

# ZAHNMEDIZIN UND GESELLSCHAFT



## Mundgesundheitskompetenz in Deutschland

<b>Editorial:</b> Die sprechende Zahnmedizin wird wichtiger.....	3	<b>Dr. Julian Schmoeckel, Prof. Dr. Christian H. Splieth:</b> Patientenkompetenzen in der Kinderzahnheilkunde.....	30
<b>Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. Eva-Maria Berens, Dr. Dominique Vogt:</b> Gesundheitskompetenz in Deutschland.....	4	<b>Dr. Regine Chenot, Nele Güntheroth, M.A., Prof. Dr. med. dent. Rainer A. Jordan, MSc.:</b> Ergebnisse der Zahnärztlichen Patientenberatung 2016.....	34
<b>Dr. Klaus Buddeberg, Lisanne M. Heilmann, M.A., Prof. Dr. Anke Grotlüschen:</b> Funktionaler Analphabetismus.....	10	<b>Thorben Krumwiede:</b> Zahnmedizin als Beratungsthema.....	38
<b>Ingrid Fischbach:</b> Auf Verständlichkeit kommt es an.....	14	<b>Prof. Dr. Michael Dick:</b> Vertrauen und Empowerment.....	40
<b>Dr. Wolfgang Eßer:</b> Mundgesundheitskompetenz weiter stärken - Die Gesamtstrategie der Vertragszahnärzteschaft..	16	<b>Dr. Johan Wölber:</b> Motivational Interviewing in der Zahnmedizin.....	42
<b>Prof. Dr. Dietmar Oesterreich:</b> Mundgesundheitskompetenz durch sprechende Zahnmedizin.....	21	<b>PD Dr. Michael Wicht, Prof. Dr. Michael J. Noack:</b> Partizipative Entscheidungsfindung und Mundgesundheitskompetenz.....	44
<b>Dr. Johan Wölber, PD Dr. med. dent. Bettina Dannewitz:</b> Die Bedeutung der Patientenadhärenz für den Erfolg der Parodontitistherapie.....	24	<b>Christian Nobmann:</b> Partizipative Entscheidungsfindung und ärztliche Haftung - ein Spannungsfeld?.....	46
<b>Dr. med. dent. Angela Stillhart, Prof. Dr. med. dent. Ina Nitschke, MPH:</b> Mundgesundheitskompetenz in der Seniorenzahnmedizin.....	26	<b>Univ.-Prof. Dr. Ralph G. Luthardt:</b> Die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung als Gegenstand der zahnmedizinischen Lehre.....	48
<b>Prof. Dr. med. dent. Ursula Hirschfelder:</b> Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz als Erfolgsfaktoren kieferorthopädischer Behandlungen.....	28	<b>Dr. Michael Schäfer, MPH:</b> Mundgesundheitskompetenz in Deutschland - die Sicht des ÖGD.....	50

# Muss ich mit 80 noch Milchzähne retten?

Antworten auf Ihre Fragen.  
Das apoPur-Gespräch.

Jetzt Termin vereinbaren unter  
[www.apobank.de/apopur](http://www.apobank.de/apopur)

Weil uns mehr verbindet.



Mike Knochenmuss,  
Mitglied der apoBank



Benn Roolf

# Die sprechende Zahnmedizin wird immer wichtiger.

Liebe Leserinnen und Leser,

„Mach den Schritt! Lerne besser Lesen und Schreiben!“ Es mutet etwas merkwürdig und aus der Zeit gefallen an, wenn wir heute im Fernsehen oder Kino Werbespots für eine von der Bundesregierung initiierte Alphabetisierungskampagne sehen. Doch die Zahlen sind eindeutig: Mitten im Bildungsland Deutschland leben rund 7,5 Millionen funktionale Analphabeten, das sind immerhin 14,5% der Erwachsenen in Deutschland. Ihr Wissen reicht nicht aus, um einfache Arbeitsanweisungen zu lesen. Hinzu kommen noch einmal 13,3 Millionen Menschen (25,9%), die selbst gebräuchliche Wörter nur langsam lesen und schreiben können und deren Rechtschreibung das Grundschulniveau der 6. Klasse verfehlt.

Wenn sich fast 40% der Erwachsenen in Deutschland auf den vier unteren Alphabetisierungsleveln befinden, mag es kaum noch überraschen, dass es mit den Gesundheitskompetenzen ähnlich prekär aussieht. Über die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland verfügt nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz - das fand eine vielbeachtete Studie der Universität Bielefeld heraus. Die Politik hat auf diese alarmierenden Befunde schnell reagiert - das Bundesgesundheitsministerium initiierte die „Allianz für Gesundheitskompetenz“, die sich insbesondere für eine Stärkung des Gesundheitswissens einsetzt.

Diese Initiative ist für die Zahnmedizin von besonderer Bedeutung. Es gibt wohl kaum einen Bereich der Medizin, in dem Prävention und Behandlungserfolge so umfassend von der Mitarbeit des Patienten abhängig sind wie in der Zahnmedizin. So lässt sich die Volkskrankheit Karies durch gute häusliche Mundhygiene, regelmäßige Kontrolluntersuchungen und Professionelle Zahnreinigungen zum übergroßen Teil vermeiden - der beeindruckende Rückgang der Kariesprävalenzen in den letzten Jahrzehnten ist ein Beleg dafür. Füllungen, Kronen, Brücken, Implantate halten länger, wenn sie gut gereinigt und regelmäßig in der Zahnarztpraxis kontrolliert werden. Kieferorthopädische Apparaturen können Zahnstellungen nur verändern, wenn der Patient sie auch trägt. Der Erfolg von Parodontaltherapien geht verloren, wenn der Patient nicht zur Nachsorge geht. Diese Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen.

In welchen Bereichen der zahnmedizinischen Versorgung bestehen nun Kompetenz- bzw. Informationsdefizite bei den Patienten? Die Evaluationen der zahnärztlichen Patientenberatung und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands zeigen ein weitgehend übereinstimmendes Bild: Es sind vornehmlich nichtmedizinische Themen, zu denen die Patienten Informationen benötigen. Nur etwa ein Viertel der Anfragen an die zahnärztlichen Patientenberatungen bezog sich auf Gesundheitsinformationen zu zahnmedizinischen Diagnosen und Behandlungen. Rund drei Viertel der Anfragen betraf andere Themen, allen voran Kosten- und Rechtsthemen.

Dieser Befund dürfte für die Konzeption des Nationalen Gesundheitsportals des Bundesgesundheitsministeriums interessant sein. Das BMG hatte ja in der Hauptsache auf die Vermittlung von patientengerecht aufbereitetem, medizinischem Wissen zu Prävention, Diagnostik und Therapie abgehoben - nun zeigen die Daten aus den Patientenberatungen ganz andere Bedarfe an: Defizite bestehen offensichtlich weniger beim Gesundheitswissen, sondern eher im Bereich der Navigationskompetenz im oft nicht einfach zu verstehenden Gesundheitswesen.

Zahnärzte haben naturgemäß wenig Einfluss auf die Grundbildung ihrer Patienten, z.B. wenn es um das Verstehen von Gehörtem und Geschriebenem geht. Sie können aber im Rahmen ihrer Möglichkeiten dazu beitragen, die Mundgesundheitskompetenz ihrer Patienten zu erhöhen. Komplizierte zahnmedizinische Zusammenhänge lassen sich oft mit etwas Zeit noch verständlicher erklären. Der Einsatz spezieller Gesprächstechniken kann den Erfolg von Mundhygieneinstruktionen steigern und Patienten zur besseren Mitarbeit motivieren. Und schließlich kann der konsequente Einbezug des Patienten in die Therapie, die partizipative Entscheidungsfindung, zusätzlich die Mundgesundheitskompetenzen stärken.

Das alles sind Elemente einer modernen sprechenden Zahnmedizin, die aber nicht ohne zusätzlichen zeitlichen Aufwand umsetzbar sind. Deshalb wird man letztlich auch über die Honorierung reden müssen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre  
Benn Roolf



Benn Roolf  
Chefredakteur

Doris Schaeffer, Eva-Maria Berens, Dominique Vogt

# Gesundheitskompetenz in Deutschland



**Prof. Dr. Doris Schaeffer**,  
Leiterin der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld



**Dr. Eva-Maria Berens**,  
Wiss. Mitarbeiterin in der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld



**Dr. Dominique Vogt**,  
Wiss. Mitarbeiterin in der AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Gesundheitskompetenz wird als wichtige Voraussetzung angesehen, um sich bei gesundheitlichen Problemen und Krankheiten die nötige Unterstützung durch das Gesundheitswesen zu sichern, aktiv an der Behandlung und der Wiedererlangung der Gesundheit mitzuwirken und sich für die eigene Gesundheitserhaltung oder gesunde Lebensbedingungen zu engagieren (1). Um die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können, müssen Menschen in der Lage sein, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, benötigen also Gesundheitskompetenz.

## Herkunft und Bedeutung des Konzepts

Gesundheitskompetenz ist vor allem in den USA seit langem ein wichtiges Thema in der wissenschaftlichen Diskussion und wird dort als Health Literacy bezeichnet. Das Konzept geht ursprünglich auf die US-amerikanische Alphabetisierungsdebatte zurück. Ausgehend von der überraschend hohen Analphabetenrate in der Erwachsenenbevölkerung<sup>1</sup> (2, 3) kam in den 1990er Jahren in den USA die Frage auf, wie Menschen mit eingeschränkten literalen Fähigkeiten im Gesundheitswesen zurechtkommen und welche Konsequenzen aus geringen Lese- und Schreibfähigkeiten für die Sicherung von Compliance erwachsen (4). Die dazu in der Folgezeit entstandenen Untersuchungen gelten als erste Health-Literacy-Studien. Ihnen lag ein funktionales Verständnis zugrunde, nach dem unter Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz seinerzeit schlicht die Anwendung von persönlichen Lese- und Schreibfähigkeiten auf Gesundheitsthemen verstanden wurde (4).

Seither hat das Konzept viele Weiterentwicklungen erfahren (siehe dazu 5, 6). Exemplarisch zeigt dies die Definition, die für den Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und -analyse entwickelt wurde. Danach basiert Gesundheitskompetenz auf „[...] Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und

Krankheitsbewältigung/-versorgung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen“ (1).

Nach dieser Definition ist Gesundheitskompetenz nicht mehr auf funktionale literale Kompetenzen beschränkt, sondern zielt generell auf die persönlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen erforderlich sind – konkret darauf, diese finden, verstehen, beurteilen und nutzen zu können. Wichtig ist außerdem, dass die auf Krankenbehandlung und Compliance-sicherung konzentrierte Perspektive hier durch eine gesundheits- und ressourcenorientierte Perspektive abgelöst wurde, in der die Aufmerksamkeit auf Gesundheitserhaltung und informierte Entscheidungsfindung gerichtet ist. Damit erfolgte ein wichtiger Schritt, der auf den Zuwachs an Entscheidungsverantwortung in modernen Gesellschaften zielt.

Gesundheitskompetenz beruht jedoch nicht nur auf persönlichen Fähigkeiten, sondern ist gleichzeitig durch den sozialen Kontext, so auch durch die Anforderungen, die das Gesundheitssystem sowie die dazu gehörenden Organisationen und Professionen an Patientinnen und Patienten stellen, geprägt (7, 8). Wie leicht machen sie Patientinnen und Patienten Gesundheitsinformation zugänglich? Wie verständlich sind diese? Wie kommunizieren die Gesundheitsprofessionen mit Patientinnen und Patienten: Wie verständlich drücken sie sich aus und nehmen sie sich die nötige Zeit, um aufzuklären und zu informieren? Wie beziehen sie Patientinnen und Patienten in Entscheidungen ein? Diese sind einige der sich in diesem Kontext stellenden Fragen, die andeuten, wie bedeutsam das Verhalten der Gesundheitsprofessionen für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz ist. Sie zeigen, dass das Thema auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte von großer Relevanz ist.

## Forschung zur Gesundheitskompetenz

International existiert nicht nur eine lebendige Konzeptdiskussion über Gesundheitskompetenz, sondern auch eine reichhaltige Forschung, die sich den Folgen niedriger Health Literacy für die Gesundheit widmet (9, 10).

<sup>1</sup> Detaillierte Informationen zu literalen Fähigkeiten der Bevölkerung in Deutschland können dem Beitrag von Buddenberg et al. in diesem Heft entnommen werden.

## In Deutschland verfügt mehr als die Hälfte der Bevölkerung – genauer 54,3 Prozent – über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Jede/r zehnte Deutsche hat sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz (9,7%). Somit ist geringe Gesundheitskompetenz kein Nischenproblem. Im Gegenteil, die Mehrheit der Bevölkerung sieht sich im Umgang mit Gesundheitsinformationen vor Schwierigkeiten gestellt.

In Deutschland (und Europa) wurden die Befunde dieser überwiegend US-amerikanischen Studien lange Zeit kaum zur Kenntnis genommen (11). Das veränderte sich erst mit dem Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU), an dem acht europäische Länder beteiligt waren – auch Deutschland, allerdings nur mit dem Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW). Danach weist fast jede\*r zweite EU-Bürger\*in, genauer 47,6 Prozent, eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat damit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (8, 12). Deutschland rangierte damals nur im unteren Mittelfeld der teilnehmenden Länder.

Erst durch diese überraschenden Befunde ist Gesundheitskompetenz auch in Deutschland zu einem zunehmend mehr diskutierten Thema in der Forschung geworden. In kurzer Folge entstanden mehrere Studien zur Gesundheitskompetenz<sup>2</sup>, alle mit dem Ziel, zu gesamtdeutschen Daten zu gelangen. Dazu gehört auch die deutsche Gesundheitskompetenz-Studie (HLS-GER), die hier im Mittelpunkt steht.

### Befunde zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

Ziel der HLS-GER Studie war es, die für Deutschland im europäischen Survey bestehende Datenlücke zu füllen und repräsentative Daten zur Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung zu erheben<sup>3</sup>. Um das zu ermöglichen, lehnt sich die Studie konzeptionell und methodisch eng an den HLS-EU an. Im Rahmen einer Querschnitterhebung wurden 2.000 Personen ab 15 Jahren in persönlichen computerassistierten Interviews (CAPI) befragt. Zur Messung der Gesundheitskompetenz wurde der in der HLS-EU-Studie verwendete Fragebogen HLS-EU-Q47 eingesetzt. In 47 Fragen wurden subjektiv eingeschätzte Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen – Informationen finden, Informationen verstehen, Informationen, beurteilen, Informatio-

nen nutzen – in den drei Bereichen Krankheitsversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung erhoben. Die Befragten konnten auf einer vierstufigen Skala von ‚sehr einfach‘ bis ‚sehr schwierig‘ antworten. Aus den Summenwerten wurden anschließend vier Niveaus gebildet (inadäquat/problematisch/ausreichend/exzellente; detaillierter 16, 17)

### Ausmaß niedriger Gesundheitskompetenz

In Deutschland verfügt mehr als die Hälfte der Bevölkerung – genauer 54,3 Prozent – über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Jede\*r zehnte Deutsche hat sogar eine inadäquate Gesundheitskompetenz (9,7%) (17). Der Anteil niedriger Gesundheitskompetenz ist hierzulande damit höher als erwartet und seinerzeit im HLS-EU für Deutschland – richtiger NRW – mit 46,3 Prozent errechnet. Somit ist geringe Gesundheitskompetenz kein Nischenproblem. Im Gegenteil, die Mehrheit der Bevölkerung sieht sich im Umgang mit Gesundheitsinformationen vor Schwierigkeiten gestellt.

Zudem zeigen sich ähnlich wie in der europäischen Studie auch im HLS-GER für Deutschland große Unterschiede nach Alter, Bildungsstand, Sozialstatus und Migrationshintergrund (vgl. Abb. 1). Besonders Menschen mit niedrigem Sozialstatus (78,3%), chronischer Krankheit (72,7%), mit Migrationshintergrund (70,5%), mit niedrigem Bildungsgrad (62,2%) und ältere Menschen (66,3%) haben häufiger eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz als die Allgemeinbevölkerung (16).

Danach befragt, welcher der drei erfragten Bereiche die größten Schwierigkeiten bereitet, zeigt sich, dass den Befragten die bei der Krankheitsbewältigung/-versorgung an sie gestellten Anforderungen am leichtesten fallen, die bei der Prävention und Gesundheitsförderung dagegen weitaus schwerer. Beispielsweise finden es 45,2 Prozent schwierig, Angaben auf Lebensmittelverpackungen zu verstehen (16). Für mehr als ein Fünftel (23,2 %) der Befragten ist es schwer zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen lassen sollten oder zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit der Gesundheit zusammenhängen. Dies fällt knapp 15 Prozent der Bevölkerung schwer.

### Literaturverzeichnis:

1. Sørensen K, Van Den Broucke, S., Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* 2012; 12:80.
2. U.S. Department of Education. National Adult Literacy Survey (NALS); Washington; 1995.
3. Kirsch, I.S./Jungeblut, A./Jenkins, L./Kolstad, A. Adult Literacy in America: A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education; 2002. National Center for Education Statistics.
4. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10):537–41.
5. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy* 2016.
6. Vogt D, Messer M, Quenzel G, Schaeffer D. „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Präv Gesundheitsf* 2016; 11(1):46–52.
7. Parker RM. Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In: Hernandez LM, editor. *Measures of health literacy: Workshop summary*. Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academies; 2009. 91–8.
8. Pelikan JM, Ganahl K. Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte

2 Dazu zählt die Studie zur Gesundheitskompetenz unter gesetzlich Versicherten (13) sowie die Untersuchung der Health Literacy bei vulnerablen Gruppen wie bildungsfernen Jugendlichen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund (14). Auch im Rahmen der GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts wurde Gesundheitskompetenz erfasst (15).

3 Der HLS-GER wurde 2013 bis 2016 vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) gefördert und an der Universität Bielefeld durchgeführt.

## Für etwa 80 Prozent der Befragten ist die Hausärztin/der Hausarzt die erste und wichtigste Informationsquelle, gefolgt von der Fachärztin/dem Facharzt mit 37,1 Prozent. Die Familie steht an dritter Position. Das Internet wird dagegen lediglich von rund 25 Prozent der Befragten als Informationsquelle genutzt ...

Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven. 1. Auflage. Bern: Hogrefe; 2017. 93–125.

9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2011; (199):1–941.

10. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. J Gen Intern Med 2004; 19:1228–39.

Vor besonders große Probleme sehen sich auch hier vulnerable Gruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, niedrigem Bildungsstand und chronischer Krankheit) gestellt (16).

**Gesundheitskompetenz und Informationsverhalten**  
Damit deutet sich an, was auch die Frage danach bestätigt, welche Schritte der Informationsverarbeitung für die Bevölkerung am schwierigsten sind. Bei der Informationssuche, doch vor allem bei der Beurteilung von Informationen, sehen sich die Befragten vor Herausforderungen gestellt. So schätzt mehr als die Hälfte (57,4 %) der Befragten die Beurteilung von Gesundheitsinformationen als ziemlich oder sogar sehr schwierig ein (16).

Diese Ergebnisse sind auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte relevant, denn sie deuten an, wie wichtig Information und Aufklärung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind – so auch bei der Zahnprophylaxe. Zugleich zeigen sie, dass bloße Information nicht ausreicht, vielmehr muss sie auch so kommuniziert und vermittelt werden, dass sie verständlich und auch beurteilbar ist; sie muss also auch Einschätzungs- und Deutungskriterien enthalten.

Wie bedeutsam Ärztinnen und Ärzte als Informationsquelle sind, zeigen weitere Daten der Studie: Danach befragt, wo nach gesundheitsrelevanter Information gesucht wird, ist die Antwort eindeutig. Häufigste Anlaufstelle bei der Informationssuche ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Für etwa 80 Prozent der Befragten ist sie oder er die erste und wichtigste Informationsquelle, gefolgt von der Fachärztin oder dem Facharzt mit 37,1 Prozent. Die Familie steht an dritter Position. Das Internet wird dagegen lediglich von rund 25 Prozent der Befragten als Informationsquelle genutzt und steht an vierter Stelle. Dabei sind kaum Unterschiede zwischen Menschen mit ausreichender und niedriger Gesundheitskompetenz zu erkennen. Eine Ausnahme bildet die Nutzung des Internets als Informationsquelle. Mehr als 30 Prozent der Befragten mit ausreichender Gesundheitskompetenz nutzen das Internet, jedoch lediglich jede\*r Fünfte der Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz.

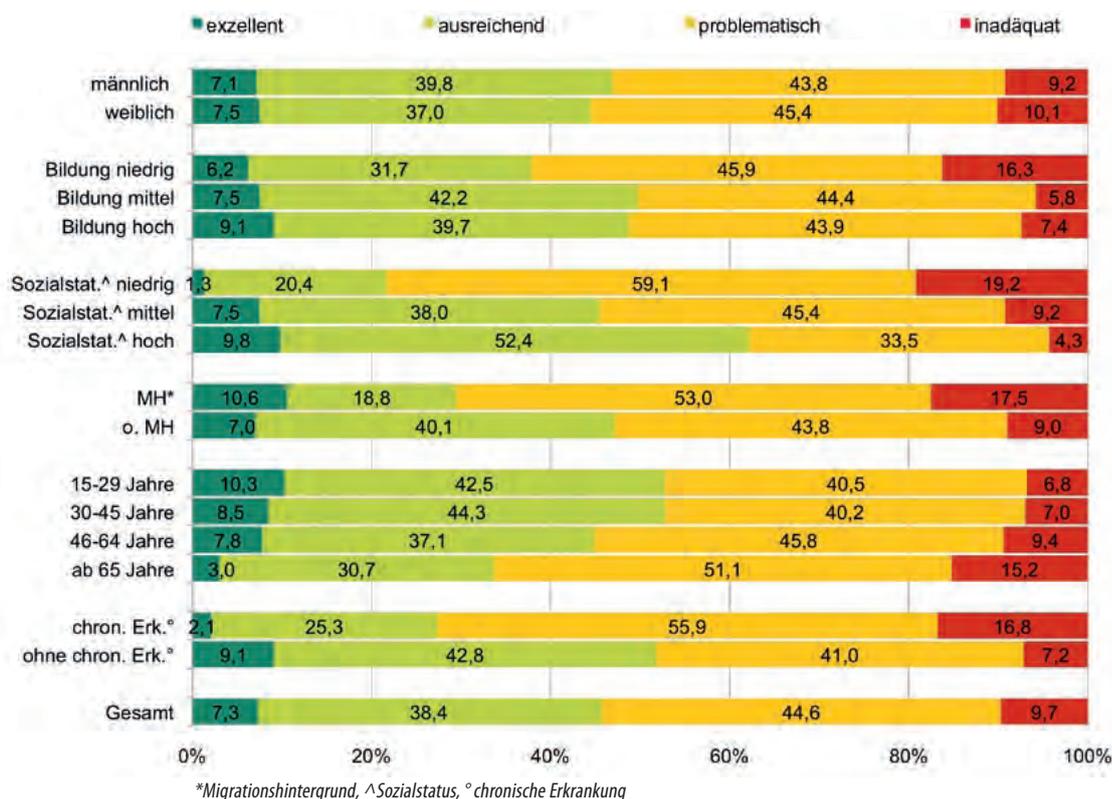


Abbildung 1: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, gesamt und in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (n=1.946) (16)

Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz weisen ungesündere Verhaltensweisen auf: Sie sind deutlich weniger körperlich aktiv und ernähren sich weniger gesundheitsbewusst. Sie nutzen das Versorgungssystem intensiver, haben mehr Krankenhausaufenthalte, nutzen häufiger Notfalldienste und gehen öfter zum Arzt.

Bei Menschen mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz ist der Anteil häufiger Zahnarztbesuche (drei oder mehr Kontakte) mit 11,1 Prozent und 15,5 Prozent größer als bei Menschen mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz, die zu 5,7 Prozent bzw. 7,5 Prozent mehr als zweimal in den letzten 12 Monaten zum Zahnarzt gegangen sind.

Insgesamt haben Ärztinnen und Ärzte und so auch die Zahnärztinnen und -ärzte also eine sehr bedeutsame Position als Informationsinstanz. Fragt sich, ob sie auch immer verstanden werden? Auf die Frage danach, ob man schon einmal Erklärungen verschiedener Gesundheitsprofessionen nicht verstanden hat, geben 48 Prozent der Befragten an, dass dies auf ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zutrifft. Bei den Fachärztinnen bzw. -ärzten sind es 42 Prozent der Befragten, die schon einmal Informationen und Erklärungen nicht verstanden haben. Bei Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz liegt dieser Anteil mit 53 bzw. 47 Prozent noch höher. Fachärztinnen und -ärzte rangieren hier sogar vor den Hausärztinnen und -ärzten: ihre Ausführungen werden häufiger nicht verstanden. Insgesamt sieht sich nahezu die Hälfte der Befragten vor Schwierigkeiten gestellt, ärztliche Gesundheitsinformationen zu verstehen. Nochmals deutet dies an, wie wichtig es ist, die Verständlichkeit von Information zu verbessern.

#### **Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten und Nutzung des Gesundheitssystems**

Die Ergebnisse der HLS-GER Studie belegen zudem, dass Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten zusammenhängen: So weisen Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz ungesündere Verhaltensweisen auf: Sie sind deutlich weniger körperlich aktiv – etwa 15 Prozent von ihnen bewegt sich nach eigenen Angaben überhaupt nicht – und sie ernähren sich weniger gesundheitsbewusst (16).

Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz schätzen außerdem ihre Gesundheit schlechter ein und nutzen das Versorgungssystem intensiver. Sie haben mehr Krankenhausaufenthalte, nutzen häufiger Notfalldienste und gehen öfter zum Arzt. Knapp ein Drittel der Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz hat dem HLS-GER zufolge in den letzten 12 Mona-

ten sechsmal oder häufiger einen Arzt besucht. Bei den Befragten mit exzellenter Gesundheitskompetenz trifft dies auf lediglich rund 4 Prozent zu.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Anzahl der Zahnarztkontakte zu (vgl. Abb. 2): Bei Menschen mit problematischer oder inadäquater Gesundheitskompetenz ist der Anteil häufiger Zahnarztbesuche (drei oder mehr Kontakte) mit 11,1 Prozent und 15,5 Prozent größer als bei Menschen mit exzellenter oder ausreichender Gesundheitskompetenz, die zu 5,7 Prozent bzw. 7,5 Prozent mehr als zweimal in den letzten 12 Monaten zum Zahnarzt gegangen sind. Dies zeigt nochmals, dass niedrige Gesundheitskompetenz auch in der Zahnarztpraxis ein relevantes Thema ist.

#### **Notwendigkeit der Förderung der Gesundheitskompetenz**

In der Summe unterstreichen die Ergebnisse, was international seit längerem diskutiert wird: Gesundheitskompetenz stellt ein wichtiges gesellschaftliches Thema dar, das künftig höherer politischer Beachtung bedarf. Dies betonen auch Initiativen der Weltgesundheitsorganisation wie die kürzlich veröffentlichte Shanghai Erklärung (18), die WHO Faktensammlung zur Gesundheitskompetenz (19) oder aber die aus unterschiedlichen Ländern vorliegenden Nationalen Aktionspläne (20, 21). Sie belegen zugleich die hohe Beachtung, die das Thema international inzwischen findet.

Auch in Deutschland hat das Thema inzwischen recht hohe Aufmerksamkeit erlangt. So wird aktuell internationalen Vorbildern folgend ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland erarbeitet<sup>4</sup>. Ziel ist es, ein systemati-

11. Schaeffer D, Pelikan JM, editors. *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. 1. Auflage. Bern: Hogrefe; 2017.

12. HLS-EU Consortium. *Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states.: The european Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version) 2012* [zitiert am 29. Februar 2016]. Verfügbar unter: [http://lbihr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihr/attachments/neu\\_rev\\_hls-eu\\_report\\_2015\\_05\\_13\\_lit.pdf](http://lbihr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf).

13. Zok K. *Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten*. *Wldo monitor* 2014; 11(2):1–12.

14. Quenzel G, Schaeffer D. *Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*; 2016.

15. Jordan S, Hoebel J. *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA)*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58(9):942–50.

16. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld; 2016.

4 Das an der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance angesiedelte Kooperationsprojekt wird durch die Robert Bosch Stiftung und den AOK-Bundesverband, gefördert und steht unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe.

Zugleich ist es wichtig, konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf den Weg zu bringen. Dabei kommt Maßnahmen zur *Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz* hohe Bedeutung zu, sei es durch Bildung und Verbesserung der Fähigkeiten zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, durch Empowerment oder Stärkung der Selbstwirksamkeit.

sches Programm zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland vorzulegen, dadurch die gesellschaftliche und politische Diskussion des Themas zu intensivieren, Handlungsbereitschaft zu erzeugen und Veränderungen anzuregen. Der Nationale Aktionsplan wird durch ein Gremium von elf ausgewiesenen Expertinnen und Experten erstellt und aktuell konsentiert. Auch Vertreter der Zahnärzteschaft beteiligen sich an diesem Diskurs. Außerdem ist kürzlich die Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz erfolgt, in der sich auf Initiative des BMG die Spitzenverbände im Gesundheitswesen zusammengeschlossen haben, um praktische Projekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz auf den Weg zu bringen. Und schließlich wurde jüngst eine Nationale Koordinierungsstelle ‚Gesundheitskompetenz‘ etabliert<sup>5</sup>. Sie

<sup>5</sup> Die Nationale Koordinierungsstelle ‚Gesundheitskompetenz‘ ist an der Hertie School of Governance angesiedelt und wird durch den AOK-Bundesverband gefördert.

soll dazu beitragen, Entwicklungs- und Forschungsprojekte zur Stärkung von Gesundheitskompetenz zu initiieren und durchzuführen, bestehende Vorhaben zu vernetzen und weiter zu entwickeln. Initiativen wie diese belegen, dass das Thema auch in Deutschland zunehmend Beachtung erfährt.

Zugleich ist es wichtig, konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf den Weg zu bringen.

Dabei kommt Maßnahmen zur *Stärkung der persönlichen Gesundheitskompetenz* hohe Bedeutung zu, sei es durch Bildung und Verbesserung der Fähigkeiten zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, durch Empowerment oder Stärkung der Selbstwirksamkeit.

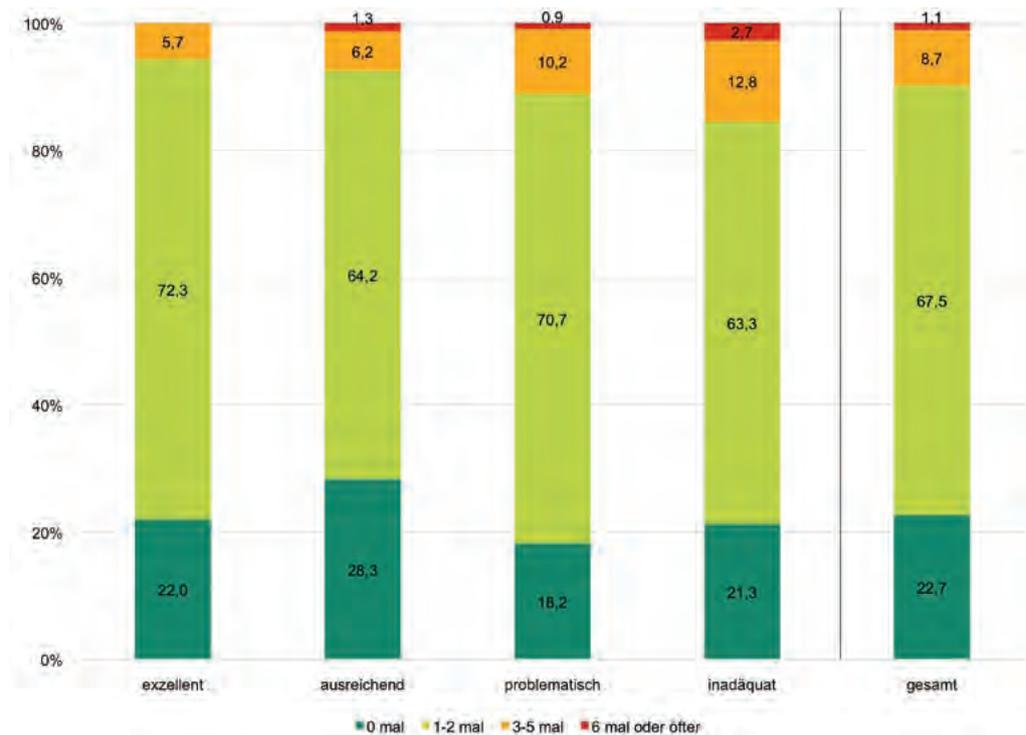


Abbildung 2: Zahnarztkontakte in den letzten 12 Monaten gesamt und nach Gesundheitskompetenz-Niveau

Notwendig ist es außerdem, die Informationsgestaltung zu verändern und bessere Gesundheitsinformationen bereit zu stellen. Dabei sind Informationen gefordert, die leicht zugänglich, einfach verständlich und nutzerfreundlich aufbereitet sind. Erforderlich ist es, auch die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten so zu gestalten, dass sie den Erwerb von Gesundheitskompetenz befördern und Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, sich aktiv und koproduktiv an der Gesundheitsversorgung und -erhaltung zu beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen informiert treffen zu können.

Notwendig ist es außerdem, die Informationsgestaltung zu verändern und bessere Gesundheitsinformationen bereit zu stellen. Dabei sind Informationen gefordert, die leicht zugänglich, einfach verständlich und nutzerfreundlich aufbereitet sind – u.a. Fremdwörter vermeiden, Fachbegriffe erklären, Bildmaterial einbeziehen – und die zudem verlässlich und qualitätsgesichert sind und überdies Einschätzungskriterien beinhalten. Zugleich sollten Gesundheitsinformationen sowohl den Informationsvoraussetzungen als auch den Informationspräferenzen der Adressaten besser entsprechen.

Zu beachten ist aber auch, dass der Umgang mit Gesundheitsinformationen in hohem Maß durch die Art und Weise bestimmt ist, wie die Umgebung – auch die Gesundheitsprofessionen – ihn erleichtern oder erschweren. Anders formuliert: erforderlich ist, auch die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten so zu gestalten, dass sie den Erwerb von Gesundheitskompetenz befördern und Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, sich aktiv und koproduktiv an der Gesundheitsversorgung und -erhaltung zu beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen informiert treffen zu können. Damit gehen für (Fach-) Ärztinnen und Ärzte eine ganze Reihe an Herausforderungen einher. Denn gerade sie spielen – wie insbesondere die Daten zu Anlaufstellen bei Informationsbedarf gezeigt haben – eine wichtige Rolle bei der Vermittlung und Unterstützung der Verarbeitung von Gesundheitsinformationen, sind aber häufig nicht ausreichend für diese Aufgabe ausgestattet. Daher ist es zukünftig wichtig, sie besser für Aufgaben der Förderung der Gesundheitskompetenz und besonders für den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit niedriger Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Das gilt auch für die Zahnärztinnen und -ärzte. Die Mundgesundheit ist ein wichtiges – aber lange Jahre unterschätztes Thema – für die Erhaltung der Gesund-

heit und Lebensqualität der Bevölkerung, die hohe Gesundheitskompetenz erfordert. Zwar hat sich die Mundgesundheit in den letzten Jahrzehnten – auch durch die starken Präventionsbemühungen der Zahnärztinnen und -ärzte – schon deutlich verbessert, jedoch wurde die Bedeutung der Gesundheitskompetenz zumeist nur am Rande mitgedacht. Ihre Berücksichtigung und Stärkung birgt das Potential zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit, wie die Zahnärztinnen und -ärzte in einem Strategiepapier erkannt und auf den Weg gebracht haben.

17. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health Literacy in the German Population: Results of a Representative Survey. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114(4):53–60.

18. World Health Organization (WHO). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development: 9th Global Conference on Health Promotion; Shanghai 21-24 November. Shanghai; 2016.*

19. Regional Office for Europe. *Health literacy: The solid facts; 2013 [zitiert am 17. Juni 2016]. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).*

20. Ministry of Health. *A Framework for Health Literacy. Wellington; 2015.*

21. Puntoni S. *Health Literacy in Wales: A scoping document for Wales; 2010.*

Klaus Buddeberg, Lisanne M. Heilmann, Anke Grotlüschen

# Funktionaler Analphabetismus

## Erwachsene mit geringer Lese- und Schreibkompetenz Allgemeine Grundkompetenzen und Gesundheitskompetenz



**Dr. Klaus Buddeberg**  
Universität Hamburg, Fakultät  
Erziehungswissenschaft,  
Projektleitung der LEO-Grund-  
bildungsstudie



**Lisanne M. Heilmann M.A.**  
Universität Hamburg, Fakultät  
Erziehungswissenschaft, wis-  
senschaftliche Mitarbeiterin in  
der LEO-Grundbildungsstudie



**Prof. Dr. Anke Grotlüschen**  
Professorin für Lebenslanges  
Lernen an der Universität Ham-  
burg, Projektleitung der LEO-  
Grundbildungsstudie

### 1. Einleitend

Die Gesundheitskompetenz ist innerhalb der Bevölkerung in Deutschland teilweise schwach ausgeprägt. Studien zeigen, dass eine/r von zwei Erwachsenen nur eine eingeschränkte, wenn nicht gar inadäquate Gesundheitskompetenz hat. Dies beschreibt zum Beispiel die Studie „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland“, die an der Universität Bielefeld durchgeführt wurde und deren Ergebnisse ebenfalls in dieser Ausgabe diskutiert werden. Der Ergebnisband der Studie bietet einen Überblick über Untersuchungen zur Health Literacy (Schaeffer et al. 2016: 14–15). Gesundheitsbezogene Kompetenzen oder gesundheitsbezogene Grundbildung weisen einen starken Bezug zum aktivierenden Sozialstaat auf. Verbraucher/innen werden zunehmend als verantwortlich für Entscheidungen über angemessene Behandlungsarten und andere gesundheitsrelevante Entscheidungen erklärt (Dahme und Wohlfahrt 2007: 77–78; Schmidt-Semisch und Paul 2010: 13), obwohl ihnen keine systematische Grundbildung dafür angeboten wird.

Neben vielfältigen domänenbezogenen Untersuchungen lassen sich, bezogen auf Grundkompetenzen von Erwachsenen, zwei Studien hervorheben: die international vergleichende PIAAC-Studie (Programme for the International Assessment of Adult Competencies) (Rammstedt 2013) und die LEO – Level-One Studie (Grotlüschen und Riekman 2012). Diese Studien befassen sich u.a. mit der Lese- und Schreibkompetenz von Erwachsenen. In Deutschland existiert bisher jedoch keine Studie, in der die Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit Kompetenzen im Lesen und Schreiben systematisch in Verbindung gesetzt wird. Diese Lücke soll die aktuelle LEO-Grundbildungsstudie schließen, die neben anderen Teilbereichen auch gesundheitsbezogene Praktiken und Kompetenzen in engem Zusammenhang zu Literalität diskutiert.

Aus dem US-amerikanischen Teil der PIAAC-Studie ist bekannt, dass Personen mit geringen Literacy-Scores bei der Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen stärker auf nicht-schriftliche Informationsquellen zurückgreifen (z.B. TV und Radio bzw.

Freundinnen und Freunde, Familienangehörige, Kolleg/inn/en) als auf schriftliche Informationsquellen (Printmedien oder Informationen im Internet). Die Studie zeigt auch, dass Personen mit höherer formaler Bildung eher auf schriftbasierte Informationsquellen (Zeitungen, Zeitschriften, Internet, Bücher) zugreifen als Personen mit niedrigerem formalem Abschluss (Feinberg et al. 2015: 8). Gleichzeitig jedoch stellen gedruckte Informationen den größten Teil der zur Verfügung stehenden Informationen dar. Daraus lässt sich ableiten, dass die Aufbereitung der Informationen in gut verständlicher Sprache und übersichtlicher Form die Möglichkeit der Informationsentnahme erhöhen kann (Feinberg et al. 2015: 14). Papen verweist ebenfalls darauf, dass Menschen bezogen auf Gesundheitsbelange zuallererst mit schriftbasierten Informationen konfrontiert sind und somit schriftsprachliche und literale Kompetenzen als relevante Grundlage gesundheitsbezogener Kompetenzen erscheinen, weshalb die Frage nach den Zusammenhängen von gesundheitsbezogenen und schriftsprachlichen Kompetenzen an Bedeutung gewinnt (Papen 2012: 108).

Wenn also davon auszugehen ist, dass ein erheblicher Anteil unter den Erwachsenen in Deutschland nur eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist, dann schließt sich die Annahme an, dass die beobachtbaren Schwierigkeiten bei der Informationssuche für Menschen mit geringer Literalität noch deutlicher zutage treten. Zentrale Befunde der ersten LEO-Studie, in der nach den schriftsprachlichen Grundkompetenzen in der deutschen Bevölkerung gefragt wurde, werden im Folgenden dargelegt.

### 2. Befunde der ersten LEO-Studie

Im Jahr 2011 wurde als Kernergebnis der LEO – Level-One Studie die Zahl von 7,5 Millionen sogenannten „funktionalen Analphabetinnen und Analphabeten“ unter den Deutsch sprechenden Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren publiziert. Während der Begriff des totalen (oder auch primären) Analphabetismus ein praktisch gänzlich Fehlen aller Lese- und Schreibkompetenzen bezeichnet, verweist funktionaler Analphabetismus auf eine sehr niedri-

# Während der Begriff des totalen Analphabetismus ein praktisch gänzlich fehlendes Fehlen aller Lese- und Schreibkompetenzen bezeichnet, verweist funktionaler Analphabetismus auf eine sehr niedrige Kompetenz [...] Betroffene lesen sinnentnehmend und schreiben sinnproduzierend etwa bis zur Ebene einfacher Sätze, scheitern jedoch an der Textebene.

ge Kompetenz, die vor allem vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Anforderungen Teilhabe in Frage stellen kann. Im Studienkontext wurde dies beschrieben als ein Kompetenzniveau unterhalb der Ebene zusammenhängender Texte. Betroffene lesen sinnentnehmend und schreiben sinnproduzierend etwa bis zur Ebene einfacher Sätze, scheitern jedoch an der Textebene (Grotlüschen et al. 2012).

Die Studienautor/inn/en entwickelten zu diesem Zweck Testaufgaben zur Erfassung der Literalität von Erwachsenen. Diese Aufgaben wurden insgesamt 8.436 Personen vorgelegt und zusammen mit einer Reihe von soziodemographischen Merkmalen erfragt. So ließ sich die Zahl der Erwachsenen mit geringer Literalität bezogen auf die deutsche Schriftsprache ermitteln (7,5 Millionen) und nach den erhobenen Kriterien auswerten.

## 2.1 Sozio-demographische Merkmale als Prädiktoren für funktionalen Analphabetismus

In der Analyse der erhobenen Daten wurden mittels einer Regressionsanalyse verschiedene Bedingungsfaktoren von funktionalem Analphabetismus auf ihre Stärke und Aussagekraft als Prädiktor hin überprüft. Auf der Literalitätsskala von 0 bis 100 erreicht die Referenzgruppe (männliches Geschlecht, Alter zwi-

schen 40 und 49 Jahren, mittlere Bildung, Erstsprache Deutsch, elterlicher Abschluss: Mittlere Reife, erwerbstätig) einen Wert von 52,2 Punkten.

Während Faktoren wie das Geschlecht oder das Alter nur einen geringen Einfluss auf die Literalität ausüben, findet sich ein deutlich stärkerer Prädiktor für funktionalen Analphabetismus im Niveau der formalen Bildung, also dem Schulabschluss. Personen ohne Schulabschluss schneiden auf der Kompetenzskala im Schnitt 9,5 Punkte schwächer ab als die Referenzgruppe mit mittlerer Bildung (Grotlüschen et al. 2012: 41). Rund 19 Prozent der Betroffenen haben keinen Schulabschluss. Zwar liegt dieser Anteil über dem Anteil an der Gesamtbevölkerung (rund 5%), doch bedeutet dies, dass mehr als achtzig Prozent der vom funktionalen Analphabetismus betroffenen Personen einen Schulabschluss erreicht haben (Grotlüschen und Sondag 2012).

Jedoch spielt nicht nur der eigene Schulabschluss, sondern in einem maßgeblichen Umfang auch der familiäre Bildungshintergrund eine Rolle für die Literalität von Erwachsenen. In der Regressionsanalyse zeigte sich bei Personen, deren Eltern keinen Schulabschluss erreicht haben, eine Abweichung von 3,9 Punkten nach unten auf der Literalitätsskala (Riek-

## Literatur:

Baumert, Jürgen; Schümer, Gundel (2001): Familiäre Lebensverhältnisse, Bildungsbeteiligung und Kompetenzerwerb. In: Deutsches PISA-Konsortium (Hg.): PISA 2000: Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: 323–407.

Bilger, Frauke (2012): (Weiter-) Bildungsbeteiligung funktionaler Analphabet/inn/en. In: Anke Grotlüschen und Wibke Riekmann (Hg.): Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Münster: 254–275.

Buddeberg, Klaus; Riekmann, Wibke (2012): Literalität und Erstsprache. In: Anke Grotlüschen und Wibke Riekmann (Hg.): Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Münster: 210–225.

Dahme, Heinz-Jürgen; Wohlfahrt, Norbert (2007): Gesundheitspolitik im aktivierenden Staat: zu einigen Aspekten der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung. In: Bettina Schmidt und Petra Kolip (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Weinheim: 71–81.

Feinberg, Iris; Greenberg, Daphne; Frijters, Jan (2015): Understanding Health Information Seeking Behaviors of Adults with Low Literacy, Numeracy, and Problem Solving Skills: Results from the 2012 US PIAAC Study. Online verfügbar unter [https://static1.squarespace.com/static/51bb74b8e4b0139570ddf020/t/54da7889e4b004762df45b52/1423603849970/Feinberg\\_Greenberg\\_Frijters\\_PIAAC.pdf](https://static1.squarespace.com/static/51bb74b8e4b0139570ddf020/t/54da7889e4b004762df45b52/1423603849970/Feinberg_Greenberg_Frijters_PIAAC.pdf), zuletzt geprüft am 17.08.2017.

Grotlüschen, Anke (2012): Funktionaler Analphabetismus in Wirtschaft und Gesellschaft. Erstaunliche Daten aus der leo.-Level-One Studie. In: Personalführung (7): 42–49.

## Funktionaler Analphabetismus und Literalitätslevel

Literalität	Alpha-Level	Anteil an der erwachsenen Bevölkerung	Anzahl (hochgerechnet)
Funktionaler Analphabetismus	α 1	0,6 %	0,3 Mio
	α 2	3,9 %	2,0 Mio
	α 3	10,0 %	5,2 Mio
Zwischensumme		14,5 %	7,5 Mio
Fehlerhaftes Schreiben	α 4	25,9 %	13,3 Mio
	> α 4	59,7 %	30,8 Mio
Summe		100,0 %	51,6 Mio

Von **funktionalem Analphabetismus** (Alpha-Level 1-3) wird bei Unterschreiten der Textebene gesprochen, d. h., dass eine Person zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben kann, nicht jedoch zusammenhängende – auch kürzere – Texte. So misslingt etwa auch bei einfachen Beschäftigungen das Lesen schriftlicher Arbeitsanweisungen. Von **fehlerhaftem Schreiben** (Alpha-Level 4) wird gesprochen, wenn auf Satz- und Textebene auch bei gebräuchlichen Wörtern langsam und/oder fehlerhaft gelesen und geschrieben wird. Die Rechtschreibung, wie sie bis zum Ende der Grundschule unterrichtet wird, wird nicht hinreichend beherrscht. Typische Betroffene vermeiden das Lesen und Schreiben häufig. Quelle: leo. – Level-One Studie, n=8.436 Deutsch sprechende Personen im Alter von 18-64 Jahren. Abweichung der Summe von 100% aufgrund von Rundungseffekten.

# Es zeigt sich, dass auch trotz erheblicher Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben eine Teilhabe am Erwerbsleben möglich ist. Ebenso zeigt sich, dass in der Frage nach sozialer Einbindung und sozialen Nahbeziehungen Betroffene nicht systematisch ausgeschlossen sind.

Grotlüschen, Anke; Riekmann, Wibke (Hg.) (2012): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der ersten leo. - Level-One Studie.* Münster. Online verfügbar unter <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/?cat=505>, zuletzt geprüft am 09.10.2017.

Grotlüschen, Anke; Riekmann, Wibke; Buddeberg, Klaus (2012): *Hauptergebnisse der leo. - Level-One Studie.* In: Anke Grotlüschen und Wibke Riekmann (Hg.): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland.* Münster: 13–53.

Grotlüschen, Anke; Sondag, Christoph (2012): *Literalität, Schulabschluss und Schulerleben.* In: Anke Grotlüschen und Wibke Riekmann (Hg.): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland.* Münster: 227–253.

McElvany, Nele (2011): *Familiäre Bedingungsfaktoren von Lesekompetenz und Effektivität systematischer Förderung.* In: Joachim Bothe (Hg.): *Funktionaler Analphabetismus im Kontext von Familie und Partnerschaft.* Münster: 62–71.

OECD (2016): *Skills Matter: Further Results from the Survey of Adult Skills.* OECD Skills Studies. OECD Publishing, Paris. Online verfügbar unter [www.oecd.org/skills/piaac/Skills\\_Matter\\_Further\\_Results\\_from\\_the\\_Survey\\_of\\_Adult\\_Skills.pdf](http://www.oecd.org/skills/piaac/Skills_Matter_Further_Results_from_the_Survey_of_Adult_Skills.pdf), zuletzt geprüft am 09.10.2017.

Papen, Uta (2012): *Informal, incidental and ad hoc: the information-seeking and learning strategies of health care patients.* In: *Language and Education* 26 (2): 105–119.

Rammstedt, Beatrice (Hg.) (2013): *Grundlegende Kompetenzen Erwachsener im internationalen Vergleich. Ergebnisse von PIAAC 2012.* Münster: Waxmann.

Riekmann, Wibke (2012): *Literalität und Lebenssituation.* In: Anke Grotlüschen und Wibke Riekmann (Hg.): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland.* Münster: 166–186.

mann 2012: 169f.). Der Anteil der funktionalen Analphabet/inn/en, deren beide Eltern keinen Schulabschluss haben, liegt mit rund zwölf Prozent vier Mal so hoch wie in der erwachsenen Bevölkerung insgesamt. Die soziale Vererbung von Literalität, also die Weitergabe geringer Literalität von einer Generation auf die nächste, ist – insbesondere für Deutschland – mittlerweile hinreichend belegt (vgl. McElvany 2011: 62; OECD 2016: 88–89; Baumert und Schümer 2001: 331–333).

Ein ebenfalls wichtiger Faktor für die Lese- und Schreibkompetenz ist die in der Kindheit erlernte Erstsprache. Die Erstsprache erweist sich somit neben der formalen Bildung als weiterer starker Prädiktor für Literalität in der jeweiligen Testsprache. Von der Gesamtzahl der funktionalen Analphabetinnen und Analphabeten ist allerdings die Mehrheit (ca. 58%) mit Deutsch als Erstsprache aufgewachsen. Die übrigen 42 Prozent haben in der Kindheit eine andere Erstsprache erlernt als Deutsch (Buddeberg und Riekmann 2012: 214ff.).

## 2.2 Funktionaler Analphabetismus als Ausschlusskriterium gesellschaftlicher Teilhabe

Ausgehend von diesen Überlegungen, stellt sich – nicht zuletzt auch im Hinblick auf die soziale Verteilung von Gesundheit und Gesundheitskompetenzen – die Frage, welche Konsequenzen niedrige Grund-

kompetenzen (in unserem Falle: Lese- und Schreibkompetenzen) mit sich bringen.

In Bezug auf die Erwerbstätigkeit lässt sich nur ein bedingter Einfluss feststellen. Zwar liegt die Erwerbsquote geringfügig niedriger als in der Gesamtbevölkerung, doch sind dennoch rund die Hälfte der betroffenen Frauen und über 60 Prozent der betroffenen Männer erwerbstätig. Im Schnitt, über alle Männer und Frauen gerechnet, sind von den Betroffenen 57 Prozent erwerbstätig, 17 Prozent sind arbeitslos, rund zehn Prozent als Hausfrau, Hausmann oder in Elternzeit außerhalb des Erwerbssektors, die übrigen sind noch in Ausbildung oder bereits in frühem Ruhestand (Grotlüschen et al. 2012: 34). Somit zeigt sich, dass auch trotz erheblicher Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben eine Teilhabe am Erwerbsleben möglich ist (Grotlüschen 2012). Ebenso zeigt sich, dass in der Frage nach sozialer Einbindung und sozialen Nahbeziehungen Betroffene nicht systematisch ausgeschlossen sind. Anteilig ist der Anteil der Verheirateten und mit Partnerin oder Partner Zusammenlebenden unter funktionalen Analphabet/inn/en ebenso hoch wie in der erwachsenen Bevölkerung insgesamt, unter den Ledigen sind funktionale Analphabet/inn/en leicht unterdurchschnittlich repräsentiert (Riekmann 2012: 174-178).

### Funktionaler Analphabetismus und fehlerhaftes Schreiben nach Schulabschluss

Literalität	Alpha-Level	Anteil der Schulabschlussgruppen					
		insgesamt	kein Abschluss	Untere Bildung	Mittlere Bildung	Höhere Bildung	Noch Schüler/in
Funktionaler Analphabetismus	α 1	0,6 %	5,9 %	0,6 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %
	α 2	3,9 %	23,4 %	5,8 %	1,6 %	1,5 %	0,0 %
	α 3	10,0 %	29,7 %	16,7 %	6,7 %	4,1 %	10,2 %
Zwischensumme		14,5%	59,0 %	23,1 %	8,5 %	5,7 %	10,2 %
Fehlerhaftes Schreiben	α 4	25,9 %	27,2 %	35,5 %	25,0 %	17,6 %	17,5 %
	> α 4	59,7 %	13,8 %	41,4 %	66,5 %	76,7 %	72,3 %
Summe		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Hochgerechnet sind 59 Prozent der Personen, die keinen Schulabschluss haben, funktionale Analphabet/inn/en. Weitere 27,2 Prozent der Personen ohne Schulabschluss schreiben fehlerhaft. Aber auch noch 8,5 Prozent der Personen, die einen mittleren Bildungsabschluss haben, sind funktionale Analphabet/inn/en. Auch hier schreiben weitere 25,0 Prozent fehlerhaft. Und selbst von den Personen mit einem hohen Bildungsabschluss sind 5,7 Prozent funktionale Analphabet/inn/en, weitere 17,6 Prozent lassen fehlerhafte Schreibung erkennen. Quelle: leo. - Level-One Studie, n=8.436 Deutsch sprechende Personen im Alter von 18-64 Jahren. Abweichung der Summen von 100% aufgrund von Rundungseffekten.

Gesundheitskompetenz ist eng verbunden mit basalen Fähigkeiten des Lesens und Verstehens von Informationen. Wer bereits hier Schwierigkeiten hat, dem fällt es ungleich schwerer, eine entsprechende Kompetenz in Fragen der eigenen Gesunderhaltung bzw. Krankheitsbewältigung zu erwerben. Zu beobachten, in welchem Zusammenhang niedrige Grundkompetenzen mit der Gesundheit und den Gesundheitskompetenzen von Menschen stehen, ist eines der Ziele der zweiten LEO-Studie.

In einer gemeinsamen Analyse mit den Daten des Adult Education Survey (AES) konnten zudem Aussagen über das Weiterbildungsverhalten getroffen werden. Betroffene nehmen mit 28 Prozent seltener an Bildungsangeboten teil als die Gesamtbevölkerung (42 %). Hier zeigt sich also in der Tat eine systematisch geringere Teilhabe (Bilger 2012: 272).

### 2.3 Gesundheit und Analphabetismus

Im Zusammenhang mit funktionalem Analphabetismus spielt die Gesundheit auf zwei Ebenen eine Rolle. Zum einen können gesundheitliche Beeinträchtigungen als mögliche Ursache für funktionalen Analphabetismus in Betracht gezogen werden. Empirisch lässt sich dieser Zusammenhang jedoch nur bedingt erhärten (Riekmann 2012: 180f.). Ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand lässt sich theoretisch ebenfalls mit geringer Literalität in Zusammenhang bringen. Für das untere Bildungssegment konnte gezeigt werden, dass rund 19 Prozent der funktionalen Analphabet/inn/en über einen schlechten oder weniger guten Gesundheitszustand berichten, im Schnitt aller Befragten aus dem unteren Bildungssegment sind dies 13 Prozent. Allerdings wird der Literalitätseffekt auf den Gesundheitszustand überlagert durch einen starken Alterseffekt (Buddeberg 2012: 206f.).

#### Funktionaler Analphabetismus und Erstsprache



58% der funktionalen Analphabet/inn/en sind mit Deutsch als Erstsprache aufgewachsen, 42% haben eine andere Sprache als Erstsprache erlernt.  
Quelle: leo. – Level-One Studie, n=8.436 Deutsch sprechende Personen im Alter von 18-64 Jahren.

### 3 Ausblick

Die erste LEO-Studie und die daran anknüpfenden Untersuchungen haben vielfältige Diskussionen in der Gesellschaft ausgelöst. Insbesondere der Befund, dass rund jede/r siebte Erwachsene in Deutschland nur über stark eingeschränkte Lese- und Schreibkompetenzen verfügt, war von der Größenordnung her überraschend auch für die Fachöffentlichkeit. Das Phänomen rückte stärker in den Fokus der Politik. Im Lichte der Ergebnisse von Forschung zu Grundkompetenzen von Erwachsenen wurden Konsequenzen gezogen und ein ganzes Bündel an Maßnahmen beschlossen, um den funktionalen Analphabetismus zu verringern. Im Herbst 2016 wurde die „Nationale Dekade für Alphabetisierung und Grundbildung“ ausgerufen, in deren Rahmen vielfältige Forschungs- und Praxisprojekte gefördert werden.

Ein Großteil gesundheitsbezogener Informationen ist vorrangig durch Schriftsprache zu erreichen. Gesundheitskompetenz ist deshalb eng verbunden mit basalen Fähigkeiten des Lesens und Verstehens von Informationen. Wer bereits hier Schwierigkeiten hat, dem fällt es ungleich schwerer, eine entsprechende Kompetenz in Fragen der eigenen Gesunderhaltung bzw. Krankheitsbewältigung zu erwerben. Zu beobachten, in welchem Zusammenhang niedrige Grundkompetenzen (und damit verbundene Teilhabeausschlüsse) mit der Gesundheit und den Gesundheitskompetenzen von Menschen stehen, ist eine der Aufgaben und Ziele der zweiten LEO-Studie. Hier werden erneut Lese- und Schreibkompetenzen getestet und zusammen mit einem umfangreichen Hintergrundfragebogen erhoben. In diesem Hintergrundfragebogen werden neben soziodemographischen Daten auch dezidiert verschiedene Kompetenzen und Praktiken erfragt, die einen Rückschluss auf finanzielle, digitale, politische und gesundheitsbezogene Teilhabe ermöglichen sollen. Hierdurch sollen Aussagen über die Zusammenhänge zwischen geringer Literalität und gesundheitsbezogenen Kompetenzen und Praktiken ermöglicht werden, um so der Frage nachzugehen, ob und in welcher Weise gering literalisierte Personen bezogen auf das Gesundheitssystem benachteiligt sind. Erste Ergebnisse hierzu werden ab Anfang 2019 erwartet.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld. Bielefeld.

Schmidt-Semisch, Henning; Paul, Bettina (2010): Risiko Gesundheit. Eine Einführung. In: Bettina Paul und Henning Schmidt-Semisch (Hg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: 7–21.

Ingrid Fischbach

## Auf Verständlichkeit kommt es an!



**Ingrid Fischbach**  
Parlamentarische Staats-  
sekretärin beim Bundes-  
minister für Gesundheit

Die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland brauchen mehr verständliche Gesundheitsinformationen. Denn nur wer gut informiert ist, kann Gesundheitsrisiken vermeiden und im Krankheitsfall durch eigenes Verhalten zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen. Um das Gesundheitswissen zu verbessern, hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Juni 2017 gemeinsam mit den Bundesländern, den Spitzenorganisationen der Krankenkassen, der Ärzte und Zahnärzte, der Pflegekräfte, der Krankenhäuser und Apotheken sowie mit Verbraucherverbänden und Selbsthilfegruppen die Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet. In einer Gemeinsamen Erklärung haben sich alle fünfzehn beteiligten Partner der Allianz dazu verpflichtet, neue Projekte und Strategien zu entwickeln und umzusetzen, um Bürgerinnen und Bürger mit verständlichen Informationen über ihre Gesundheit, den Umgang mit Krankheiten und Möglichkeiten zur Vermeidung und Vorbeugung von Krankheiten zu unterstützen. Weitere Partner werden dazukommen.

Dass die Allianz auf einer so breiten Grundlage steht, ist ihre Stärke. Es ist ein Signal, dass wir mehr für die Gesundheitskompetenz in unserem Land tun wollen. Und das ist nötig. Denn aktuelle Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Schwierigkeiten hat, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, sie zu bewerten und die richtigen Entscheidungen für eine gesunde Lebensweise oder zur Krankheitsbewältigung zu treffen. Dies betrifft insbesondere ältere Menschen, Menschen mit chronischer Erkrankung, Menschen mit geringem Bildungsstatus und Menschen mit Migrationshintergrund. Eine bessere Gesundheitskompetenz zahlt sich für den Einzelnen, aber auch für das Gemeinwesen aus: Nach Schätzungen der WHO werden drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht. Allein für Deutschland wären dies umgerechnet etwa 9 bis 15 Milliarden Euro.

Die Digitalisierung ist ein wichtiger Motor für mehr Gesundheitskompetenz. 40 Prozent der Menschen hierzulande nutzen schon heute regelmäßig das Internet für die Suche nach Gesundheitsinformationen. Und die gute Nachricht ist: Es gibt eine Fülle von Ge-

sundheitsinformationen, die im Internet frei zur Verfügung stehen. Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentralen, Universitäten und Verbände und natürlich die Unabhängige Patientenberatung bieten vielfältige gute Informationsangebote. Insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen leisten Vorbildliches, etwa mit dem Portal „Gesundheitsinformation.de“. Das können Übersichten zu Präventionsangeboten sein, zu Diagnose- und Therapiemöglichkeiten oder auch andere Hinweise, die Menschen helfen können, Entscheidungen für ihre persönliche Gesundheit zu treffen.

Doch diese Fülle ungefilterter Informationen kann auch überfordern. Welche Informationen sind zuverlässig? Welche können tatsächlich weiterhelfen? Welche versteht man auch ohne Medizinstudium? Es geht darum, dass Informationen leicht auffindbar und für medizinische Laien verständlich sein müssen. Ziel muss sein, dass alle Bürgerinnen und Bürger die gefundenen Informationen einordnen und für sich nutzen können.

Voraussetzung dafür ist erstens mehr Gesundheitsbildung. Diese muss so umfassend und zugleich so einfach wie möglich erfolgen, also über Angebote in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Freizeit-, Erwachsenenbildungs-, Gesundheits- oder Senioreneinrichtungen – ein Ansatz, der auch mit dem Präventionsgesetz verfolgt wird.

Zweitens sind dafür gut zugängliche Gesundheitsinformationen nötig, die zugleich wissenschaftlich abgesichert, unabhängig und leicht verständlich sind, vor allem im Internet. Denn schon heute informieren sich rund 40 Millionen Menschen in Deutschland regelmäßig zu Gesundheitsthemen über das Internet. Allerdings stehen im Internet wissenschaftliche und werbliche Informationen ungefiltert nebeneinander. Und schon die Qualität eines Anbieters zu beurteilen fällt schwer. Es muss deshalb darum gehen, die guten, unabhängigen Informationen verständlich aufzubereiten und schnell zugänglich zu machen. Denn die Informationen sollen alle Menschen in Deutschland erreichen. Deshalb haben wir das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswe-

**Eine bessere Gesundheitskompetenz zahlt sich für den Einzelnen, aber auch für das Gemeinwesen aus: Nach Schätzungen der WHO werden drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht. Allein für Deutschland wären dies umgerechnet etwa 9 bis 15 Milliarden Euro. [...]**

**Mit der Gründung der Allianz ist ein wichtiger Schritt geschafft, um die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gemeinsam zu stärken.**

sen damit beauftragt, ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal im Internet zu entwickeln, das wissenschaftlich belegte und verständliche Informationen bündelt.

Drittens muss es auch im direkten Arzt-Patienten-Kontakt mehr Verständlichkeit geben. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein Dreh- und Angelpunkt unseres Gesundheitswesens. Hier kommt es ganz wesentlich darauf an, dass Diagnosen und Behandlungsempfehlungen verstanden werden. Das muss in der Ausbildung und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften eine stärkere Rolle spielen. Denn nur wer seinen Arzt richtig versteht, kann die Empfehlungen auch richtig umsetzen. Verständlichkeit in der Kommunikation ist die Grundlage für eine stärkere Patientenbeteiligung und vor allem für eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung müssen wir erkennbar stärken. Denn nur wenn der Patient die Therapie aktiv mitgestalten kann, wird sie erfolgreich sein. Alle drei Punkte sind wichtige Handlungsfelder in der Gemeinsamen Erklärung der Allianz für Gesundheitskompetenz.

Es ist gut, dass die Zahnärzteschaft mit neuen Verfahren und Strategien kraftvoll in der Allianz mitwirkt – etwa mit der Kampagne der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Vermeidung frühkindlicher Karies mit dem Ziel, die Früherkennungsuntersuchungen auszubauen. Oder mit der Gesamtstrategie zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz. Die Bundeszahnärztekammer geht mit der Entwicklung eines Lehrmoduls für Zahnärzte zur „Teach-Back-Methode“ voran. In Form eines Lehrmoduls als Online-Fortbildung oder im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen der (Landes-) Zahnärztekam-

mern werden Zahnärztinnen und Zahnärzte trainiert, besser mit ihren Patienten zu kommunizieren. Außerdem sollen neue Techniken der Gesprächsführung entwickelt und angewandt werden, um Menschen für Veränderung zu gewinnen.

Eine Allianz zu gründen heißt nicht nur, dass jeder Beteiligte seine Projekte beisteuert. Es heißt auch, sich gut abzustimmen und zusammenzuarbeiten. Wie erfolgreich so etwas funktioniert, zeigt sich gerade an den vielen hervorragenden Projekten des Innovationsfonds. Über den Innovationsfonds werden insgesamt neun Projekte zum Thema Gesundheitskompetenz gefördert. Ein Beispiel ist ein Projekt, bei dem es um die vollständige Umstellung der Abläufe in einem Krankenhaus auf die „gemeinsame Entscheidungsfindung“ geht. Um diesen Kulturwandel herbeizuführen, müssen die Ärztinnen und Ärzte ebenso geschult werden wie das Pflegepersonal. Für die Patienten werden Entscheidungshilfen entwickelt, die auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand beruhen. Alle Projekte müssen in einer wissenschaftlichen Begleitung nachweisen, ob und inwiefern sie zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Wo das messbar gelingt, sollen die Neuerungen allen Patientinnen und Patienten in der breiten Versorgung zur Verfügung gestellt werden.

Mit der Gründung der Allianz ist ein wichtiger Schritt geschafft, um die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten gemeinsam zu stärken, damit Patientinnen und Patienten in Deutschland den Fachkräften im Gesundheitswesen als „Experten ihrer selbst“ gut informiert begegnen und die Entscheidungen für eine erfolgreiche Behandlung selbstbestimmt treffen können.

Wolfgang Eber

# Mundgesundheitskompetenz weiter stärken

## Die Gesamtstrategie der Vertragszahnärzteschaft zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland



**Dr. Wolfgang Eber**  
Vorsitzender des Vorstandes  
der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung (KZBV)

Wir Zahnärzte haben den Anspruch, unseren Patienten als Partner zu begegnen und möchten sie darin unterstützen, zum Souverän ihrer Gesundheit zu werden. So ermöglichen wir die Eigenverantwortung unserer Patienten und befähigen sie, im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung, gemeinsam mit ihrer Zahnärztin oder ihrem Zahnarzt die individuell passgenaue Versorgung festzulegen. Für ein partnerschaftliches Verhältnis ist es unerlässlich, dass Patienten ihre Zahnärztin/ ihren Zahnarzt auch weiterhin frei wählen können.

Die Zahnärzteschaft begreift die Förderung der Mundgesundheitskompetenz als integralen Bestandteil ihres Auftrags und berücksichtigt dies in ihren Zielsetzungen wie auch im konkreten Informations- und Beratungshandeln in der zahnärztlichen Praxis.

Patienten haben einen Anspruch auf Information, Aufklärung und Orientierung im komplexen Gesundheitswesen. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte sind beim Thema Mundgesundheit Anwälte und Lotsen unserer Patienten innerhalb des Gesundheitswesens. Wir haben den Anspruch, Patienten die für sie relevanten Informationen zielgruppenorientiert und nutzerfreundlich zur Verfügung zu stellen. Deshalb hat die Zahnärzteschaft bereits sehr früh angefangen, die Basis dafür zu legen, dass alle Menschen in unserer Gesellschaft einen ungehinderten Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Leistungen erhalten.

### Präventionsorientierung schafft „dental awareness“

Im Jahr 2016 veröffentlichte die Universität Bielefeld repräsentative Zahlen zur allgemeinen Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung. Informationen und Lernvoraussetzungen sind in Deutschland demnach schlechter als zunächst angenommen und rangieren im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Mehr als die Hälfte der Deutschen hat Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, zu verarbeiten und anzuwenden.

Ganz anders bei der Mundgesundheitskompetenz: In allen Altersgruppen ist das Bewusstsein für die Be-

deutung der Mundgesundheit breit verankert. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte haben sehr früh auf die „Karte“ Prävention gesetzt. Präventionsorientiertes Gesundheitsverhalten und kontrollorientierte Zahnarztbesuche führen dazu, dass Deutschland bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt.

Wie die Deutschen Mundgesundheitsstudien im Zeitverlauf zeigen, zahlen sich auf Prävention und Kommunikation ausgerichtete Maßnahmen aus. Die vor ca. 20 Jahren gestarteten Aktivitäten der Zahnärzteschaft im Bereich der Gesundheitsbildung mit der Aufklärungs- und Motivationsarbeit der deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte entfalten vor allem im Bereich des Mundhygieneverhaltens ihre Wirkung. So zeigt die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), dass die „Selbstwirksamkeitserwartung“ zur eigenen Mundgesundheit besonders hoch ist: Zwischen 70 und 80 Prozent der Befragten – je nach Altersgruppe – sind davon überzeugt, viel oder sehr viel für die eigenen Zähne tun zu können und 80% der Befragten geben an, dass sie sich mindestens zweimal täglich die Zähne putzen. Jedes zweite Kind und jeder dritte Erwachsene kennen die Empfehlungen zur Mundpflege. Dazu gehören das Wissen um die Bedeutung regelmäßiger zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen, die Kenntnis der Empfehlungen zur Mundpflege und der zunehmende Einsatz von Hilfsmitteln in der Mundhygiene. Hier zeigt sich, dass die etablierten Präventionsinstrumente, beginnend mit der Gruppenprophylaxe in Kita und Grundschule, verzahnt mit Maßnahmen der Individualprophylaxe, zu einer deutlichen Verbesserung des Zahn- und Mundhygieneverhaltens geführt haben.

Ein wichtiger Anreiz ist auch das Bonusheft, das eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung genießt. Auch ein anderer Aspekt der Sekundärprävention, nämlich die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, ist in der Zahnmedizin aufgrund „schleichender“ Erkrankungen wie der Parodontitis von großer Bedeutung. Heute nehmen alle Altersgruppen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahr. Neun von zehn Seniorinnen und Senioren gehen regelmäßig zu Kontrolluntersuchun-

gen – ein großer Fortschritt für die von Parodontitis besonders betroffene Altersgruppe.

Die Bemühungen der Zahnärzteschaft spiegeln sich nicht nur in präventionsorientiertem Verhalten wider, sondern lassen sich auch im Ergebnis am kontinuierlichen Rückgang der Volkskrankheit Karies dokumentieren. Deutschland nimmt bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein. Acht von zehn der 12-jährigen Kinder sind heute kariesfrei.

Die Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz ist eine langfristige Aufgabe, die über die Bereitstellung von Informationen weit hinausgeht. Sie umfasst auch die Gestaltung von Versorgungsprozessen, den Abbau administrativer und bürokratischer Hürden oder die Bereitstellung von Navigationshilfen, persönlicher Beratung und Gutachterleistungen. Sie ist somit eine Querschnittsaufgabe, die die unterschiedlichen Bereiche einer Organisation betrifft. Vor diesem Hintergrund hat die KZBV das „Strategiepapier Mundgesundheitskompetenz – Gesamtstrategie der

**Im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz ist das Bewusstsein für die Bedeutung der Mundgesundheit in der Bevölkerung breit verankert. Präventionsorientiertes Gesundheitsverhalten und kontrollorientierte Zahnarztbesuche tragen dazu bei, dass Deutschland bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt.**

Dabei ist besonders hervorzuheben, dass sich die Mundgesundheit über alle sozialen Schichten hinweg verbessert hat. Auch Kinder aus bildungsfernen Schichten mit einem vergleichsweise niedrigen sozialen Status haben heute wesentlich gesündere Zähne als noch vor 20 Jahren. Gerade die flächendeckenden früh einsetzenden Präventionsmaßnahmen und die enge Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe tragen dazu bei, soziale Ungerechtigkeiten zu reduzieren.

#### **Gesamtstrategie der Vertragszahnärzteschaft zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland**

Die Vermittlung von Informationen spielt in der präventionsorientierten Zahnheilkunde, aber auch in der zahnmedizinischen Diagnostik und Behandlung eine wichtige Rolle. Menschen mit geringer Mundgesundheitskompetenz weisen am ehesten einen zahnmedizinischen Behandlungsbedarf auf. Gleichzeitig ist die Gefahr, dass sie sich nicht behandeln lassen, bei dieser Gruppe besonders groß.

Eine limitierte Mundgesundheitskompetenz stellt folglich eine Barriere zu einer effektiven Prävention, Diagnostik und Behandlung im Bereich der Mundgesundheit dar. Mit unseren Präventions- und Versorgungskonzepten setzen wir Vertragszahnärzte hier an. Wir wollen erreichen, dass die Menschen auch bei steigender Lebenserwartung ihre Mundgesundheit erhalten und weiter verbessern können und ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten können.

Vertragszahnärzteschaft zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland“ entwickelt, das bereits bestehende, vielfältige Maßnahmen und Strategien bündelt, aufeinander abstimmt und neu ausrichtet. Auf diese Weise werden die unterschiedlichen Maßnahmen einen möglichst effektiven Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz leisten. Im Mittelpunkt steht dabei eine patientenorientierte Versorgung, die die an Patienten gestellten Anforderungen reduziert.

#### **Bausteine der Gesamtstrategie zur Förderung der Mundgesundheitskompetenz**

Die Vertragszahnärzteschaft betrachtet die Förderung der Mundgesundheitskompetenz als Führungsaufgabe und integralen Bestandteil ihres Auftrags. Daher haben wir dieses Thema explizit in der Agenda Mundgesundheit 2017-2021 der KZBV verankert. Ziel der Zahnärzteschaft ist es vor allem, den eingeschlagenen Weg, erfolgreicher Präventionsarbeit weiterzuverfolgen.

Überlegungen zur Mundgesundheitskompetenz werden in der Planung und Evaluation der zahnmedizinischen Versorgung, bei Belangen der Patientensicherheit wie auch in der Qualitätssicherung berücksichtigt. Einen zentralen Baustein im Bereich Planung und Evaluation liefern die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Seit fast 25 Jahren liefern diese Studien regelmäßig wichtige Erkenntnisse für und über die zahnmedizinische Versorgung und bilden eine solide Datenbasis für die Gestaltung künftiger Ver-

**Auch in Zukunft möchten wir von unseren Patienten lernen und werden auf vielen Wegen und über unterschiedliche Kanäle Patientenerfahrungen erfassen und analysieren. Wichtige Quellen sind die Deutschen Mundgesundheitsstudien sowie die Auswertung der zahnärztlichen Patientenberatung, die im gesamten Bundesgebiet angeboten wird.**

sorgungskonzepte. Eine weitere Planungsgrundlage schafft die systematische Auswertung der zahnärztlichen Patientenberatung, die im gesamten Bundesgebiet angeboten wird. Auch in Zukunft möchten wir von unseren Patienten lernen und werden auf vielen Wegen und über unterschiedliche Kanäle Patientenerfahrungen erfassen und analysieren.

Neben der freien Zahnarztwahl sollen Patienten jederzeit die Freiheit haben, gut informiert zwischen Therapiealternativen wählen zu können. Denn angesichts der Zunahme zahnmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten und einem voranschreitenden Paradigmenwechsel im Verhältnis zwischen Patienten und Zahnärztinnen und Zahnärzten werden Leitbilder zur geteilten Entscheidungsfindung auch im Bereich der zahnmedizinischen Behandlung immer wichtiger. Die Vertragszahnärzteschaft beteiligt daher Patienten und Bevölkerung an der Gestaltung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsinformationen und -leistungen. Die Vertragszahnärzteschaft fördert die Patientenpartizipation – im individuellen Beratungs-

geschehen ebenso wie in der Gestaltung und Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung.

Die Vertragszahnärzteschaft hat vor allem besondere Zielgruppen und Risikogruppen wie Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen im hohen Lebensalter im Blick und setzt sich dafür ein, ihnen eine bedarfsgerechte zahnmedizinische Versorgung zu ermöglichen. Deshalb werden diese Zielgruppen bei der Erfassung des Mundgesundheitsstatus besonders berücksichtigt und ebenso in speziellen Versorgungskonzepten adressiert. Dies fängt beim Präventionskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ an und schlägt den Bogen zum Versorgungskonzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“. Auch das Informationsangebot der Zahnärzteschaft greift diese und weitere Zielgruppen auf. So werden zahlreiche Informationen in leicht verständlicher Sprache angeboten sowie Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung gestellt.



Abb. 1: Bausteine zur Förderung der Mundgesundheitskompetenz  
Quelle: KZBV, „Strategiepapier Mundgesundheitskompetenz – Gesamtstrategie der Vertragszahnärzteschaft zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland“, 2017

## Im Rahmen unserer Gesamtstrategie Mundgesundheitskompetenz bildet die Vermeidung frühkindlicher Karies einen Schwerpunkt unserer Arbeit. Sie ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, des Schweregrads der Zerstörung, des geringen Alters der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderzahnheilkundliche Problem.

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KZVen erhalten alle Versicherten innerhalb kurzer Zeit einen niederschweligen Zugang zur zahnmedizinischen Regelversorgung. Besonders erwähnt sei hier die Möglichkeit zur aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung sowie zum Abschluss von Verträgen zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten und Pflegeheimen. Wie die aktuellen Befunde zur Gesundheitskompetenz zeigen, ist ein leichter Zugang zu bedarfsgerechten und verständlichen Informationsmaterialien nicht ausreichend, um gesundheitsrelevante Informationen in allen Fällen wirksam zu vermitteln und Patienten effektiv zu unterstützen. Deshalb bieten die KZVen und die Landes Zahnärztekammern auch jenseits der zahnärztlichen Praxis Patientenberatung an, um gerade Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz angemessen unterstützen zu können. Ein darüber hinaus gehendes Beratungsangebot bildet das kostenfreie Zweitmeinungsmodell der KZVen und der KZBV zu Zahnersatzbehandlungen.

Kommunikation ist ein elementarer Bestandteil des geschützten Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und ihren Zahnärztinnen und Zahnärzten und soll sich künftig noch stärker auf Methoden und Gesprächsführungstechniken für Patienten mit einer limitierten Gesundheitskompetenz stützen. Ein besonderer Bereich zahnärztlicher Kommunikation bildet die Kommunikation von Kosten und Ansprüchen. An dieser Stelle ist Transparenz besonders wichtig. Ergänzend zur zahnärztlichen Aufklärung bietet die KZBV ein breites Spektrum unterschiedlicher Informationen, insbesondere zum Thema Zahnersatz, aber auch zum Bonusheft, zur Kostenerstattung sowie zur Kostenübernahme von Vollnarkosen und Wurzelkanalbehandlungen.

### **Vermeidung frühkindlicher Karies als Schwerpunkt unserer Arbeit**

Im Rahmen unserer Gesamtstrategie Mundgesundheitskompetenz bildet die Vermeidung frühkindlicher Karies einen Schwerpunkt unserer Arbeit. Denn diese früh auftretende Erkrankung im Milchgebiss ist im Unterschied zur Karies der bleibenden Zäh-

ne in den letzten Jahren nicht zurückgegangen. Sie ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, des Schweregrads der Zerstörung, des geringen Alters der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderzahnheilkundliche Problem, das häufig nur durch eine umfassende zahnärztliche Behandlung – bis hin zu Extraktion von Zähnen in Vollnarkose – gelöst werden kann. Denn entgegen einer weitverbreiteten Fehleinschätzung hat Karies im Kleinkindalter auch äußerst negative Auswirkungen auf die spätere Mundgesundheit von Erwachsenen. Wenn schon Milchzähne an Karies erkranken und nicht rechtzeitig behandelt werden, ist auch für später nachwachsende Zähne das Kariesrisiko deutlich erhöht. Viele Eltern unterschätzen immer noch die mitunter verheerenden Auswirkungen frühkindlicher Karies. Dabei sind Erkrankungen an Milchzähnen nicht einfach verschwunden, weil später bleibende Zähne nachwachsen. Vielmehr sind häufig gravierende Folgeschäden im späteren Kindes- und Erwachsenenalter die Konsequenz. Milchzähne sind nicht nur wichtig für die Entwicklung des Kauorgans, sondern auch für eine gesunde psychosoziale und physische Entwicklung des Kindes: Ohne gesunde Milchzähne nehmen Kinder nicht altersentsprechend an Gewicht zu. Sie können nicht richtig sprechen lernen, und wenn sie sichtbar kariös zerstörte Zähne im Mund haben, wächst die Gefahr der sozialen Ausgrenzung.

Mundgesundheit und der allgemeine Gesundheitszustand hängen eng miteinander zusammen. Besondere Bedeutung erlangt dieser Zusammenhang bei Eltern, die für die Zahngesundheit ihrer Kinder schon früh wichtige Weichen stellen wollen. Die Stärkung der Mundgesundheitskompetenz ist daher immer eine Investition in die Gesundheit der nachfolgenden Generation. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welche Weise Eltern motiviert werden können, bereits ab den ersten Lebensmonaten für die Zahn- und Mundgesundheit vorzusorgen und wie wir Eltern dabei unterstützen können. Ein erster Schritt ist dafür bereits umgesetzt. Der G-BA hat den Verweis vom Kinder- oder Hausarzt/-ärztin zur Zahnärztin/ zum

Die Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz erfordert Rahmenbedingungen, die häufig nicht im Einflussbereich der zahnärztlichen Selbstverwaltung liegen. Deshalb kann die Lösung dieser Aufgabe nur im Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure aus dem Bildungsbereich, der Medienlandschaft, der Politik und dem Gesundheitssystem und seinen Organisationen gelingen.

Zahnarzt bereits im gelben Kinder-Untersuchungsheft verankert. Der Beschluss im G-BA zum Ausbau der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen steht noch aus. Die KZBV hat es sich zum Ziel gesetzt, darüber gezielt zu informieren, aufzuklären und Eltern zu motivieren. Mit diesen Maßnahmen zur Vermeidung frühkindlicher Karies bringt sich die KZBV auch ganz konkret in die auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit gegründete „Allianz für Gesundheitskompetenz“ ein.

#### **Gesamtgesellschaftliche Aufgaben**

Die Vertragszahnärzteschaft möchte daran mitarbeiten, dass der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen verbessert und die Belange von Menschen mit geringer Mundgesundheitskompetenz besser berücksichtigt werden. Die Stärkung der Mundgesundheitskompetenz ist eine Aufgabe, die nur im Zusammenspiel ganz unterschiedlicher Akteure und Bereiche unserer Gesellschaft gelingen kann. Hierzu zählen unter anderem der Bildungsbereich, die Medienlandschaft und natürlich auch das Gesundheitssystem und seine Organisationen.

Die Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz erfordert Rahmenbedingungen, die effektive Kommunikation ermöglichen oder begünstigen. Die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen liegt häufig nicht im Einflussbereich der zahnärztlichen Selbstverwaltung oder erfordert eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Deshalb wird etwa eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Zahnärztinnen und Zahnärzten – gerade im Kontext einer Verbesserung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen – angestrebt. Um auch älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen den Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung zu erleichtern, sollten die Leistungen der aufsuchenden Zahnmedizin seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen besser kommuniziert werden. Im Bereich der Versorgung ist es nötig, Barrieren zu reduzieren oder abzubauen: Für Migrantinnen und Migranten und Flüchtlinge bildet die Sprache nicht selten eine Kommunikationsbarriere,

die die zahnärztliche Praxis vor große Herausforderungen stellt. Dolmetscherleistungen wären an dieser Stelle nicht nur hilfreich, sondern dringend erforderlich, sind jedoch nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Für einen barrierearmen Zugang zur Versorgung wäre ein KfW-Förderprogramm mit Zuschüssen für den Praxisumbau dringend notwendig.

Wie bereits erwähnt kommt dem Gespräch zwischen Patient und Zahnärztin/Zahnarzt eine zentrale Bedeutung bei der Vermittlung von Mundgesundheitswissen und -kompetenz zu. Die Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess ist auch ein zentrales Merkmal moderner Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Denn vor dem Hintergrund der Zunahme und Komplexität zahnmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten und dem damit verbundenen Informationsbedarf der Patienten, liegt der Schlüssel für ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patientenverhältnis im zahnärztlichen Gespräch. Jedoch ist die sprechende Zahnheilkunde im zahnärztlichen Bewertungsmaßstab bislang nicht abgebildet. Ein Vergütungssystem, das die sprechende Zahnheilkunde nicht honoriert, bietet keine guten Voraussetzungen und wird der Wertigkeit und Wirksamkeit von Kommunikation in der Zahnmedizin nicht gerecht. Die KZBV macht sich daher schon seit Jahren dafür stark, dass die sprechende Zahnheilkunde Eingang in den BEMA findet. Dafür werden wir uns auch in der nun vor uns liegenden Legislaturperiode des neuen Deutschen Bundestages sowie innerhalb der Allianz für Gesundheitskompetenz einsetzen.

Dietmar Oesterreich

# Mundgesundheitskompetenz durch sprechende Zahnmedizin

Die Rolle und Bedeutung des Patienten im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient, sondern auch die Entwicklung im Gesundheitssystem, die durch eine zunehmende Patientenorientierung gekennzeichnet ist. Sichtbare Zeichen dafür sind u. a. die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes durch den Bundestag und die Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Gesundheitspolitische Entscheidungen werden ohne die Berücksichtigung der Patientenbelange nicht mehr akzeptiert. Auch in medizinischen Forschungsarbeiten werden Therapiefolgen, wie der Patient sie wahrnimmt, erfasst (patient reported outcome). Aus Sicht der evidenzbasierten Medizin/Zahnmedizin spielen neben der externen Evidenz und der klinischen Erfahrung des Behandlers (interne Evidenz) die Patientenpräferenzen eine maßgebliche Rolle.

Auf der Grundlage von Forschung zur allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland ist im Ergebnis festgestellt worden, dass diese auch im internationalen Vergleich deutlich verbesserungsbedürftig ist (1). Politische Folge war die Bildung der Allianz für Gesundheitskompetenz im Juni 2017, bei der auch die Bundeszahnärztekammer eingebunden ist. Die dafür als Grundlage gegebene Forschungsarbeit der Universität Bielefeld ist allerdings sehr allgemein angelegt und ohne konkrete Krankheitsbezüge durchgeführt worden. Somit ist der Begriff von Gesundheitskompetenz hier eher unscharf umrissen und berührt vor allen Dingen keinerlei Fragen zum emotionalen Gesundheitsverständnis des Patienten. Zielsetzung war es offensichtlich, eine sehr allgemeine Einschätzung der Gesundheitskompetenz - im Sinne von Gesundheits-/Krankheits-Wissen sowie dem Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen - der deutschen Bevölkerung zu erhalten.

## **Kommunikation und Aufklärung sind das A und O**

Die Kommunikation und Aufklärung des Patienten besitzt im unmittelbaren Zahnarzt-Patienten-Verhältnis eine hohe Bedeutung für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Dabei ist Kommunikation mit dem Patienten immer auch eine Interaktion (Dialog),

die nicht nur der Aufklärung des Patienten dient, sondern dem Behandler notwendige Erkenntnisse über die Perspektive des Patienten vermittelt. Die Veränderungen im Gesundheitssystem spiegeln sich in der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient im Versorgungsgeschehen wider. Die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) ist heute ein Grundpfeiler in komplexen Entscheidungsprozessen sowohl in der ärztlichen als auch der zahnärztlichen Praxis. Auch das Berufsrecht misst der Aufklärung des Patienten einen hohen Stellenwert zu. Im Rahmen dieser Aufklärung hat der Zahnarzt den Patienten über Befund und Diagnose, mögliche Therapien und Therapiealternativen, über Risiken der Behandlung, aber auch über Risiken einer nicht durchgeführten Behandlung sowie über die Kosten aufzuklären. Die Aufklärung bezieht sich ausdrücklich nicht nur auf Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch darüber hinaus.

Die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) zeigen ein positives Bild einer gewachsenen Mundgesundheitskompetenz der Patienten auf (2). Untersuchungen zur Selbstwirksamkeitsüberzeugung im Bereich der eigenen Zahngesundheit belegen, dass den Patienten in der Regel bewusst ist, dass gesunde Zähne auch das Ergebnis von eigenverantwortlichem Handeln sind. Zwischen 70 und 85 % der Befragten – je nach Altersgruppe – sind davon überzeugt, viel oder sehr viel für die Gesundheit der eigenen Zähne tun zu können. Zusätzlich liegt der Anteil der kontrollorientierten Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern bei 82%, bei Erwachsenen bei 72% und bei Senioren sogar bei 90%. Auffällig ist, dass bei Senioren mit einer höheren Zahl verbliebener Zähne - also einem tendenziell besseren Mundgesundheitszustand - auch eine stärkere Ausbildung der „Dental Awareness“, des „dentalen Bewusstseins“, einhergeht. Auch hat sich im zeitlichen Verlauf zwischen 1997 und 2005 das eigene Mundgesundheitsverhalten im Hinblick auf die Mundhygiene verbessert. Jeder vierte jüngere Senior (65- bis 74-jährige) gab an, regelmäßig eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) in Anspruch zu nehmen.



**Prof. Dr. Dietmar Oesterreich**  
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Über diese Erkenntnisse hinaus bieten sich mit dem sogenannten Salutogenese-Ansatz (was uns gesund erhält) im Unterschied zur alleinigen Betrachtung der Pathogenese (was uns krank macht) neue zusätzliche Möglichkeiten für die Prävention und Gesundheitsförderung in der zahnärztlichen Praxis. Mit der Ermittlung und Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten können sowohl für die zahnmedizinische Prävention als auch für die Risi-

Aufklärung im Rahmen des zahnärztlichen Gesprächs in patientenverständlicher Sprache und mit Empathie ist eine wesentliche Grundlage für das, für den Therapieerfolg so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Sprechende Zahnmedizin ist somit nicht nur ein rechtliches Erfordernis, sondern die wesentliche Grundlage für das Vertrauensverhältnis und die Herstellung der notwendigen Compliance bzw. Adhärenz – gemeinsam mit dem

## Sprechende Zahnmedizin ist nicht nur ein rechtliches Erfordernis, sondern die wesentliche Grundlage für das Vertrauensverhältnis und die Herstellung der notwendigen Compliance bzw. Adhärenz – gemeinsam mit dem Patienten. Sprechende Zahnmedizin bedeutet somit, sich auf die psychische und soziale Situation des Patienten einzustellen sowie mit zielgerichteter Ansprache positiv und dauerhaft das Mundgesundheitsverhalten zu beeinflussen.

### Literatur:

1. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 2017, 4, 53 – 60

2. Jordan A, Micheelis W: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Deutscher Zahnärzterverlag Köln 2016

3. Micheelis W, Süßlin W: Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage 2011. IDZ Information 1/2012, Institut Deutscher Zahnärzte Köln

4. Deinzer R, Micheelis W, Granrath N, Hoffman T: Parodontitisrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. IDZ-Information 1/2008, Institut Deutscher Zahnärzte Köln

5. Wölber J, Frick K: Motivierende Gesprächsführung in er zahnärztlichen Therapie. Zahnmedizin up-date 3 2014, 247-269

kokommunikation individuell Versorgungsziele adäquat bestimmt werden. Diese Neuausrichtung erlaubt auch dem zahnärztlichen Behandlungsteam, individuell zu kommunizieren und Ziele festzulegen. Die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse bieten somit weitere Erklärungsansätze für die deutliche Verbesserung der Mundgesundheit im Hinblick auf die häufigsten Erkrankungen im Mundraum: Karies und auch Parodontitis. Erstmals ist in der DMS V festgestellt worden, dass insbesondere der Anteil der Bevölkerung mit keinen oder milden Parodontalerkrankungen außerordentlich deutlich über alle relevanten Altersgruppen hinweg gestiegen ist und insbesondere schwere Parodontalerkrankungen in den gleichen Alterskohorten um die Hälfte gesunken sind. Gerade bei den Parodontalerkrankungen bieten die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse einen überzeugenden Erklärungsansatz für die Verbesserungstendenzen. Das gestiegene Bewusstsein für die eigene Mundgesundheit schlägt sich offensichtlich auch bei den Parodontitisprävalenzen nieder.

### Sprechende Zahnmedizin schafft Vertrauen

Unabhängig von den gestiegenen Gesundheitskompetenzen der Patienten ist nach wie vor von einer Wissensasymmetrie zwischen Zahnarzt und dem Patienten auszugehen. Diesem Umstand hat der Zahnarzt im Rahmen seiner Aufklärungsmaßnahmen Rechnung zu tragen, um seine Informationen dem Patienten verständlich darzustellen. Nur auf Grundlage der ausführlichen, verständlichen Aufklärung kann ein informierter Konsens hergestellt werden und damit eine Behandlung mit Einwilligung des Patienten erfolgen.

Patienten. Sprechende Zahnmedizin bedeutet somit, sich auf die psychische und soziale Situation des Patienten einzustellen sowie mit zielgerichteter Ansprache positiv und dauerhaft das Mundgesundheitsverhalten zu beeinflussen. Auch aus Sicht des Patienten werden dem behandelnden Zahnarzt beim Erläutern der Behandlung und beim Eingehen auf den Patienten eine hohe Kompetenz zugeschrieben (3).

### Perspektiven der sprechenden Zahnheilkunde

Trotz der Erfolge beobachten wir aber auch Defizite beim vorhandenen Wissen in der Bevölkerung im konkreten Krankheitsbezug bei den Parodontalerkrankungen (4). Diese chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates imponiert als sogenannte silent disease und tritt damit in der Symptomwahrnehmung für Erkrankungsrisiken weniger in Erscheinung. Hier gilt es zukünftig, die Krankheits- und Risikowahrnehmung durch weitere Aufklärung deutlich zu verbessern. Die Bundeszahnärztekammer setzt sich dafür ein, dass auf der Bevölkerungsebene die Risikowahrnehmung erhöht wird, um im individuellen Zahnarzt-Patienten-Gespräch die Früherkennung und ggf. die notwendige Therapie einzuleiten. Um gerade bei chronischen Erkrankungen wie Karies und Parodontitis die Compliance bzw. Adhärenz des Patienten herzustellen, bedarf es einer kontinuierlichen und wiederholten Ansprache im Rahmen der vertrauensvollen Zahnarzt-Patienten-Beziehung. Es gibt Belege dafür, dass eine motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing) bei Parodontitispatienten die subjektive Überzeugung fördern kann, auch selbst etwas gegen ihre Erkrankung und für ihre Mundgesundheit tun zu können (5). Dies führt

te letztendlich zur Forderung, im Rahmen der systematischen Parodontaltherapie den Aufklärungs- und Gesprächsanteil zu erhöhen. Selbst das IQWiG hat im Vorbericht zur „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ vom 16.1.2017 für das sogenannte ITOHEP-Verfahren (individuell angepasstes Mundhygieneschulungsprogramm) einen Nutzen festgestellt. Vor diesem Hintergrund gilt es zukünftig, bereits während der Ausbildung, aber auch durch die

vielen Jahren Gesundheitsinformationen für zahnmedizinisch besonders relevante Behandlungsanlässe in der täglichen Praxis. Auch bereits entwickelte Leitlinien werden in patientenrelevante Sprache als Gesundheitsinformation transformiert. Mit diesen Maßnahmen bringt die Bundeszahnärztekammer die Fachexpertise des Berufsstandes zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz ein.

**Die derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fördern leider nicht die Aspekte der Beratung und der sprechenden Zahnmedizin. Gesprächsanteile, in denen Beratungen und Motivierungen erfolgen und so schließlich Compliance bzw. Adhärenz erzeugt wird, sind sowohl im Rahmen des BEMA als auch der GOZ untergewichtet und unzureichend abgebildet. Hier bedarf es, auch im Hinblick auf die Allianz für Gesundheitskompetenz, eines gesundheitspolitischen Richtungswechsels.**

Fortbildung, gesundheitspädagogische und gesundheitspsychologische Kompetenzen des zahnärztlichen Behandlungsteams zu erhöhen.

Die Bundeszahnärztekammer plant, im Rahmen ihrer Beteiligung in der Allianz für Gesundheitskompetenz ein zahnmedizinisches Tutorial zur sogenannten Teach-Back-Methode zu entwickeln. Sie ist heute eine anerkannte Methode zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz des Patienten. Anliegen dieser Methode ist, dass der Patient ermuntert wird, mit eigenen Worten die vermittelten Informationen im Rahmen des Zahnarzt-Patienten-Gesprächs wiederzugeben und somit für das zahnärztliche Behandlungsteam einfach zu ermitteln ist, ob der Patient die Informationen verstanden hat.

#### **Gesundheitsinformation**

Gegenstand der politischen und fachlichen Entwicklung rund um das Thema Gesundheitskompetenz sind auch die Entwicklungen von Gesundheitsinformationen auf der Grundlage einer klaren Methodik und solider wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin finden hierbei Anwendung, müssen jedoch gleichzeitig im Bezug zum vorhandenen Gesundheitssystem dargestellt werden. Sie bieten damit eine gute Grundlage für das Zahnarzt-Patienten-Gespräch. Auch hier gilt, dass eine sogenannte Re-Individualisierung der Evidenz im konkreten Versorgungsbezug stattfinden muss. Gerade der Einbezug des emotionalen Gesundheitsverständnisses, der subjektiven Erfahrung und der Wünsche des Patienten ist dabei von hoher Bedeutung. Die Bundeszahnärztekammer entwickelt mit der DGZMK seit

#### **Fazit**

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern, unterstützt die Bundeszahnärztekammer mit vielfältigen Aktivitäten. Die deutlich verbesserte Mundgesundheit ist ein Zeichen dafür, dass viele Patienten zum Koproduzenten ihrer oralen Gesundheit geworden sind. Trotzdem gibt es weitere Handlungsbedarfe, insbesondere im Bereich der parodontalen Erkrankungen. Die derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fördern leider nicht die Aspekte der Beratung und der sprechenden Zahnmedizin. Gesprächsanteile, in denen Beratungen und Motivierungen erfolgen und so schließlich Compliance bzw. Adhärenz erzeugt wird, sind sowohl im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der privaten Gebührenordnung untergewichtet und unzureichend abgebildet. Hier bedarf es, auch im Hinblick auf die Allianz für Gesundheitskompetenz, eines gesundheitspolitischen Richtungswechsels. Gleichzeitig sollten in der zahnmedizinischen Aus- und Fortbildung Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie zur Kommunikation mit dem Patienten stärker vermittelt werden. Die Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz ist somit auf bevölkerungsweiter Ebene als auch im individuellen Zahnarzt-Patienten-Bezug eine zentrale Aufgabenstellung.

Johan Wölber, Bettina Dannewitz

# Die Bedeutung der Patientenadhärenz für den Erfolg der Parodontitistherapie



**Dr. Johan Wölber,**  
Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg



**Priv.-Doz. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz**  
Vorstandsmitglied und Präsidentin elect der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO)

In so gut wie jeder medizinischen Disziplin gilt es als unbestritten, dass sich die Chancen für die Vorbeugung oder Heilung einer Krankheit verbessern, wenn der Patient ein entsprechend gesundheitsförderliches Verhalten praktiziert und engagiert im Therapieprozess mitarbeitet. Dieser Effekt mag freilich von Befund zu Befund in unterschiedlichem Maße auftreten oder hier und da überhaupt keinen merklichen Einfluss zeigen - in der Zahnmedizin sind dagegen weite Bereiche der Prävention und Therapie vom Lebensstil und Verhalten des Patienten abhängig. Zu nennen wäre da der bedeutsame Anteil, den beispielsweise die verbesserte häusliche Mundhygiene und die Entwicklung eines kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhaltens zum beeindruckenden Rückgang der Kariesprävalenzen in den vergangenen Dekaden beigetragen haben. Ob Prävention, Kinderzahnheilkunde, Zahnerhaltung, Parodontologie, Prothetik, Kieferorthopädie - es gibt kaum einen Bereich der Zahnmedizin, in dem nicht eine gute häusliche Mundhygiene die Chancen auf mehr Mundgesundheit, auf ein Therapiegelingen verbessern würde.

Die Mundgesundheitskompetenzen des Patienten und die sogenannte Patientenadhärenz spielen als Erfolgsfaktoren in Prävention und Therapie eine wichtige Rolle. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Adhärenz als „das Ausmaß zu welchem das Verhalten einer Person (wie z.B. Medikamenteneinnahme, Ernährungseinhaltung, Lebensstilveränderungen) mit den zugestimmten Empfehlungen eines Gesundheitsexperten übereinstimmt“ (1). Damit unterscheidet sich der Begriff Adhärenz von dem in der Vergangenheit gebräuchlichen Begriff der „Compliance“, der heute einem paternalistischen Arzt-Patienten-Modell zugeordnet wird und unter dem in diesem Kontext das passive Befolgen des ärztlichen Ratschlages verstanden wird. Nichtsdestotrotz werden die Begriffe häufig synonym verwandt, weil sie im Hinblick auf das Outcome des ärztlich gewünschten Verhaltens weitgehend das Gleiche bezeichnen.

Die chronische Parodontitis ist die mit Abstand häufigste Form der Parodontitis und ist gleichzeitig eine in hohem Maße von Verhaltensweisen abhängige entzündliche Erkrankung. Sowohl bei der Entstehung der Erkrankung als auch im Behandlungsprozess und in

der Nachsorge spielen das Verhalten und die aktive Beteiligung des Patienten eine kaum zu unterschätzende Rolle. Dabei ist das Geflecht von Kausalitäten und Risikofaktoren, die die Ausbildung und das Fortschreiten einer Parodontitis verursachen, begünstigen oder fördern, bei weitem noch nicht abschließend wissenschaftlich geklärt. Im Gegenteil: Die Wissenschaft hat in den letzten Dekaden neue Wirkungszusammenhänge aufgedeckt, die unser Wissen um die Erkrankung stark erweitert haben. Im Zuge der Forschungen zum oralen Mikrobiom rückt die bakterielle Zusammensetzung der Mundflora und deren krankheitsauslösendes Potential in den Fokus der Aufmerksamkeit. Weiter tritt immer deutlicher zutage, dass die Parodontitis weit über die lokale Wirkung im Mundraum hinaus im gesamten Körper zu wirken imstande ist und umgekehrt krankheitsfördernd wie auch krankheitshemmend durch das Immunsystem beeinflusst wird.

Neben der klassischen Bedeutung der Plaqueakkumulation (Akkumulation von Zahnbelägen am Zahnfleischrand und in den Zahnfleischtaschen - meist durch mangelhafte Mundhygiene) als wichtige Ursache für die Ausbildung einer Parodontitis gelten weitere verhaltensbedingte Faktoren wie chronischer Stress, Bewegungsmangel, Rauchen und ungesunde Ernährung seit einiger Zeit bereits als Risikofaktoren für die Parodontitis. Darüber hinaus mehrten sich in der Forschung inzwischen die Bezüge zu systemischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Adipositas oder Metabolischem Syndrom (2-5). Dementsprechend fußt eine moderne parodontale Therapie auf der Plaquekontrolle sowie einer Beeinflussung der vielfach verhaltensbedingten Risikofaktoren (z.B. gute Blutzuckereinstellung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung) (6). Weiterhin basiert der klinisch-mechanische Teil der Parodontitistherapie auf der Biofilmentfernung bzw. Langzeitkontrolle des Biofilms durch Instruktion zur häuslichen Mundhygiene, Professioneller Zahnreinigung, Scaling und Wurzelglätten und/oder chirurgischer Maßnahmen. Diese Maßnahmen müssen alle vom Patienten motivational und finanziell getragen werden und bedürfen einer entsprechenden Adhärenz des Patienten. So ist es nicht verwunderlich, wenn Langzeituntersuchungen zum Erfolg der Parodontitistherapie der Patientenadhärenz

# Die Mundgesundheitskompetenzen und die Adhärenz des Patienten spielen als Erfolgsfaktoren in Prävention und Therapie der Parodontitis eine wichtige Rolle. Die moderne Parodontitistherapie fußt vielfach auf der Beeinflussung der zahlreichen verhaltensbedingten Risikofaktoren (u.a. Mundhygiene, Rauchen, Ernährung, Stress). Zahlreiche Studien zeigen die Bedeutung der Therapietreue bei der Nachsorge - Patienten, die regelmäßig zur Nachsorge bzw. Unterstützenden Parodontitistherapie/ UPT gingen, verloren signifikant weniger Zähne als jene, die eine UPT unregelmäßig oder gar nicht in Anspruch nahmen.

renz einen immens wichtigen Stellenwert beimesen. Dies demonstrierten exemplarisch die Untersuchungen von Eickholz et al. (7) und Pretzl et al. (8): In den Studien wurden 100 Patienten 10 Jahre nach parodontaler Therapie nachuntersucht im Hinblick auf die Frage, welches in dieser Zeit die wichtigsten zahnbezogenen und verhaltensbezogenen Faktoren für den Zahnverlust bei Patienten waren. Als größter Risikofaktor für Zahnverlust zeigte sich hierbei die unregelmäßige Teilnahme an der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) mit einem 4,6-fach erhöhtem Risiko („odds ratio“). Damit war die Adhärenz der Patienten noch wichtiger als die Faktoren Knochenverlust (odds ratio von 2,4), Furkationsbeteiligung (odds ratio von 2,1) und dem Vorkommen von Plaque (odds ration von 1,7). Dabei zeigte sich auch die Risikoeinteilung nach Lang & Tonetti (9) als sinnvolles Werkzeug, das Risiko der Patienten bzw. deren Recallintervall (3-4 mal pro Jahr, 2 mal pro Jahr, 1

**Tabelle 1: Adhärenz und Zahnverlust**

Studie	Adhärenz bei der UPT	Zahnverlust pro Jahr
Fardal et al. (11)	Regelmäßig*	0,04
Eickholz et al. (7)	Regelmäßig*	0,05
Cecchi et al. (12)	Regelmäßig*	0,07
Becker et al. (13)	Regelmäßig*	0,11
Becker et al. (13)	Unregelmäßig**	0,22
Eickholz et al. (7)	Unregelmäßig**	0,27
Becker et al. (14)	Keine UPT	0,36
Kocher et al. (15)	Keine UPT	0,5
Becker et al. (16)	Keine UPT	0,61

Tabelle 1: Durchschnittliche Zahnverlustraten bei Patienten mit Parodontitis in Bezug zur Patientenadhärenz, modifiziert nach Kretschmar (10). Die UPT (Unterstützende Parodontitistherapie) bezeichnet die regelmäßige Nachsorge nach der Parodontitisbehandlung. \* Patient ging regelmäßig zur UPT-Nachsorge, \*\*Patient ging unregelmäßig zur UPT-Nachsorge.

mal pro Jahr) festzulegen. In einer guten Übersicht beleuchtet Kretschmar (10) die Bedeutung der Adhärenz bezüglich der UPT und stellt die unterschiedlichen Zahnverlustraten von Patienten in regelmäßiger und unregelmäßiger UPT dar (siehe Tabelle 1). Diese Ergebnisse werden mittlerweile auch durch eine Metaanalyse von acht Studien bestätigt, die einen signifikant geringeren Zahnverlust bei regelmäßiger Teilnahme an der UPT feststellte (17).

Dementsprechend stellt sich die Frage, wie die Patientenadhärenz im Rahmen der Parodontitistherapie gefördert werden kann? Während der politische Diskurs über eine Neubewertung der Krankenkassenleistungen bezüglich der parodontalen Therapie insbesondere im Hinblick auf die UPT und des zahnärztlichen Gesprächs sicherlich notwendige Maßnahmen sind, bieten sich vor allem in Bezug auf interpersonelle Fähigkeiten und Praxisabläufe gute Möglichkeiten, die Adhärenz von Patienten zu erhöhen. Darunter fallen beispielsweise spezielle Kommunikationsmethoden und verhaltenspsychologische Aspekte (18–20) oder strukturelle Maßnahmen. So konnte in Studien gezeigt werden, dass beispielsweise ein optimiertes Terminmanagement mit einer unmittelbar an die Behandlung anschließenden Vereinbarung von Terminen und Folgeterminen sowie regelmäßige Terminerinnerungen die Patientenadhärenz spürbar steigern konnte (21, 22).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Adhärenz von Patienten in der Parodontitistherapie ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist und dass sowohl der einzelne Zahnarzt als auch die Politik gefordert ist, nach Möglichkeiten zu suchen, die Adhärenz von Patienten zu fördern bzw. zu unterstützen.

**Literatur :**

Das umfangreiche Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag kann bei der Redaktion (benn.roolf@i-g-z.de) angefordert werden.

Angela Stillhart, Ina Nitschke

# Mundgesundheitskompetenz in der Seniorenzahnmedizin



Foto: Jäkel

**Dr. med. dent. Angela Stillhart**  
Zahnärztin, Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich



Foto: Riener

**Prof. Dr. med. dent. Ina Nitschke, MPH**  
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig

## Einleitung

Der demographische Wandel führt zu einem Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung - diese Entwicklung zeigt sich auch in der zahnärztlichen Praxis. Die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) hat gezeigt, dass immer mehr ältere Menschen über immer mehr eigene Zähne verfügen, die gepflegt und zahnmedizinisch versorgt werden müssen. Obwohl viele Senioren sich lange Zeit einer guten körperlichen und kognitiven Gesundheit erfreuen, steigt doch mit dem Alter auch der Anteil derjenigen an, die an Einschränkungen ihrer Fähigkeiten und ihrer Belastbarkeit leiden.

Eine eingeschränkte Mobilität kann beispielsweise regelmäßigen Praxisbesuchen entgegenwirken - aus Untersuchungen ist bekannt, dass ältere Patienten ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen zeigen: Die Zahnarztpraxis wird zunehmend weniger kontroll-, sondern häufig nur noch beschwerdeorientiert aufgesucht. Die Abnahme motorischer Fähigkeiten verschlechtert die Möglichkeiten für das Durchführen einer gründlichen häuslichen Mundhygiene - ab einem bestimmten Punkt müssen Angehörige und/oder Pflegekräfte die Zahnreinigung unterstützen oder selbst übernehmen. Demenzielle Symptomatiken, Multimorbiditäten und diverse weitere mögliche Einschränkungen älterer Menschen schaffen spezifische Problemkreise für die Mundhygiene und die zahnmedizinische Versorgung der Patienten.

Diese spezifischen Herausforderungen und insbesondere der durch den demografischen Wandel gestiegene Bedarf haben zu einem erheblichen Bedeutungsgewinn der Seniorenzahnmedizin als eigene Disziplin innerhalb der Zahnmedizin geführt. Der veränderte Bedarf auf Seiten der Patienten schafft aber auch eine Situation, in der wir über ein für das Gesundheitssystem tragbares Finanzierungsmodell mit sinnvollen Anreizen und der Implementierung von Versorgungswegen übergreifend über verschiedene Institutionen der akutergeriatrischen, stationären und ambulanten Pflegeversorgung hinweg nachdenken müssen. Es gilt, gangbare Wege für Zahnarztpraxen sowie effiziente Behandlungspfade zu finden, damit Patienten lebenslang lückenlos versorgt werden und das Kassensystem von den mit Prävention

weitgehend vermeidbaren Folgebehandlungen oraler Erkrankungen entlastet wird (z. B. Narkosebehandlungen). Nicht zuletzt gilt es, dem besonders vulnerablen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung ein sorgfältiges Gesundheitssystem anzubieten, um den Patienten und seine Angehörigen möglichst zu entlasten. Besonders

- die diagnostischen und pflegerischen Aufwände durch unerkannte Schmerzherde,
- die Folgen von Mangel- bzw. Fehlernährung bei schlechtem Zahnstatus (z.B. erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko, Dekubitusrisiko),
- die Folgen schlechter Mundhygiene (z.B. durch aspirationsassoziierte Pneumonien),
- den administrativen Mehraufwand (z.B. Transporte in die Praxis) und
- die medizinisch risikoreichen zahnärztlichen Behandlungen im späten Lebensalter (z.B. unter Narkose)

gilt es zu vermeiden. Um die Ziele der Mundgesundheit im Alter zu erreichen und dem veränderten Bedarf einer anteilmäßig stark wachsenden, alternden Gesellschaft wie den verschiedenen Akteuren gerecht zu werden, bedarf es aktuell eines nicht unerheblichen Kraftaktes in verschiedenen gesundheitspolitischen Sektoren: sowohl in der Aus- und Fortbildung im Fach der Seniorenzahnmedizin als auch in der eigentlichen Patientenversorgung und -finanzierung.

## Mundgesundheitskompetenz im Alter

Die Mundgesundheitskompetenz der älteren Patienten spielt zweifellos eine wichtige Rolle, um altersbedingten Einschränkungen zu begegnen. Angehörige, Mitglieder des zahnärztlichen Teams und im Pflegefall auch Pflegekräfte können durch wiederkehrende Motivation dazu beitragen, dass das Thema „Mundhygiene“ im Bewusstsein der älteren Menschen erhalten und das tägliche Zähneputzen als jahrzehntelang geübte Routine möglichst lange verankert bleibt. Gerade die Fähigkeit zur häuslichen Mundhygiene ist ein wichtiger Faktor der Mundgesundheit im Alter.

Die Abnahme der Mundhygienefähigkeit reduziert belastbarer älterer Patienten ist einer der Hauptfaktoren des erhöhten mundbezogenen Betreuungsbedarfes älterer Menschen. In diesem Fall sind Schulungen des Pflegepersonals, die Bereitstellung der

**Die Mundgesundheitskompetenzen und hier zuvorderst der Erhalt der Mundhygienefähigkeiten sind entscheidend für den Erhalt der Mundgesundheit und - mit Blick auf die systemischen Wirkungen der Parodontitis - auch für die Allgemeingesundheit älterer Menschen. Eine Vernachlässigung der häuslichen Mundhygiene, wie wir sie heute nur allzu häufig insbesondere bei Pflegebedürftigen antreffen, hat nicht nur gravierende (mund)gesundheitliche Konsequenzen, sondern ist mit teils hohen Folgekosten verbunden.**

notwendigen Hilfsmittel (z. B. Mundpflegehilfsmittellisten) und die Sicherstellung der Übernahme einer unterstützenden Mundpflege durch Fremdputzer notwendig.

Die regelmäßige Kontrolluntersuchung in der Zahnarztpraxis ist besonders für ältere Patienten sehr wichtig. Auch hier können Angehörige und Pflegekräfte im Falle von patientenseitigen Defiziten mit eigenen Initiativen positiv Einfluss nehmen. Als präventive Maßnahme zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung parodontaler Erkrankungen, von Problemen mit Zahnersatz und auch gefährlicher Mundschleimhauterkrankungen (z. B. Tumoren) sind regelmäßige zahnärztliche Kontrollen angezeigt.

#### **Partizipative Entscheidungsfindung**

Viele Senioren sind prinzipiell gut ansprechbar auf eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung über zahnärztliche Maßnahmen. In dem Maße, in dem jedoch kognitive Kompetenzen abnehmen, nehmen naturgemäß die Schwierigkeiten in der Kommunikation zu. Es liegt auf der Hand, dass insbesondere bei demenziellen Erkrankungen eine sinnvolle informierte Beteiligung von Patientinnen und Patienten an Entscheidungen über zahnmedizinische Maßnahmen nicht mehr möglich ist. Neben der partizipativen Entscheidungsfindung spielt in der Senioren Zahnmedizin eine von Respekt und Fürsorge gekennzeichnete, in enger Abstimmung mit Angehörigen/Pflegekräften ausgestaltete Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle.

#### **Handlungsbedarfe in der Alterszahnmedizin**

Lange galt die seniorenzahnmedizinische Versorgung als Stiefkind der Zahnmedizin. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist der Bedarf an konkreten Maßnahmen und Modellen unausweichlich und drängend geworden. In den letzten 10 Jahren wurden neue Gesetzesgrundlagen im Bereich der Pflege verankert, die auch die Versorgung der Pflegebedürftigen verbessert hat bzw. weiterhin verbessern wird. Aktuell hat der G-BA den § 22a des SGB V in der Umsetzung, sechs neue Leistungen sind beschrie-

ben und in einem nächsten Schritt werden bis zur Einführung Mitte 2018 die Bewertungen von Seiten der KZBV und den gesetzlichen Krankenkassen auszuhandeln sein.

Es bleiben aber immer noch unbearbeitete Felder. Problematisch in der Versorgung ist es beispielsweise, dass bei der geriatrischen Rehabilitation der Patient zwar multidisziplinär betrachtet wird, nur das stomatognathe System dabei keine Beachtung findet. Dies liegt u.a. daran, dass die Ärzte in ihrer Aus- und Weiterbildung kaum Kenntnisse zur Mundgesundheit vermittelt bekommen, was in der Geriatrie besonders schwer wiegt, da hier oft Defizite vorliegen, die auch systemisch wirken, d.h. die Allgemeingesundheit beeinträchtigen können. Während der Rehabilitation sollten zahnmedizinische Befunde erstellt und bei Behandlungsbedarf therapiert werden. Hier müssten sich die Geriater und Gerostomatologen noch intensiver zusammenfinden.

Handlungsbedarf gibt es auch in der Aus- und Fortbildung. Bisher werden nur an wenigen Universitäten überhaupt Inhalte zur Senioren Zahnmedizin gelehrt - aktuell gibt es keinen Lehrstuhl für dieses Fach in Deutschland. Damit fehlt noch die notwendige Grundlage, um nachhaltig Zahnärztinnen und Zahnärzte in diesem Fach auszubilden.

#### **Fazit**

Die Mundgesundheitskompetenzen und hier zuvorderst der Erhalt der Mundhygienefähigkeiten sind entscheidend für den Erhalt der Mundgesundheit und - mit Blick auf die systemischen Wirkungen der Parodontitis - auch für die Allgemeingesundheit älterer Menschen. Eine Vernachlässigung der häuslichen Mundhygiene, wie wir sie heute nur allzu häufig insbesondere bei Pflegebedürftigen antreffen, hat nicht nur gravierende (mund)gesundheitliche Konsequenzen, sondern ist mit teils hohen Folgekosten verbunden. Darum sind Investitionen in mehr Mundgesundheitskompetenz hier nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen geboten.

Ursula Hirschfelder

# Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz als Erfolgsfaktoren kieferorthopädischer Behandlungen.



**Prof. Dr. med. dent.**  
**Ursula Hirschfelder,**  
Direktorin der Zahnklinik 3 -  
Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Erlangen  
Past-Präsidentin der Deutschen  
Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V., DGKFO

Mundgesundheitskompetenz leitet sich von der englischen Bezeichnung „Oral Health Literacy“ ab. Sie impliziert die Fähigkeit eines Patienten, Gesundheitsinformationen und -angebote zu verstehen, zu verarbeiten und diese effektiv anzuwenden, um dadurch angemessene Entscheidungen zur eigenen Mundgesundheit zu treffen. Dies betrifft prinzipiell alle Fachrichtungen der Zahnmedizin, so auch die Kieferorthopädie mit ihren fachspezifischen Aufgaben in Diagnostik, Prävention und Behandlung von Kieferfehlbildungen, fehlerhaften Zahnstellungen sowie von muskulären Dysbalancen im Kiefer-Gesichtsbe reich. Die Ziele kieferorthopädischer Behandlungen - anatomisch ausgewogene, symmetrische Beziehungen zwischen Ober- und Unterkiefer im Wachstumsverlauf sowie korrekte Zahnstellungen mit funktionell balancierten oralen Verhältnissen - sind mitnichten nur aus dentalästhetischen Gründen anzustreben, sondern ebenso aus zahnmedizinischer Sicht bedeutsam für die Prävention funktioneller Erkrankungen und die Erhaltung der Mundgesundheit insgesamt. Bereits initiierte wissenschaftliche Langzeitprojekte zur Versorgungsforschung werden künftig die Bedeutung kieferorthopädischer Therapiemaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung objektiv abbilden können. Diese Aspekte sollten im Übrigen in der nächsten „Deutschen Mundgesundheitsstudie“ stärker berücksichtigt werden.

## Säulen der Mundgesundheitskompetenz für kieferorthopädische Fragestellungen

Mundgesundheitskompetenz als Erfolgsfaktor der kieferorthopädischen Behandlung stellt sowohl an Patienten und Eltern als auch an den behandelnden Kieferorthopäden hohe Ansprüche. Beide Säulen besitzen im Hinblick auf einen Erfolg der kieferorthopädischen Behandlung Schlüsselfunktionen.

### Mundgesundheitskompetenz der Patienten/Eltern

Mundgesundheitskompetenz von unseren meist jugendlichen Patienten zu erwarten, bedarf in hohem Maße der Unterstützung ihrer Eltern. Sind Motivation, Wissen, Bewertung und die Anwendung von Informationen zur Mundgesundheit sowie zur Prä-

vention bei den Eltern gering, so werden auch Kinder und Jugendliche insbesondere in der Pubertät eher geringe Fähigkeiten entwickeln, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, zu verarbeiten und konsequent anzuwenden. Hinzu kommt, dass es sich bei kieferorthopädischen Behandlungen zu meist um Langzeitbehandlungen mit einer Dauer von zwei bis vier Jahren oder länger handelt, in denen ihnen Ausdauer und stetige Mitarbeit abverlangt wird. Fleischer-Peters et al. nahmen bereits 1985 ausführlich zur Motivationsproblematik in der Kieferorthopädie Stellung und betonten, dass die Motivation im Rahmen einer psychosomatisch orientierten Medizin nicht losgelöst von der Gesamtpersönlichkeit des Patienten zu sehen ist (1). In dieser Gedankenkette ist festzustellen, dass der Wunsch nach Verbesserung der dentalen Ästhetik insbesondere bei Rückbissfällen mit protrudierter Frontzahnstellung seitens der Patienten und ihrer Eltern sowie funktionelle Probleme bei progenen Entwicklungsformen einen entscheidenden Grund für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung darstellt. Eltern empfinden in diesem Kontext Informationen über soziale Medien als wertvoll, insbesondere aber eine detaillierte Information und Aufklärung durch den Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden (4). Vor diesem Hintergrund ist die für den Behandlungserfolg so entscheidende Patientenadhärenz bei Erwachsenen, die sich zu einer kieferorthopädischen oder kieferorthopädisch-chirurgischen Korrektur ihrer Kiefer- oder Zahnstellung aus psychosozialen oder anderen Gründen entschlossen haben, die Fähigkeit zur Kooperation vielfach gegeben.

Zum Thema Mundgesundheitskompetenz gehört aber auch die Fähigkeit, konsequent eine adäquate Mundhygiene auszuüben, um die Gefahr von Karies durch Plaque-Akkumulierung, Entzündungen des Zahnfleisches und Parodontopathien zu vermeiden. Diesbezüglich bedarf es einer stetigen Motivation und Anleitung zur Mundhygiene durch den behandelnden Kieferorthopäden und das Praxisteam (3).

## Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz sind wesentliche Parameter für den kieferorthopädischen Behandlungserfolg. Darüber hinaus ist es eminent wichtig, unsere Jugendlichen und ihre Eltern allgemeinverständlich in kieferorthopädische Entscheidungsprozesse mit einzubinden - eine aktive Rolle der Patienten im Behandlungsprozess stärkt die Motivation und wirkt positiv auf die gesamte Therapie.

### Fachkompetenz des Kieferorthopäden

Der Behandlungserfolg einer kieferorthopädischen Behandlung hängt aber auch von der Fachkompetenz des Kieferorthopäden und seiner klinischen Erfahrung ab. Dies impliziert neben fundierten medizinischen und zahnmedizinischen Kenntnissen die Fähigkeit, das breite Behandlungsspektrum der Kieferorthopädie vollumfänglich im Verbund mit den zahnmedizinischen und medizinischen Fachdisziplinen effizient für jeden einzelnen Patienten zu nutzen. Für den Einzelfall setzt dies eine detaillierte klinische, funktionsdiagnostische und radiologische Diagnostik unter Einbeziehung der individuellen Wachstumssituation voraus, die im Ergebnis mit allen Alternativen offen und verständlich mit Patienten und Eltern zu diskutieren sind. Entscheidend ist eine umfassende, gesicherte Diagnose. Sie dient als Basis für die Planung und Koordination notwendiger Behandlungsschritte. Dabei gilt es, insbesondere biologische Grundprinzipien wie Wachstum und Entwicklung in verschiedenen Altersstufen bei der Wahl der Therapiemittel angemessen zu berücksichtigen und kieferorthopädische Kräfte während der meist mehrjährigen kieferorthopädischen Behandlung gewebeschonend einzusetzen.

Die Palette der kieferorthopädischen Apparaturen umfasst verschiedene funktionelle Therapiesysteme, zu denen unter anderem herausnehmbare funktionskieferorthopädische Apparaturen wie Bionatoren, Funktionsregler sowie der Twinblock zählen. Diese Therapiegeräte werden z.B. bei sogenannten Angle-Klasse-II-Anomalien (Rücklagen des Unterkiefers, Wachstumsdefizite des Unterkiefers) oder bei progener Kieferfehlentwicklungen sowie beim offenen Biss und beim Tiefbiss eingesetzt, um wachstumsregulierend diskrepante Beziehungen zwischen Ober- und Unterkiefer effizient zu behandeln. Der Erfolg dieser Therapiemaßnahmen ist jedoch in der Regel an die Fähigkeit des Patienten zur stetigen Kooperation, also der Patientenadhärenz, gekoppelt. Erleichterungen bieten verhaltensunabhängige Apparaturen, wie zum Beispiel das Herbst-Scharnier, der BioBiteCorrector und andere sogenannte „Fixed Functionals“, sowie implantatgetragene kieferorthopädische Behandlungsmittel, die in der Regel zuzah-

lungspflichtige oder außervertragliche Alternativen darstellen. Eben diese werden jedoch von gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht bezuschusst. Das gleiche gilt auch für die kieferorthopädische Behandlung mit unsichtbaren „Alignern“, mit denen bei kleineren Zahnfehlstellungen sehr schöne Ergebnisse zu erzielen sind. Auch sind ästhetisch ansprechende Keramikbrackets und festsitzende Lingualapparaturen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten.

### Realistische Einschätzung des Behandlungsziels

Sollte ein ausreichendes Mundgesundheitsverhalten aus entwicklungsprospektiven Gründen nicht zu erreichen sein, muss das Behandlungsziel rechtzeitig reduziert werden. Gegebenenfalls kann es sogar notwendig sein, eine kieferorthopädische Behandlung vorzeitig abzubrechen.

Abgesehen von der zuweilen eingeschränkten Mundgesundheitskompetenz und Mitarbeit unserer jugendlichen Patienten hängt der kieferorthopädische Behandlungserfolg aber auch von der Komplexität der jeweiligen Kieferfehlentwicklung ab. So stellen beispielsweise gravierende anatomisch-funktionelle Störungen, wie sie bei LKG-Spaltfehlbildungen, bei Syndromen oder Asymmetrien der Kiefer anzutreffen sind, eine entwicklungsbedingte Unsicherheit für den kompletten Behandlungserfolg dar. Ferner erfordern Patienten mit Parodontalerkrankungen oder Allgemeinerkrankungen (z.B. Erkrankungen des hämatopoetischen Systems oder Diabetes) eine besondere Einschätzung der zu erreichenden Behandlungsziele.

### Zusammenfassung

Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz sind wesentliche Parameter für den kieferorthopädischen Behandlungserfolg. Es gilt, orale Verhaltensweisen unserer meist jugendlichen Patienten rechtzeitig zu erkennen und durch Motivation zu verbessern. Darüber hinaus ist es eminent wichtig, unsere Jugendlichen und ihre Eltern allgemeinverständlich in kieferorthopädische Entscheidungsprozesse mit einzubinden - eine aktive Rolle der Patienten im Behandlungsprozess stärkt die Motivation und wirkt positiv auf die gesamte Therapie.

### Literatur:

1. Fleischer A, Scholz U (1985) *Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie*. Hanser München-Wien
2. Lin F, Ren M, Yao L, He Y, Guo J, Ye Q (2016) Psychosocial impact of dental ethics regulates motivation to seek orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 150(3):476-482
3. Migliorati M, Isaia L, Cassaro A, Rivetti A, Silvestrini-Biavati F, Piccardo I, Dalessandri D, Silvestrini-Biavati A (2015) Efficacy of professional hygiene and prophylaxis on preventing plaque increase in orthodontic patients with multibracket appliances: a systematic review. *Eur J Orthod* 37 (3):297-307
4. Tuncer C, Canigur Bavbek N, Balos Tucer B, Ayhan Bani A, Celic B (2015) *J Clin Pediatr* 39 (4):392-399

Julian Schmoeckel, Christian H. Splieth

# Patientenkompetenzen in der Kinderzahnheilkunde

## Inwieweit sind Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz Erfolgsfaktoren in der Kariesprävention?



**Dr. Julian Schmoeckel**  
Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald



**Prof. Dr. Christian H. Splieth**  
Leiter der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald

### Einleitung

Eine gute Mundgesundheitskompetenz und auch eine starke Patientenadhärenz werden aus naheliegenden Gründen als ein essentieller Faktor für eine gute Mundgesundheit angesehen. Was bei Erwachsenen als selbstverständlich erscheint, kann jedoch nicht automatisch auf Kinder übertragen werden. In der Kinderzahnmedizin haben wir es mit den spezifischen altersbedingten Herausforderungen der jungen Patienten zu tun. Frühkindliche Bildung von „Mundgesundheitskompetenz“ orientiert sich an familiären Vorbildern, an denjenigen, zu denen die engsten Bindungen bestehen - im Positiven wie im Negativen. Im späteren Verlauf der Entwicklung kommen weitere soziale Orientierungsgrößen wie Peer-Groups etc. hinzu. Dabei können die Peer-Group-Präferenzen durchaus positive Motivationen für Zahnpflege und Achtsamkeit dem eigenen Körper gegenüber zeitigen.

Die Gruppenprophylaxe bietet deshalb mit den Setting-Ansätzen - dem „Einschleusen“ von Fähigkeiten und Motivationen zur regelmäßigen Mundhygiene in die unmittelbaren Lebensumfelder wie Schule und Kita Potentiale, da über das Zähneputzen in der Regel auch Fluoride, deren lokale Zufuhr die wirksamste evidenzbasierte Maßnahme der Kariesprävention ist, in die Mundhöhle gelangen.

Bezüglich des Anteils einer gut ausgebildeten kindlichen Mundgesundheitskompetenz an erfolgreicher Kariesprävention ergibt sich ein gemischtes Bild - wie unten noch ausführlich gezeigt wird. Betrachtet man den eindrucksvollen Kariesrückgang der letzten Jahrzehnte bei Jugendlichen, so besteht unter Experten weitgehend Konsens darüber, dass vor allem verhaltensunabhängige Maßnahmen wie Fluoridzusatz zur Zahnpasta, Lokalfluoridierungen und Fissurenversiegelungen für diesen Erfolg verantwortlich waren. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies aber ohne eine gewisse Patientenadhärenz bezüglich der Termintreue und Inanspruchnahme der Behandlungen wohl nicht möglich gewesen wäre.

### Epidemiologie - Karies bei Kindern in Deutschland 3-Jährige

Aktuelle nationale repräsentative Daten zur Kariesprävalenz und -erfahrung bei 3-Jährigen in Kindertagesstätten existieren aus verschiedenen Bundesländern: Der jeweilige mittlere dmft-Wert<sup>1</sup> in den 10 Regionen/Bundesländern, die an der aktuellen DAJ-Studie teilnahmen, liegt zwischen 0,38 und 0,58 [Basner et al. 2017]. Im Alter von 3 Jahren haben bereits

<sup>1</sup> Der dmft-Wert gibt die Zahl kariöser, fehlender und gefüllter Zähne pro Kind in einer untersuchten Gruppe an. Für das Milchgebiss wird die Schreibweise „dmft“ verwendet, für die bleibende Dentition „DMFT“

### Die Entwicklung der Karieslast bei 12-Jährigen von 1989 bis 2014

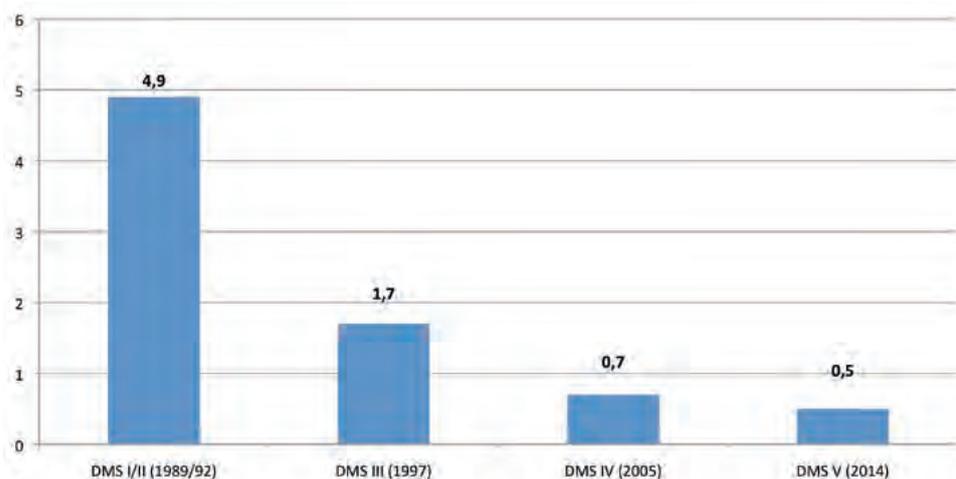


Abb. 1: Karieserfahrung (mittlerer DMFT) bei 12-Jährigen in Deutschland im zeitlichen Verlauf von der 1. bis zur 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS I-V) [modifiziert nach IDZ 2016]

## Die Mundgesundheitskompetenz des kindlichen Patienten ist von den sozialen Vorbildern/Präferenzen seiner Lebenswelt abhängig. Die Gruppenprophylaxe kann deshalb insbesondere mit den Setting-Ansätzen - dem „Einschleusen“ von Fähigkeiten und Motivationen zur regelmäßigen Mundhygiene in die unmittelbaren Lebensumfelder wie Schule und Kita - erfolgreich sein.

ca. 14% der Kinder kariöse Defekte im Milchgebiss, was sich unter Einschluss der Initiailläsionen auf ca. 19% erhöht [Basner et al. 2017]. Kinder mit Karieserfahrung (dmft>0) wiesen dabei im Mittel einen vergleichsweise hohen dmft-Wert von 3,6 auf, was die starke Polarisierung des Kariesbefalls beschreibt. Einer großen Gruppe von Kindern ohne jegliche Karies steht eine kleine Gruppe mit hoher Karieslast gegenüber. Zudem war auch nur ca. ein Viertel der kariösen Zähne in dieser Altersgruppe versorgt [Basner et al. 2017]. Die altersbedingt geringe Kooperationswilligkeit und -fähigkeit sind dafür wohl wesentliche Faktoren und führen bei multipel betroffenen 3-Jährigen nicht selten zu einer Sanierung unter Narkose. Im zeitlichen Verlauf existieren leider keine nationalen Kariesdaten, aber Daten aus Brandenburg deuten auf eine minimale Reduktion bei 3-Jährigen in den letzten 10 Jahren von ca. 17% auf nun etwa 14% hin [Gesundheitsplattform Brandenburg 2017a].

### 6-7-Jährige

Die Kariesprävalenz bei Kindern in der 1. Klasse lag bei der letzten deutschlandweiten repräsentativen Untersuchung je nach Bundesland bei etwa 40-60% und die mittlere Karieserfahrung bei 1,9 dmft. Zudem waren nur etwa die Hälfte der Milchzähne saniert [DAJ 2010]. Aktuelle Daten aus Brandenburg zeigen, dass auch innerhalb eines Bundeslandes selbst bei vergleichsweise hohen Zahlen an untersuchten Kindern (>300 Kinder pro Stadt) erkennbare regionale Unterschiede beim mittleren dmft der 6-Jährigen existieren, so dass sich regional mittlere Werte zwischen 1,5 und 2,4 dmft finden [Gesundheitsplattform Brandenburg 2017b]. Dies zeigt wohl auch den potentiellen Korridor für die aktuelle Karieserfahrung (dmft-Werte) dieser Altersgruppe in Deutschland auf.

### 12-Jährige

Die mittlere Karieserfahrung bei 12-Jährigen hat seit den ersten beiden Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS I/2, 1989/92) bis zur DMS V (2014) um ungefähr 90% abgenommen (Abb. 1). Auch der Unterschied in der mittleren Karieserfahrung zwischen alten und neuen Bundesländern hat sich auf 0,2 DMFT reduziert (alte Bundesländer: 0,4 DMFT vs. neue Bundesländer: 0,6 DMFT) [IDZ 2016].

### Verteilung von Karies bei 12-Jährigen nach Sozialstatus/Bildung, Inanspruchnahme, und Selbstwirksamkeitsüberzeugung

In der Referenzaltersgruppe der 12-Jährigen ist trotz des deutlichen Kariesrückgangs vor allem die sozial ungleiche Verteilung interessant. So haben Kinder mit niedrigem Sozialstatus im Schnitt 0,7 DMFT, während Kinder mit hohem Sozialstatus im Schnitt mit 0,3 DMFT nur knapp halb so viele Zähne mit Karieserfahrung aufweisen [IDZ 2016]. Dies deckt sich auch mit den aktuellen Daten zur Karieserfahrung bei 12-Jährigen in der 6. Klasse aus Sachsen-Anhalt in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp. So hatten Gymnasiasten und Gesamtschüler im Schnitt 0,3 DMFT, während 12-Jährige an der Sekundarschule etwa doppelt (0,7 DMFT) und Sonderschüler mit 1,2 DMFT sogar 4-fach höhere Karieswerte aufwiesen [Schmoeckel et al. 2017].

Auch die Art der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen korreliert mit der Karieserfahrung: so weisen Kinder mit beschwerdeorientiertem Zahnarztbesuch mit 0,8 DMFT im Schnitt eine doppelt so hohe Karieserfahrung auf wie Kinder mit kontrollorientierter Inanspruchnahme (0,4 DMFT) [IDZ 2016]. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern liegt mit ca. 82% bemerkenswert hoch [IDZ 2016]. Hingegen gab nur etwa jedes zweite Kind (45%) an, die Empfehlungen zur Zahnpflege zu kennen und ein gutes Zahnputzverhalten zu haben [IDZ 2016]. Zudem bewertet ein höherer Anteil der Kinder bei DMFT=0 seine Mundgesundheit als gut/sehr gut (69,9%) im Vergleich zu Kindern mit Karieserfahrung (57,7% bzw. 47,3%) [IDZ 2016].

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung beschreibt die Grundüberzeugung einer Person, aufgrund eigener Fähigkeiten Gewünschtes erfolgreich selbst ausführen zu können [Bandura 1977] und so z.B. selbst nachhaltig die eigene Zahngesundheit beeinflussen zu können. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung scheint auch einen Einfluss auf die Karieslast zu haben. So antworteten 5,5% der Kinder mit hoher Karieserfahrung im Vergleich zu Kindern ohne Karieserfahrung (1,7%), dass sie wenig oder nichts für ihre Zahngesundheit tun können. Interessanterweise ist der Anteil

### Literatur:

1. Ahovuo-Saloranta A et al.: Pit and fissure sealants for preventing dental decay in permanent teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 31;7:CD001830. doi: 10.1002/14651858.CD001830.pub5. Review
2. Bandura A: Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: *Psychological Review.* 84 (2), 1977
3. Basner R et al.: National Oral Health Survey of 3-Year-Old Children in Germany 2015/2016. 64th Congress of ORCA. July 5-8, 2017, Oslo, Norway. Abstract 132. *Caries Res* 2017, www.karger.com/Article/Pdf/471777
4. Basner R et al.: Lehre im Fach Kinderzahnheilkunde im Grundstudium Zahnmedizin in Deutschland. Curriculum for the undergraduate programme in paediatric dentistry in Germany: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift.* 2012;67:708-715
5. Bratthall D et al.: Reasons for the caries decline: what do the experts believe?. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:416-22; discussion 423-5, 430-2
6. BZÄK/KZBV (Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): *Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis - Frühkindliche Karies vermeiden.* Deutschland. Berlin, 2016
7. DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege): *Frühkindliche Karies: zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder.* Bonn 2016
8. DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege): *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009.* Bonn 2010

## Die Zahngesundheit in der Kindheit ist also nicht ausschließlich von der Mundgesundheitskompetenz abhängig, sondern kann bei Therapietreue durch Fluoride in der Gruppen- oder Individualprophylaxe aufgefangen werden.

9. DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe - Jahresauswertung Schuljahr 2010/2011. 2012

10. IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzterverlag, Köln 2016

11. Kay EJ, Locker D: A systematic review of the effectiveness of health promoting aimed at improving oral health. *Community Dent Health*. 1998;15:132-144

12. Marinho VC et al.: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 11;(7):CD002279. doi: 10.1002/14651858.CD002279.pub2. Review

13. Schmoeckel J et al.: Impact of the educational level on caries experience in 12-year-old children in Germany. 64th Congress of ORCA. July 5–8, 2017, Oslo, Norway. Abstract 135. *Caries Res* 2017, www.karger.com/Article/Pdf/471777

14. Splieth CH et al.: Kariesrisiko bei Kindern mit Migrationshintergrund Kariesprävention: Herausforderungen und Lösungen. *PLAQUE N CARE* (2016) 10, 2, 76-78

15. Splieth CH et al.: Prävention im Milchgebiss: das Ende einer Erfolgsstory? *Dtsch Zahnärztl Z* 2017;72:148–154. DOI. org/10.3238/dzz.2017.4793

16. Pieper K: Evaluation und Optimierung eines zahnmedizinischen Präventionsprogramms für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko - Abschlussbericht (FKZ: 01EL0617) 2017

an Kindern die zustimmen, dass sie „sehr viel“ oder „viel“ für die Gesundheit der Zähne tun können, unabhängig von der Karieserfahrung erstaunlich hoch >84% [IDZ 2016].

### Erfolge und Evidenz in der Kariesprävention

Die wissenschaftliche Literatur zum Kariesrückgang weist aus, dass Karies zwar ätiologisch auch durch einen hohen Zucker- bzw. Kohlenhydratkonsum bedingt ist, der Schlüssel zu einer erfolgreichen Kariesprävention aber eher bei kompensatorischen Maßnahmen wie Fluorideinsatz und regelmäßiger Plaqueentfernung, also z. B. dem täglichen Zähneputzen mit Fluoridzahnpaste liegt. Experten sind sich schon lange einig, dass Fluoride wohl die wirksamste Maßnahme in der Kariesprävention darstellen [Bratthall et al. 1996, Kay & Locker 1998].

Der Einsatz von Fluoriden u.a. als Gelees bzw. Lacke, sowie die Applikation von Versiegelungen ist hochwirksam in der Kariesprävention [Marinho et al. 2013, Ahovuo-Saloranta et al. 2017]. Beide Maßnahmen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit die Hauptursachen für den beeindruckenden Kariesrückgang bei 12-Jährigen in Deutschland. Das bedeutet, dass die in Deutschland gesetzlich verankerte Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche (incl. Versiegelungen) in Kombination mit der an vielen Schulen stattfindenden Gruppenprophylaxe wohl wesentlich zu den drastischen Senkungen der Karieslast in dieser Altersgruppe beigetragen hat. Der Aspekt der Adhärenz und Selbstwirksamkeit sowie der Einfluss auf die regelmäßige Durchführung von Mundhygienemaßnahmen mit fluoridhaltiger Zahnpaste ist dabei trotzdem nicht zu unterschätzen [IDZ 2016].

In der bislang umfangreichsten Studie zur Evaluation von Wirksamkeit in der Prävention zur selektiven Intensivprophylaxe (SIP) mit einer Prüf- und Vergleichsgruppe zeigt sich, dass die durchgeführten Intensivprophylaxemaßnahmen hochwirksam in Bezug auf die mittlere Karieserfahrung sind [Pieper 2017]. Es sei davon auszugehen, dass die „viermalige Fluoridierung pro Jahr – eine verhaltensunabhän-

gige Maßnahme – wichtigstes Element der SIP“ sei [Pieper 2017]. Der Autor schlussfolgert für die untersuchte Risikogruppe zudem: „Mundhygieneverhalten und das Gesundheitswissen scheinen dagegen durch die SIP weitgehend unbeeinflusst“. Doch sozioökonomische Faktoren bzw. der Bildungshintergrund der Eltern seien wesentlich mit der Zahngesundheit, aber auch mit psychologischen Zielgrößen assoziiert [Pieper 2017]. Zusammenfassend bedeutet dies, dass primär der Parameter „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“, also deren Vorhandensein oder Fehlen, über die Zuordnung zur Kariesrisikogruppe entscheidet und diese Überzeugung durch pädagogische Module sehr schwer verändert werden kann, aber dies in der präventiv ausgerichteten Kinderzahnheilkunde bei Kindern durch regelmäßige Fluoridapplikationen kompensatorisch ausgeglichen werden kann. Die Zahngesundheit in der Kindheit ist also nicht ausschließlich von der Mundgesundheitskompetenz abhängig, sondern kann bei Therapietreue durch Fluoride in der Gruppen- oder Individualprophylaxe aufgefangen werden. Eine solche Kompensation fehlender Mundhygiene bzw. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch zahnärztliche Maßnahmen wie die Fluoridlackapplikation und Fissurenversiegelung führt bei Kindern zwar zu wahrnehmbaren Verbesserungen, dürfte aber über die gesamte Lebensspanne bei Beendigung von Kompensationsmaßnahmen im Erwachsenenalter nur begrenzt erfolgreich sein.

### Mögliche Gründe für hohe Karieswerte im Milchgebiss

Über die genauen Gründe für die hohen Kariesraten im Milchgebiss in Deutschland lässt sich nur spekulieren. Es liegt jedoch nahe, dass folgende Faktoren dabei eine Rolle spielen:

- niedriger Fluoridgehalt von Kinderzahnpaste (500 ppm) in Deutschland (d.h. niedriger häuslicher Einsatz von Fluoriden)
- niedriger/seltener Fluorideinsatz bei Kleinkindern in der Gruppenprophylaxe [DAJ 2012] und auch in der Individualprophylaxe
- fehlende zahnärztliche Individualprophylaxe im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen für Kinder unter 2½ Jahren, bzw. reduzierter Maßnahmenkatalog für Kinder unter 6 Jahren
- verbreitete häusliche Gabe von zuckerhaltigen Getränken (Säfte, etc.) über die Nuckelflasche
- schwierige Erreichbarkeit von Kleinkindern aufgrund einer niedrigen Betreuungsquote in Kinderkrippen
- eine erst im Aufbau befindliche Struktur der Gruppenprophylaxe in Kinderkrippen (0-3-Jährige)
- fehlende, flächendeckende, universitäre Ausbildung im Bereich Kinderzahnheilkunde (nur 5 von 30 Universitäten haben Lehrstühle für Kinderzahnheilkunde): Damit werden die Inhalte bezüglich der Prävention und Therapie im Milchgebiss häu-

So werden die vom Gesundheitsverhalten des Kindes weitgehend unabhängigen Maßnahmen auch eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Karies im Milchgebiss spielen müssen, wenn nachhaltig Erfolge erzielt werden sollen. Engmaschige Vorsorgeuntersuchungen, Fluoridapplikationen bei Kariesrisikokindern und ggf. Versiegelungen von Milchmolaren sind hier zu nennen. [...] Die Kulturtechnik des Zähneputzens und der Mundhygiene bleibt jedoch trotz kompensatorischer Behandlungsmöglichkeiten unersetzlich für eine dauerhaft gute Mundgesundheit.

fig nicht adäquat abgebildet [Basner et al. 2012]

- kaum wirksame Prävention durch Pädiater bei Kindern zwischen 0 und 3 Jahren (nicht selten wird noch die Fluoridtablette verschrieben, anstelle von Mundhygieneempfehlungen mit Fluoridzahnpaste [Zeitler 2016])

#### Herausforderung: Karies im Milchgebiss

Die vergleichsweise hohe Karieslast bei Kleinkindern erscheint als ein bereits seit längerem bestehendes Problem, das erst in den letzten Jahren in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangt ist. Im Gegensatz zu Präventionsmaßnahmen im bleibenden Gebiss weisen kariesprophylaktische Maßnahmen für das Milchgebiss in Deutschland sowohl bei der häuslichen Prävention als auch bei der Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe deutliche Lücken auf [Splieth et al. 2017]. Die wissenschaftliche Evidenz zu wirksamen Maßnahmen in der Kariesprävention ist klar, d.h. es existiert kein Erkenntnisproblem, sondern ein Problem in der Umsetzung [Splieth et al. 2016]! Die Herausforderung ist also die Implementierung wirksamer Maßnahmen über die politischen Strukturen ins tägliche Leben, um die Mundgesundheit von Kindern aller sozialen Schichten in Deutschland zu verbessern.

In den letzten Jahren sind strukturelle und konzeptionelle Bemühungen, diese Herausforderung anzugehen, deutlich erkennbar. So haben die Politik mit dem Präventionsgesetz (2015), der GBA mit der Überarbeitung der Kinderrichtlinie (2016), also dem sogenannten gelben U-Heft (Kinderuntersuchungsheft), das nun erstmalig sechs rechtsverbindliche Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder enthält, Krankenkassen über Selektivverträge, die niedergelassenen Zahnärzte/innen über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer mit einem ECC-Leitfaden [BZÄK/KZBV 2016], sowie die DAJ mit Konzepten für die Gruppenprophylaxe bei Krippenkindern [DAJ 2016] reagiert. Jetzt fehlt nur noch die konsequente Umsetzung

der evidenzbasierten wirksamen Maßnahmen über möglichst viele Akteure im Gesundheitssektor. Damit bestehen ausgezeichnete theoretische Konzepte und gesetzliche Strukturen für eine erfolgreiche, bevölkerungsweite Kariesprävention bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21, SGB V.

#### Fazit

Mundgesundheitskompetenz und Patientenadhärenz sind prinzipiell auch in der Kinderzahnheilkunde wichtige Erfolgsfaktoren für die Kariesprävention. In der Praxis zeigen sich jedoch alters- und entwicklungsbedingte Limitationen bei den kleinen Patienten. In den Karieshochrisikogruppen kommen zusätzliche Problematiken sozialer und kultureller Natur hinzu, die einer positiven Entwicklung der kindlichen Kompetenzen entgegenstehen können. Die Zahnmedizin verfügt glücklicherweise über hochwirksame Präventions- bzw. Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. Fluoride oder Versiegelungen, die Kompetenzdefizite für eine gewisse Zeit zu weiten Teilen ausgleichen können. Das zeigen insbesondere die Erfolge der selektiven Intensivprophylaxe bei Risikogruppen.

So werden die vom Gesundheitsverhalten des Kindes weitgehend unabhängigen Maßnahmen auch eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Karies im Milchgebiss spielen müssen, wenn nachhaltig Erfolge erzielt werden sollen. Engmaschige Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung kariöser Läsionen incl. Präventionsmaßnahmen, zusätzliche Fluoridapplikationen bei Kariesrisikokindern und ggf. Versiegelungen von Milchmolaren sind hier zu nennen. Wichtig bleiben andererseits auch Maßnahmen wie ein Training der Eltern in Mundhygiene beim Kleinkind, damit im häuslichen Setting das Zähneputzen ab dem ersten Zahn mit fluoridhaltiger Zahnpasta gefördert wird. Die Kulturtechnik des Zähneputzens mit fluoridhaltiger Zahnpasta bleibt trotz kompensatorischer Behandlungsmöglichkeiten unersetzlich für eine dauerhaft gute Mundgesundheit.

17. Gesundheitsplattform Brandenburg: Zeitreihe zum Indikator: Mundgesundheit 3 Jahre alter Kinder. 2017a [http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.663994.de&template=gesi\\_zeitreihe\\_d](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.663994.de&template=gesi_zeitreihe_d) [last access 13.09.2017]

18. Gesundheitsplattform Brandenburg: Tabelle zum Indikator: Mundgesundheit 6 Jahre alter Kinder. 2017b <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.753082.de> [last access 13.09.2017]

19. Zeitler N: Die aktuellen Empfehlung der Fluoridprophylaxe bei deutschen Kinderärzten: Eine Fragebogenstudie mit 430 Teilnehmern in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen. Masterarbeit Kinderzahnheilkunde, Greifswald 2016

Regine Chenot, Nele Güntheroth, A. Rainer Jordan

# Ergebnisse der Zahnärztlichen Patientenberatung 2016



**Dr. Regine Chenot**  
Leiterin des Zentrums Zahnärztliche Qualität (ZZQ)



**Nele Güntheroth, M.A.**  
Wissenschaftliche Referentin im Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ)



**Prof. Dr. med. dent. A. Rainer Jordan, MSc.**  
Wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

[www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de](http://www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de)

Das Projekt „Patientenorientierte Weiterentwicklung der zahnärztlichen Patientenberatung“ wurde im Jahr 2013 gemeinsam von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) initiiert. Ziele des Projektes sind,

- die Zahnärztliche Patientenberatung der Selbstverwaltung (Abb. 1) weiterzuentwickeln und stärker auf die Anliegen der Patienten und die Patientenzufriedenheit auszurichten,
- das Angebot der Zahnärztlichen Patientenberatung gegenüber der Öffentlichkeit und Dritten attraktiver zu machen, und
- über eigene valide Daten zu verfügen, um auf spezifische Beratungsbedarfe reagieren zu können.

Seit dem 1. Januar 2016 erfassen die Patientenberatungsstellen Daten zu Beratungen sowie zu schriftlichen Eingaben und Beschwerden mit Hilfe einer webbasierten Dokumentationssoftware. Für den aktuellen Bericht wurden alle im Jahr 2016 dokumentierten Beratungen sowie die abgeschlossenen Eingaben- und Beschwerdefälle ausgewertet.

Eingaben/Beschwerden sind grundsätzlich schriftlicher Natur; Beratungen können auch persönlich, telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Daher werden Beratungen nach Kontakten gezählt. Dabei kann es auch vorkommen, dass ein Patient mehrfachen Kontakt sucht, um sich beraten zu lassen. In diesem Fall werden auch mehrere Beratungskontakte dokumentiert. Im Gegensatz dazu werden Eingaben/Beschwerden fallbezogen erfasst. Dies ist möglich, weil hier Unterlagen vorliegen und die Dokumentation erst nach Abschluss des Vorgangs erfolgt. Durch das schriftliche Einreichen von Eingaben/Beschwerden kann hier eine Überprüfung auf Klärung im Sinne des Patienten erfolgen. Dies ist ein besonderes Merkmal der Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften, die andere Patientenberatungsstellen in dieser Form nicht leisten können.

Das neue gemeinsame Dokumentationssystem der zahnärztlichen Patientenberatungsstellen wurde zu Beginn des Berichtszeitraums eingerichtet. Aus diesem Grund ist das erste Berichtsjahr als Implementierungs- und Lernphase zu verstehen. Dementsprechend

sind einzelne Patientenberatungsstellen mitunter erst im Laufe des Jahres in die Dokumentation eingestiegen. Im Betrachtungszeitraum beteiligten sich schließlich insgesamt 30 von 34 Körperschaften an der gemeinsamen Erfassung der Beratungen und 22 von 34 Körperschaften nutzten die Dokumentation von Eingaben/Beschwerden.

Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgte nach einem festgelegten Auswertungsprotokoll am Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ), Berlin.

## Beratungen im Überblick

Im Jahr 2016 wurden rund 24.000 Beratungen durchgeführt. Die Beratungen erfolgten überwiegend telefonisch (80 %). Die meisten Ratsuchenden waren gesetzlich krankenversichert (87 %); aber auch privat Versicherte (7 %) nahmen das Angebot der zahnärztlichen Patientenberatung in Anspruch. Die zahnärztliche Patientenberatung wird offensichtlich auch bei den Kostenträgern geschätzt, denn gut ein Drittel der Ratsuchenden (37 %) haben über die Kostenträger vom Angebot der zahnärztlichen Patientenberatung erfahren. Jeder fünfte Ratsuchende erfuhr über das Internet von diesem Angebot. Lediglich 7 % der Ratsuchenden hatten über ihren Zahnarzt davon erfahren.

Mehr als jede zweite Beratung betraf den Themenkomplex Kosten und Recht (56 % der Beratungen) (Abb. 2). An zweiter Stelle betraf jede fünfte Beratung (21 %) Adresseninformationen (z. B. zu zahnärztlichen Organisationen oder Kostenträgern), sonstige Verbraucherinformationen oder das Bonusheft. Das Bonusheft nahm in der zahnärztlichen Patientenberatung ohnehin einen hohen Stellenwert ein: Jede zehnte Beratung insgesamt (10 %) betraf das Bonusheft. An dritter Stelle wurde mit 16 % zu zahnmedizinischen Verfahren oder therapeutischen Maßnahmen beraten.

Innerhalb des wichtigsten Themenkomplexes Kosten und Recht (= 100 %) waren die häufigsten Beratungen zu(r):

- Prüfung von Heil- und Kostenplänen oder Liquidationen (Rechnungen, Eigenanteile, Mehrkosten, private Leistungen) (31 %),

Im Jahr 2016 wurden rund 24.000 Beratungen durchgeführt. Mehr als jede zweite Beratung betraf den Themenkomplex Kosten und Recht (56 % der Beratungen). An zweiter Stelle betraf jede fünfte Beratung (21 %) Adresseninformationen (z. B. zu zahnärztlichen Organisationen oder Kostenträgern), sonstige Verbraucherinformationen oder das Bonusheft. An dritter Stelle wurde mit 16 % zu zahnmedizinischen Verfahren oder therapeutischen Maßnahmen beraten.

- möglichen Verfahrenswegen in Bezug auf Gutachten, Zweitmeinungen oder Schlichtungen (29 %) sowie
- Patientenrechten bzw. Berufspflichten oder Verhaltensnormen (20 %).

**Beratungsergebnisse**

Bei der Mehrheit der Beratungen konnte direkt im Gespräch mit dem Ratsuchenden eine Lösung gefunden werden (64 %). Bei weiteren 17 % fand eine unmittelbare Weiterverweisung innerhalb des Systems (Abb. 1), also an (Landes-)Zahnärztekammern oder KZVen, statt. Demnach konnte in 81 % der Fälle das Anliegen der Patienten direkt gelöst oder diese zumindest an die zuständigen Kammern oder KZVen für die abschließende Bearbeitung vermittelt werden.

Bei jeder 10. Beratung war es erforderlich, an externe Stellen, beispielsweise eine Krankenkasse, zu

verweisen, weil es für die zahnärztliche Patientenberatung nicht möglich war, für den Ratsuchenden eine befriedigende Lösung anzubieten. In der Summe kann jedoch bei den zahnärztlichen Patientenberatungen eine hohe Lösungskompetenz beobachtet werden und so dem Ratsuchenden in der Regel geholfen werden.

**Schriftliche Eingaben und Beschwerden im Überblick**

Im ersten Jahr wurden etwa 1.900 Eingaben und Beschwerden abschließend bearbeitet. Eingaben sind schriftliche Vorgänge, die überprüfenden oder beratenden Charakter haben können oder mit einer Beschwerde verbunden sind. Zu beachten ist allerdings, dass sich erst 22 von 34 Körperschaften an der Dokumentation dieser schriftlichen Verfahren beteiligt haben. Insofern sind die Angaben eher als konservative Schätzung zu verstehen.

**Quellen:**

BZÄK/KZBV. Patienten im Mittelpunkt. Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland. 2. überarbeitete Auflage, Berlin 2015

BZÄK/KZBV. Zahnärztliche Patientenberatung. Jahresbericht 2016, Berlin 2017

**Die Zahnärztliche Patientenberatung von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen**

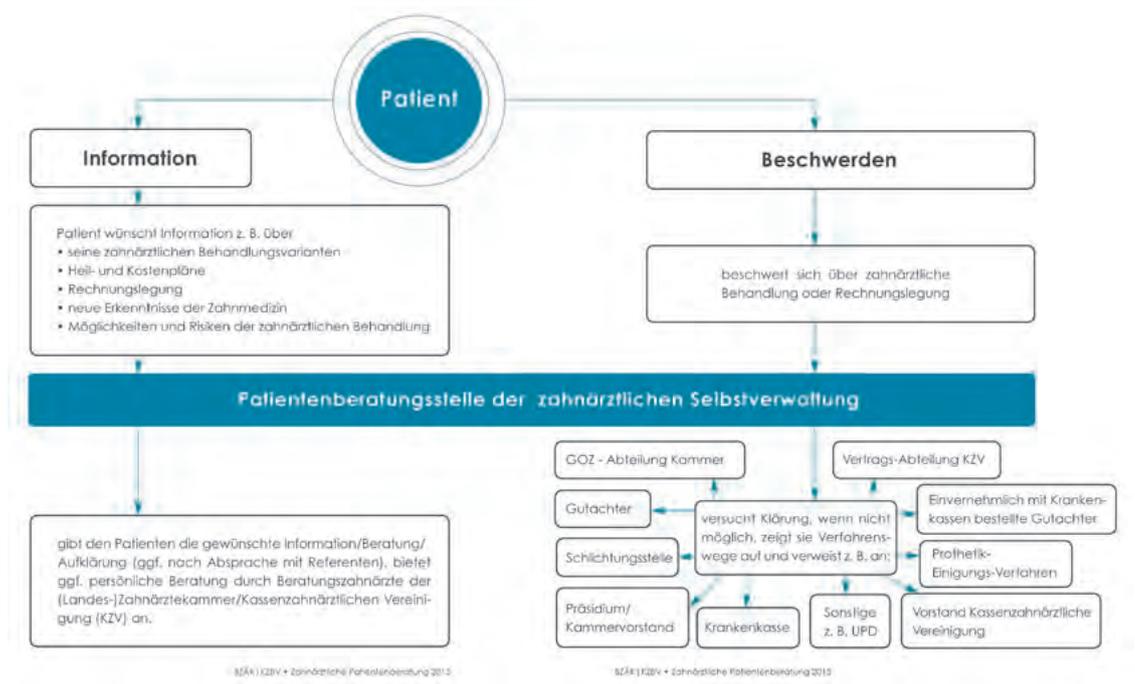


Abb. 1: Aufgaben der Zahnärztlichen Patientenberatung der Körperschaften  
Quelle: BZÄK/KZBV 2015

Durch das schriftliche Einreichen von Eingaben/Beschwerden kann eine Überprüfung auf Klärung im Sinne des Patienten erfolgen. Dies ist ein besonderes Merkmal der Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften, die andere Patientenberatungsstellen in dieser Form nicht leisten können.

Auf eine Eingabe kamen etwa drei Beschwerden. Frauen haben verhältnismäßig mehr Eingaben/Beschwerden eingereicht (59 %) als Männer (41 %). Außerdem lag der Anteil privat Versicherter mit 18 % hier deutlich höher als bei den Beratungen. 65 % der eingegangenen Eingaben/Beschwerden wurden von GKV-Versicherten eingereicht (insgesamt 17 % hatten keine Angabe gemacht bzw. eine andere Absicherung oder keine Krankenversicherung).

Auch hier ging gut jede zweite Beschwerde (55 %) zum Themenkomplex (Kosten-)Vereinbarungen und Rechnungslegung bei den Körperschaften ein. An zweiter Stelle (22 %) betrafen Eingaben/Beschwerden die Behandlung selbst bzw. wurde ein vermuteter Verdacht auf einen Behandlungsfehler geäußert. Dies reicht von der fehlenden Einwilligung in die Behandlung bis hin zu vermuteten Fehlern beim Behandlungsablauf (Prozessqualität) oder in deren Ergebnis (Ergebnisqualität). Absolut betrachtet machten vermutete Behandlungsfehler lediglich 240 Fälle aus. Die zahnärztlichen Patientenberatungsstellen können jedoch vermutete Behandlungsfehler nicht verifizieren. Hierfür sind andere Stellen zuständig. Hier kann es lediglich zu einer ersten Plausibilitätsprüfung kommen. Jede zehnte Beschwerde (10 %) betraf das Vertragszahnarztrecht bzw. das Berufsrecht.

Innerhalb des Themenkomplexes (Kosten-)Vereinbarungen und Rechnungslegung (= 100 %) betrafen die Eingaben/Beschwerden:

- Im Vorfeld einer Behandlung: Mangelnde Aufklärung zu Behandlungskosten oder Honorarvereinbarungen (26 %). Dies betraf vor allem konservierend-chirurgische Leistungen.
- Im Zusammenhang mit den Kosten: Richtigkeit von Kostenplanungen oder Rechnungen (74 %). Dies betraf vor allem den Zahnersatz und konservierend-chirurgische Leistungen.

**Überprüfung der Eingaben und Beschwerden**

Das Alleinstellungsmerkmal der zahnärztlichen Patientenberatung ist, dass Eingaben und Beschwerden nachgegangen wird, um für das individuelle Problem des Patienten eine Lösung zu finden. Hierin unterscheidet sich die zahnärztliche Patientenberatung maßgeblich von anderen Patientenberatungen, die in diesen Fällen die Beschwerden von Ratsuchenden entgegen nehmen. Eingaben/Beschwerden können nur dann nachverfolgt werden, wenn die schriftlichen Unterlagen vollständig sind. Insbesondere muss der Patient seinen Zahnarzt von der Schweigepflicht schriftlich entbunden haben. Das war nicht immer der Fall. Immerhin 83 % der vorgelegten Eingaben/Beschwerden konnten auf der Grundlage vollständig eingereichter Unterlagen überprüft werden. Von diesen überprüften Eingaben/Beschwerden (= 100 %)

**Mündliche Anfragen nach Themenbereichen**

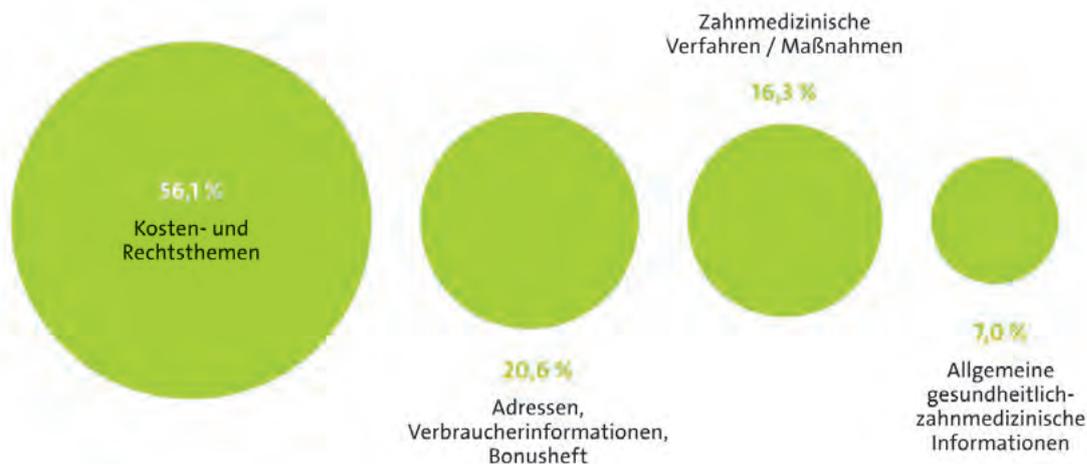


Abb. 2: Beratungen nach Themenbereichen  
Quelle: BZÄK/KZBV 2017

83 % der vorgelegten Eingaben/Beschwerden konnten auf der Grundlage vollständig eingereicherter Unterlagen überprüft werden. Von diesen überprüften Eingaben/Beschwerden (= 100 %) wiederum konnten 72 % geklärt werden. Bei 28 % war dies nicht möglich. Von allen überprüften Eingaben/Beschwerden stellte sich bei 30 % heraus, dass die Beschwerde der Patienten berechtigt war, bei 42 % war der von den Patienten geschilderte Sachverhalt nicht zutreffend.

wiederum konnten 72 % geklärt werden. Bei 28 % war dies nicht möglich. Von allen überprüften Eingaben/Beschwerden stellte sich bei 30 % heraus, dass die Beschwerde der Patienten berechtigt war, bei 42 % war der von den Patienten geschilderte Sachverhalt nicht zutreffend.

**Fazit**

Dies ist der erste Bericht zur neu aufgestellten zahnärztlichen Patientenberatung in Deutschland. Der Bericht liefert wertvolle Informationen zum generellen Leistungsgeschehen. Er zeigt aber auch auf, wo erhöhter Informationsbedarf der Patienten liegt. Der Befund, dass sowohl bei den Beratungen, aber auch bei eingereichten Eingaben und Beschwerden das Thema Geld an erster Stelle steht, legt nahe, dass der Beratungsbedarf hier höher liegt als dies im Rahmen der alltäglichen zahnärztlichen Behandlungsroutine bisher geleistet werden kann und dass zu diesen Themen ein erhöhter Informationsbedarf besteht. Vor dem Hintergrund, dass die Zu- und Selbstzahlungsmodelle in der Zahnmedizin durchaus komplexer sind, als in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung ist dies kein überraschendes Ergebnis. Dennoch berichtet die erste Evaluation von einer Implementierungsphase. Zum einen haben noch nicht

alle Patientenberatungsstellen an der Dokumentation teilgenommen; zum anderen muss auch davon ausgegangen werden, dass die Patientenberater selbst noch in einer Lernphase waren und sich im Laufe des Jahres zunehmend mit dem Dokumentationssystem vertraut gemacht haben. Der Bericht erhebt also keinen Anspruch auf eine vollständige Dokumentation. Eine Lernphase ist gut geeignet, Potenziale der weiteren Verbesserung zu erkennen. Daher dient der Evaluationsbericht nicht ausschließlich zur Darstellung des zahnärztlichen Beratungsgeschehens, sondern er wird auch genutzt, um das System der zahnärztlichen Patientenberatung weiter zu entwickeln.

Die aktive und konkrete Lösung der Anliegen und Fragen von Patienten steht für die Zahnärzteschaft an erster Stelle. Patienten wollen zunehmend die ihnen zustehenden Rechte aktiv wahrnehmen (Patientenrechtegesetz). Dies setzt aber voraus, dass sie sich im Gesundheitssystem orientieren können und über Wissensgrundlagen verfügen, die es ihnen erlauben, informierte Entscheidungen zu treffen. Zugang zu diesem Wissen erhalten Patienten neben der Aufklärung und Beratung in Zahnarztpraxen unter anderem durch das flächendeckende Beratungsangebot, welches durch die Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Körperschaften angeboten wird.

**Schriftliche Anfragen nach Themenbereichen**

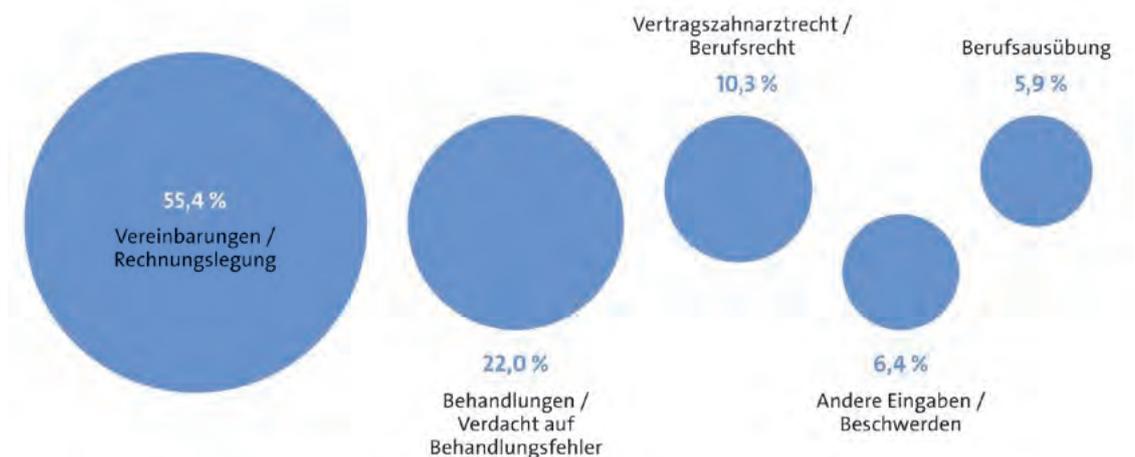


Abb. 3: Eingaben und Beschwerden nach Themenbereichen  
Quelle: BZÄK/KZBV 2017

Thorben Krumwiede

# Zahnmedizin als Beratungsthema

## Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Angebote für Patienten



**Thorben Krumwiede**  
Geschäftsführer der  
Unabhängigen Patienten-  
beratung Deutschland (UPD)

*Zahnärztliche Patientenberatung und Unabhängige Patientenberatung Deutschland verbindet bei ihren jüngsten Jahresberichten Kontinuität und Neuanfang. Für das Beratungsangebot der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und (Landes-) Zahnärztekammern war 2016 das erste Jahr, in dem die Ergebnisse der Patientenberatung bundesweit nach einheitlichen Kriterien erfasst und ausgewertet wurden. Damit wird ein Vergleich mit dem bundesweit einheitlich erfassten Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) möglich, die wiederum ihren ersten Bericht in neuer Trägerschaft vorgelegt hat.*

Neben der UPD und den zahnärztlichen Selbstverwaltungen unterhalten auch die Krankenkassen zahlreiche Beratungsangebote - vornehmlich für ihre Versicherten. Über die Tätigkeit dieser Beratungsangebote liegen allerdings keine mit den Jahresberichten von UPD und Zahnärzten vergleichbaren Auswertungen vor. Mehr der Vollständigkeit halber zu erwähnen ist noch das dezidiert als „Informations- und Beschwerdeportal“ angelegte Angebot „Kostenfalle Zahn“ der Verbraucherzentralen. Dieses Angebot nimmt mit seinem Fokus auf Themen wie „Ärger mit dem Zahnarzt“ und der „Beschwerdepinnwand“ jedenfalls der Aufmachung nach klar Partei. Für einen Vergleich fehlt auch eine systematische Dokumentation oder Aufbereitung der derart aufgenommenen Themen und Beschwerden.

In der Beratung beanspruchen sowohl das zahnärztliche als auch das UPD-Angebot für sich, unabhängig, objektiv, kompetent und kostenlos zu beraten. Für beide Beratungsangebote sind Zahnärzte tätig, dazu kommen im Fall des zahnärztlichen Beratungsangebots für nicht-medizinische Themen „fachlich qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zahnärztlichen Selbstverwaltung“, während in der Beratung der UPD Sozialversicherungsangestellte und auch Volljuristen tätig sind, die neben der medizinischen Beratung ein ausdifferenziertes sozialrechtliches Beratungsangebot abdecken. Die Beratungsansätze selbst unterscheiden sich auch dadurch, dass die UPD Ratsuchende dabei unterstützt, medizinische oder sozialrechtliche Gesundheitsfragen selbstbestimmt, eigenverantwortlich und auf informierter

Grundlage (selbst) treffen zu können. Die zahnärztliche Patientenberatung ist bestrebt, im Falle von Interessenkonflikten über die individuelle Beratung hinaus einen Ausgleich innerhalb der zahnärztlichen Selbstverwaltung aktiv herbeizuführen und geht somit auf individueller Basis über den gesetzlichen Beratungsauftrag der UPD hinaus.

Beide Beratungsangebote nehmen für sich in Anspruch, die Patientensouveränität zu stärken, wobei die UPD dieses Ziel explizit auch durch die „Rückmeldung von Problemlagen“ an die Akteure des Gesundheitssystems als Teil ihres gesetzlichen Auftrags erreichen soll und dafür insbesondere das Instrument des Monitors Patientenberatung nutzt. Das zahnärztliche Beratungsangebot ist durch das Projekt „Patientenorientierte Weiterentwicklung der zahnärztlichen Patientenberatung“ seit 2016 ebenfalls grundsätzlich durch eine einheitliche Erfassung in der Lage, einen „Gesamtüberblick über die Anliegen der Ratsuchenden“ abzugeben. Einschränkend gilt für beide Beratungsdokumentationen, dass die Berichte auf Basis der Beratungen nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sein können. Ihren Wert entfalten können sie, wenn sie als Indikator für grundlegende Probleme angesehen werden.

Grundlage für die Beratungsstatistik ist bei beiden Beratungsangeboten eine webbasierte Beratungsdokumentation, die bei der Unabhängigen Patientenberatung seit dem Start in neuer Trägerschaft Anfang 2016 über alle Beratungskanäle und Beratungsstandorte zum Einsatz kommt und in Struktur und Erfassung der Daten an die bisherige Arbeit der Patientenberatung der früheren Förderphase weitgehend anknüpft, sodass auch längerfristige Trends aufgezeigt werden können. Die einheitliche Beratungsdokumentation der zahnärztlichen Patientenberatung wurde 2016 laut Angaben im Jahresbericht von 30 der 34 Körperschaften zur Erfassung der Beratungskontakte genutzt.

Auch wenn sich die Struktur der Dokumentationssoftware und Art der erfassten Daten nicht vollständig gleichen, sind die erfassten Beratungsschwerpunkte bemerkenswert ähnlich. Auffällig ist, dass bei beiden Beratungsangeboten medizinische Sachverhal-

**Auffällig ist, dass sowohl bei der UPD als auch bei der zahnärztlichen Patientenberatung medizinische Sachverhalte im Vergleich mit Kosten- und Rechtsthemen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Die UPD empfiehlt, dass die Entscheidungskompetenz von Patienten bereits in der Zahnarztpraxis besser gestärkt werden sollte, indem die Beratung mehr auf die Kostenrelationen und die Vor- und Nachteile verschiedener Therapiealternativen eingeht.**

te im Vergleich mit Kosten- und Rechtsthemen eine eher untergeordnete Rolle spielen. So lautet das Fazit Zahnheilkunde im Monitor Patientenberatung: „Die zahnärztliche Beratung der UPD ist aufgrund der gesetzlichen Ausgestaltung sehr stark von finanziellen Fragestellungen geprägt. Das gilt vor allem, wenn es um Zahnersatz geht, da hier regelmäßig die Zahlung eines Eigenanteils erforderlich ist. Die Wahl der Versorgung hängt für den Patienten deshalb – wie in kaum einem anderen medizinischen Versorgungsbereich – von seinen finanziellen Möglichkeiten ab. (...) Viele Fragen gab es außerdem zu Heil- und Kostenplänen sowie zu den Zahnarztrechnungen.“ (Monitor Patientenberatung, S. 95). Im Bericht der zahnärztlichen Patientenberatung (Zahnärztliche Patientenberatung, Jahresbericht 2016) heißt es: „Dabei wird deutlich, dass zu den vordringlichen Themen die Verständlichkeit von Kostenplänen und Abrechnungen sowie die Nachvollziehbarkeit der finanziellen Eigenbeteiligung zählen. Vor allem bei komplexen Versorgungsthemen wie Zahnersatz besteht offensichtlich erhöhter Beratungs- und Klärungsbedarf.“ (Bericht der zahnärztlichen Patientenberatung S. 8)

Unterschiede zeigen sich in der Interpretation der Beratungsschwerpunkte: Für die Unabhängige Patientenberatung sind ganz besonders die Zahnarztpraxen selbst gefordert, da die Beratungserfahrung der UPD zeigt, dass die Patienten von der Abwägung sozialrechtlicher Vorgaben und medizinischer Notwendigkeit regelmäßig überfordert sind und die Information in der Praxis oft durch finanzielle Fragestellungen dominiert wird. Entsprechend lautet die Empfehlung der UPD: Die Entscheidungskompetenz von Patienten sollte daher bereits in der Zahnarztpraxis besser gestärkt werden, indem die Beratung mehr auf die Kostenrelationen und die Vor- und Nachteile verschiedener Therapiealternativen eingeht. „Ebenfalls muss besser über kostenfreie Alternativen informiert und beraten werden. Zudem ist aus Sicht der Ratsuchenden die patientenverständliche Gestaltung von Heil- und Kostenplänen sowie Rechnungen nötig. Auch müssen diese bei Bedarf besser erläutert werden.“ (S. 96). Der Bericht der zahnärztlichen Beratung führt Unklarheiten dagegen insbe-

sondere auf die „systemimmanente Komplexität des Behandlungs- und Erstattungswesens“ zurück, für das die Zahnärzteschaft nicht die alleinige Verantwortung übernehmen könne und sieht die Patienten bereits vorab in der Informationspflicht: „Die erhobenen Zahlen sind vor diesem Hintergrund für die Zahnärzteschaft insgesamt ein wichtiger Indikator für eine zielgerichtete Weiterentwicklung, etwa im Bereich der Kostentransparenz (GKV-Leistungskatalog, private Zusatzversicherungen, Zuzahlungen der Patienten, Festzuschuss-System, Privatleistungen etc.), um die Kommunikation zwischen Behandler und Patient noch weiter zu verbessern. Zugleich ist aber auch Patienten grundsätzlich immer zu empfehlen, sich im Vorfeld einer Behandlung über die vor allem in der Zahnmedizin vorhandenen vielfältigen Therapieoptionen zu informieren, insbesondere dann, wenn Behandlungen mit privaten Zuzahlungen verbunden sein könnten.“ (S. 72)

Unter Verweis auf die Möglichkeit des Beratungsangebots, Probleme „im Zusammenhang mit Behandlung und Abrechnung in den zahnärztlichen Organisationen“ lösen zu können, stellt das Gesamtfazit der zahnärztlichen Patientenberatung der zahnärztlichen Praxis insgesamt ein sehr positives Zeugnis aus: „Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit stehen für Zahnärzte stets an erster Stelle. Das bundesweite Netz der zahnärztlichen Patientenberatungsstellen trägt aktiv zur Verbesserung dieser Werte bei.“ (S.80)

Übereinstimmung bei den Schwerpunkten und unterschiedliche Akzente in der Interpretation der Ergebnisse der Beratungsarbeit reflektieren neben dem unterschiedlichen Beratungsansatz somit wohl auch die unterschiedliche institutionelle Verankerung der Beratungsangebote. Die Unabhängige Patientenberatung ist zu einem konstruktiven Dialog mit allen Akteuren des Gesundheitssystems bereit. Wertvolle Instrumente wie die zahnärztliche Patientenberatung mit ihrem gut aufbereiteten Jahresbericht bieten aus unserer Sicht eine gute Basis dafür, aus einem klaren Verständnis der Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Beratungsansatzes zu noch mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu kommen.

#### Literatur:

UPD Monitor Patientenberatung 2016, Berlin 2017, [https://www.patientenberatung.de/dokumente/2016\\_upd\\_patientenmonitor.pdf](https://www.patientenberatung.de/dokumente/2016_upd_patientenmonitor.pdf)

BZÄK/KZBV. Zahnärztliche Patientenberatung. Jahresbericht 2016, Berlin 2017, [http://www.patientenberatung-der-zahn-aerzte.de/fileadmin/content/jahresbericht\\_patientenberatung\\_2016.pdf](http://www.patientenberatung-der-zahn-aerzte.de/fileadmin/content/jahresbericht_patientenberatung_2016.pdf)

Michael Dick

# Vertrauen und Empowerment

## Wie zahnärztliche Patientenberatung die Zahnarzt-Patienten-Beziehung stärkt



**Prof. Dr. Michael Dick**  
Lehrstuhl für Betriebspädagogik an der Fakultät für Humanwissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

### Der kompetente Patient: ein riskantes Leitbild

In der ärztlichen Tätigkeit entwickeln sich Technologien und Behandlungsmethoden, aber auch gesetzliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen weiter. Vergleichsweise wenig Beachtung erfährt die Veränderung in der Patientenschaft, die sich mit einem steigenden Bildungsniveau, wachsenden Ansprüchen an Qualität oder mit veränderten Informationsgewohnheiten verbindet. Aus einem passiven, ratsuchenden wird der aktive, aufgeklärte Patient, der mit dem Arzt gemeinsam berät und Entscheidungen trifft [1] – so lautet das derzeit dominierende Leitbild in der fachlichen und politischen Diskussion.

Begriffe wie Kompetenz oder Empowerment beschreiben diese Entwicklung [6]. Kompetenz meint das Potenzial einer Person, einer Gruppe oder eines Systems, Anforderungen der Umwelt zu bewältigen. Sie wird über Wissen und Erfahrung erworben. Kompetente Personen sind selbständig, entscheidungsfähig und handeln verantwortlich. Empowerment beschreibt das Denken in Ressourcen statt in Defiziten, die Orientierung an Gesundheit und nicht an Krankheit, den Aufbau von Stärken anstelle des Ausmerzens von Schwächen. Klienten sollen sich in Krisensituationen selbst helfen können statt sich auf professionelle Hilfe zu verlassen.

Zwei dokumentierte Situationen verdeutlichen, wo die Grenzen dieser Konzepte liegen: Ein Patient begibt sich mit starken inneren Schmerzen aufgrund eines bereits diagnostizierten lokalen Tumors ins Krankenhaus, erhält dort zunächst ein Schmerzmittel. Auf seine Frage, wie es denn nun weitergehen solle, antwortet der behandelnde Arzt ohne weitere Aufklärung, der Patient solle sich überlegen, ob er eine medikamentöse Behandlung oder eine Operation vorziehen würde. Ein anderer Patient bittet seinen behandelnden Zahnarzt um eine „biologische“ Zahnfüllung, er habe darüber gelesen und bevorzuge diese Versorgung, da er gegen andere Materialien allergisch sei. Die Gefahr einer fehlgehenden Behandlung ist in beiden Situationen offenkundig, im ersten Fall wird die Entscheidung an den Patienten in einer Situation zurückgegeben, in der er nicht entscheidungsfähig ist, im zweiten Fall führen die vermeintlichen Kompetenzen den Patienten in die Irre. In beiden Entscheidungssituationen ist es angezeigt, die Verantwortung

des Handelns ausschließlich in die Hand des Arztes zu legen. Die Beispiele zeigen, dass die Debatte um Empowerment und Kompetenz auch eine Debatte um Verantwortlichkeit ist [8]. Kompetenzen aufbauen, Ressourcen stärken, den Patienten aktivieren bedeutet auch, Verantwortung vom Arzt an den Patienten abzugeben. In vielen Situationen ist dies sinnvoll, beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, bei denen der Erfolg einer Therapie stark von der Mitarbeit des Patienten abhängig ist. Ebenso eindeutig ist die uneingeschränkte Verantwortlichkeit des Arztes in der akuten Notsituation. Doch zwischen diesen klar bestimmten Szenarien liegen Konstellationen, in denen die Verantwortlichkeiten zwischen Arzt und Patient austariert werden müssen.

### Die Diversifizierung der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Veränderung verläuft nicht eindimensional vom abhängigen zum selbstbewussten Patienten, die vom Arzt durch eine komplementäre Entwicklung von der fürsorglichen zur partnerschaftlichen Rolle zu beantworten wäre. In der Praxis finden wir eine Vielfalt von Behandlungssituationen, denen vom Arzt mit variierendem Rollenverhalten begegnet wird. Vier Rollenkonstellationen werden meist unterschieden [4]: Im paternalistischen Modell liegen Information und Entscheidung einseitig beim Arzt. Im interpretativen Modell verfügt nur der Arzt über Informationen, die Entscheidung aber wird zwischen Arzt und Patient geteilt. Im deliberativen (abwägenden) Modell sind sowohl Informationen als auch die Entscheidung zwischen beiden geteilt. Im informativen Modell verfügen Arzt und Patient beide über Informationen, die Entscheidung aber liegt beim Patienten.

Alle vier Konstellationen sollten vom Arzt beherrscht und situationsadäquat realisiert werden. Diese Beziehungskonfiguration vollzieht sich im alltäglichen ärztlichen Handeln als informeller, meist unbemerkter Prozess. Er wird weniger durch die fachliche Expertise des Arztes strukturiert als durch die alltägliche Sozialbeziehung zwischen den Beteiligten.

### Vertrauen als Grundlage ärztlichen Handelns

Die Frage, wer darüber befindet, welches Rollenverhalten das jeweils angemessene ist, tritt wiederum in verschiedenen Konstellationen auf. Auch hier stellt sich die Frage, wer über die richtige Konstel-

lation befindet – wir geraten in einen unendlichen Regress. Folglich ist es sinnvoll, dem Arzt als dem professionell Handelnden initial die Verantwortung auch für die Gestaltung der Sozialbeziehung zu überlassen. Denn er wird als Helfer aufgesucht, der Patient kommt, weil seine Autonomie eingeschränkt ist. Die Grundkonstellation der Arzt-Patienten-Beziehung ist asymmetrisch und bleibt dies auch mit dem kompetenten Patienten. Alle Professionen – neben der Medizin beispielsweise die Soziale Arbeit oder die Rechtsprechung – sind um diese asymmetrische Hilfebeziehung herum aufgebaut und weisen entsprechende Besonderheiten auf (Schweigepflicht, wirtschaftliche Unabhängigkeit u.a.m.). Diese institutionellen Besonderheiten dienen dem Schutz des Klienten, der in der Hilfebeziehung anders als ein Akteur in einer freien Marktbeziehung auf den Helfer angewiesen ist.

Grundlage für das Zustandekommen und die Regulation der Hilfebeziehung ist Vertrauen. Die Hilfesuchende Person zeigt sich verletzlich und ist darauf angewiesen, dass der Helfende diese Verletzlichkeit nicht ausnutzt. Die Hilfebeziehung ist privat, der Patient offenbart sich nicht öffentlich. Dies verstärkt dessen Verletzlichkeit, da sich die Situation einer Kontrolle durch Zeugen entzieht. Bei den Helfenden wird deshalb eine durch bedingungslose Verantwortungsübernahme und Hilfsbereitschaft gekennzeichnete Haltung vorausgesetzt [2]. Dieses Vertrauen ist Basis jeder therapeutischen Intervention. Es ist aber gleichzeitig gefährdet, und zwar seltener durch fachliche Mängel als durch Störungen der Sozialbeziehung [5]. Für die Zahnärzteschaft ist es eine zentrale Frage, wie es ihr gelingt, dieses Vertrauen gerade in schwierigen Konstellationen zu bewahren.

### Das Potenzial der zahnärztlichen Patientenberatung zur Bewahrung von Vertrauen

Der Verlust von Vertrauen ereignet sich in der Behandlungsbeziehung meist nicht plötzlich, sondern schleichend. Erste Zweifel treten auf, diese werden möglicherweise in einer Beschwerde artikuliert, daraus kann eine Meinungsverschiedenheit erwachsen, diese kann sich zur Belastung entwickeln, die dann schließlich zum Bruch der Beziehung führen kann [7]. Während Zweifel und Beschwerden in der Praxis direkt bearbeitet werden können, werden schwere Störungen und gebrochene Beziehungen an andere Institutionen delegiert, etwa Schlichtungsstellen oder Gerichte. Zwischen dem ersten Zweifel und dem Bruch allerdings liegt eine breite Zone der Unsicherheit. Hier geht es vor allem darum, das autonome Vertrauensbündnis und die Möglichkeit der weiteren Behandlung des Patienten zu bewahren. Kann die von den zahnärztlichen Körperschaften angebotene Patientenberatung dies leisten?

Erfahrene Zahnärzte stehen den Patienten hier ehrenamtlich am Telefon oder im Gespräch zur Verfü-

## Patientenberater berichten, dass die wichtigsten Ressourcen, die sie den Patienten bieten, Zeit, Zuhören und Zuwendung sind - insofern schafft die Patientenberatung nicht selten einen Ausgleich zur unter zeitlichem Druck stehenden Beratungssituation in der Zahnarztpraxis.

gung. Die Themen umfassen u.a. Kostenpläne, fachliche Aufklärung, Fragen zu Behandlungsablauf und Alternativen. Patientenberater berichten, dass die wichtigsten Ressourcen, die sie den Patienten bieten, Zeit, Zuhören und Zuwendung sind - insofern schafft die Patientenberatung nicht selten einen Ausgleich zur unter zeitlichem Druck stehenden Beratungssituation in der Zahnarztpraxis. Sie nehmen die Perspektive der Ratsuchenden ein, um diesen einen Weg in eine mögliche Problemlösung zu bahnen. Erste Evaluationen zeigen, dass die Patienten sich mit ihren Anliegen verstanden fühlen und Lösungswege erkennen, meist in der ursprünglichen Behandlungsbeziehung [3]. An Grenzen stößt die Patientenberatung, wenn in schwierigen Konfliktfällen nur eine der beiden Seiten gehört werden kann, wenn unrealistische Erwartungen oder eine allgemein hohe emotionale Belastung bei den Ratsuchenden bestehen.

Die zahnärztliche Patientenberatung deckt Bereiche in der Arzt-Patienten-Beziehung ab, die in der alltäglichen Versorgung nicht ausreichend zur Geltung kommen, insbesondere bei schwierigen Einzelfällen. In der kritischen Zone zwischen komplikationsfreier Behandlung und entgleistem Einzelfall wird das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten für die Profession erweitert. Das nicht mehr vorbehaltlos, aber grundsätzlich noch vorhandene Vertrauen des Patienten wird gestärkt und damit die Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterbehandlung gelegt. Dabei könnte in dieser Zone der Verunsicherung genauso gut das Gegenteil passieren, der Patient in seinem Zweifel gestärkt, die Behandlungsbeziehung in Frage gestellt werden, es käme zum Bruch. Damit das nicht passiert, ist das Vertrauen in die Patientenberater von zentraler Bedeutung. Genau wie der behandelnde Arzt dürfen auch diese nicht dem Interesse einer Institution verpflichtet sein, sondern ausschließlich dem Wohl des Patienten. Ehrenamtlich tätige, authentisch auftretende Zahnärzte können diese Haltung glaubwürdig vermitteln. So wird die Behandlungsbeziehung um einen kompetenten dritten Akteur erweitert, anstatt voreilig beendet.

### Quellen:

1. Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 1997; 44: 681-692
2. Dick M: Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg): *Handbuch Professionsentwicklung*. Klinkhardt / utb, Bad Heilbrunn 2016, 9-24
3. Dick M, Wagner J, Gerhardt M: Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis. *IDZ Informationen* 2015
4. Emanuel EJ, Emanuel LL: Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA, Journal of the American Medical Association* 1992; 267: 2221-2226
5. Jacob M: Die Reflexion des Misserfolgs als Beitrag zur Professionsentwicklung. *Budrich, Opladen* [u.a.] 2012
6. Lehmann B, Dick M: Empowerment: Die Stärkung von Klienten. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg): *Handbuch Professionsentwicklung*. Klinkhardt / utb, Bad Heilbrunn 2016, 156-165
7. Reiß W, Dick M, Walther W, Brauer HU: Wie erleben Zahnärzte eine gerichtliche Auseinandersetzung mit Patienten? Eine qualitative Untersuchung. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 296-300
8. Salmon P, Hall GM: Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 1969-1980

Johan Wölber

# Motivational Interviewing (MI) in der Zahnmedizin



**Dr. Johan Wölber,**  
Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg

Mit der zunehmenden Betonung der Eigenverantwortung der Patienten und der verstärkten Thematisierung von verhaltensbezogenen Themen in der zahnärztlichen Therapie wie Ernährungsumstellung, Mundhygiene oder Raucherentwöhnung, ist ein steigendes Interesse an psychologischen Kommunikationstechniken zu verzeichnen, die den Veränderungsprozess von Patienten unterstützen können.

Motivational Interviewing (MI, deutsch: Motivierende Gesprächsführung) nach Miller und Rollnick (1) ist dabei eine Kommunikationsmethode, die zunächst ursprünglich für die Therapie von Suchtkranken konzipiert wurde, mittlerweile aber auch in vielen anderen Gesundheitsbereichen als evidenzbasierte Methode zur Unterstützung von Verhaltensänderungen eingesetzt wird. So zeigen Studien und Übersichtsarbeiten einen wirksamen Einsatz von MI unter anderem zur Raucherentwöhnung (2), Blutdrucksenkung (3), Gewichtsreduktion (4), Steigerung der körperlichen Aktivität und therapeutischen Adhärenz (5, 6) und eben auch zur Förderung von Mundgesundheit (7). Allerdings sind die Ergebnisse in Bezug zur Mundgesundheit insgesamt heterogen und bedürfen genauerer Betrachtung: Während relativ gute Ergebnisse bezüglich der Vorbeugung von frühkindlicher Karies vorliegen, wo MI im Präventionsgespräch mit den Eltern angewandt wurde (7), und eine Studie auch positive Ergebnisse zeigte in Bezug zur Reduktion von Zahnbehandlungsängsten/Vermeidungsverhalten von Jugendlichen (8), sind die Studienergebnisse bezüglich der parodontalen Gesundheit noch unterschiedlich.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit unserer Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Freiburg zeigte hierbei, dass MI als begleitende Kommunikationsmethode ein zukunftsweisender Ansatz in der Parodontitistherapie sein könnte (9). Allerdings gibt es im Bereich der Parodontologie auch Studien, die keine zusätzlichen Effekte von MI zeigen konnten. Die Gründe hierfür könnten unterschiedlicher Natur sein: Zum einen scheint es eher nicht effektiv zu sein, mit einem Psychologen über die Mundhygiene zu sprechen (im Gegensatz zu MI-geschulten zahnärztlichen Therapeuten), zum anderen erscheint eine generell die MI-Techniken nutzende, immer wiederkehrende Ge-

sprächsführung mit dem Patienten wirkungsvoller als eine Einzelintervention. Ein weiterer einschränkender studientechnischer Faktor ist, dass Verhaltensänderungen (wie z.B. Rauchstopp, intensiviertere Mundhygiene, Ernährungsumstellung) wahrscheinlich eher einen Einfluss auf langfristige parodontale Therapieoutcomes haben als auf kurzfristige Reevaluationen (9, 10). Dementsprechend erscheint MI im Bereich der parodontalen Therapie noch nicht hinreichend untersucht.

Obwohl derzeit nur schwache Evidenz für die Mundgesundheitsförderung durch MI vorliegt, scheint die Anwendung von MI durch das zahnärztliche Team auch eine Bereicherung aus therapeutischer Sicht zu sein. So gaben in MI trainierte Dentalhygienikerinnen in einer qualitativen Untersuchung an, MI als Goldstandard in der Patientenkommunikation zu empfinden und empfehlen, MI als Bestandteil aller dentalhygienischen Ausbildungsformate zu integrieren (11). Die befragten Teilnehmer machten zudem deutlich, durch MI die Kommunikation mit dem Patienten als entspannter zu empfinden und sich mehr als Gesundheitsunterstützer zu fühlen. Dass die Ausbildung des zahnärztlichen Teams in MI auch dazu führt, das eigene Gesundheitsverhalten der Therapeuten zu verändern, zeigte eine niederländische Arbeitsgruppe um Schoonheim-Klein (12). Die Forscher bildeten 106 Studierende der Zahnmedizin in MI aus und verglichen nach 2 Jahren die Rauchstopperfolge der Patienten und die der rauchenden Studierenden im Vergleich zu einer ungeschulten, gleich großen Gruppe von Studierenden. Während in der Kontrollgruppe kein Patient mit dem Rauchen aufhörte, führten 20% der Patienten in der Experimentalgruppe einen Rauchstopp durch. Zudem gaben 38% der rauchenden Studierenden der MI-Gruppe das Rauchen auf, während in der Kontrollgruppe alle rauchenden Studierenden weiter rauchten. Die Studie macht deutlich, dass verhaltensbezogene Themen (wie z.B. Rauchen) durch Ärzte nur selten direkt angesprochen werden, wenn diese keine spezielle kommunikativen Methoden zur Verhaltensänderung erlernt haben (13).

Miller und Rollnick beschreiben MI als zielgerichteten Kommunikationsstil, bei dem der Fokus auf der Veränderungssprache der Patienten liegt. Die Mo-

*Literatur:*  
Die umfangreiche Literaturliste wird auf Wunsch von der Redaktion zur Verfügung gestellt.

## Die Mundgesundheitskompetenz des Patienten umfasst nicht allein das Wissen rund um die Mundgesundheit, sondern auch ein entsprechend gesundheitsförderliches Verhalten - sowohl präventiv als auch im Rahmen einer Therapie. Wissenschaftliche Studien als auch Praxiserfahrungen deuten darauf hin, dass die motivierende Gesprächsführung (MI) ein beachtenswertes Potential zur Verhaltensänderung aufweist.

tivation für - und die Bindung an - ein spezifisches Ziel sollen gestärkt werden. Dies geschieht, indem die Motive und Gründe der Person für eine Veränderung in einer partnerschaftlichen und anerkennden Atmosphäre erkundet und evoziert (=herausgelockt) werden. Dabei werden Grundhaltungen (Kooperation, Akzeptanz, Mitgefühl, Evokation) und Prozesse (Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation, Planung) beschrieben (1). Zu den Kommunikationstechniken des MI gehören das Zuhören, das Verwenden offener Fragen, Würdigungen, Reflektionen, das Zusammenfassen und die Informationsgabe nach Erlaubnis durch den Patienten. Diese werden in Tabelle 1 näher erläutert.

Allerdings ist MI keine durch Miller und Rollnick originär erfundene Methode, sondern fußt auf einer Zusammenfassung von vielen psychologischen Methoden, die nachweislich (auch im Bereich der Zahnmedizin) Verhaltensänderungen unterstützen können. Dazu zählen unter anderem die klientenzentrierte Therapie und das aktive Zuhören nach Rogers (14), das transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (15), die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (16), die Motivationstheorien nach Deci und Ryan (17), die Reaktanztheorie nach Brehm und Brehm (18) und die Selbstwahrnehmungstheorie nach Behm (19). Für eine ausführlichere Beschreibung des MI sei auf eine deutschsprachige Übersichtsarbeit verwiesen (20).

Basierend auf den dargestellten Studien, eigenen Studien- und Behandlungserfahrungen kann MI als eine bereichernde und unterstützende Kommunikationsmethode in der zahnärztlichen Therapie empfohlen werden, auch wenn weitere Forschungsarbeiten notwendig sind. Durch MI wird der Therapeut in größerem Maße befähigt, verhaltensbezogene Faktoren in der Therapie sicher zu adressieren, um so auch stärker kausal therapieren zu können. Interessanterweise wird die Methode schon in den europäischen Beschreibungen zu den Kernkompetenzen in der parodontalen und kariologischen Ausbildung empfohlen (21, 22). Der Befürchtung, dass die Anwendung von MI in der zahnärztlichen Therapie mehr Zeit in Anspruch nehmen könnte, widersprechen eigene Studienergebnis-

se, in denen die Anwendung von MI im Vergleich zu einer ungeschulten Kommunikation mit dem Patienten nicht mehr Zeit in Anspruch nahm (23). Vielmehr kommt es zu einem Verschieben der Gesprächsanteile vom Therapeuten hin zum Patienten.

Tabelle 1:  
Erläuterungen und Einsatz der MI-Basiskommunikationstechniken am Beispiel der Mundhygiene

Kommunikationstechniken	Beschreibung	Beispiel
Offene Fragen	Die Fragen können nicht nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Sie fördern mehr Informationen und ein besseres Verständnis über die Argumente, die gegen bzw. für eine Verhaltensänderung sprechen.	ZA: Was würde Ihnen dabei helfen, die Zahnzwischenraumreinigung regelmäßig durchzuführen?
Würdigungen	Würdigungen des bisherigen Verhaltens oder bestimmter Absichten haben das Ziel, eine Arbeitsatmosphäre zu etablieren, die dem Patienten erlaubt, sich auf Verhaltensänderungen einzulassen. Zudem reduzieren Würdigungen die Reaktanz.	ZA: Die Glattflächen ihrer Zähne sind schon richtig gut gereinigt und ich finde es toll, dass sie die Interdentalbürstchen ausprobiert haben.
Reflektionen	Reflektionen (auch aktives Zuhören) sind die Schlüsselkompetenz, seinem Gegenüber zu signalisieren, dass man ihn verstanden hat. Geübte MI-Praktiker fügen ihren Reflektionen auch Interpretationen hinzu, die entweder die Emotionen der Patienten wiedergeben oder dem Gesagtem eine tiefere Bedeutung hinzufügen.	P: Wissen Sie, jetzt ist mir das klar, dass ich auch die Rückseite der Zähne putzen muss, aber später, zu Hause, vergesse ich das immer wieder. ZA: Sie wünschen sich irgendeine Form der Erinnerungshilfe, damit Sie dieses Vorhaben im Alltag nicht aus den Augen verlieren.
Zusammenfassungen	Bei Zusammenfassungen handelt es sich um lange Reflektionen, die besonders beim Übergang von einem MI-Prozess zum nächsten eingesetzt werden, z. B. vom Evozieren zum Planen. Bei diesen hört der Patient noch einmal seine Argumente, die gegen bzw. für mehr Mundhygiene sprechen, und der Zahnarzt kann sicherstellen, dass er den Patienten richtig verstanden hat. Die Gegenargumente sollten dabei möglichst am Anfang der Zusammenfassung stehen. In der Regel schließt eine Zusammenfassung mit einer offenen Frage, sodass der Fokus wieder beim Patienten liegt.	ZA: Wenn es für Sie in Ordnung ist, möchte an dieser Stelle noch einmal zusammenfassen, was aus Ihrer Sicht für und gegen die Nutzung von Interdentalbürsten spricht. (...) Nachdem Sie dies gehört haben, was denken Sie, werden Sie in Zukunft tun?

Anmerkung: ZA = Zahnarzt; P = Patient.

Mit freundlicher Genehmigung durch die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH e.V.)

Michael Wicht, Michael J. Noack

# Partizipative Entscheidungsfindung und Mundgesundheitskompetenz

## Können Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz therapeutische Entscheidungen mitbestimmen?



**PD Dr. Michael Wicht**  
Leitender Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln



**Prof. Dr. Michael J. Noack**  
Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln

### Einleitung

Paradigmenwechsel vollziehen sich nicht von heute auf morgen - insbesondere im medizinischen Kontext. Und so überrascht es wenig, dass in vielen Arzt- und Zahnarztpraxen noch ein traditionelles paternalistisches Interaktionsmodell zwischen Arzt und Patient anzutreffen ist. In diesem Modell ist dem Arzt die Expertenrolle mit Entscheidungskompetenz vorbehalten, der Patient nimmt als Unwissender eine rezipierende Haltung ein. Vordergründig steht der Patient und sein Leiden im Mittelpunkt dieser Interaktion, in der der Therapeut nach bestem Wissen und idealerweise leitlinienbasiert agiert. Vordergründig deshalb, weil die individuellen Wünsche des Patienten nur bedingt berücksichtigt werden können. Häufig wird die beste Therapie aus professioneller Sicht angestrebt, wobei „beste“ in der Regel mit hoher Lebenserwartung oder der besten Chance auf Heilung gleichzusetzen ist.

Diesem diagnosezentrierten Modell steht ein patientenzentriertes Modell gegenüber, welches als „partizipative Entscheidungsfindung“ beschrieben wird. Der Patient rückt mit seinen individuellen Wünschen und Erwartungen an eine medizinische Betreuung in das Zentrum und trifft nach einem Diskurs mit dem Arzt eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung, die seinen persönlichen Bedürfnissen am ehesten entspricht. Es ist wichtig zu akzeptieren, dass diese Wahl nicht zwangsläufig kongruent mit der Präferenz des Arztes ist. Aktuell praktizieren nur wenige Ärzte eine partizipative Entscheidungsfindung oder passen die Versorgung an die Präferenzen ihrer Patienten an.

### Praktisches Vorgehen bei der patientenzentrierten Entscheidungsfindung

Die Basis einer therapeutischen Entscheidung ist die Kommunikation einer Diagnose inklusive der Wahrscheinlichkeit ihres Zutreffens sowie mögliche Differenzialdiagnosen. Risikokommunikation ist ein integraler Bestandteil der informierten Wahl und setzt ein Grundverständnis an statistischer Bildung seitens des Arztes voraus. Nur derjenige, der wissenschaft-

liche Fakten lesen kann, ist auch in der Lage diese zu interpretieren und sie dann mit einem medizinischen Laien zu diskutieren [3].

Auf der Basis dieser Diagnose gilt es in einem ersten Schritt, die Bedürfnisse des Patienten zu ermitteln. Dieser Schritt wird von vielen Patienten als ungewohnt erachtet, da sie traditionell nicht gefragt wurden diese zu äußern bzw. von ihrem Arzt erwarten, „das Richtige“ empfohlen zu bekommen. Patienten, die sich weigern, an dem Entscheidungsprozess zu partizipieren, haben häufig Angst, aus Unwissenheit eine falsche Entscheidung zu treffen. Es bleibt unumstritten, dass dem Arzt die Expertenrolle zufällt und er den Patienten in die Lage versetzen sollte, unabhängig von dessen Bildungsgrad eine informierte Wahl zu treffen. Nach Ermittlung der Präferenzen werden mögliche Therapieoptionen inklusive der jeweiligen Vor- und Nachteile diskutiert. In dieser Phase benötigen einige Patienten mehr Unterstützung als andere, abhängig von ihrem Kenntnisstand und ihrer Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Abschließend wird die gemeinsame Entscheidung dokumentiert und eventuell zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal überdacht.

Die Vorteile der partizipativen Entscheidungsfindung und der informierten Entscheidung sind in erster Linie verbessertes Wissen und eine realistische Einschätzung von Nutzen und Schaden. In diesem Modell empfinden Patienten naturgemäß eine deutlich höhere Übereinstimmung zwischen ihren Bedürfnissen und der durchgeführten Therapie, was zu einer höheren Identifikation mit der Behandlung und einer verbesserten Therapietreue führt [4].

### Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Entscheidungsfindung

Neben der grundsätzlichen Bereitschaft zur informierten Wahl wird das Wissen, die Motivation und auch die Fähigkeit von Laien, medizinische Informationen zu sammeln und zu bewerten häufig als Hinderungsgrund für die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung angesehen. Mehr als die Hälfte (54,3%) der Erwachsenen in Deutschland verfügt über eine

eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Diese Menschen erachten es als herausfordernd, eine informierte Wahl zu treffen. Insbesondere Menschen, die nicht deutsche Muttersprachler sind, die einen geringeren Sozialstatus aufweisen, ein geringeres Bildungsniveau haben, älter oder chronisch krank sind, weisen eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz auf [5]. In Deutschland sind Patienten mit ausreichender Gesundheitskompetenz und diejenigen, die in die

sundheitskompetenz sozial benachteiligter Menschen hat. Voraussetzung dafür ist jedoch eine der jeweiligen Person höchst individuell angepasste Kommunikation, die Vermeidung von Fachsprache und die Erläuterung komplexer medizinischer Sachverhalte sowie eine bedarfsorientierte, möglicherweise auch auf das Wesentliche reduzierte Präsentation von Therapieoptionen. Es ist die Aufgabe des Arztes, seinen Patienten auf Augenhöhe zu begegnen und ihnen die

## Wiewohl das Konzept der informierten Entscheidung bei professioneller Anwendung nicht zwingend mehr zeitliche Ressourcen binden muss, ist die Vermittlung von mehr Gesundheitswissen in der Praxis doch mit zusätzlichem Aufwand verbunden und dürfte [...] letztlich auch honorarseitig eine Aufwertung der sprechenden Zahnmedizin erfordern.

Entscheidungen mit einbezogen wurden, zufriedener mit ihrem Arzt als Patienten mit vergleichsweise geringer Gesundheitskompetenz in einem nicht patientenzentrierten Interaktionsmodell [1].

Eine naheliegende Konsequenz dieser sozialen Ungleichheit ist die Förderung bedürftiger Menschen mit dem Ziel, eine höhere Gesundheitskompetenz zu erreichen. Interessanterweise hat das Interaktionsmodell der partizipativen Entscheidungsfindung per se eine deutlich positivere Auswirkung auf Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz als auf Menschen mit höherer Bildung und besserem sozioökonomischen Status. Im Rahmen einer Metaanalyse zeigte sich, dass Interventionen wie z.B. Coaching, Entscheidungshilfen, Informationsveranstaltungen oder auch Kommunikationsworkshops das Wissen von benachteiligten Patienten steigerten. Darüber hinaus waren diese Patienten signifikant häufiger in der Lage, eine informierte Wahl zu treffen, nachdem sie eine entsprechende Unterweisung erhalten haben. Es zeigte sich eine Tendenz, dass die Wissensunterschiede zwischen sozial benachteiligten Menschen und einer Kontrollgruppe sich nach entsprechenden Interventionen egalalisieren. Allerdings blieb jedoch die Gefahr von Verständnisschwierigkeiten bestehen, bis dahin, dass die Intervention selbst nicht verstanden wurde, selbst wenn die Informationen ausdrücklich für einen Personenkreis mit geringerer Gesundheitskompetenz aufbereitet waren. Auch wenn das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung nicht alle Probleme bei Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz lösen kann, behebt es Wissensdefizite und Entscheidungsunsicherheiten und befördert die Wahl einer selbstbestimmten Behandlungsoption. [2]. Dies bestätigt, dass eine dem Patienten gegenüber wertschätzende Haltung und dessen Einbeziehung in die Therapieentscheidung einen positiven Effekt auch auf die Ge-

Informationen zu liefern, die benötigt werden, um eine informierte Entscheidung zu treffen.

### Zusammenfassung und klinische Konsequenzen

Die Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung in den klinischen Alltag ist eine Win-win-win Situation für Patienten, Ärzte und Zahnärzte sowie die Gesellschaft. Die Priorisierung der Patientenautonomie und Einbeziehung individueller Präferenzen in die Therapieentscheidung verleiht dem Patienten Kontrolle, führt zu höherer Adhärenz und besseren klinischen Ergebnissen. Zufriedenere und informierte Patienten wirken sich positiv auf das Praxisteam aus, es entstehen weniger Konflikte und Beschwerden. Patienten übernehmen Verantwortung bei der informierten Therapieentscheidung und entlasten dadurch den Arzt als Alleinverantwortlichen. Ein an der Therapieentscheidung beteiligter Patient ist der einzige, der in diesem Prozess nicht von Fremdinteressen gesteuert wird.

Die Gesundheitskompetenz hat erheblichen Einfluss auf das Entscheidungsvermögen von Patienten. Ein Mangel an Gesundheitskompetenz einzelner Patienten kann durch kommunikative Kompetenzen des Praxisteam ausgeglichen werden. Wiewohl das Konzept der informierten Entscheidung bei professioneller Anwendung nicht zwingend mehr zeitliche Ressourcen binden muss, ist die Vermittlung von mehr Gesundheitswissen in der Praxis doch mit zusätzlichem Aufwand verbunden und dürfte, da es um mehr als nur Einzelfälle geht, letztlich auch honorarseitig eine Aufwertung der sprechenden Zahnmedizin erfordern. Dabei ist aber festzuhalten, dass - entgegen landläufiger Vermutungen - insbesondere das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung für benachteiligte Patienten einen erheblichen Vorteil zu bieten scheint.

### Literatur:

- [1] Altin, S. V., Stock, S.: *The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices.* BMC Health Serv Res 16, 450 (2016)
- [2] Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., Elwyn, G.: *Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis.* PLoS One 9, e94670 (2014)
- [3] Gigerenzer, G., Edwards, A.: *Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight.* Bmj 327, 741-744 (2003)
- [4] O'connor, A. M., Bennett, C. L., Stacey, D., Barry, M., Col, N. F., Eden, K. B., Entwistle, V. A., Fiset, V., Holmes-Rovner, M., Khangura, S., Llewellyn-Thomas, H., Rovner, D.: *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions.* Cochrane Database Syst Rev, CD001431 (2009)
- [5] Quenzel, G., Vogt, D., Schaefer, D.: *[Differences in Health Literacy of Adolescents with Lower Educational Attainment, Older People and Migrants]. Gesundheitswesen 78, 708-710 (2016)*

Christian Nobmann

# Partizipative Entscheidungsfindung und ärztliche Haftung - ein Spannungsfeld?



Bild: zm (mg)

**RA Christian Nobmann**  
Leiter der Abteilung Koordination Gemeinsamer Bundesausschuss der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

*Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Stand noch bis zum Ende der 1990er Jahre ein recht paternalistisch ausgeprägtes Verständnis ärztlicher Fürsorge im Zentrum der Vorstellungswelt, rückt zunehmend die Einbindung der individuellen Patienteninteressen in Entscheidungsprozesse sowie die Stärkung der Patientenkompetenzen in den Mittelpunkt. Zugleich sind aber wesentliche Elemente, die einen ärztlichen Heileingriff kennzeichnen, unverändert geblieben, weil sie als konstitutive faktische Merkmale einen Eingriff erst zu einem Heileingriff machen. Die Frage, ob und wenn ja welche Spannungsfelder sich aus dieser Entwicklung ergeben, soll nachfolgend im Sinne einer kurzen Annäherung erörtert werden.*

## Konstitutive Verhältnismerkmale

Schon Fasolt wies Wotan auf die essentielle Bedeutung von vertraglichen Rechtsgrundlagen hin. (1) Auch der Arzt ist im Verhältnis zu einem Patienten nur „Arzt“, und ein Eingriff nur dann ein „medizinischer“, wenn ein entsprechender Vertrag geschlossen wurde. Dieser Grundlage kommt im Verhältnis von Arzt und Patient rechtlich eine ganz wesentliche, nämlich konstitutive, Bedeutung zu. Daneben (im Sinne von gleichrangig) ist das Verhältnis von Arzt und Patient nach Höfling durch drei Merkmale geprägt, die von inhaltlich konstitutiver Bedeutung sind, nämlich dem besonderen Vertrauensverhältnis, dem außergewöhnlichen Eingriffsrecht des Arztes in die körperliche Integrität und dem Risiko und der Unsicherheit in der Behandlungssituation. (2)

Beiden Bereichen wurde in den letzten Jahren aus rechtlicher, medizinischer, ethischer, soziologischer und philosophischer Sicht vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet und es wurden entsprechende Ableitungen vollzogen. Aus rechtlicher Sicht ist als zentraler Kumulationspunkt das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 zu benennen. Mit diesem wurde das bis dato nur in wesentlichen Teilen als Richterrecht vorliegende Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch kodifiziert. Damit sollten mehrere Ziele erreicht werden, nämlich die Förderung einer Fehlervermeidungskultur, die Stärkung

der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern, die Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern, die Stärkung der Patientenbeteiligung und die Stärkung der Patienteninformation. (3)

## Der Behandlungsvertrag

Zentraler Bestandteil des Patientenrechtegesetzes ist die erstmals eigenständige Regelung der Inhalte des ärztlichen Behandlungsvertrages in den §§ 630a ff. BGB. Durch Abschluss eines Behandlungsvertrages wird nach § 630a Abs. 1 BGB derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt, zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Dem Akt des Vertragsschlusses gehen dabei wesentliche Schritte voraus, die die von Höfling benannten Charakteristika aus rechtlicher Sicht inkorporieren. Zum einen ist der behandelnde Arzt verpflichtet, vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, die Einwilligung des Patienten einzuholen (§ 630d Abs. 1 Satz 1 BGB). Erst diese Einwilligung kann den medizinischen Eingriff in den Körper oder die Gesundheit im Verhältnis zur strafrechtlich bewehrten Körperverletzung rechtfertigen. Damit der Patient in der Lage ist, eine Entscheidung über die Einwilligung zu treffen, bedarf es einer Aufklärung über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände. Dazu gehören nach § 630e Abs. 1 BGB insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

## Gemeinsam entscheiden im Rahmen der Aufklärung

Diese gesetzlich determinierten verbindlichen Aufklärungsinhalte machen als solche hinsichtlich der Implementierung von Aspekten partizipativer Entscheidungsfindung keine unmittelbaren Vorgaben,

schaffen jedoch die Möglichkeit für deren Einbindung und damit für eine Loslösung weg von einer monodirektionalen Kommunikation hin zu Wegen für gemeinsame Entscheidungsfindungen. Ein praxisrelevanter Ansatzpunkt ist hierbei die gemeinsame Herausarbeitung und Entscheidung bei der Auswahl mehrerer gleichermaßen indizierter und medizinisch üblicher Methoden unter Darstellung und Abwägung der jeweiligen Risiko- oder Chancenprofile.

Dieser Aspekt spielt im Bereich der Zahnheilkunde insbesondere bei der Auswahl von zahnprothetischen Versorgungsmöglichkeiten eine zentrale Rolle. Die Einführung des Festzuschussystems im Jahr 2005 hat die Entscheidungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versorgungsvarianten deutlich erweitert. Um dieser Erweiterung der Versorgungsvarianten Rechnung zu tragen, hat sich die gemeinsame Entscheidungsfindung nachhaltig bewährt. (4) Aber auch innerhalb der konservierenden oder restaurativen Zahnheilkunde ist im Übergang von BEMA- zu GOZ-Leistungen ein weites Spektrum möglicher Versorgungsmöglichkeiten gegeben, so dass auch hier die Ansätze des *shared decision making* angezeigt sind. Dazu kann die in der PAR-Therapie entscheidende aktive Mitwirkung des Patienten nachhaltig durch partizipative Entscheidungsstrukturen gestärkt werden. Berücksichtigt man dazu die berufsrechtliche Verankerung, wonach der Zahnarzt das Selbstbestimmungsrecht seiner Patienten zu achten hat, (5) lässt sich als Zwischenfazit konstatieren, dass im Rahmen der rechtlich gebotenen Aufklärung dem Ansatz einer gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient über die Behandlungsinhalte ein passendes Feld bereitet ist.

### Die Welt als Wille und Vorstellung?

Nimmt man als Ausgangspunkt die Idee des *shared decision making*, auch patientenindividuelle Wünsche stärker zu berücksichtigen, so können Probleme dann auftreten, wenn diese Wünsche des Patienten in Konflikt mit medizinischen Standards treten. Nach § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Ist der erste Teil der Regelung (in diesem Zusammenhang) wenig problematisch, stellt sich bei der Möglichkeit abweichender Vereinbarungen die Frage nach der haftungsrechtlichen Relevanz. Die offen formulierte Regelung lässt es grundsätzlich zu, dass, auch und gerade als Ergebnis eines Prozesses der gemeinsamen Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung von Patientenwünschen eine Abweichung vom Standard sowohl „nach oben“ als auch „nach unten“ möglich ist. (6) Der Fall der Vereinbarung über eine Abweichung vom Standard „nach oben“ ist als unproblematisch einzuordnen. Fraglich ist jedoch, wie mit dem Wunsch des Patienten umgegangen wird, vom

## Der Patientenwunsch findet dort seine Grenze, wo die fachliche Vertretbarkeit eines ärztlichen Handelns nicht mehr gegeben ist. Ein Anspruch auf eine Behandlung *contra legem* besteht auch im System des *shared decision making* nicht.

Standard „nach unten“ abzuweichen. Vertraglich ist eine solche Vereinbarung nach dem Gesetzeswortlaut möglich. Ein Urteil des Oberlandesgerichts Hamm hat in jüngster Zeit zu erheblicher Diskussion in der Rechtswelt geführt. Ein Zahnarzt wurde für eine gegen den zahnmedizinischen Standard verstoßende Behandlung eines unter einer CMD leidenden Patienten (vorgezogene zahnmedizinische Frontzahnsanierung vor dem Abschluss einer zuvor notwendigen Schientherapie) in Haftung genommen, obwohl der Patient diese Behandlung auch nach Aufklärung ausdrücklich gewünscht hat. (7) Doch diese Entscheidung verunsichert nur auf den ersten Blick. Bei näherer Betrachtung zeigt sie einen Weg, den Prozess einer partizipativen Entscheidungsfindung auch unter Berücksichtigung von Patientenwünschen rechtssicher auszugestalten. Aufgabe des Arztes innerhalb dieses Entscheidungsprozesses ist es gerade, aufgrund seiner fachlichen Kompetenz dem Patienten medizinisch vertretbare Möglichkeiten aufzuzeigen. Der Patientenwunsch findet dort seine Grenze, wo die fachliche Vertretbarkeit eines ärztlichen Handelns nicht mehr gegeben ist. Ein Anspruch auf eine Behandlung *contra legem* besteht auch im System des *shared decision making* nicht. (8) Anwendungsfälle der Standardabweichung „nach unten“ dürften sich damit insbesondere auf off-label-use und Neulandmethoden beziehen. (9) Im vorbezeichneten Fall dagegen hätte der Arzt die Behandlung ablehnen müssen.

### Conclusio

Die rechtlichen Vorgaben über den Inhalt des ärztlichen Behandlungsvertrages ermöglichen die Implementierung von Verfahren der partizipativen Entscheidungsfindung. Ein Spannungsfeld mit Fragen der Haftung in Zusammenhang mit dem Unterschreiten medizinischer Standards eröffnet sich nur scheinbar auf den ersten Blick, da auch ein Prozess des *shared decision making* Patientenwünsche, die sich nicht mehr fachlich vertreten lassen, begrenzen muss.

### Anmerkungen:

- (1) Fasolt zu Wotan: „Was du bist, bist du nur durch Verträge“ in: Wagner: *Das Rheingold*, 2. Szene.
- (2) Höfling: „Der autonome Patient – Realität und Illusion“ in: Schumpelick (Hrsg.): *Arzt und Patient, eine Beziehung im Wandel*, 2006, S. 390.
- (3) Siehe die Gesetzesbegründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 15.08.2012, BT-Drs. 17/10488, S. 1.
- (4) Klingenberg et al.: „Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, *IDZ-Information* 2/2006.
- (5) § 2 Abs. 2 lit. E MBO
- (6) Jauernig / Mansel: *BGB* zu § 630a, Rn. 17.
- (7) OLG Hamm: Urteil vom 26.04.2016, Az.: 26 U 116/14.
- (8) Prütting: Anspruch des Patienten auf eine Behandlung *contra legem*? *MedR* 2017, S. 531 ff.
- (9) Fenger: *Erfahrungen mit dem Patientenrechtegesetz* in: Steinmeyer et. al. (Hrsg.): *Medizin-Haftung-Versicherung, Festschrift für Karl Otto Bergmann zum 70. Geburtstag*, 2016, S. 43 (45).

Ralph G. Luthardt

# Die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung als Gegenstand der zahnmedizinischen Lehre



Univ.-Prof. Dr.  
Ralph G. Luthardt,  
Präsident der Vereinigung der  
Hochschullehrer für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
e.V. (VHZMK)

In den zurückliegenden Jahrzehnten haben sich die gesellschaftlichen Erwartungen an die gesundheitliche Versorgung deutlich verändert. Mehr als je zuvor rücken Patientenorientierung und Patientenpräferenzen in den Fokus der ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeit. Damit verändert sich auch das ärztliche Rollenbild - die Kommunikation mit dem Patienten und situationsangepasste Gesprächstechniken gewinnen zunehmend an Bedeutung. Konzepte wie die partizipative Entscheidungsfindung und die informierte Einwilligung des Patienten in ärztliche Behandlungen können jedoch nur funktionieren, wenn der Patient in der Lage ist, Diagnosen, Therapien, Therapiealternativen und Risiken entsprechend zu verstehen.

Zahnärzte haben naturgemäß wenig Einfluss auf das gesundheitliche Vorwissen ihrer Patienten, können aber im Rahmen ihrer Möglichkeiten einiges dazu beitragen, die Mundgesundheitskompetenz ihrer Patienten zu erhöhen. Deshalb müssen geeignete Kommunikationstechniken zur Wissensvermittlung und zur Verbesserung der Patientenadhärenz bereits im Studium vermittelt werden. Der im Jahre 2015 verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) definiert wichtige Lernziele - Kompetenzen, die den künftigen Zahnärzten dabei helfen sollen, auf die Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels adäquat reagieren zu können.

Mit dem NKLZ ist erstmals auf nationaler Ebene ein einheitlicher Katalog mit der Beschreibung einer Basis an Wissen und Kompetenzen, über die Zahnärztinnen und Zahnärzte heute verfügen sollten, formuliert worden. Der NKLZ hat jedoch für die Fakultäten nur empfehlenden Charakter - diese sind weiterhin vollumfänglich für die Gestaltung der von ihnen angebotenen Lehre verantwortlich.

Im Hintergrund der Entwicklung der Erarbeitung von Lernzielkatalogen in der Medizin und Zahnmedizin stand die Erkenntnis, dass in einer stark forschungsgetriebenen universitären Landschaft, die erhebliche Erfolge verzeichnen konnte, der Aspekt der Lehre in den medizinischen Disziplinen ebenfalls professionalisiert werden musste. Darüber hinaus zeigten auch die Entwicklungen in der ärztlichen Approbationsordnung einen Bedarf in dieser Rich-

tung an. Deshalb haben die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) gemeinsam mit Vertretern aus medizinischen und zahnmedizinischen Fachgesellschaften, der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltungen, zuständigen Ministerien, Behörden sowie Wissenschaftsorganisationen die nationalen kompetenzbasierten Lernzielkataloge für den Bereich der Medizin (NKLM) und Zahnmedizin (NKLZ) entwickelt. Für den NKLZ zeichnen dabei neben GMA und MFT die Kooperationspartner Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ), Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Vereinigung der Hochschullehrer in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (VHZKM) verantwortlich.

Die Förderung der Mundgesundheitskompetenzen von Patienten, ihrer Therapietreue und Adhärenz sind gerade in der Zahnmedizin wichtige Erfolgsfaktoren für die Prävention und Therapie. Umgekehrt ist eine fehlende oder ungenügende Mundgesundheitskompetenz - insbesondere im Hinblick auf Verhaltensweisen wie beispielsweise schlechte häusliche Mundhygiene, Rauchen, ein ausschließlich beschwerdeorientiertes Aufsuchen der Zahnarztpraxis usw. - als Risikofaktor für weitverbreitete Erkrankungen des Mundraumes aus wissenschaftlichen Untersuchungen hinlänglich bekannt. Deshalb nehmen kommunikative Kompetenzen zur professionellen Gesprächsführung, zur Vermittlung von Gesundheitswissen und Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken zahnärztlicher Interventionen und nicht zuletzt zum respektvollen, partnerschaftlichen Dialog mit dem Patienten im NKLZ breiten Raum ein.

Das im NKLZ dominierende Leitbild ärztlicher Tätigkeit ist die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung. Es werden insgesamt sieben zahnmedizinische Rollen definiert, für die Zahnärztinnen/Zahnärzte umfassende Kompetenzen erwerben und die der „bestmöglichen Umsetzung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung“ dienen sollen. Gleich drei der sieben Rollen enthalten unmittelbar Aspekte der Förderung von Mundgesundheitskompetenzen der Patienten:

Wenn heute in der Gesundheitsversorgung Sparpotentiale erschlossen werden sollen, indem Ärzte und Zahnärzte verstärkt in ihrer wirtschaftlichen Rolle als Lieferant von „Gesundheitsdienstleistungen“ angesprochen werden, laufen wir Gefahr, das Rad der Geschichte zurückzudrehen und ökonomische Stimulierungen im Gesundheitswesen - mitsamt aller ungesunden Folgewirkungen - wieder neu zu entfachen.

#### „Die Zahnärztin/der Zahnarzt als Gelehrte

Als Gelehrte erhalten und verbessern Zahnärztinnen/Zahnärzte ihr professionelles Handeln durch stetiges, lebenslanges Lernen und durch kritische Evaluation und Anwendung wissenschaftlicher Informationen und ihrer Quellen. Sie fungieren als Lehrende für verschiedene Zielgruppen (z. B. Patientinnen/Patienten, Politikerinnen/Politiker, Gesundheitsberufe, akademische Einrichtungen, Lehrende und Studierende sowie Kolleginnen/Kollegen) und leisten einen Beitrag zur Entstehung, Verbreitung, Anwendung und Translation neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und zahn-/medizinischer Praktiken.

#### Die Zahnärztin/der Zahnarzt als Kommunikatoren

Zahnärztinnen/Zahnärzte sind auf partnerschaftlich-professioneller Ebene zu einer effektiven patientenzentrierten Kommunikation mit Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen, sowie den beteiligten Institutionen, zahn-/ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und anderen in diesem Zusammenhang wichtigen Personen befähigt und sind sich der zentralen Bedeutung kommunikativer Fähigkeiten und Fertigkeiten für die zahnmedizinische Tätigkeit im Hinblick auf eine optimale Gesundheitsversorgung bewusst. Sie besitzen spezifisches kommunikatives Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, um situations- und patientenangemessen zu handeln und berücksichtigen dabei soziokulturelle und sozioökonomische Einflussfaktoren ebenso wie alters- und geschlechterbezogene Unterschiede, die in zahn-/medizinischen Situationen typischerweise eine wichtige Rolle spielen.

#### Die Zahnärztin/der Zahnarzt als Gesundheitsberater und -fürsprecher

Zahnärztinnen/Zahnärzte in ihrer Rolle als Gesundheitsberater und -fürsprecher erfassen und fördern die Gesundheit und Mundgesundheit im Besonderen, sowie den darauf bezogenen gesunden Lebenswandel von individuellen Personen, von Patientengruppen und von Bevölkerungsgruppen. Sie tun dies selbständig und in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sowie Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens im Sinne von Patientinnen/Patienten und der Allgemeinheit. Sie sehen es als ihre Aufgabe, Missverhältnisse der Mundge-

sundheit und der ggf. damit zusammenhängenden gesundheitlichen Gesamtsituation von Patientinnen/Patienten, Patientengruppen und Bevölkerungsgruppen sowie deren Folgen zu erkennen und auf eine Reduktion von Missverhältnissen und deren Folgen hinzuwirken. ...“

Die Autoren des NKLZ haben deutlich gemacht, dass Zahnärzte als „professionell Handelnde“ hohen ethischen Maßstäben unterliegen. Explizit werden von künftigen Zahnärztinnen und Zahnärzten „die Übernahme bestimmter Einstellungen und Haltungen, z.B. Integrität, Uneigennützigkeit, Gemeinnützigkeit sowie Selbstsorge“ gefordert. Damit wird eine überparteiliche, auch über den eigenen wirtschaftlichen Interessen stehende Rolle des Zahnmediziners definiert, die sich allein am Wohl des Patienten zu orientieren hat.

Die Betonung dieses ärztlichen Selbstverständnisses ist besonders deshalb wichtig, weil Zahnmediziner heute immer häufiger in ihrer wirtschaftlichen Funktion als „Leistungserbringer“ und „Unternehmer“ angesprochen werden. Immer schon stand der ärztliche und zahnärztliche Berufsstand im Zielkonflikt zwischen wirtschaftlichem Handeln und ethischer Verpflichtung. In einer historisch durchaus kurzen Zeit von rund 150 Jahren hat die Bedeutung ethischen Handelns in Deutschland enorm zugenommen - nicht zuletzt deshalb, weil mit zahlreichen gesetzlichen Regelungen (angefangen mit einer einheitlichen Gebührenordnung) ökonomischer Handlungsdruck aus der ärztlichen Tätigkeit genommen wurde.

Wenn heute in der Gesundheitsversorgung Sparpotentiale erschlossen werden sollen, indem Ärzte und Zahnärzte verstärkt in ihrer wirtschaftlichen Rolle als Lieferant von „Gesundheitsdienstleistungen“ angesprochen werden, laufen wir Gefahr, das Rad der Geschichte zurückzudrehen und ökonomische Stimulierungen im Gesundheitswesen - mitsamt aller ungesunden Folgewirkungen - wieder neu zu entfachen. Die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung benötigt zuvorderst die Kompetenzen der wissenschaftlich ausgebildeten, gut kommunizierenden und ethisch handelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte.

*Alle Zitate dieses Beitrages sind entnommen aus:  
Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) 2015, PDF-Dokument, verfügbar unter [www.nklz.de](http://www.nklz.de), letzter Abruf am 06.11.2017*

Michael Schäfer

# Mundgesundheitskompetenz in Deutschland - die Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes



**Dr. Michael Schäfer, MPH**  
1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Die Erfolge in der modernen Kariesprävention über die letzten 30 Jahre sind beträchtlich, insbesondere in der bleibenden Dentition. Zu verdanken ist dies u.a. der Einführung der §§ 21 und 22 in das Sozialgesetzbuch V, was im Hinblick auf die Kariesprophylaxe als Meilenstein der sozialgesetzgebenden Regelungen gewertet werden kann.

Die gruppen- und individuenbezogene zahnmedizinische Prävention hat dabei im Laufe der letzten drei Dekaden einen über diesen Bereich hinausgehenden fachlichen Unterbau erhalten, der sich durch Begriffe wie Lebenswelten, Settingansatz und Multiplikatoren beschreiben lässt. Die in vielen Kommunen tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verantworten im Rahmen der gesetzlichen Landesregelungen die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gem. § 21 SGB V und nutzen in der Umsetzung ein fachliches Instrumentarium, welches neben zahnmedizinischen auch kindheitspädagogische, pädagogische, entwicklungspsychologische und gesundheitsfördernde Aspekte berücksichtigt. Neben diesen Grundlagen kommt der Kariesprävention dabei ein gesellschaftlicher Trend zur Gesunderhaltung und zu einem gesunden Lebensstil zugute.

Die Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe bedienen sich insbesondere des Settingansatzes, d.h. die Kinder werden aufsuchend in ihren jeweiligen Lebenswelten der Kindertagesstätten sowie der Schulen erreicht und die Botschaften der zahnmedizinischen Prävention werden unter Einbindung der Multiplikatoren (Erzieherinnen und Lehrerinnen) interaktiv vermittelt. Die Gruppenprophylaxe fördert damit auch die gesundheitliche Chancengleichheit, da mit entsprechenden Maßnahmen auch diejenigen Kinder erreicht werden, die im häuslichen Umfeld Mundgesundheitskompetenzen nicht in ausreichendem Maße vermittelt bekommen. Die aufsuchende und sozialkompensatorische Betreuung ist dabei das Kernelement in der Arbeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und vermittelt über alle Sozialschichten hinweg Kompetenzen im Sinne der (Zahn-)Gesunderhaltung.

Berücksichtigung finden dabei in den unterschiedlichen Programmen die zentralen Bedürfnisse der Kinder nach Bindung, Autonomie und Kompetenz.

Dabei macht sich die moderne Kariesprävention in der Gruppe die Erkenntnis zunutze, dass im Rahmen der Kompetenzerwerbungen die Kinder dann begeisterungsfähig und begeistert sind, wenn sie positive Selbstwirksamkeit erleben - wenn sie die Erfahrung mitnehmen, dass sie etwas Neues lernen und es schließlich können. Hier hilft das elementare Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft beim Lernen am Modell, vor allem wenn es darum geht, die Technik des Zähneputzens und damit ein tägliches Ritual einzuüben.

Kinder möchten sich mit Gleichaltrigen identifizieren, mit ihnen zusammen sein, um so an Selbstständigkeit und Entfaltung zu gewinnen. Kinder sollten im Rahmen der Gruppenprophylaxe konkret und anschaulich lernen, einen emotionalen Bezug zur Gesundheit herzustellen. Dabei hilft die Arbeit mit Bildern, Rollenspielen und Interaktion unter Bezug zum eigenen Körper. So entwickelt sich Autonomie, Selbstständigkeit und Kompetenz. Diesen eingeschlagenen Weg gilt es beizubehalten, zu verfestigen und weiter auszubauen.

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung entfalten dann ihre größte Wirksamkeit, wenn sie fachlich fundiert und auf mehreren Ebenen wie Schule (Gruppenprophylaxe) und Familie (Individualprophylaxe) sowie der Gemeinde/Kommune (strukturelle Voraussetzungen) ansetzen. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen ist die einzige, nahezu flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme in Deutschland. Sie erreicht dabei Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten. Also auch diejenigen, die aus vielerlei Gründen benachteiligt sind (sozioökonomisch und/oder psychosozial) und damit einhergehend eine geringeres Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Dienste aufweisen. Um diese Aufgaben umfassender zu bewältigen, arbeiten mittlerweile zahlreiche Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Netzwerken der Frühen Hilfen mit. Auf diese Weise finden Familien in schwierigen Lebenslagen bereits aus der Geburtssituation heraus Unterstützung. Denn obwohl die Erfolge der Kariesprävention bei den bleibenden Zähnen immens sind, gibt es doch weiterhin das Prob-

lem der frühkindlichen Karies, welches deutlich mehr Kinder aus hoch belasteten Familien trifft.

Hier haben Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Programme etabliert, die aufsuchend in den Familien und gruppenbezogen in den entsprechenden Kommunen ansetzen. So kann die Zahn- und Mundhygiene dauerhaft verfestigt, gleichsam als Norm etabliert und ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt werden. Kinder können das Pflegen ihrer Zähne durch Üben, Bestärken und Nachahmen lernen und dies alles innerhalb von sozialen Bindungen und Beziehungen in einer vertrauten Umgebung. Das stärkt bereits früh ihre Kompetenz zur Gesunderhaltung ihres Körpers. Zahnpflege ist zunächst kein unmittelbares menschliches Bedürfnis, sondern wird als solches in einer Kombination von sozialem, kognitivem und sensomotorischem Lernen sowie kulturell vermittelten Werten erworben. Hierzu tragen die niedrigschwelligen Maßnahmen der gruppenbezogenen Prävention erheblich bei.

Zwar ist bekannt, dass schulische Zahngesundheits-erziehung keinen messbaren Einfluss auf die Effektivität des Zähneputzens anhand des Indikators „Zahnbelag“ hat, die Ritualisierung, das Wissen um Zusammenhänge sowie die Entwicklung persönlicher Fertigkeiten bei der Zahnpflege bergen jedoch in ihrer Kombination ein hohes präventives Potential und sind ein unschätzbare Gut im Rahmen der Kompetenzentwicklung.

Der Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) vertritt auf Bundesebene die Belange der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den kommunalen Gesundheitsämtern. Dazu bedient er sich der Mitgliedschaft und Beteiligung in Institutionen und Organisationen, die sich für die Verbesserung der Zahngesundheit, insbesondere der Kinder und Jugendlichen, engagieren. Gezielt wird in diesen Organisationen um die vorgenannten Umsetzungs- und Handlungsmaximen geworben.

In diesem Zusammenhang führt der BZÖG interne Fortbildungen durch, richtet jährlich einen Fortbildungskongress aus und entsendet Referentinnen und Referenten bundesweit in Kongresse, Seminare, Workshops und Kurse, die sich beispielsweise den Themen Zahngesundheit, Prävention und (Mund-) Gesundheitsförderung widmen. In Veröffentlichungen und Stellungnahmen legt der Bundesverband seine Positionen dar, beteiligt sich am gesundheitspolitischen Diskurs, wenn es um gruppenbezogene Prävention in allen Altersgruppen geht und bringt seine Expertise in Leitlinienprozesse ein.

Mit den „Empfehlungen zur standardisierten Gesundheitsberichterstattung für die Zahnärztlichen

## Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen ist die einzige, nahezu flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme in Deutschland. Sie erreicht dabei Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten und fördert die gesundheitliche Chancengleichheit.

Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ hat der BZÖG ein Instrumentarium geschaffen, das bei qualitätsgesicherter Befundaufnahme mit etablierten Standards die vergleichende Auswertung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht. Solche Untersuchungen generieren wertvolles Wissen, beispielsweise bei der Überprüfung der Effekte einer Intervention.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst setzen sich somit im Rahmen der von den Kommunen gegebenen Möglichkeiten engagiert für die Förderung der Mundgesundheitskompetenz insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten ein. Gesund leben, zahngesund leben soll als selbstverständliche Handlungsmaxime in den Alltag aller gesellschaftlicher Gruppen integriert werden. Diese Arbeit erbringen im Rahmen der Zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe viele engagierte Akteure deutschlandweit.

In der letzten Dekade sind neue anspruchsvolle Aufgaben zur Arbeit der Zahnärztlichen Dienste hinzugekommen, die ein gut ausgebildetes Fachpersonal erfordern (Ausbau der U3-Betreuung, Inklusion, Integration trotz Sprachbarriere und kultureller Unterschiede). Dem steht entgegen, dass die zahnärztlichen Stellen in den Gesundheitsämtern besonders gerne als Sparpotential angesehen und nur noch mit reduzierter Stundenzahl besetzt werden. Anspruch und Wirklichkeit klaffen damit in vielen Kommunen immer weiter auseinander.

Dieser Entwicklung steht der BZÖG deshalb kritisch gegenüber, da für stundenreduzierte Stellen kaum qualifiziertes Personal zu finden ist und auch eine Weiterbildung zur Zahnärztin/zum Zahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen deutlich erschwert wird. Unser Verband arbeitet deshalb eng mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen zusammen, um diese Qualifizierung weiterhin sinnvoll anbieten zu können.

## Impressum

### Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien  
Papyrusweg 8, 22117 Hamburg  
Telefon: (040) 712 73 11  
Telefax: (040) 712 96 24

### Redaktion:

Benn Roolf  
Radenzer Str. 21, 12437 Berlin  
Telefon: (030) 536 99 894  
Telefax: (030) 536 99 895  
eMail: benn.roolf@i-g-z.de

### Verlag und Anzeigenverkauf:

DentalisVerlag Benn Roolf  
Radenzer Str. 21, 12437 Berlin  
Telefon: (030) 536 99 894  
Telefax: (030) 536 99 895  
www.dentalisverlag.de

Titelfoto:  
rcfotostock/fotolia.com

Auflage:  
2 500 Exemplare

Erscheinungsweise:  
4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

## Die Verbände der IGZ

### Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte  
Land Brandenburg e.V.  
Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam  
Tel. (0331) 297 71 04  
Fax (0331) 297 71 65  
www.vnzlb.de

### Hamburg:

Zahnärzteverband Z-2000  
Mühlendamm 92, 22087 Hamburg  
Tel. (040) 22 76 180  
Fax (040) 22 76 120  
www.z-2000.de

### Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.  
Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken  
Tel. (0681) 58 49 359  
Fax (0681) 58 49 363  
www.vdzis.de

### Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen  
Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte  
Tel. (02304) 671 37  
Fax (02304) 632 54  
www.w-z-w.de