kommen, nicht? Das machen Sie zum Schluß, da rubbeln Sie einfach so hin und her, nicht, die Kauflächen. Und oben geht das

Hier leitet der Zahnarzt schon wesentlich detaillierter und damit verständlicher an. Wenn er allerdings immer gleich mitteilt, was er gerade denkt (andere Hilfsmittel), trägt das nicht unbedingt zum Verständnis, sondern eher zur Verwirrung der Patientin bei.

Durch Loben bei richtigen Ansätzen („Ja, das machen Sie gut“, „Sie lernen es schnell“) könnte der Zahnarzt hier positive Assoziationen mit sorgfältigem Zahnpflegeverhalten aufbauen helfen.

Die konkrete Kommentierung und Korrektur der Übung ist wichtig und richtig. Sie sollte aber so vorgenommen werden, daß die Patientin allmählich ein Gefühl für ihre Kompetenz bekommt und nicht durch die Art der Kommentierung daran zweifeln muß, es jemals richtig ausführen zu können.

auch so, aber das ist ja jetzt noch alles kariös. Damit fange ich dann beim nächsten Mal im Oberkiefer erst mal an, die Füllungen zu machen, denn erst dann können Sie da auch richtig putzen. Damit fange ich beim nächsten Mal an, und hier unten mache ich Ihnen die Deckfüllung auch. Dann geht das besser, dann kommen Sie da auch richtig zwischen die Zähne, aber zur Zeit kommen Sie da ja nicht zwischen rein. Ja, aber so — Sie haben gesehen, was ich Ihnen gezeigt habe in den Bildern ... Da muß also doch was geschehen, oder was meinen Sie?

Pt: Sicher.

ZA: Wir müssen jetzt sehen, daß Sie zu Hause mitarbeiten, wenn wir eine solche Behandlung durchführen. Machen Sie das denn auch?

Pt: Ja.

ZA: Daß Sie sich die Zeit dafür nehmen, morgens nach dem Frühstück und abends auch, also daß Sie dann nichts mehr essen. Und dann darauf achten, daß, wenn man schon zweimal am Tag richtig gründlich das macht, also richtig gründlich, das heißt dann aber auch, daß es nicht schnell geht, da müssen Sie einfach so 10 Minuten, $\frac{1}{4}$ Stunde brauchen Sie dafür. Es geht nie in drei Minuten. Man sagt ja immer so, man soll drei Minuten Zähne putzen, das ist ja schon viel für manche, das ist schon lange: 3 Minuten. Oder, haben Sie schon mal darauf geachtet, wie lange das dauert? Achten Sie mal darauf, stellen Sie mal eine Uhr daneben. Drei Minuten ist viel, aber in drei Minuten kriegen

Die Übung sollte der Zahnarzt erst abschließen, wenn die Patientin das Gefühl hat, diesen Teil der Pflege gelernt zu haben/zu können. Dafür sollte sie dann gelobt werden und dies als konkrete Hausaufgabe empfohlen bekommen. A—
F—

Dies ist keine echte Kommunikation mit der Patientin mehr, sondern ein Selbstgespräch über die Patientin.

Dies hätte der Zahnarzt viel früher fragen sollen. Hier ist es nur eine rhetorische Frage.

Hilfloser Motivationsversuch.

Wenn der Zahnarzt früher Zahnpflegegewohnheiten/-schwierigkeiten sowie schon ansatzweise richtiges Verhalten erfragt hätte, könnte er jetzt gezielt und individuell motivieren.

Hier bieten sich verhaltensdiagnostische Fragen zum zeitlichen Tagesablauf an. Zum einen, um konkrete Vorschläge zur Verbesserung machen zu können, zum anderen, um die Aufmerksamkeit der Patientin wachzuhalten.

Sie das nie richtig geputzt. Das dauert also noch länger. Vor allem, wenn Sie dann auch noch — das werde ich Ihnen später zeigen — Hilfsmittel, wenn Sie noch Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürste benutzen, dann dauert das alles ein bißchen länger. Anfangs jedenfalls. Hinterher, wenn Sie dann Routine haben, schneller werden, dann geht es ja auch besser. Aber jetzt ist aber wirklich wichtig, daß Sie die Bewegung nicht schnell machen, damit Sie sich das richtig angewöhnen.

Pt: Ja.

ZA: Ja, das war es erst mal. Für heute war es, glaube ich, genug. Oder?

Pt: Können Sie das vorne rechts noch machen?

ZA: Das würde ich heute nicht mehr machen.

Pt: Gut.

ZA: Weh tut es ja nicht. Sie haben ihn schon ein bißchen runtergeknipelt, aber das mache ich dann sofort als nächstes, wenn Sie kommen. Daß ich dann die Deckfüllung draufmache. Sonst, unten drunter ist ja alles fertig. Sagte ich Ihnen ja, denn ich hatte ja schon die Zahnbehandlung, die Unterfüllung gemacht. Ich wollte ja nur schauen, ob das auch schmerzfrei bleibt.

Pt: Und den Oberkiefer?

ZA: Da werden wir mal sehen.

Diese Reflexionen sind notwendig, aber an dieser Stelle zuviel. Er stellt Fragen, die er selbst beantwortet.

Anstatt die Bereitschaft der Patientin zur Mitarbeit an einer konkreten Aufgabe zu gewinnen, überfordert der Zahnarzt weiterhin die Patientin mit der Androhung, daß später alles noch komplizierter werden wird.

C—

Jetzt kommt die Patientin erst dazu, ihre Erwartung und ihren Wunsch zu äußern, daß die in der letzten Sitzung angefangene Behandlung zu Ende geführt wird.

Hier erläutert der Zahnarzt wieder zu umständlich (bzw. zu fachlich).

Pt: Übrigens, was ich noch sagen wollte, ich laß mir den nicht rausschneiden.

ZA: Was rausschneiden?

Pt: Den Zahn hier hinten, den wollten Sie rausschneiden und nach vorne setzen. Das kann ich nicht. Das laß ich nicht machen.

ZA: Nee?

Pt: Ich träum' da schon nachts von, ich hab' da richtige Angst vor. Ja, Sie lachen!

ZA: Ich lache nicht, aber ... aber ich mache ja sowieso nur Sachen, wo Sie mit einverstanden sind. Wenn Sie sagen, Sie wollen, verstehen Sie, die Dinge, ich rede das vorher mit Ihnen durch, was wir machen, wenn Sie mir sagen, ich will das aber nicht, dann geht's eben nicht, da brauchen Sie mal keine Angst mehr zu haben.

Die Patientin glaubt jetzt, ihre Fragen stellen und ihre Befürchtungen äußern zu können. Hier zeigt sich auch, daß der Zahnarzt zu wenig Möglichkeiten gegeben hat, Befürchtungen und Fragen zu äußern. Die eigenen Gedanken haben sie vermutlich von den Erläuterungen des Zahnarztes abgelenkt.

Der Zahnarzt erinnert sich offensichtlich nicht mehr an seine Ankündigungen der letzten Sitzung. Dabei hat er — wie sich zeigt — die Patientin in Angst und Schrecken versetzt.

Die Patientin beharrt auf ihren Gefühlen. Dem Zahnarzt erscheint die Situation wohl eher komisch, er nimmt die Patientin mit ihren Sorgen nicht wirklich ernst.

G—

Die Antwort des Zahnarztes bleibt in dieser Konfliktsituation beschwichtigend. Eine wirkliche Auseinandersetzung mit den Gefühlen der Patientin findet nicht statt. Damit wird die Chance vertan, das Vertrauen der Patientin aufzubauen, z. B. mit einem Kommentar wie: „So, dann müssen Sie da ja doch ziemlich viel Angst haben. Das hat Sie wohl auch eben die ganze Zeit so beunruhigt?“ Der Zahnarzt könnte dadurch signalisieren, daß er die Situation der Patientin versteht und sie ernst nimmt. Durch eine erfolgreiche Aussprache über ein „Gefühlsproblem“ könnte er die Zahnarzt-Patientin-Beziehung, die eine wesentliche Voraussetzung für einen Prophylaxeerfolg darstellt, stärken.

Der Zahnarzt wendet sich von der Patientin ab (zur Kartei auf dem Wandtisch).

ZA: Ja, was machen wir denn jetzt als nächstes? Jetzt machen wir erst mal Füllungen; jetzt machen wir erst mal die Sachen, die hier stehen. Ja, das ist das nächste.

ZH: Die beiden anderen Termine haben wir noch?

Pt: Ja.

Hier scheint der Zahnarzt wieder Selbstgespräche zu führen, die die Patientin verwirren müssen. Gerade hatte er noch weitere Hilfsmittel für die Reinigung angekündigt und vom Üben der Patientin gesprochen, nun plant er die Fortsetzungen der Behandlungen. Zur Orientierung der Patientin wäre hier eine kurze Zusammenfassung, zumindest der „Hausaufgaben“ (Zahnpflegeverhalten), die sie bis zur nächsten Sitzung erledigen soll, sowie ein Ausblick auf die nächste Sitzung und ein ordentlicher Abschluß sinnvoll.

A –

Die Helferin deutet das Ende der Sitzung im verbindenden „wir“ und indem sie den Stuhl in die Ausgangsposition fährt an.

Diese Sitzung, soweit sie auf der Videokassette festgehalten ist, dauerte ca. 25 Minuten. Während der ganzen Zeit lag die Patientin in waagerechter Position auf dem Behandlungsstuhl. Wie sich zum Schluß zeigte, offensichtlich in der Erwartung, daß die provisorischen Füllungen der letzten Sitzung herausgenommen und durch bleibende ersetzt werden. Es spielte sogar noch eine große Angst mit, daß ein Zahn gezogen und „versetzt“ werden würde. Was auch immer der Zahnarzt angedeutet und gemeint haben mag: Die Patientin muß sehr furchtsam zur Behandlung gekommen sein, wenn sie sogar schon nachts davon geträumt hat.

Der Zahnarzt stellte einleitend aber keine offenen Fragen zum Befinden oder zu den Erwartungen, hatte vorher offensichtlich auch keinen Blick in die Patientenakte geworfen, sondern bestimmte gleich, was gemacht werden soll („... heute etwas Wichtiges ...“). Vielleicht spürte er die Angst der Patientin sogar, denn er spricht sie in seiner Eröffnung an. Vielleicht erinnert er sich aber auch an vorangegangene Behandlungen, oder er nimmt generell an, daß alle Patienten mit mehr oder weniger Angst zum Zahnarzt kommen. An dieser Stelle wagt die Patientin nicht, ihn zu unterbrechen, sondern verhält sich abwartend.

An diesem Beispiel sieht man sehr deutlich, wie sinnvoll ein eigener Prophylaxeraum sein kann. Für diesen Zweck kann er speziell eingerichtet und ausgestattet werden, auf eine Behandlungseinheit kann hier verzichtet werden. Für den Patienten würde das signalisieren, daß heute nur die Mundpflege besprochen wird, eine Putztechnik oder mit Zahnseide geübt wird, eine professionelle Zahnreinigung und/oder eine Fluoridierung — aber eben keine schmerzhaft Behandlung — erfolgt. Auch wäre die Sitzhöhe und -position auf einem normalen, drehbaren Bürostuhl gegenüber dem Zahnarzt oder seiner ZMF für eine Unterhaltung, Demonstration und Übung angemessener.

Nicht nur bei einem Erstgespräch sollte man die Kommunikation mit einer offenen Frage eröffnen. Hier zeigt sich, wie eine ganze Sitzung problematisch verlaufen kann, wenn dies — auch bei einer Folgesitzung — nicht getan wird. Der Patient spart so sein Problem, daß ihn von allem anderen ablenken muß, bis zum Schluß auf. Somit ist um so fraglicher, ob die Patientin überhaupt etwas von den Informationen und Instruktionen „mitbekommen“ hat.

Einen sinnvollen Aufbau der Gesamtsitzung mag die folgende Übersicht verdeutlichen:

- Ansprache, Einbindung, Motivierung

- Erläuterung Bakterienbeläge
- Erläuterung der Ätiologie von Parodontopathien und Karies zugleich (mit Hilfe eines Fotoalbums)
- Demonstration der Beläge, Zahnfleischtaschen und Entzündungserscheinungen im Munde der Patientin
- spricht Bürsttechnik an
- weitere Belagsdemonstration im Mund
- Appell, Versuch der Motivierung
- Helferin erläutert erneut Entstehung von Entzündungen
- ZA weist auf die Bedeutung und Folgen hin
- entwickelt PAR-Behandlungsplanvorstellungen
- spricht Eigenverantwortung der Patientin an
- wechselt unvermittelt zu einer Kurz-Ernährungsberatung und -analyse (in der Reihenfolge!) über
- beginnt Einübung der Zahnputztechnik
- läßt dies von Helferin überwachen
- bringt weitere Ergänzungen
- verkündet Behandlungsplan (Füllungen)
- macht sich (laut) Gedanken, wie er die Patientin zur häuslichen Mitarbeit bewegen kann
- klärt über notwendige Putzzeit auf
- kommt zum Abschluß
- Patientin äußert Behandlungswunsch und schildert Angstträume
- ZA beschwichtigt und beendet die Sitzung

In dieser Gliederungsübersicht sieht man am deutlichsten, daß der Zahnarzt am Beginn scheinbar einem Konzept folgt, das zunächst auch recht gut aufgebaut ist (Ansprache, Erläuterung, Demonstration). Dann erkennt man aber, wie der Zahnarzt sich verzettelt und relativ konzeptlos, eher von Stichwort zu Stichwort, sich durch die Sitzung hangelt.

Ein Hauptmanko ist in diesem Fall ein Auslassen einer umfassenden Bestandsaufnahme (inklusive Ausgangslage im Verhaltensbereich!). Wenn überhaupt, bezieht sich der Zahnarzt auf das, was er im Munde der Patientin sieht bzw. auf seine allgemeinen Annahmen, was Patienten wohl wissen und was nicht. Wenn man nicht weiß, was dem Patienten verhaltensmäßig Schwierigkeiten macht, ist man leicht geneigt, ihm zuviel, zuwenig oder das Falsche anzubieten und ihn damit zu unter- bzw. zu überfordern (vgl. auch *Weinstein, Getz und Milgrom, 1989*).

Bestes Beispiel dafür ist der unvermittelte Ansatz einer Ernährungsberatung. Die Patientin könne „... ja schon einmal darauf achten, daß Sie das eben mit dem Essen so hinkriegen ...“. Nachdem schon Informationen und Ratschläge gegeben wurden, fällt dem Zahnarzt auf, daß er

über das Eß- und Ernährungsverhalten der Patientin noch gar nichts weiß: „Machen Sie das eigentlich, viel Zucker essen oder Süßes?“

Ein weiteres Manko ist das seltene aktive Bemühen des Zahnarztes um die Aufmerksamkeit und Mitarbeit der Patientin. Er unterbindet diese zwar nicht, er versucht aber auch kaum aktiv, sie zu wecken (z. B. mit Ermunterung der Patientin zu eigenen Fragen wie „Was halten Sie davon ...?“, „Können Sie mir das noch genauer beschreiben ...?“ und Zwischenfragen, um zu überprüfen, ob die Patientin das Gesagte verstanden hat). Auch die Liege- statt der Sitzposition sowie das Üben der Zahnputztechnik unter Zeitdruck verhindern die Eigenbeteiligung (erkennbar an deren wortkargen Äußerungen während der Sitzung). Erst am Ende, als sie „ihre Felle davonschwimmen sieht“, rückt sie mit dem heraus, was sie vermutlich während der ganzen Sitzung beschäftigt und damit auch abgelenkt hat.

Die Chance für eine Verbesserung des Zahnpflegeverhaltens ist daher nicht nur aufgrund fehlender Motivation der Patientin gering, sondern auch aufgrund von Wissens- und Übungsdefiziten. Das für die Motivation und damit für den Prophylaxeerfolg so wichtige Vertrauen in der Zahnarzt-Patient-Beziehung scheint ebenfalls eher gering zu sein, da die Patientin ihre Sorgen erst am Ende der Sitzung äußert und der Zahnarzt am Anfang und während der Sitzung nicht selbst nachfragt.

Hinsichtlich der für die Untersuchung erarbeiteten Beurteilungskriterien präventiver Beratungen fällt auf, daß fast jeder Skaleninhalt im Verlaufe der Beratung einmal positiv ausgeprägt ist, meistens aber nicht positiv verwirklicht werden konnte. Dies gilt sowohl für die informativ-kognitiven Skalen wie für die sozial-emotionalen Skalen. Durchgehend am besten gelungen ist der Medieneinsatz (Skala D). Der Zahnarzt nimmt nicht nur im Handel lieferbare Farbatlanten zur Erläuterung der oralen Erkrankungen zur Hilfe, sondern ein selbst zusammengestelltes Fotoalbum. Wie er dann allerdings erklärt, läßt gewisse Schwächen erkennen. Außer am Anfang sind die Gliederung und Strukturierung (Skala A), die Verständlichkeit der Inhalte (Skala B) und die Prägnanz (Skala C) meist unzureichend. Hinzu kommt eine Pro-forma-Ansprache der Patientin, aber kein richtiges Ansprechen und Einbeziehen (Skala E). Da auch die Verstärkungen nicht wirksam (= motivationsfördernd und verhaltensbeeinflussend) eingesetzt werden, läßt sich — neben den oben schon genannten Kritikpunkten — auch hieraus schlußfolgern, daß die erwünschte Einstellungs- und Verhaltensveränderung bei dieser Patientin kaum erreicht werden wird. Wenn die Patientin unmittelbar nach der Sitzung die wichtigsten Inhalte wiedergeben sollte, wäre sie dazu wohl nur sehr bruchstückhaft in der Lage. Ein wirkliches Verständnis für ihre konkrete, individuelle Situation hat die Patientin nicht gewinnen können.

6.4.2 Interaktion 5/2/2 — positives Beispiel

Fallbeispiel	Kommentierung	
ZA: Wie ist es mit Ihrer Zeit bestellt? Haben Sie noch etwas Zeit?	Zahnarzt bezieht die Patientin in seine Planungen mit ein.	E+
Pt: Ich habe Zeit.	Gliedert, gibt Ankündigung und Übersicht. Die Wendung „... wir Sie ... mit Ihrer Zahnpflege ...“ ist sicherlich witzig gemeint, es kann aber auch überheblich (von oben herab) klingen. Das Problem muß bei der Patientin bleiben. Man kann es nicht für sie lösen (allenfalls mit ihr zusammen; Compliance-Frage).	A+
ZA: Gut, so jetzt wollen wir Sie mit dem Geheimnis Ihrer Zahnpflege bekannt machen, Frau A. Bei der Zahnpflege ist das Wesentliche die Frage, was kann ich tun, damit keine Beläge kommen. Wir haben das letzte Mal einen Abdruck von Ihrem Kiefer genommen und können heute die Modelle im einzelnen betrachten und Ihnen an eigenen Modellen zeigen, wie es mit der Zahnpflege sein soll. Wenn Sie bitte einen kleinen Blick hier mit draufwerfen, dann sehen Sie, daß nun die Zähne zerstört sind durch die Zahnbeläge, die Karies bewirkt haben. Wie bekommen Sie die Beläge weg? Nicht mit jeder Zahnputztechnik, nicht irgendwie müssen Sie putzen, sondern ganz systematisch. Wenn Sie sich bitte eine solche Zahnbürste besorgen. Vielbüscheilig, multitufted, in einem Winkel von ca. 60° die Bürste ansetzen und nun rütteln. 10–15mal. Das heißt, die Borstenspitzen bleiben fast auf ihrem Raum stehen und machen ganz kleine Bewegungen, etwas nach oben. So, also, Sie haben gesehen. 10–15mal hier rütteln und dann abrollen. Wir schauen es uns jetzt hier noch einmal am Modell an. Wenn wir einen Außenbezirk nehmen, sehen Sie, wie die Borsten sehr schön in den Zahnzwischenraum hineinkommen. Sie bürsten ca. 10–15mal. Sie sehen die Borsten hier. Sie lösen die Zahnbeläge	<p>ZA weist gleich zu Beginn auf das Wichtigste (das Ziel, das die Patientin erreichen soll) hin.</p> <p>Sehr guter Medieneinsatz (Modelle hergestellt und daran Zahnpflege erläutert); präventive Sitzung gut vorbereitet.</p> <p>Die Einbeziehung der Patientin ist nicht ausreichend. Sie wird nur aufgefordert hinzusehen, aber sie wird nicht gefragt, was sie sieht und wie sie selbst bisher putzte.</p> <p>ZA will anscheinend Zeit sparen und fragt nicht nach ihrer Zahnbürste und ihrer Zahnputztechnik. Er setzt einfach voraus, daß sie es 1. nicht weiß (Wissensdefizit) und 2. falsch macht (Fertigkeitsdefizit). Es fehlt die individuelle Verhaltensanalyse. Daher entsteht kein partnerschaftlicher Dialog, sondern eher ein belehrender Monolog.</p> <p>Durch das Demonstrieren am Modell muß weniger erklärt werden, die Sprache bleibt dadurch einfach und verständlich.</p>	<p>B+</p> <p>D+</p> <p>A+</p> <p>EO</p> <p>D–</p> <p>E–</p> <p>D+</p> <p>B+</p>

im Zahnzwischenraum und am Zahnfleischsaum, und durch eine Drehung entfernt die Bürste nun den Belag. Das ist im Vergleich zu Ihrer Zahnpflege sicher anders. Sie haben kreisförmig geputzt, d. h. daß Sie diese Bezirke nicht erreicht haben mit Ihrer Zahnputzpflge. Die glatten Flächen ja, aber die Zahnzwischenräume bleiben immer oben ungereinigt. Wenn Sie so die Zahnbürste ansetzen, haben Sie eine Chance, die Zahnzwischenräume zu reinigen. Eine Zahnbürste umfaßt 3 Zähne, so daß Sie dann hier die nächsten Zähne reinigen können. Das ist am Anfang immer etwas langweilig, man muß sich daran gewöhnen. Das ist Voraussetzung, daß Sie die Zahnzwischenräume erreichen. Wenn Sie es selbst einmal probieren. Ja, ein Winkel von 60°, nur leichter Druck, zählen Sie einmal laut bis 15.

— Patientin zählt. —

ZA: Sie sehen, was dabei passiert. Die Zahnbürste rutscht ab, d. h. die Wirkung ist gleich null. Am Anfang war sie richtig. Und warum ich Sie habe zählen lassen: damit Sie ein Gefühl dafür bekommen, wie lang das Ganze dauert.

— Patientin zählt. —

ZA: Sehr schön, phantastisch. Sie haben jetzt ein Gefühl dafür, wie es sein sollte. Üben Sie es bitte, und das nächste Mal werden wir sehen, ob das nun auch gut klappt bei Ihnen im Mund. Das ist die Zahnputztechnik, die wir Rütteltechnik nennen, weil Sie mit der Bürste rütteln. Und Sie sehen, je kleiner die Bewegungen, desto wirkungsvoller sind

Die wichtigsten Informationen werden ein- bis zweimal wiederholt; es bleibt prägnant und anschaulich. C+

Er stellt Vermutungen über das Verhalten der Patientin an. Das muß er zwangsläufig, wenn er sie nicht fragt. Das kann zu Abwehr führen, wenn die Vermutungen falsch sind. Außerdem vergibt er die Chance, an konkreten Informationen, die die Patientin über ihre Zahnhygiene mitteilen kann, gezielt anzuknüpfen. E—

ZA wiederholt das Wichtigste und spricht vermutete Empfindungen an (... ist am Anfang immer etwas langweilig ...).

Aktive Beteiligung der Patientin. E+

Hier korrigiert der ZA etwas zu drastisch. F—

Hier verstärkt der ZA die Patientin sehr gut. F+

sie. So 3–4 mm hin und her, nicht zu weit, weil sonst die Zahnbürste abrutscht.

Schön wäre es, wenn die Zahnbürste ausreichen würde, um die Zähne wirklich zu säubern. Dem ist leider nicht so. Dafür gibt es nun ein weiteres Hilfsmittel, das ist die Zahnseide. Ich will Ihnen dies einmal demonstrieren! Kennen Sie Zahnseide? Da nehmen Sie etwa 50 bis 60 cm der Zahnseide, wickeln sie auf den Mittelfinger der linken oder der rechten Hand. So! Nehmen Sie nun den Daumen und den Zeigefinger und arbeiten so am Zahn. Ich gehe jetzt mit der Zahnseide durch den Zahnzwischenraum, indem ich hier und hier bewege. Nicht einfach drücken, sonst gehe ich leicht in den Zahnfleischsaum, in diese Furche hinein. So arbeite ich mich vorsichtig nach oben. Das gleiche kann ich auch mit der anderen Fläche machen, also einmal nach links und nach oben arbeiten und einmal nach rechts und nach oben arbeiten. Durch die Zahnseide besteht die Chance, wirklich den Zahnzwischenraum zu säubern. Da liegen ja bei Ihnen die Probleme.

Was wir noch nicht brauchen oder vielleicht erst später brauchen, das ist eine Zahnzwischenraumbürste, die dann in Frage käme, wenn die Zahnzwischenräume größer wären. Das können wir erst beurteilen nach der Zahnfleischbehandlung, ob Sie eine solche Bürste brauchen. Im Augenblick sind die Zahnzwischenräume zu klein, da kommen wir nicht durch.

Anschauliche, prägnante Erklärungen. B+ /C
D+

Leitet gut zu neuem Thema über. (Verhaltensstrategisch ist es aber nicht von Vorteil, schon die Zahnseide hinzuzunehmen, solange die Putztechnik nicht gut beherrscht wird.) A+

„Ich will Ihnen ...“ Der ZA hat ein Bedürfnis, die Patientin auch? Die anschließende Frage „Kennen Sie Zahnseide?“ ist rein rhetorisch, da die Antwort gar nicht abgewartet wird. E–

Positives Muster von verständlicher und anschaulicher Mundgesundheitsberatung. B+ /C
D+

Wiederholt das Hauptanliegen und verbindet dies mit persönlicher Ansprache. E+

Was nun aber fehlt, ist, daß die Patientin die Anwendung der Zahnseide üben kann und Korrekturen bekommt. E–

Der Hinweis auf die (noch) nicht gebrauchte Zahnzwischenraumbürste erscheint in diesem Beratungszusammenhang überflüssig. Es verwirrt die Patientin und kann zu einer Überforderung führen. C–

Was Sie jedoch brauchen, ist ein solcher Massagenippel. Sie sehen hier am Modell, daß das Zahnfleisch entzündet ist. Dieser Massagestick soll bewirken, daß das Blut aus der Zahnfleischtasche herausgedrückt wird und frisches nährstoffreiches Blut hier in diese Partien hineinströmen kann. Eine Massage, indem Sie fest hin und her reiben, indem Sie leicht drücken. Ich zeige Ihnen das jetzt im Spiegel. Bitte den Spiegel. Den Massagenippel in einem Winkel hier ansetzen, und Sie sehen, wenn ich drücke, wird das Zahnfleisch weiß, d. h. das Blut geht heraus, und nun kann neues, frisches arterielles Blut in die Papille einströmen. Dies ist der eine Sinn; der andere Sinn ist, daß Sie das Zahnfleisch richtig formen können. Es wird sich jetzt hier wieder straff anlagern. Sehen Sie hier die kleine Rille, die wird dann wieder als Zahnfleisch erscheinen und somit genau die Form annehmen, die wir brauchen, damit Speisen etc. richtig vom Zahn abgleiten können und sich nicht in die Zahnfleischtasche hineinverlagern.

Also, ich würde sagen, Sie besorgen sich in der Apotheke eine Zahnbürste, die Zahnseide, am besten ungewachste Seide, und diese Hölzchen, die diese Nippel gut ersetzen. Sehen Sie? Das bekommen Sie alles in der Apotheke. Bitte alles besorgen. Das ist die Voraussetzung, daß Sie die Zähne säubern können.

Auch der Massagenippel, der zwar hervorragend erklärt wird, kommt hier zu früh! Die Patientin ist höchstwahrscheinlich überfordert, wenn sie auf einmal ihren Putzstil verändern, die Zahnseide anwenden und den Massagenippel benutzen soll. Dafür sollten insgesamt 3 Sitzungen mit konkreten Verhaltenshinweisen und deren Besprechung und Kontrolle angesetzt werden. Wenn diese Verhaltensumstellungen nicht erreicht werden, sind selbst die verständlichsten Monologe umsonst gewesen.

B+

C-

Der ZA kommt deutlich zum Schluß (ohne der Patientin die Möglichkeit zum Nachfragen gegeben zu haben) und gibt konkrete Handlungsanweisungen (... in der Apotheke besorgen ...), die aber wiederum nicht so konkret sind, als daß die genauen Übungsaufgaben bis zur nächsten Woche benannt werden. Es fehlt auch eine abschließende Ermunterung (Lob für das Aufpassen, Mitmachen; Hinweis auf die möglichen Gewinne bei guter Mundpflege etc.).

A+

E-

F-

Gesamtkommentar Sitzung 5/2/2

Der Zahnarzt geht (anscheinend ungeprüft) davon aus, daß bei der Patientin sowohl ein Wissens- als auch ein Fertigungsdefizit zugrunde liegt. So entschließt er sich dazu, die Mundpflegemethoden zu erklären und zu demonstrieren.

Ob die Patientin das möchte, wie ihre Ausgangslage ist, welche Fragen sie hat und ob sie dies überhaupt als (ihr) Problem erkennt und annimmt, bleibt unaufgeklärt.

Die Erklärungen sind auf allen Skalen zur Erfassung der kognitiven Ebene (Skala A: Gliederung — Strukturierung; Skala B: Verständlichkeit [einfache Begriffe, kurze Sätze]; Skala C: Kürze — Prägnanz; Skala D: Medieneinsatz) überwiegend hervorragend und modellhaft.

Hingegen bleibt die Beachtung und aktive Gestaltung der sozial-emotionalen Ebene weit zurück. Die Einbindung der Patientin (Skala E) erfolgt nur selten und dann eher formal. Somit fehlt weitgehend das praktische Einüben (Fertigkeitstraining). Da dies fehlt, gibt es auch kaum Möglichkeiten zur gezielten Anwendung der sozialen Verstärkung (Skala F).

Somit ist — trotz der hervorragenden Erläuterungen — anzunehmen, daß sich das Verhalten der Patientin durch das korrigierte Wissen allein nicht dauerhaft verändern wird. Die emotionale Ansprache und Einbindung sowie die konkreten Handlungsanweisungen scheinen zu schwach.

6.4.3 Interaktion 5/3/1 — positives Beispiel

Fallbeispiel

Der Zahnarzt hat der Patientin vor einer Woche die Benutzung von Zahnseide erklärt und demonstriert. Sie sollte zu Hause die Anwendung üben und heute zum Kontrolltermin kommen.

Pt: Vorne geht es ganz gut, aber wo ich nicht hineinkomme, das ist da hinten. Da kommt man ja kaum hinein.

ZA: Das kommt darauf an. Normalerweise kommt man dort schon hinein, aber hier, wo Sie drücken, ist das sehr schwer. Das ist ganz klar.

Wenn wir Ihnen jetzt vielleicht ein Stück Zahnseide geben und Sie mir demonstrieren, wie Sie das behandelt haben.

*Die Patientin erhält von der Zahn-
arzhelferin ein Stück Zahnseide;
die Helferin hält der Patientin einen
Handspiegel vor das Gesicht.*

ZA: Was Sie machen, ist, daß Sie viele Fehler machen auf einmal. Schauen Sie. Lassen Sie mal so. Das Zahnfleisch, Sie malträtiert es. Halten Sie es so. Sie sehen, daß Sie mit der Zahnseide mehr das Zahnfleisch verletzen, als daß sie etwas Gutes tun.

Kommentierung

Die Patientin erscheint motiviert und compliant: Sie hat sich Zahnseide besorgt, damit geübt und sich Gedanken gemacht. Sie sieht im Zahnarzt einen partnerschaftlichen Ratgeber. H+

Der Zahnarzt hätte die Compliance der Patientin positiv verstärken können, z. B. „Es freut mich, Frau A., daß Sie Ihre Zahnpflege so ernst nehmen und so schön mitarbeiten. Wenn bei der Zahnseide anfangs Probleme auftreten, das ist ganz klar. Es verlangt viel Geschicklichkeit.“ F—

Richtige Entscheidung und gute Einbeziehung der Patientin. Nur durch angeleitetes Üben und Korrigieren kann eine Fertigkeit aufgebaut werden. E+

Optimaler wäre ein Prophylaxeraum mit Wandspiegel und beleuchtetem Vergrößerungsspiegel.

Es ist psychologisch ungeschickt, wenn nicht erst der positive Teil des Verhaltens herausgestellt wird. Erst dann sollte im Detail sachlich kritisiert und korrigiert werden. F—

Darf ich Ihnen das ganz kurz zeigen. Wichtig ist, daß Sie den Mittelfinger nehmen. Bei einer Hand war es der Ringfinger, bei der anderen der Zeigefinger. D. h. wickeln Sie es ganz locker, ohne daß Sie hier abschnüren. Einfach den Faden auf den Mittelfinger. 2. Fehler: Sie haben ein viel zu langes Arbeitswerkzeug. Es muß klein sein, ca. 1 cm. Hiermit arbeiten Sie, mit dem Zeigefinger, mit dem Daumen, je nach Geschick, und dann arbeiten Sie. Wenn Sie jetzt den Spiegel nehmen, zeige ich Ihnen das Wesentliche, daß Sie jetzt mit dem Faden sägen sozusagen und so den Kontaktpunkt überwinden. Was Sie vorher falsch gemacht haben, war, Sie haben so hier reingedrückt. Sehen Sie? Sägend hier den Kontaktpunkt überwinden, nicht zunächst unter das Zahnfleisch und jetzt bewußt etwa 1 mm unter das Zahnfleisch und vor allen Dingen unter die Fäulnisbeläge. Sie sehen? Denn jetzt können Sie diese Zahnfläche reinigen. Die Zahnseide wird nun breiter, und Sie können jetzt hiermit arbeiten, indem Sie von unten nach oben ziehen. Sie sehen, erst die hintere Fläche von diesem Zahn, langsam sägend vom Zahnfleisch in die Mundhöhle; nun den Faden etwas weiter ziehen und jetzt das gleiche an der vorderen Fläche vom hinteren Zahn. Gründlich die seitliche Zahnfläche von den Belägen reinigen. Und jetzt kommt der nächste Zahnzwischenraum dran. Ein bißchen öffnen. Sie sehen jetzt wieder das V-Bild, und jetzt gerade ziehen. Jetzt können Sie reinigen.

Die Erläuterungen sind kurz, knapp und präzise; zusammen mit der Demonstration (Wort und Handlung) verständlich und anschaulich. C+ B+

„Fäulnisbeläge“ — sehr anschaulicher Ausdruck B+

Versuchen Sie es mit einem Stück Zahnseide. Es ist ganz entscheidend, daß wir Ihnen nicht den Effekt nehmen. Daß Sie es wirklich sehen. Sonst haben Sie keine Freude daran.

Die Patientin erhält ein neues Stück Zahnseide, wickelt es richtig um ihren Mittelfinger und beginnt zu üben.

ZA: Sehr gut. Ganz langsam. So. Sehr schön. Nach oben. Sehr gut. Es darf also nicht schnappen. Und denken Sie daran, nicht mehr als 2 mm. Sehr gut. Halten Sie mal die Frontzähne. Ja. Sehr gut. Exzellent. Das kann ich nicht besser. So, ja. Sie sehen, wie weit die Zahnseide sie berührt. Und ruhig wegziehen. Und nun sollten Sie vielleicht ein Stück hier nachlassen. Daß Sie immer wieder mit einem anderen Teil reinigen. Also, ich sehe, das klappt bei Ihnen.

Welche Hilfsmittel haben Sie denn jetzt zur Zeit?

Pt: Ich habe jetzt die Zahnseide, und die Zahnpasta, und das andere habe ich noch nicht bekommen.

ZA: Und haben Sie die Zahnbürste?

Pt: Die Zahnbürste habe ich noch nicht gekauft, weil, ich habe da ...

ZA: Die Zahnzwischenraumbürste haben Sie noch nicht?

Pt: Die kleine? Nein!

ZA: Und die große?

Nach der präzisen und anschaulichen Demonstration der Benutzung von Zahnseide erfolgt die Beteiligung der Patientin: Sie soll selbst üben. Richtige Strategie zum Verhaltenserwerb.

E+

Hervorragende Feinkorrekturen und hervorragende Verstärkung der Patientin. Das vom ZA gezeigte Engagement und der Enthusiasmus sind an dieser Stelle sehr angebracht. Sie unterstützen den Veränderungsprozeß.

F+

Vor dem Themenwechsel (oder in der Zusammenfassung am Schluß der Sitzung) wäre die konkrete häusliche Aufgabenstellung zu besprechen, z. B. mit folgender Formulierung: „Mich würde jetzt interessieren, ob Sie mit Zahnbürste und Zahnseide Ihre Zähne wirklich plaquefrei halten können, denn dann haben wir unser Ziel erreicht. Können Sie bitte in der nächsten Woche Ihre Zahnpflege noch einmal protokollieren, also auf dem Blatt, das ich Ihnen mitgeben werde, notieren, wann Sie die Zähne putzen, Zahnseide benutzen und was Sie sonst noch für Ihre Mundpflege tun?“

Pt: Die habe ich auch noch nicht, weil, ich bin jetzt nicht in die Stadt gekommen, in die Apotheke.

ZA: Zeigen Sie mir doch einmal mit der Bürste, wie Sie es richtig machen.

Der Zahnarzt überreicht ihr eine Zahnbürste, und die Patientin beginnt mit der Bürstdemonstration.

ZA: Ja, das ist nicht richtig. Das war wieder nicht richtig, was Sie machen. Was Sie machen müssen, das ist von rot nach weiß gehen. So. In einem Winkel von 60° die Bürste ansetzen, so daß alle Borsten in die Zahnzwischenräume hineinkommen. Ganz leicht ziehen, bis 15mal. Dann ganz zum Schluß abrollen mit der Bürste. Sehen Sie noch einmal hin. 10–15mal. Sie sehen also, wie Sie putzen müssen. Diese Bewegung, das gleiche im Oberkiefer. Nicht so kommen, sondern, sehen Sie das jetzt vorne, haben Sie den gleichen Effekt. Die Borsten gehen rein. Und damit Sie weitermachen, da, hier schenke ich Ihnen mal eine Zahnbürste.

Pt: Ich bin wirklich nicht in die Stadt hineingekommen.

ZA: Ich lasse Sie mal anhand des Spiegels hier üben. Und zwar den Unterkiefer links. Diese Seite. Und nehmen Sie den Spiegel in die Hand. Was ist jetzt hier nicht richtig? Der Winkel stimmt nicht. Da fehlt hier etwas. Da drehen Sie die Bürste etwa so. Der erste Fehler ist, daß ... Drehen Sie die Hand. Sie

Bei der Vielzahl von Anforderungen wird auch die kooperativste Patientin bald scheitern! Richtig ist, daß der Zahnarzt nachfragt, wenn er dies in der letzten Sitzung empfohlen hat. Wenn er dies macht, sollte er allerdings auch darauf etwas eingehen und nicht nahtlos zum nächsten Punkt übergehen.

Nach der Bloßstellung eben nun auch noch eine ungünstige Rückmeldung (Bestrafung). Dies zeigt, daß die Erklärungen und Übungen beim letzten Mal nicht effektiv waren und daß die Patientin die neue Technik auch nicht zu Hause übte.

Die weiteren Erklärungen zu Bürstechnik bzw. zu Bürstkorrekturen sind wieder sehr anschaulich und hilfreich.

Eigentlich eine nette Geste und Aufmerksamkeit des Zahnarztes (positive Verstärkung); in diesem Falle fühlt sich die Patientin aber bloßgestellt, da oben die Akzeptanz des Zahnarztes fehlte.

Der ZA geht auch hier nicht auf die Patientin ein. Er fährt einfach in seinem Programm fort. Statt: „Ich lasse ... mal üben“ wäre „Können Sie mir jetzt noch einmal zeigen, wie ...“ besser, da es die Patientin persönlicher anspricht und einbezieht.

F–

B+

E–

kommen von oben, so als ob die Borsten in ... Darf ich Ihnen das hier mal zeigen? Etwas Druck, nicht viel. Sehen Sie? So sieht das aus. Was Sie gemacht haben, Sie haben die Bürste so angesetzt. Sie müssen von oben kommen. 60° ansetzen. Leichten Druck ausüben, und jetzt drücken, und dann etwas öfter. Wenn Sie von oben hereinschauen, wie die Borsten im Zahnzwischenraum sind, Sie gehen nicht auf die Kantenflächen, denn nur so haben Sie die Chance, wirklich die Zähne zu säubern. Alles andere ist unbewußter Selbstbetrug. Sie glauben, daß Sie etwas gesäubert haben. So. Machen Sie hier ein bißchen mehr. Ja. Phantastisch. Jetzt wird es gut. Jetzt wird es gut. Das ist nicht richtig. So. Und jetzt die Borsten genau dorthin. Das ist ja genau Ihr Problem, der Zahnzwischenraum. So ist es. Sie gehen jetzt von rot nach weiß, so rauf und runter. Gut. So. Einwandfrei. Gut.

Pt: Und ich habe das verkehrt gemacht? So, statt das so zu machen?

ZA: So ist es. Sie wissen jetzt, worauf es ankommt. Lassen Sie sich Zeit zu Hause.

Pt: Ja.

ZA: Lassen Sie sich Zeit zu Hause. Andersherum kommen sie von oben, nicht drehen. Das ist nur die Schlußphase. Immer an den Winkel denken, der ist so. Im Spiegel ist das etwas schwierig. Würden Sie noch einmal ansetzen? Denken Sie immer daran, daß die Borsten sozusagen hier in die Furche hineinrol-

Wenn die Gefahr besteht, daß eine Fertigkeit noch nicht richtig ausgeführt werden kann, nicht gleich üben lassen und laufend die Fehler korrigieren, sondern zuerst richtig demonstrieren, bis die Patientin die Methode verstanden hat, und erst dann üben lassen.

Ansonsten sind die übungsbegleitenden Anleitungen und Korrekturen pädagogisch gut formuliert und plaziert.

Hier kommt der ZA wieder zu den sehr wichtigen und überzeugenden Verstärkungen, die der Patientin vermitteln, jetzt selbst der Experte zu sein. F+

ZA faßt den Lernerfolg noch einmal sehr schön auf der emotionalen Ebene zusammen und gibt gleichzeitig eine positive Perspektive im Umgang mit anfänglichen Übungsschwierigkeiten.

len. So, schräg, nicht gerade herein, nicht so, sondern so von oben. Die Borsten rollen sozusagen in die Zahnfleischfurche. Keine Borste kommt auf die Kaufläche rauf. So sieht das aus. Und nun ganz zum Schluß: abrollen. — Der Winkel stimmt nicht. Versuchen Sie das so vielleicht, das ist einfacher. Ja, nicht rauf und runter, sondern nach vorn und hinten. Sehr gut.

Am Anfang darf das Zahnfleisch ruhig etwas bluten, wenn es entzündet ist. Das soll Sie nicht daran hindern, trotzdem so zu putzen. Bitte nehmen Sie sich in der ersten Woche viel Zeit. Üben Sie das ganz systematisch im Laufe der Zeit. Wenn es zur Gewohnheit wird, sind 3–4 Minuten notwendig. Jetzt am Anfang sind es vielleicht 10 Minuten. Aber machen Sie das jetzt anders herum. Ja, so. Anders herum. Das muß man fast gefühlsmäßig machen. Zum Schluß ist es automatisch, daß Sie das richtig machen, ohne Spiegel. Gut, also. Die Bürste können Sie dann mitnehmen.

Wichtiger Hinweis auf ein irritierendes Ereignis, das möglicherweise auftreten kann. Hier ist die direkte Verhaltensanweisung sinnvoll.

Der ZA gibt Ausblick, was zu erwarten ist. Die Patientin fühlt sich verstanden, wenn der ZA nachempfinden kann, daß die ganze Prozedur zunächst ungewohnt ist und Zeit und Geduld verlangt. Dies nimmt sie leichter auf sich, wenn die Chance besteht, daß es bald einfacher und rascher gehen wird, zumal sie dann die „Garantie“ hat, daß ihre Pflege effektiv ist und weitere kariöse und parodontale Schäden weitgehend verhindert werden können.

A +

Der Zahnarzt bemüht sich, bei seiner Patientin eine Verhaltensänderung zu bewirken. Das Ziel ist Plaquefreiheit aufgrund einer angemessenen Bürsttechnik (mod. BASS-Methode) und der regelmäßigen Benutzung von Zahnseide. Folgerichtig werden beide Reinigungsmethoden und -ziele erläutert, demonstriert, von der Patientin geübt und vom Zahnarzt korrigiert. Die Patientin erscheint motiviert und weitgehend compliant.

Eine wirkliche, dauerhafte Verhaltensumstellung wird wahrscheinlich:

- a) wenn dem Zahnarzt die Ausgangslage der Patientin (Kenntnisse, emotionale Bewertungen und Handlungsgewohnheiten) bekannt ist, er also eine ausreichende Verhaltensanamnese gemacht und diese in Beziehung zum oralen Befund gesetzt hat;
- b) wenn er dementsprechend die Ziele richtig setzt: Wissensvermittlung, Fertigkeitstraining, Einstellungsveränderung oder Kombinationen davon;
- c) wenn pro Termin nur eine Reinigungstechnik erläutert, gezeigt und geübt wird (tell — show — do); gewöhnlich in der Reihenfolge: Zähne bürsten, Zahnseide benutzen, sonstige Hilfsmittel anwenden;
- d) wenn konkrete Übungsaufgaben für zu Hause bis zum nächsten Termin abgesprochen und evtl. protokolliert werden;
- e) wenn diese Aufgaben dann besprochen, kontrolliert und evtl. korrigiert werden. Auftretende Schwierigkeiten bei der häuslichen Umsetzung müssen partnerschaftlich besprochen werden;
- f) je mehr und geschickter der Zahnarzt die Patientin verstärkt und je besser das partnerschaftliche soziale Klima zwischen beiden ist, je wirksamer wird der Prozeß der Verhaltensänderung sein;
- g) wenn eine Aufnahme in einem Recall-System ermöglicht wird, um Fehler, die sich immer wieder einschleichen können, zu korrigieren (Sicherung des Langzeiterfolges).

7 Diskussion

Mit dieser Studie sollte abgeklärt werden, welche Kompetenzen der Zahnarzt neben seinem fachlich-medizinischen Wissen braucht, um erfolgreich Prophylaxeberatung bestreiten zu können. Dabei wurde von der Grundtatsache ausgegangen, daß speziell bei der Prophylaxearbeit in der zahnärztlichen Praxis die zahnmedizinisch-manuelle Seite deutlich zurücktritt und dafür die zahnmedizinisch-verbale Seite um so mehr Bedeutung gewinnt. Der Erfolg der Individualprophylaxe ist in jeder Phase unmittelbar abhängig von der Compliance (Mitarbeit) des Patienten; dem Aufbau und der Sicherung der Patientenkooperation kommt infolgedessen eine vorrangige Bedeutung zu, und sie haben im Vordergrund aller oralpräventiven Maßnahmen des Zahnarztes zu stehen. Prophylaxearbeit des Zahnarztes ist aus ihrem Wesen heraus eine „sprechende Zahnmedizin“.

Zur Herausarbeitung der entsprechenden Anforderungsstruktur für den Zahnarzt und dessen Mitarbeiter wurde in einem ersten Schritt der gegenwärtige Erkenntnisstand zur ärztlichen Gesundheitsberatungsforschung in groben Zügen dargestellt, um die wesentlichen Punkte für die Besonderheiten der zahnärztlichen Beratungssituation herauszuschälen zu können.

In einem zweiten Schritt wurden unter Verweis auf die einschlägige Fachliteratur der aktuelle Wissensstand zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontalerkrankungen in Erinnerung gebracht und darauf aufbauend geprüft, in welcher Weise **Beratungsziele** und **Beratungsmethoden** miteinander verbunden werden müssen. Dazu wurden sowohl in teilweiser Anlehnung an bereits vorhandene Konzepte als auch in Neuarbeit insgesamt 8 Skalen entwickelt, die eine systematische Erfassung und Beurteilung des oralprophylaktischen Interaktionsgeschehens ermöglichen sollen. Auf der Basis einer kleinen Stichprobe von präventiven Zahnarzt/Patienten-Gesprächen in insgesamt 6 Zahnarztpraxen bei 48 Patienten wurde dieses Skalenmodell angewandt und im Hinblick auf seinen Aussagewert überprüft.

7.1 Die Untersuchungsstichprobe und die Art der Untersuchung

Die Anlage und der Umfang der Untersuchungsstichprobe unterstreichen nachdrücklich den **orientierenden** Charakter dieses empirischen Forschungsteils: Im Mittelpunkt der ausgebreiteten Daten und Analysen zu den beobachteten Zahnarzt-Patient-Interaktionen stand zum einen die Frage, wie überhaupt die Struktur der prophylaktischen Beratungsarbeit in der zahnärztlichen Praxis beschaffen ist und zum anderen die Problemstellung, inwieweit das entwickelte Skalenmodell in der Lage ist, das Beratungsge-

schehen adäquat abzubilden. Abschätzungsversuche zur quantitativen Verteilung von oralprophylaktischen Beratungsprozessen und -effekten im Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland können auf der Basis des hier vorgelegten Materials keinesfalls vorgenommen werden. Die vorgestellten Analysen möchten ausschließlich einen Beitrag zu einem umfassenden Verständnis der **Problemstruktur** der Prophylaxearbeit liefern. Die entwickelten Rating-Skalen (Beurteilungsskalen) hatten in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die **qualitativen** Aspekte des Beobachtungsgeschehens in ein strukturiertes Messungsmodell zu überführen (vgl. hierzu grundsätzlich: *Bortz*, 1984, S. 118 ff).

Das gewählte Untersuchungsdesign brachte es mit sich, daß mit Videoaufzeichnungen aus Zahnarztpraxen gearbeitet wurde; die beobachteten prophylaktischen Beratungen wurden in der Form zur Grundlage der Analyse genommen, wie sie sich de facto ereigneten. Es handelte sich insofern um eine reine Feldstudie. Die Rahmenbedingungen, nach denen sich die Beratungsvorgänge gestalteten, wurden also **nicht** experimentell variiert (z. B. Prophylaxe mit der Beratungsmethode A in einer Gruppe versus Prophylaxe mit der Beratungsmethode B in einer Vergleichsgruppe). Daher kommen schon allein von den Randbedingungen her so unterschiedliche Daten zusammen, wie es die Inhalte und die Dauer der Prophylaxesitzungen widerspiegeln. Während als Minimum für die prophylaktische Beeinflussung ein Zahnarzt im Einzelfall mit eineinhalb Minuten und im Durchschnitt mit 7 Minuten pro Patient auskam, brachte es ein anderer Zahnarzt im Einzelfall auf 57 Minuten und im Durchschnitt auf 30 Minuten pro Patient.

Der Gesamtdurchschnitt für die Beratungsarbeit aller sechs Untersuchungszahnärzte lag bei den 48 protokollierten Patientenaufzeichnungen bei 17 Minuten.

Auch haben die Videoaufzeichnungen gezeigt, daß die Motivationslage der beobachteten Patienten, insbesondere aber auch ihr jeweiliger Oralstatus zum Zeitpunkt der Erhebung, sehr unterschiedlich gewesen sind. Eine **systematische** Kenntnis über die psychischen, sozialen und somatischen Gegebenheiten als „baseline“ konnte bei den Interaktionsanalysen nicht berücksichtigt werden. Insbesondere an Beratungsinhalten, verwendeten Prophylaxe-Maßnahmen und den eingesetzten Strategien zur Erreichung des Prophylaxezieles kam fast alles vor, was in den Prophylaxe-Lehrbüchern der 80er Jahre (*Hein* 1980; *Hellwege* 1984; *König* 1987; *Harris* und *Christen* 1987) empfohlen wurde. Diese Inhalte und Maßnahmen wurden in dieser Untersuchung nicht weiter analysiert, da sie bereits Gegenstand anderer Untersuchungen waren.

Auch der Einsatz und offensichtlich auch die Qualifikation von Zahnarzt-Helferinnen sowie das Gesamtverfahren im Praxisteam erschienen sehr unterschiedlich. Während in der Mehrzahl der Beobachtungsfälle die Helferinnen nicht aktiv in den Prophylaxeprozess eingeschaltet wurden, gab es auch dif-

ferenzierte Arbeitsteilungen, wobei die Helferinnen oft die Demonstration der richtigen Zahnpflegehilfsmittel und der Zahnpflegetechnik und -systematik übernahmen. Besonders das Team aus Praxis 4 ergänzte sich gut und schien bestens aufeinander eingespielt, wobei jeder Part die Teile übernahm, zu denen er/sie besonders geeignet waren. So leitete der Zahnarzt den Prophylaxe-Teil ein, erklärte die Diagnose sowie die Ätiologie der Erkrankungen und betonte die große Bedeutung der Selbstpflege. Die eigentlichen Pflegeanleitungen führte oft psychologisch hervorragend die Helferin durch. Vor allem verstand sie es, ihre größere soziale Nähe zu vielen Patienten zu einer wirklich guten, engeren Beziehung noch dadurch auszubauen, daß sie Dialoge über deren persönliche Situationen (und Pflegehindernisse) gestalten konnte. Dabei ging sie überwiegend „nicht-wertend“ vor und verstärkte erfolgreiche Ansätze der Patienten. Zum Abschluß überzeugte sich der Zahnarzt, was der Patient in dieser Sitzung neu hinzugelernt und wirklich begriffen und geübt hatte. Wenn nötig, wiederholte oder präziserte er einige Sachverhalte und gab einen Ausblick auf den weiteren Behandlungsablauf.

Die großen Unterschiede in Aufbau, Dauer, inhaltlicher Ausgestaltung und im strategischen Vorgehen der Prophylaxe-Sitzungen hatten für diese Untersuchung zur Folge, daß Forschungsmethoden entwickelt bzw. adaptiert werden mußten, die dieses breite Spektrum von Beeinflussungsversuchen einigermaßen gut erfassen und skalenmäßig abbilden konnten.

7.2 Bewertung der verwendeten Untersuchungsmethoden

Als Untersuchungsmethoden zur Analyse der Beratungsprozesse im Rahmen von zahnärztlichen Prophylaxe-Sitzungen wurden Video-Aufzeichnungen solcher Interaktionen und deren Analyse mit 8 Rating-Skalen sowie einem Gesamteinschätzungsbogen (vgl. Kap. 5) ausgewählt.

Vorteil des Aufzeichnens der Zahnarzt-Patient-Interaktionen war die Wiederholbarkeit der zu beurteilenden Aufzeichnungen, die Möglichkeiten für Textabschriften (s. Kap. 6.4) und daß die Bänder (im Prinzip) von beliebig vielen Beurteilern beliebig oft eingeschätzt werden konnten.

Nachteilig war, daß nicht stets die gesamte Zahnarzt-/ bzw. Helferin-Patient-Interaktion aufgezeichnet wurde, so daß dadurch zumindest bei der Beurteilung der Skala A (Gliederung — Strukturierung) wiederholt Schwierigkeiten entstanden, da es bei dieser Skala insbesondere auf den Beginn und den Abschluß der Interaktion ankam.

So kann ein Teil der nicht sehr hohen Beurteiler-Übereinstimmung (s. Kap. 6.1) auf der Skala A mit Sicherheit auf die Unzulänglichkeiten der Video-Mitschnitte zurückgeführt werden.

Die Konzeption der Skalenentwicklung wurde ausführlich in Kapitel 5, die Beurteilung der Skalengüte und Beurteiler-Übereinstimmung in Kapitel 6.1 vorgenommen. Die Resultate wurden auch dort im Zusammenhang diskutiert.

Insgesamt hatten sich die Skalen für solche und ähnliche Forschungsvorhaben als brauchbar erwiesen. Die Beobachtungen könnten sicherer gestaltet werden, wenn

- stets vollständige Arzt-Patient-Interaktionen aufgezeichnet werden
- die Inhalte der Interaktionen homogener sein würden (z. B. nur Zahnpflegedemonstrationen)
- die komplexen Skalen (vor allem E: Einbindung des Patienten) vereinfacht oder geteilt werden würden
- ein gründlicheres und längeres Beurteiler-Training erfolgen würde
- nur eine oder zwei Skalen in einem Durchgang beurteilt werden müßten (vgl. Kap. 6.1).

Damit liegt nun ein Instrument und erste Erfahrungen mit diesem Instrument vor, das auch zukünftig sowohl bei Forschungsprojekten zur Kommunikationsgestaltung und -beurteilung bzw. bei Analysen zur (Zahn-)Arzt-Patient-Beziehung als auch zu Trainingszwecken in der Aus- und Fortbildung von Studenten und Zahnärzten eingesetzt werden kann.

Gerade für Unterrichts- und Trainingszwecke in der Schulung zur zahnmedizinischen Prophylaxe scheint der „Beurteilungsbogen für jeden Patienten“ (vgl. Kap. 5.3.7 und Kap. 6.3) geeignet. Durch sein Minimum an Fragen zum Prophylaxe-Vorgehen ist leicht erkennbar, welche für einen Einstellungs- und Verhaltensänderungsprozeß notwendigen Bestandteile bzw. Voraussetzungen er bei seinem derzeitigen Trainingsstadium beherrscht und welche noch nicht.

In dieser Untersuchung hatte dieser Beurteilungsbogen den Zweck, die Beurteiler zum einen auf die essentiellen Bedingungen für eine zu erzielende Verhaltensänderung hinzuweisen (Verhaltensanalyse, Kenntnisvermittlung, Fertigkeitstraining, soziales Klima zwischen den Interaktionspartnern, Beurteilung der Erfolgswahrscheinlichkeit aufgrund der vorgenannten Punkte sowie Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu geben), zum anderen die Beurteiler nach den Detaillergebnissen der Interaktionsbeurteilungen mittels der Skalen noch einmal zu einer Gesamtbeurteilung der präventionsstrategisch wichtigsten Punkte zu veranlassen.

Zum Beispiel wurde an dieser Stelle klar, daß auch ausgezeichnete Werte in den kognitiven Beurteilungsskalen nicht unbedingt zu einer Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung führen dürften, wenn z. B. der persönliche Bezug fehlt und/oder das soziale Klima zwischen den Interaktionspartnern nicht stimmt. Hieraus wird auch ersichtbar, daß es nicht ausreichen würde, nur einige der verwendeten Skalen zur Prozeßbeurteilung zu verwenden. Es würde sich kein vollständiges Bild ergeben.

Auch die in Kapitel 6.4 angewandte Methode des Skaleneinsatzes im Rahmen der Beurteilung von niedergeschriebenen Interaktionsprotokollen zeigt eine weitere Art auf, wie hiermit sinnvoll — vor allem auch wieder in der Schulung — umgegangen werden kann.

Natürlich sind auch andere Beobachtungs- und Beurteilungsverfahren bei solchen und ähnlichen Kommunikations- und Interaktionsanalysen denkbar. Besonders interessant wäre natürlich die direkte Messung des Einflusses der prophylaktischen Bemühungen des Zahnarztes. Also die Untersuchung der Frage: Inwieweit bewirkt die zahnärztliche Mundgesundheitsberatung nicht nur eine Kenntnisvermehrung, sondern vor allem auch eine konkrete Einstellungsveränderung zu einer größeren Anerkennung der Eigenverantwortlichkeit der Mundgesundheit beim Patienten?

Um den **faktischen** Erfolg der Mundgesundheitsberatung beim Patienten festzustellen, wäre also ein erweitertes (z. B. Längsschnittbetrachtung) Untersuchungsdesign notwendig gewesen.

7.3 Die Ergebnisse im Modell

Versucht man, das oben Gesagte in eine grafische Übersicht zu bringen, so ergibt sich folgendes Schema (vgl. Abb. 8). Als Arbeitsrahmen der zahnärztlichen Bemühungen zur Mundgesundheitsberatung des Patienten stellt sich die Arzt-Patient-Beziehung dar. Der **Führungsstil des Zahnarztes** (autoritär, partnerschaftlich, laissez-faire) und die **psychische** (Fähigkeitsdefizite, Durchführungsdefizite im Hinblick auf das Mundgesundheitsverhalten), die **soziale** (Familiensituation, Bezugsgruppen des Patienten, soziale Schichtzugehörigkeit) und die **somatische** (Oralstatus) **Ausgangslage des einzelnen Patienten** bestimmen die Beziehungsgestalt und den inhaltlichen Beratungsbedarf. Die Beratungsarbeit selbst findet sowohl auf der Sachebene (**kognitive Einwirkung**) als auch auf der sozio-emotionalen Ebene (**emotionale Einwirkung**) statt. Das Arbeitsverständnis des Zahnarztes wird durch seine beruflichen Ausbildungsschwerpunkte, seinen organisatorischen Arbeitsrahmen (personelle Struktur, Praxisgröße, Praxistyp usw.) und die gesundheitspolitischen Prioritäten (Eigenarten des zahnmedizinischen Versorgungssystems) geprägt. Aufgrund der Tatsache, daß sowohl der (Zahn-)Arzt als auch der Patient in einem übergreifenden gesellschaftlich-kulturellen Kontext stehen — der Einfluß auf das Arzt- und Patientenverständnis hat —, ist zu berücksichtigen, daß die obengenannten Punkte ebenfalls durch die sozio-kulturellen Rahmenbedingungen beeinflusst sind (vgl. *Parsons*, 1970).

7.4 Zusammenfassung

Die Studie hat gezeigt, daß das Wissen für wirksame Mundgesundheitsberatungen vorhanden ist. Kenntnisse der derzeitigen Präventionstechnik allein reichen aber bei weitem nicht aus, die notwendige „Einsicht“ und das dazu

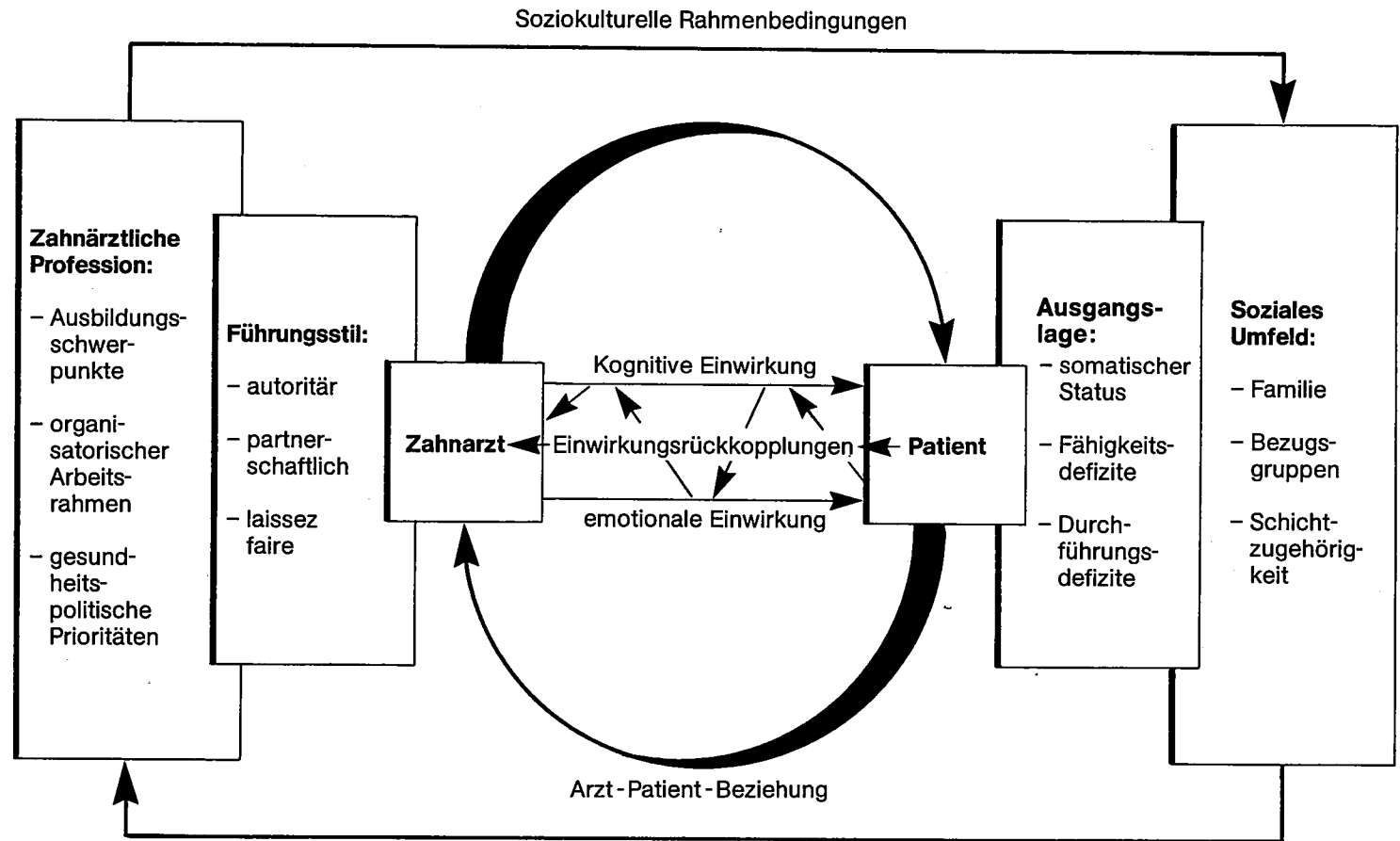


Abb. 8: Strukturmodell zur Mundgesundheitsberatung (IDZ, 1990)

notwendige Verhalten beim Patienten zu initiieren. **Voraussetzungen für einen positiven Veränderungsprozeß beim Patienten** sind:

1. Weckung des Bedürfnisses, mehr über seinen oralen Zustand und seine Einflußmöglichkeiten zu erfahren;
2. Feststellung der konkreten bisherigen Pflegebemühungen des Patienten und des daraus resultierenden (Miß-)Erfolges in der Krankheitsbekämpfung;
3. Analyse des Vorliegens eines Fähigkeits- oder eines Durchführungsdefizites mit entsprechender Interventionsplanung: Wissensvermittlung; Fertigkeitstraining; Motivationsanalyse und -förderung;
4. Auf den einzelnen Patienten bezogene und problemorientierte Durchführung der notwendigen Maßnahmen. Was „problemorientiert“ bedeutet, wurde im theoretischen Teil (Kap. 3 und Kap. 4) und bei der Skalenentwicklung (Kap. 5), aber auch in den positiven Beispielen im Ergebnisteil (z. B. Kap. 6.4) beschrieben. „Problemorientiert“ bezieht sich hier auf die Art der Durchführung, z. B. stufenweises Vorgehen; konkrete häusliche Übungen mit Erfolgskontrollen; richtiger Verstärkereinsatz etc. Effektivität kann gemessen werden am Grad des Erfolges, nämlich der konkreten Verbesserung des Mundpflegezustandes des Patienten;
5. Neben der effektiven Fähigkeitsvermittlung spielt für den Beratungsprozeß und den Beratungserfolg das soziale Klima in der Dreiecksbeziehung Zahnarzt—Helferin—Patient eine ausschlaggebende Rolle. Autoritär-dirigistische Vorgehensweisen bewirken nur in den allerseltensten Fällen etwas. Wichtig ist der persönliche Kontakt, die persönliche Kenntnis der individuellen Lage und der Hemmnisse und die geschickte Einbeziehung des Patienten in den gesamten Beratungsprozeß;
6. Insbesondere der Einbezug der individuellen Lage bedeutet, daß das soziale Umfeld (Familie, Arbeitsplatz usw.) des Patienten ausreichend verstanden wird, um mögliche Hemmnisse bei der Verhaltensänderung abschätzen zu können. Bei Kindern ist die Einflußnahme auf die Familiengruppe (soweit möglich) die entscheidende Voraussetzung, um Änderungen im kindlichen Mundgesundheitsverhalten zu stabilisieren;
7. Trotz partnerschaftlichen Begegnens und gemeinschaftlichen Aushandelns der Ziele und Methoden ist bei den Patienten eine „Kontrolle“ ihrer neuerworbenen Fähigkeiten sinnvoll. Hat der Patient nach einiger Zeit optimierter Mundpflege ein Gefühl für das plaquefreie Gebiß entwickelt und ist er in der Lage, dies selbst zu kontrollieren, ist die Schlacht gewonnen: der Patient — ein erfolgreicher Prophylaxe-Patient, der seinem Zahnarzt dankbar ist und ihn als echten Berater und Partner in Sachen Mundpflege ansieht.

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1:	Die vier Grundvoraussetzungen für die Entstehung kariöser Läsionen	36
Abb. 2:	Die vier Grundvoraussetzungen für die Entstehung parodontaler Läsionen	37
Abb. 3:	Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht — ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation	62
Abb. 4:	„Einfachheit“ und sein Gegenspieler „Kompliziertheit“ stellen sich vor	64
Abb. 5:	„Gliederung—Ordnung“ und sein Gegenspieler „Unübersichtlichkeit“ stellen sich vor	65
Abb. 6:	„Kürze, Prägnanz“ und sein Gegenspieler „Weitschweifigkeit“ stellen sich vor	66
Abb. 7:	„Zusätzliche Stimulanz“ und sein Gegenspieler „Keine zusätzliche Stimulanz“ stellen sich vor	67
Abb. 8:	Strukturmodell zur Mundgesundheitsberatung	168

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht über die ursächlichen Faktoren im Kariesprozeß mit den entsprechenden Möglichkeiten, in die Vorgänge hemmend einzugreifen	38
Tabelle 2:	Die obligaten Ursachen der Parodontitis und Möglichkeiten der Prävention	39
Tabelle 3:	Verschiedene Defizite erfordern unterschiedliche Interventionen	51
Tabelle 4:	Beispiel für eine Sequenzliste eines Videobandes	58
Tabelle 5:	Übersicht über die zu bewertenden Video-Sequenzen	60
Tabelle 6:	Feinziele beim prophylaktischen Vorgehen	61
Tabelle 7:	Beurteilungsübereinstimmung (in Prozent)	101
Tabelle 8:	Beurteilerübereinstimmung aufgrund von Korrelationsberechnungen und Friedman-Tests	106
Tabelle 9:	Skala A Gliederung — Strukturierung Mittelwerte der Beurteiler I — IV für alle Filmsequenzen ...	108
Tabelle 10:	Skala B Einfachheit — Verständlichkeit Mittelwerte der Beurteiler I — IV für alle Filmsequenzen ...	112
Tabelle 11:	Skala C Prägnanz — Kürze Mittelwerte der Beurteiler I — IV für alle Filmsequenzen ...	114
Tabelle 12:	Skala D Medieneinsatz — Stimulierende Hilfsmittel Mittelwerte der Beurteiler I — IV für alle Filmsequenzen ...	116
Tabelle 13:	Skala E Einbindung des Patienten Mittelwerte der Beurteiler I — IV für alle Filmsequenzen ...	117

Tabelle 14:	Skala F Verstärkung Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen ...	120
Tabelle 15:	Skala G Umgang mit Problemsituationen: Vorkommen und Beurteilungen der 13 Sequenzen, auf denen die Skala G angewandt werden konnte	121
Tabelle 16:	Skala H Beteiligung des Patienten Mittelwerte der Beurteiler I–IV für alle Filmsequenzen sowie die Anteile der eher „passiven“ Patienten	123

ANHANG

A 5.1 Beurteilungsrichtlinien

- 1) Die Bänder bitte in der jeweils vorgesehenen Reihenfolge beurteilen.
- 2) Immer erst die Skalen A – D, in einem weiteren Durchgang die Skalen E – H beurteilen.
- 3) Vor und nach einem Beurteilungsdurchgang bitte die Skalen-Langfassungen in Erinnerung rufen (= lesen); beim Raten die Kurzfassungen verwenden.
- 4) Sie sollten jeweils konkret festmachen können, warum Sie eine bestimmte Wertung geben.
- 5) Wenn Sie sich auf einer der zu beurteilenden Skalen nicht sicher sind, bitte noch einmal ins Band gucken.
- 6) Nicht beim Sehen nebenbei raten! Nach dem Sequenzende das Gerät bitte immer stoppen, dann in Ruhe raten.
- 7) Vor neuer Sequenz: bitte das Band immer bis vor die Ansage zurückspulen, damit man den meist bedeutsamen Anfang mitbekommt.
- 8) Bitte bei der Bewertungsarbeit nicht ablenken oder stören lassen!

	Rater-Reihenfolge							
	Beurteiler				Datum der Beurteilung			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Video 1	2	1	2	1	4.6.			
Video 5	1	2	1	2	3.6.			
Video 3	3	6	5	4				
Video 6	4	5	6	3				
Video 2	5	4	3	6				
Video 4	6	3	4	5				

Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	1.9	1.4	2.7	3.3	2.7	3.2	2.7
II	3.4	1.8	2.6	3.4	3.2	3.1	3.3
III	3.3	2.7	2.4	3.8	3.3	3.1	2.8
IV	4.2	3.3	1.9	3.9	3.2	3.2	3.0
Chi ²	39.0**	44.5**	21.2**	17.2**	15.0**	4.4	18.7**
I-II	2.35*	1.07	2.50*	1.08	-0.39	2.80**	0.56
I-III	1.48	-0.05	1.14	-0.94	-0.72	-0.63	1.89
I-IV	1.41	2.22*	0.10	1.10	1.18	2.91**	2.05*
II-III	1.27	0.40	1.63	-0.36	0.42	2.57**	2.40*
II-IV	1.68	0.86	0.38	1.87	2.68**	2.80**	2.98**
III-IV	0.10	0.48	2.02*	1.11	-0.75	-0.63	3.08**

Legende:

oberer Teil: Mittelwerte der Beurteilungen aller Sequenzen von Video 1 und aller Skalen (A-H) durch die verschiedenen Beurteiler (I-IV)

mittlerer Teil: Chi-Quadrat-Werte nach dem Friedman-Test mit Signifikanzangaben (* = die Einschätzungen der 4 Beurteiler unterscheiden sich signifikant auf dem 5%-Niveau ($X^2 \geq 7.815$) voneinander; ** = die Einschätzungen der 4 Beurteiler unterscheiden sich sehr signifikant auf dem 1%-Niveau ($X^2 \geq 11.34$) voneinander)

unterer Teil: Korrigierte Z-Werte nach dem Spearman-Rang-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang der Beurteilungsergebnisse jeweils zweier Beurteiler (I und II sind zahnärztliche Beurteiler, III und IV sind psychologische Beurteiler; * = signifikant auf dem 5%-Niveau ($Z = 1.95$); ** = signifikant auf dem 1%-Niveau ($Z = 2.58$))

Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	3.9	1.9	2.4	3.4	2.1	2.2	2.0
II	3.6	2.2	1.9	3.7	3.4	3.0	3.1
III	3.6	1.3	2.1	3.7	3.4	3.0	2.4
IV	3.5	2.2	2.6	3.6	2.1	2.5	2.6
Chi ²	3.36	14.07**	10.47*	3.92	15.40**	3.32	3.00
I-II	0.89	1.64	1.56	1.85	0.93	2.03*	0.95
I-III	0.76	1.51	-0.87	1.34	1.16	1.33	1.38
I-IV	1.65	1.71	1.84	2.22**	1.87	2.14*	1.62
II-III	0.93	0.97	0.28	2.03*	0.70	1.25	1.16
II-IV	1.80	1.96*	1.76	1.92	1.61	1.95	1.45
III-IV	1.58	1.27	0.87	1.62	1.32	1.15	1.26

Tabelle A 6.3: Mittelwerte, Chi-Quadrat-Werte und korrigierte Z-Werte der Sequenzbeurteilungen von Video 3 (Einzelheiten s. Legende zu Tab. A 6.1)							
Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	2.8	2.3	1.7	4.1	2.9	3.1	2.9
II	4.3	3.9	1.6	4.3	4.0	3.0	2.7
III	3.4	2.0	2.0	4.0	3.7	3.9	3.1
IV	3.6	3.1	1.9	4.1	4.3	3.4	3.3
Chi ²	6.28	12.08**	3.57	4.44	16.14**	11.65**	6.67
I-II	0.12	0.68	1.50	1.50	2.04*	1.99*	1.58
I-III	0.89	1.50	1.50	1.25	0.86	-2.45	1.67
I-IV	2.15*	1.00	2.16*	2.05*	2.04*	-1.06	0.63
II-III	-1.29	1.20	1.25	1.50	1.51	1.99*	1.51
II-IV	0.69	1.04	1.50	1.91	2.45*	1.36	0.98
III-IV	-0.30	1.10	1.50	1.05	1.51	1.06	-0.43

Tabelle A 6.4: Mittelwerte, Chi-Quadrat-Werte und korrigierte Z-Werte der Sequenzbeurteilungen von Video 4 (Einzelheiten s. Legende zu Tab. A 6.1)							
Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	1.3	1.6	3.0	3.1	1.3	1.3	1.5
II	2.7	1.5	3.0	3.1	3.2	3.0	2.7
III	3.2	1.0	3.0	3.6	2.4	2.9	2.5
IV	2.3	1.4	3.0	3.2	1.9	2.3	1.7
Chi ²	28.30**	16.14**	1.80	9.50*	32.40**	35.02**	32.66**
I-II	0.95	2.35*	2.67**	-0.77	-0.99	1.83	1.51
I-III	-0.70	2.16*	-1.40	-1.96	2.63**	1.58	2.34*
I-IV	1.33	2.26*	-1.40	-1.17	2.28*	1.59	2.23*
II-III	1.38	2.30*	2.94**	0.36	-0.42	2.01*	1.77
II-IV	0.62	2.51*	2.94**	0.36	-0.35	1.35	1.38
III-IV	0.46	2.18*	3.61**	1.40	3.09**	2.10*	2.17*

Tabelle A 6.5: Mittelwerte, Chi-Quadrat-Werte und korrigierte Z-Werte der Sequenzbeurteilungen von Video 5 (Einzelheiten s. Legende zu Tab. A 6.1)							
Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	1.2	1.5	3.0	3.2	2.4	2.9	2.4
II	2.3	1.6	2.8	3.1	2.9	2.8	2.7
III	2.6	2.1	3.0	3.0	2.4	2.7	2.6
IV	1.9	1.5	2.7	3.3	2.3	2.6	2.5
Chi ²	31.31**	13.20**	7.73	5.25	14.42**	7.06	7.09
I-II	-0.13	-0.17	1.68	-0.97	0.19	0.17	2.66**
I-III	0.46	1.78	3.03**	3.03**	-1.60	0.84	3.35**
I-IV	2.11*	-0.25	0.71	-1.34	1.46	1.86	3.68**
II-III	-0.04	-0.10	2.44*	3.26**	0.95	1.12	2.27*
II-IV	0.55	0.20	2.80**	1.32	1.65	1.03	2.57*
III-IV	0.43	-0.98	2.60**	2.86**	0.50	1.81	3.57**

Tabelle A 6.6: Mittelwerte, Chi-Quadrat-Werte und korrigierte Z-Werte der Sequenzbeurteilungen von Video 6 (Einzelheiten s. Legende zu Tab. A 6.1)							
Beurteiler \ Skalen	A	B	C	D	E	F	H
I	1.9	1.5	3.3	3.2	2.4	2.7	2.7
II	2.6	1.6	3.1	3.4	3.0	2.0	3.0
III	2.9	1.1	3.3	3.6	2.6	3.0	2.5
IV	2.5	1.5	3.4	3.8	2.6	2.7	2.6
Chi ²	19.15**	10.08*	5.74	11.36**	18.56**	42.84**	11.84**
I-II	-0.24	-0.95	1.71	-0.83	2.89**	2.92**	3.49**
I-III	-0.16	0.57	0.35	-1.46	2.70**	1.50	2.79**
I-IV	2.12*	2.79**	0.55	0.34	2.50*	2.28*	3.69**
II-III	-0.88	-0.44	-0.05	-0.08	2.38*	3.42**	3.41**
II-IV	0.11	-0.55	1.45	-0.67	1.87	2.82**	3.69**
III-IV	2.32*	1.91	1.05	3.10**	1.74	2.15*	2.61**

Literaturverzeichnis

- Asendorpf, J., Wallbott, H. G.*: Maß der Beobachter-Übereinstimmung. Ein systematischer Vergleich. Zeitschr f Sozialpsych 10, 1979, S. 243—252
- Bauch, J.*: Zahngesundheitserziehung für Kleinkinder. Köln, 1987
- Basler, H. D., Florin, I. (Hrsg.)*: Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart, 1985
- Beck, K.*: Die empirischen Grundlagen der Unterrichtsforschung. Göttingen, 1987
- Becker, H.*: Compliance und subjektive Krankheitstheorie des Patienten. Dtsch Ärztebl 50, 1983, S. 25—28
- Bengel, J., Koch, U., Brühne-Scharlau, Ch.*, mit Beiträgen von *Ballstaedt, C., Bengel, J., Brühne-Scharlau, Ch., Franke, B., Koch, U., Merz, J., Schwartz, F. W., Siegrist, B., Versteegen, U., Zielke, M.*: Gesundheitsberatung durch Ärzte. ZI (Hrsg.) Köln, 1988
- Bierhoff, H.-W.*: Personenwahrnehmung. Berlin, 1986
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J.*: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart, 1979
- Bijou, S. W., Peterson, R. F., Ault, M. H.*: A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. J. Appl. Beh. Anal. 1, 1968, S. 175—191
- Bijou, S. W., Peterson, R. F., Harris, F. R., Allen, K. E., Johnston, M. S.*: Methodology for experimental studies of young children in natural settings. Psychol. Rec., 19, 1969, S. 177—210
- Bommert H.*: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, 1977
- Bortz, J.*: Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin, 1984
- Bortz, J.*: Lehrbuch der Statistik. Berlin, 1985 (2. Aufl.)
- Bourmer, H., Kreuter, H., Schlauß, H.-J.*: Ärztliche Gesundheitsberatung. Leistungen und Abrechnungsmöglichkeiten. Dtsch Ärztebl 49, 1985, S. 3675—3680
- Büttner, W., Hötzel, D., Ketterl, W., König, K., Marthaler, T. M., Bulk, W., Ebenbeck, G., Kling-Steines, Schatz*: Zahnmedizinische Prophylaxe. Epidemiologie und Ätiologie der Karies. Kollektive und individuelle Prophylaxemöglichkeiten. AOK. WldO-Schriftenreihe, Bd. 4, 1979
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens — Ausgabe 1985, Band 154. Stuttgart, 1985
- Bower, G. H., Hilgard, E. R.*: Theories of learning. Englewood Cliffs, N. J., 1981
- Chambers, D. W., Abrams, R. G.*: Dental Communication. Norwalk, Connecticut, 1986
- Christen, A. G., Spencer, P. R.*: Principles of Oral Health Education. In: Harris, N. O., Christen, A. G. (Eds.) Primary Preventive Dentistry. 1987, S. 409—428
- Cobb, J. A.*: The relationship of discrete classroom behaviors of fourth-grade academic achievement. Journal of Educational Psychology, 63, 1972, S. 74—80
- Davison, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München, Wien, Baltimore, 1988 (3. Aufl.)
- DiMatteo, M. R., DiNicola, D. D.*: Achieving Patient Compliance. New York, 1982
- Feger, H.*: Planung und Bewertung von wissenschaftlichen Beobachtungen. In: Feger, H., Bredenkamp, J. (Hrsg.): Datenerhebung. Enzyklopädie der Psychologie. Bd. II, 4, S. 1—75. Göttingen, 1982

- Feger, H., Graumann, C. F.*: Beobachtung und Beschreibung von Erleben und Verhalten. In: Feger, H., Bredenkamp, J. (Hrsg.): Datenerhebung. Enzyklopädie der Psychologie. Bd. I, S. 76—134, Göttingen, 1983
- Ferber, L. v.*: Die Sprachsoziologie als eine Forschungsmethode in der Medizinsoziologie. In: Handbuch der Sozialmedizin. Hrsg. von Blohmke, M., Ferber, Ch. v., Kisker, K.-O., Schaefer, H., Stuttgart, 1975
- Festinger, L.*: Theorie der kognitiven Dissonanz. Bonn, 1978
- Fittkau, B., Müller-Wolf, H.-M., Schulz von Thun, F.*: Kommunizieren lernen (und umlernen). Braunschweig, 1983 (3. Aufl.)
- Fliegel, St., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H.*: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch. München, 1989 (2. Aufl.)
- Foppa, K.*: Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln, 1966
- Gauert, U., Englisch, U.*: Kurzberatung. Diplomarbeit. TU Braunschweig, 1985
- Girardi, M. R., Micheelis, W.*: Zur subjektiven Bedeutung der Mundgesundheit. IDZ-Information, Nr. 2/88
- Gordon, T.*: Die Familien-Konferenz. Hamburg, 1982
- Grawe, K.*: Verhaltenstherapie in Gruppen. München, 1980
- Harris, N. O., Christen, A. G. (Eds.)*: Primary Preventive Dentistry. Norwalk, Con. 1987 (2. ed.)
- Hartmann, F.*: Patient, Arzt und Medizin. Göttingen, 1984
- Hasemann, K.*: Verhaltensbeobachtung und Ratingverfahren. In: Groffmann, K.-J., Michel, L. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Bd. II, 4, S. 434—488. Göttingen, 1983
- Hasenbring, M., Ahrens, St.*: Zur Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Psychother. med. Psychol. 36, 1986, S. 274—283
- Heim, E., Willi, J.*: Psychosoziale Medizin. 2. Klinik und Praxis. Berlin 1986
- Hein, W. W. V.*: Mundhygiene. Prophylaxe der Karies und Parodontal-Erkrankungen. Berlin 1980
- Hellwege, K.-D.*: Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe. Heidelberg, 1984
- Hendriks, J.*: Motivationskonzepte — ihre Bedeutung für die zahnmedizinische Prävention. Zahnmed. Dissertation. Med. Hochschule Hannover, 1990
- Henkelmann, T., Karpf, D.*: Zehn Thesen zur gegenwärtigen Gesundheitserziehung. Ärztebl Baden-Württemberg 37, 9/1982, S. 404—408
- Herschbach, L. et al.*: Die Therapeut/Klient-Beziehung. Salzburg, 1980
- Holland, J. G., Skinner, B. F.*: Analyse des Verhaltens. München, Berlin, Wien, 1974 (2. Aufl.)
- Holsti, D. R.*: Content analysis for the social sciences and humanities. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1969
- Holzinger, W.*: Prophylaxefibel. München, 1985 (4. Aufl.)
- Horn, K., Beier, Ch., Kraft-Krumm, D.*: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Opladen, 1984
- IDZ*: Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen. IDZ (Hrsg.) unveröffentlichtes Manuskript, Köln, 1986
- Ingersoll, B. D.*: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Berlin, 1987
- Ischi, N.*: Methodologische Probleme systematischer Verhaltensbeobachtung im Feld. In: Patry, J.-L. (Hrsg.): Feldforschung. Methoden und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen. Bern, 1982
- Iwata, B. A., Becksfors, C. M.*: Behavioral research in preventive dentistry: Educational and contingency management approaches to the problem of patient compliance. J of Applied Behavior Analyses 14, 1981, S. 111—120
- Jork, K.*: Gesundheitsberatung. Münch med Wschr 127, Nr. 12, 1985, S. 274—278

- Kanfer, F. H., Philipps, J. S.*: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, 1975
- König, K.*: Karies und Parodontopathien. Stuttgart, 1987
- König, K., Lamers, A.*: Individuelle Prophylaxe in der zahnärztlichen Praxis zur Verhütung von Karies und Parodontopathien. München, Wien, 1982
- Kühner, M., Schneller, Th.*: Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientenmitarbeit. In: Schneller, Th., Kühner, M. (Hrsg.): Mitarbeit des Patienten in der Zahnheilkunde. Aspekte der Complianceforschung. Köln, 1989, S. 126—143
- Lamprecht, F.*: Arzt, Patient und Krankheit. Z Allg Med 55, 1979, S. 1837—1846
- Langer, I., Schulz von Thun, F., Tausch, R.*: Verständlichkeit in Schule, Verwaltung, Politik und Wissenschaft. München, 1974
- Ley, P.*: Memory for medical information. British Journal of Social and Clinical Psychology 18, 1979, S. 245—256
- Ley, P.*: Communication variables in health education. Health Education Council Monographs. London, 1980
- Ley, P.*: Patient's understanding and recall. In: Pendleton, D., Hasler, J. (Eds.): Doctor-patient-communication. Academic Press. London, 1983, S. 89—107
- Lienert, G. A.*: Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Meisenheim am Glan, 1978 (2. Aufl.)
- Linden, M.*: Ärztliche Gesprächsführung. Leitfaden für die Praxis. Aktuelles Wissen. Hoechst AG, 1983
- Linden, M.*: Compliance. In: Grundlagen der Arzneimitteltherapie. Hrsg. von Dölle, W., Müller-Oerlinghausen, B., Schwabe, U.: Bibliographisches Institut Mannheim, 1986, S. 324—330
- Lytton, H.*: Parent-Child interaction. Plenum Press. New York & London, 1980
- Manns, M., Schultze, J., Herrmann, C., Westmeyer, H.*: Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik. Salzburg, 1987
- Mees, U.*: Methodologische Probleme der Verhaltensbeobachtung in der natürlichen Umgebung: I. Zuverlässigkeit und Generalisierbarkeit von Beobachtungsdaten. In: Mees, U., Selg, H. (Hrsg.): Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation. Stuttgart, 1977, S. 43—65
- Micheelis, W.*: Patienten-Compliance. In: Die zahnärztliche Versorgung. Hilger, R., Jung, T., Spranger, H. (Hrsg.) Heidelberg, 1984, S. 200—204
- Micheelis, W.*: Mundgesundheitsberatung: Wie stark ist der Zahnarzt beansprucht? In: Zahnärztliche Mitteilungen 16/86, S. 1750—1753
- Micheelis, W.*: Einführung in die Compliance-Problematik. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. 44, Heft 4, 1989; S. 217—220
- Micheelis, W., Schneller, Th.*: Oralprävention. In: Allhoff, P. G., Flatten, G., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch der Prävention. Berlin, 1990
- Miltner, W., Birbaumer, N., Gerber, W. D.*: Verhaltensmedizin. Berlin 1986
- Mühlemann, H.*: Einführung in die orale Präventivmedizin. Stuttgart, 1974
- Naujoks, R.*: Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung. Internationaler Vergleich und Ausblick. ZWR 94, 1985, S. 714—719
- Neuberger, O.*: Das Mitarbeitergespräch. Goch, 1980
- Parsons, T.*: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, R., Tönnemann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Köln und Opladen, 1970, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 1958, S. 10—57
- Pendleton, D., Hasler, J.*: Doctor-Patient-Communication. London, 1983
- Peters, S. (Hrsg.)*: Prophylaxe. Ein Leitfaden für die zahnärztliche Praxis. Berlin, 1978
- Pflanz, M.*: Epidemiologie und Präventivmedizin. Dtsch Ärztebl 68, 1971, S. 467—474

- Potthoff, P.:* Psychosoziale Entwicklung. In: Medizinische Psychologie. Hrsg. von Rosemeier. Stuttgart, 1978, S. 278—305
- Preiser, S.:* Personwahrnehmung und Beurteilung. Darmstadt, 1979
- Pudel, V.:* Praxis der Ernährungsberatung. Berlin, Heidelberg, 1985
- Raith, E., Ebenbeck, G.:* Psychologie für die zahnärztliche Praxis. Stuttgart, 1986
- Renggli, H. H., Mühlemann, H. R., Rateitschak, K. H.:* Parodontologie. Stuttgart, New York, 1984 (3. überarb. u. erw. Aufl.)
- Rogers, C. R.:* Die Klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy. Frankfurt, 1983
- Rogers, C. R.:* Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt, 1985
- Schaefer, H., Blohmke, M.:* Sozialmedizin. Stuttgart, 1978
- Schlierf, G., Oster, P., Mordasini, R.,* unter Mitarbeit von Petzold, E., Feist, D., Rüttgers, H., Lorenz, U.: Risikofaktoren. Köln, 1979
- Schneller, Th.:* Soziale Lernprozesse in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. In: Tewes, U. (Hrsg.): Medizinische Psychologie. Bd. 1. Psychologische Konzepte für die Medizin. Stuttgart, 1978, S. 81—109
- Schneller, Th., Fleischer-Peters, A. (Hrsg.):* Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnmedizin. Frankfurt, 1985
- Schneller, Th., Kühner, M.:* Psychologische Grundlagen zur Verbesserung der Patientenmitarbeit. In: Schneller, Th., Kühner, M. (Hrsg.): Mitarbeit des Patienten in der Zahnheilkunde. Aspekte der Compliance-Forschung. Köln, 1989, S. 144—167
- Schneller, Th., Kühner, M. (Hrsg.):* Mitarbeit des Patienten in der Zahnheilkunde. Aspekte der Compliance-Forschung. Köln, 1989
- Schneller, Th., Bauer, R., Micheelis, W.:* Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung. FZV (Hrsg.), Köln, 1986
- Schneller, Th.:* Die Zahnarzt-Patient-Beziehung als Gegenstand zahnmedizinisch-psychologischer Forschung. ZWR 97, 1988, S. 730—735
- Schratle, R., Siebert, G.:* Zahngesundheit und Ernährung. München, Wien, 1987
- Schulz von Thun, F.:* Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Hamburg, 1981
- Schwartz, F. W.:* Prävention in der Praxis. Münch med Wschr 127, 1985, S. 445—447
- Seiderer-Hartig, M.:* Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Weinheim, 1983
- Siegel, S.:* Nichtparametrische statistische Methoden. Frankfurt, 1976
- Skinner, B. F.:* Science and Human Behavior. New York, 1953
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C.:* Gefühlsarbeit I. Allgemeiner Teil. Kölner Z für Soziologie und Sozialpsychologie 32, 1980, S. 629—651
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C.:* Social Organization of Medical Work. Chicago, 1985
- Szasz, T. S., Hollender, M. C.:* A Contribution to the Philosophy of Medicine. Archives of Internal Medicine, 1956, S. 585—592
- Tausch, R.:* Das psychotherapeutische Gespräch. Göttingen, 1960
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B., Minsel, W.-R.:* Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für Psychologie, 176, 1969, 93—102
- Tent, L.:* Schätzverfahren in der Unterrichtsforschung. In: Ingenkamp, K. (Hrsg.): Handbuch der Unterrichtsforschung. Teil 1: Theoretische und methodologische Grundlegung. Weinheim, 1970, S. 853—999
- Troschke, J. v.:* Inhalt und Methodik einer Gesundheitsberatung. Referat auf dem VI. Europäischen Kongreß für ärztliche Fortbildung 4./5.4.1987, Berlin. (Abt. f. Med. Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg)

- Truax, Ch. B., Carkhuff, R. R.:* Toward Effective Counseling and Psychotherapy. Chicago, 1967
- Tscheulin, D. (Hrsg.):* Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Weinheim, 1983
- Weinstein, P., Getz, T., Milgrom P.:* Prävention durch Verhaltensänderung. Strategien einer präventiven Zahnheilkunde. Köln 1989
- Wallston, K. A., Wallston, B. S.:* Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In: Sanders, G. S., Suls, J. (Hrsg.): Social Psychology of health and illness. London, 1982, S. 65—95
- WHO:* Preventive methods and programmes for oral diseases. Technical Report Series 713. Genf, 1984

Stichwortverzeichnis

- Ätiologie 15, 46, 49, 115, 125, 127, 138
- Anamnese 125, 133
- Anforderungsstruktur 20f, 163
- Angst 122, 125, 132, 145, 147
- Alterseinflüsse 17, 30
- Arzt-Patient-Beziehung 23ff, 79
 - partnerschaftliche Orientierung 28
- Ausbildung, psychologische für Zahnmediziner 20, 125, 166
- Ausführungsdefizit 95
- Ausgangslage (des Patienten) 28f, 50f, 78, 94, 116f, 126f, 133, 161
 - zahnmedizinische 35ff
 - (der Video-Beurteilung) 59f

- Bagatellisierung (von Patienten-Äußerungen) 87
- Baseline-Daten (s. a. Ausgangslage) 80, 95
- Behandlungsführung 48, 81, 129
- Behandlungs-setting 52, 114f, 147
- Beobachtungsbogen 68f, 87, 95
- Beobachtungsdurchgang 97
- Beratung (s. a. Gesundheitsberatung)
 - nicht-direktive 30ff
- Beratungsarbeit 19ff, 30, 33, 50
- Beratungsdauer 115, 124, 164
- Beratungserfahrung 32
- Beratungsfähigkeit 30
- Beratungsgespräch 23ff, 48ff, 59ff, 79
- Beratungsprozeß 33, 50
- Beratungsziele 28ff, 51, 57, 61, 125, 161
- Bereitschaft zur Mitarbeit 33, 40ff, 50f
- Bestrafung 31, 91, 158
- Beurteiler-Training 96, 102, 166
- Beurteilung
 - der Video-Sequenzen 59ff
 - der kognitiven Dimension 68–78
 - der sozial-emotionalen Dimension 79–94
- Beurteilungsbogen 94f, 97, 125ff
- Beurteilungsmethoden 20f, 167
- Beurteilungsrichtlinien 97
- Beurteilungsskalen 57, 59ff, 95, 149, 164
 - Langformen 68–74, 80–89

- Kurzformen 75–78, 90–93
- Beurteilungsübereinstimmung 97–107
- Beurteilungsunterschiede 96
- Beziehungsgestaltung, s. (Zahn-)Arzt-Patient-Beziehung
- Bißlagefehler 16
- Blutungsneigung (des Parodonts) 44
- Bruxismus 35

- Chi-Quadrat-Werte 105f, 180ff
- Compliance 16, 20, 40, 49, 94, 161, 163
 - verbesserung 26

- Diagnose 48f
- Diagnostik 94
- Durchführungsdefizit 51, 126
- Dysgnathie 39

- Echtheit (des Beraters) 31
- Einbindung (des Patienten) 80ff, 90f, 93, 116ff, 125, 149
- Einfachheit (der Sprache) 64, 70f, 76, 111ff, 124
- Einfühlungsvermögen 46, 85f
- Einsicht 32
- Einstellung 122, 129
 - sveränderung 31ff, 35, 48, 61, 79, 94, 149, 161
 - sveränderungsmethoden 49ff
- Emotion
 - emotionale Ebene 30f, 42, 46, 48, 61, 125
 - emotionale Schwierigkeiten 85ff, 122
- Empathie 31, 130
- Engagement (des Zahnarztes) 118, 157
- Entscheidungsfreiheit 33, 94
- Entscheidungskonflikt 32
- Entscheidungsvorgang 9, 19, 28f, 126
- Epidemiologie 16, 37
 - der Kariesverbreitung 36
- Erkrankungen
 - degenerative 15f
 - entzündliche 36f
 - orale 50
 - psychosomatische 35
- Erkrankungsrate 19
- Erkrankungsrisiko 44
- Ernährungsanalyse 46
- Ernährungsberatung 39, 43, 45ff, 148
- Ernährungsgewohnheit 18, 37, 46f
- Ernährungsumstellung 40, 47
- Ernährungsweise 16, 140

— zuckerreiche 17, 46f
Ethik 42

Fähigkeitsdefizit 51, 126, 133
Fähigkeitstraining 35, 95, 126, 128, 130
Fallbeispiele 131ff
Fertigkeitsdefizit 49, 51
Fertigkeitstraining 49, 51, 79, 94, 154f, 161
Fissurenversiegelung 37, 39
Fluorid-Gelee 41, 47
Fluoridierung 20, 37, 39f
Fluoridprophylaxe 43, 47f
Fluorid-Tabletten 48
Fortbildung
— zahnärztliche 10, 32, 125, 166
Fragebögen 50, 95
Fragebogen zur häuslichen Mundpflege 40
Friedman-Test 105ff, 180ff

Ganzheitsmedizin 33
Gefühlsarbeit 24f, 30
Gesprächsfehler 32
Gesprächsführung
— ärztliche 19ff, 23ff, 48ff, 79, 110
— Erlernen der 20
Gesprächsgestaltung 23ff, 31
Gesprächshaltungen 30
Gesprächspsychotherapie 79, 85, 96
Gesprächsstörer 86f, 89
Gesundheitsberatung 15, 18ff, 23ff, 48ff
— Bedingungen für eine 27ff
— Beginn einer 40ff
— in der Zahnarztpraxis 35ff, 38
Gesundheitsbewußtsein 40f, 49
Gesundheitserziehung 9f, 15ff
— sprogramm 17
Gesundheitsförderung (health promotion) 17, 33
Gesundheitsmotivation 32
Gesundheitsverhalten 15ff, 27f, 32
— prophylaktische Beeinflussung des 26f
Gingivitis 37, 39
Gliederung (eines Textes) 65, 68ff, 75, 108ff, 124, 132
Gruppennormen 18
Gruppenprophylaxe 9, 17, 35

Hilfsmittel 44
— didaktische 52

- stimulierende 115, 137
- Indices 50, 53, 58, 82, 126
- Individualprophylaxe 20, 125
 - Strategien der 49ff
- Information 62ff
 - sabhängigkeit 28
 - svermittlung 35, 48, 51 f, 61, 68 ff, 108 ff
- Interventionsdauer 57 f
- Interventionsmethoden 61
- Interventionsmodell 50 ff
- Interventionsplanung 51, 53
- Interventionsstrategien 53, 79

- Karies 35 ff, 43
- Kariesätiologie 36, 70 f, 127
- Kariesfrühstadium 36
- Karieshemmung 38
- Kariesinzidenz 47
- Kariesmorbidity 47
- Kieferorthopädie 39
- Kognition (Kognitive Ebene) 32, 46, 48, 61, 99, 102, 124
- Kommunikation 28, 48, 124, 130, 147
- Kommunikationsfertigkeiten 32
- Kommunikationsforschung 21, 49, 57, 62, 96, 131 ff
- Kommunikationsmodell 62
- Kompetenz 49, 163
- Konditionieren, operantes 31
- Konfliktsituation 19, 24, 121 ff
- Konkremente 39
- Korrelationsberechnung 104 ff, 180 ff
- Krankheitsgefährdung 17
- Krankheitsvermeidung 17
- Krankheitsvorsorge 17

- Lebensbedingungen, Rolle der 27, 29, 41 ff
- Lernleistungen 32
- Lernprozeß 44
- Lernpsychologie 10
- Lerntheorien 31, 83 ff
- Locus of control 41

- Medieneinsatz 73 f, 78, 115 f, 124, 137, 149
- Mikroorganismen 36 ff
- Mitarbeitsbereitschaft (s. Bereitschaft)
- Mißerfolge 44, 53, 92
- Monolog 52, 82, 116, 118, 127, 153
- Morbidity 16 f

Mortalität 16
 Motivation 39, 44, 48f, 57, 79, 124, 127
 — sanalyse 35, 51
 — sarbeit 20, 32, 83, 132
 — slage 27, 30, 43
 — smangel 51, 124, 149
 — spsychologie 10
 Motivierbarkeit 25f, 40ff, 50, 120, 124
 Mundgesundheit 44
 Mundgesundheitsberatung 44ff, 49, 128 (s. a. Gesundheitsberatung)
 Mundgesundheitsinstruktionen 17
 Mundhygiene, s. Mundpflege
 Mundpflege 20, 39, 43, 49f
 — verhalten 19, 45, 61, 126
 — — häusliches (= oral self care) 35, 38ff
 Mundschleimhauterkrankung 35
 Myoarthropathie 35

 Oralprophylaxe, s. Präventivzahnmedizin
 oral self care 49f, 128ff, 165
 oral sugar clearance 46

 Parodontalerkrankungen (Parodontopathien) 16, 35, 37ff, 43
 Parodontitis 37, 57, 115
 Pathogenese
 — der Karies 36, 44
 Patientenverhalten 87ff
 — Beurteilung des 126f
 Persönlichkeit
 — des Zahnarztes 32
 — des Patienten 27ff, 41, 85ff
 Pflegesystematik 123
 Plaqueanfärbung 50, 57, 133
 Plaqueentfernung 37
 — supragingivale 39
 Plaque-Index 44, 58
 Plaquekontrolle 40
 Plaque Neubildung 44
 Plaqueverteilung 44, 133f
 Pränanz 63, 71f, 77f, 114ff, 124
 Prävention 26ff
 — ätiologiebezogene 15
 — kausalitätsorientierte 16
 — kollektive 47
 — primäre 26f, 41
 — sekundäre 26
 — tertiäre 27

Präventionsprogramm 43
Präventionsstrategien 49ff
Präventionswissen 16f, 35
Präventionszahnmedizin 9f, 16, 19, 35, 45, 50, 118
Problemeignerschaft 50
Problemsituation 85–87, 92, 121ff
Prophylaxeerfolg 95, 122, 145, 149, 163
Prophylaxeraum 117, 147
Prothesenunverträglichkeit 35
Prothetik 39, 41
Psychologie 10, 18, 35, 41, 49
— klinische 94, 128
— zahnmedizinische 20, 125
Putztechnik 45, 58, 74, 83, 119, 125, 135f, 150f

Recall 35, 39, 53
Remineralisierung 36, 47
Retentionsstellen 37ff
Risikofaktorenmedizin 15ff
Risikoverhalten 29, 46
Rückfall
— in alte Gewohnheitsmuster 53

Sachinformation 48
Salzfluoridierung 47
Schichtzugehörigkeit
— soziale 30
Selbstverantwortlichkeit 19, 41, 53
Selbstwahrnehmung 32, 41
Situationsbedingung 52f
Soziales Umfeld 18, 41, 53
Spearman-Rang-Korrelationskoeffizient 104f, 180ff
Speicheldiagnostik 44
Sprachbarrieren 30
Stimulanz 63, 67, 73f, 78
Sulkusflüssigkeit 39

Teamarbeit 162f
Tell-show-do-Technik 44, 161
Therapieschrittliste 58
Trias, prophylaktische 39, 49
Trinkwasserfluoridierung 47, 119

Üben, angeleitetes 52, 125, 128ff, 155
Übereinstimmungskoeffizient 99ff
Überforderung 44

Übungsaufgabe 161
Übungsdefizit 149

Verbalisierung 85ff, 92, 122
Vergrößerungsspiegel 52
Verhältnisprävention 16, 33
Verhaltensabhängigkeit 9, 16, 26
Verhaltensänderung 20, 28, 30f, 35, 40, 43ff, 48ff, 61, 79f, 85, 94f, 120, 125,
128, 149, 157, 161, 166ff
— smethoden 49ff, 157
Verhaltensanalyse 50, 125ff, 133
Verhaltensanamnese 161
Verhaltensaufzeichnung 53, 118f
Verhaltensbeeinflussung 30
Verhaltensdiagnose 40ff, 125f, 130
Verhaltensgewöhnheit 29
Verhaltenskonsequenz 52
Verhaltensprävention 16
Verhaltenstherapie 96
Verhaltensweise, gesundheitsschädigende 9f, 15f, 33
Verhaltenswissenschaft 94
Verständlichkeit 65ff, 70f, 76, 99, 111ff, 124
Verständlichmacher 63ff
Verständnis 127
Verstärker 31f, 83f, 119
Verstärkung 31, 83–85, 91, 119f, 125, 129, 158f
Videoprotokolle 20

Wasserstrahlgerät 44
Weitschweifigkeit 63, 66, 78, 114
Wertschätzung 31, 79, 119
Widerstand (des Patienten) 121f, 125
Wirkungszusammenhang 16
Wissensdefizit 49, 149
Wissensvermittlung 49, 51f, 57, 94f, 99, 124, 127f, 130, 161

Zahnarzt-Patient-Beziehung 10, 19, 49ff, 52, 59, 80f, 85f, 94f, 122, 125f,
129f, 145
Zahnarzt-Patient-Gespräch 66ff, 125
Zahnarzt-Patient-Interaktion 20, 99, 116ff, 163f
Zahnbelag 36ff, 44, 57f, 70, 133f
Zahnbürste 41, 44, 127
Zahnfleisch 36f
Zahnhalteapparat 37
Zahnhartsubstanz 36
Zahnhölzchen 44
Zahnkaries 16, 36ff

Zahnpasta 45
Zahnputzübung 17, 125, 147, 151
Zahnreinigung 44f, 49, 84
— professionelle 39f, 42, 129, 147
Zahnseide 41, 44, 58, 119, 125, 152, 155
Zahnstein 135
Zahnsteinentfernung 37, 39
Zahnstellungsfehler 16
Zahnzwischenraumbürste 44, 119, 152
Zeitdruck 81, 130, 149
Ziele der Beratungsarbeit 28ff, 51, 57, 61, 125, 161
Zivilisationskrankheiten 15f, 26f
ZMF 59f, 118, 129, 147
Zucker 36f, 41, 70f
Zuckerkonsum 18, 46, 140

Veröffentlichungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte Stand: Februar 1990

(Die Auflistung schließt die Veröffentlichungen des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung/FZV ein, das seit dem 1. Januar 1987 in das Institut der Deutschen Zahnärzte eingegangen ist.)

Institut der Deutschen Zahnärzte

Materialienreihe

Amalgam — Pro und Contra, Gutachten — Referate — Statements — Diskussion. Wissenschaftliche Bearbeitung und Kommentierung von G. Knolle, IDZ Materialienreihe Bd. 1, 2. ergänzte Aufl., ISBN 3-7691-7810-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Parodontalgesundheit der Hamburger Bevölkerung — Epidemiologische Ergebnisse einer CPITN-Untersuchung. G. Ahrens/J. Bauch/K.-A. Bublitz/I. Neuhaus, IDZ Materialienreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7812-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zahnarzt und Praxiscomputer — Ergebnisse einer empirischen Erhebung. S. Becker/F. W. Wilker, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ Materialienreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7813-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie — Eine Analyse zahnärztlicher Arbeitshaltungen. W. Rohmert/J. Mainzer/P. Zipp, 2. unveränderte Auflage, IDZ Materialienreihe Bd. 4, ISBN 3-7691-7814-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme. M. Schneider, IDZ Materialienreihe Bd. 5, ISBN 3-7691-7815-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Aspekte zahnärztlicher Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. M. Essmat/W. Micheelis/G. Rennenberg, IDZ Materialienreihe Bd. 7, ISBN 3-7691-7819-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990 (im Druck)

Broschürenreihe

Zur medizinischen Bedeutung der zahnärztlichen Therapie mit festsitzendem Zahnersatz (Kronen und Brücken) im Rahmen der Versorgung. Th. Kerschbaum, IDZ Broschürenreihe Bd. 1, ISBN 3-7691-7816-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis — Ergebnisse eines Symposions. IDZ-Broschürenreihe Bd 2, ISBN 3-7691-7818-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1989

Sonderpublikation

Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland — Zahlen, Fakten, Perspektiven. W. Micheelis, P.J. Müller. ISBN 3-924474-00-1, Selbstverlag, 1990. Überarbeiteter Auszug aus: „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen, Fakten, Perspektiven“ von Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bächer, K., Berghof, B., Bergmann, K., Flatten, G., Klein, D., Micheelis, W. und Müller, P.J. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1990 (im Druck)

Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung

Materialienreihe

Werkstoffe in der zahnärztlichen Versorgung — 1. Goldalternativen. FZV „Materialien“ Bd. 1, ISBN 3-7691-7800-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1980

Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. FZV „Materialien“ Bd. 2, Selbstverlag 1980*

Zur Frage der Nebenwirkung bei der Versorgung kariöser Zähne mit Amalgam. FZV „Materialien“ Bd. 3, Selbstverlag, 1982*

Direktbeteiligung im Gesundheitswesen — Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnarzt. E. Knappe/W. Fritz, FZV „Materialien“ Bd. 4, ISBN 3-7691-7803-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1984

100 Jahre Krankenversicherung — Standortbestimmung und Weiterentwicklung des Kassenarztrechts. FZV „Materialien“ Bd. 5, ISBN 3-8765-2367-2, Quintessenz Verlag, 1984

Strukturdaten zahnärztlicher Praxen. P. L. Reichertz/K. Walther, FZV „Materialien“ Bd. 6, ISBN 3-7691-7807-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1986

Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung — Eine Untersuchung zum Compliance-Verhalten von Prothesenträgern. Th. Schneller/R. Bauer/W. Micheelis, FZV „Materialien“ Bd. 7, ISBN 3-7691-7608-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1986

Broschürenreihe

System der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. B. Tiemann/R. Herber, FZV „Broschüre“ 1, ISBN 3-7691-7801-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1980

Kostenexplosion im Gesundheitswesen — Folge eines fehlerhaften Steuerungsmechanismus? J.-M. Graf von der Schulenburg, FZV „Broschüre“ 2, ISBN 3-7691-7802-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1981

Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung — Ergebnisse einer Fragenbogenstudie. W. Micheelis, FZV „Broschüre“ 3, 2., unveränderte Auflage, ISBN 3-7691-7804-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1984

Datenschutz im Gesundheitswesen — Modellversuch zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz. FZV „Broschüre“ 4, ISBN 3-7691-7805-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1985

Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung. FZV „Broschüre“ 5, ISBN 3-7691-7811-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1986

Wissenschaftliche Reihe

Medizinische und technologische Aspekte dentaler Alternativlegierungen. C. L. Davidson/H. Weber/H. Gründler/F. Sperner/H. W. Gundlach/P. Dorsch/H. Schwickerath/K. Eichner/G. Forck/R. Kees, FZV „Wissenschaftliche Reihe“ Bd. 1, ISBN 3-8765-2366-4, Quintessenz Verlag, 1983

Übersicht über die Dental-Edelmetallelegierungen und Dental-Nichtedelmetallelegierungen in der Bundesrepublik Deutschland. Hg. FZV, Deutscher Ärzte-Verlag, 1986*

*Die Publikationen des Institutes sind im Fachbuchhandel erhältlich. Die mit * gekennzeichneten Bände sind direkt über das IDZ zu beziehen.*

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist eine gemeinsame Einrichtung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e. V. (BDZ — Bundeszahnärztekammer) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R. (KZBV). Das IDZ erfüllt die Funktion, für die Berufspolitik der deutschen Zahnärzte praxisrelevante Forschung, Entwicklung und Beratung im Rahmen der Aufgabenbereiche von BDZ und KZBV zu betreiben. Das IDZ hat seinen Sitz in Köln.

Das Buch „Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis“ von Th. Schneller, D. Mittermeier, D. Schulte am Hülse und W. Micheelis analysiert, in welcher Art und Weise Zahnärzte ihre Patienten über ihren Mundgesundheitszustand informieren, wie die Interaktion mit dem Patienten im einzelnen erfolgt und wie die Zahnärzte vorgehen, um den Patienten zu einer Verbesserung seiner individuellen Mundhygienegewohnheiten zu führen.

Die Studie macht u. a. deutlich, daß Mundgesundheitsberatung weit über eine bloß informatorische Vermittlung von Hygienetechniken und geeigneten Ernährungsweisen hinausgeht und vor allem die Notwendigkeit einer ausführlichen ärztlichen Motivationsarbeit einschließt; hierbei stellt der individuelle Zuschnitt auf die psychische und soziale Situation des einzelnen Patienten eine besondere Herausforderung dar. Es werden Wege aufgezeigt, wie diese Motivationsarbeit unter pädagogisch-psychologischen Gesichtspunkten verbessert werden kann.

ISBN 3-7691-7817-3