

Das Image der Zahnmedizin

Teil 2: Der ideale Zahnarzt

Schlüsselwörter: Berufsbild, Imageverbesserung, Image, Zahnmedizin

CHRISTOPH A. RAMSEIER¹
CHRISTIAN A. WOLF

¹ Klinik für Parodontologie,
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

Korrespondenzadresse

Dr. med. dent. Christoph A. Ramseier,
MAS
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Bern
Tel. +41 31 632 25 89
E-Mail:
christoph.ramseier@zmk.unibe.ch



Bild oben: Der Zahnarzt und die Zahnärztin stehen im Berufsalltag unter dem Einfluss einer Vielzahl von Umgebungsfaktoren, welche in ihrer Gesamtheit das Image der Zahnmedizin beeinflussen können (aus WOLF & RAMSEIER 2011).

Zusammenfassung Der hier abschliessende zweite Teil unserer Publikation zum Thema «Das Image der Zahnmedizin» untersucht die Eigenschaften, die dem Idealbild eines Zahnarztes entsprechen und somit einen guten Zahnarzt ausmachen können: die gewissenhafte Praxisführung, das vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Verhältnis und der passende Umgang mit Emotionen der Patienten wie Angst oder Schmerzen. Die Qualität der Be-

handlung und die freundliche, ehrliche und einfühlsame Haltung des Zahnarztes können das Image der Zahnmedizin direkt beeinflussen. Der Zahnarzt muss daher ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Praxisumsatz, Personal und Patientenwohl aufrechterhalten, um sich sowohl seiner sozialen Verantwortung als auch seinen Aufgaben im Gesundheitswesen stellen zu können.

Einleitung

Der hier vorliegende zweite Teil der Publikation zum Thema «Das Image der Zahnmedizin» beschäftigt sich mit den Faktoren, welche einen Einfluss auf das Berufsbild des Zahnarztes haben, und was die Zahnärzte tun können, um ihr Image zu erhalten oder, wenn angezeigt, zu verbessern.

Im ersten Teil wurde die negative Konnotation einer allgemein schmerzhaften und unbeeinflussbaren Erfahrung, die der Zahnarztbesuch seit Generationen mit sich trägt, besprochen (WOLF & RAMSEIER 2011). Die Zahnärztin und der Zahnarzt stehen im Berufsalltag unter dem Einfluss einer Vielzahl von Umgebungsfaktoren (Abb. 1), welche in ihrer Gesamtheit das Image der Zahnmedizin beeinflussen können.

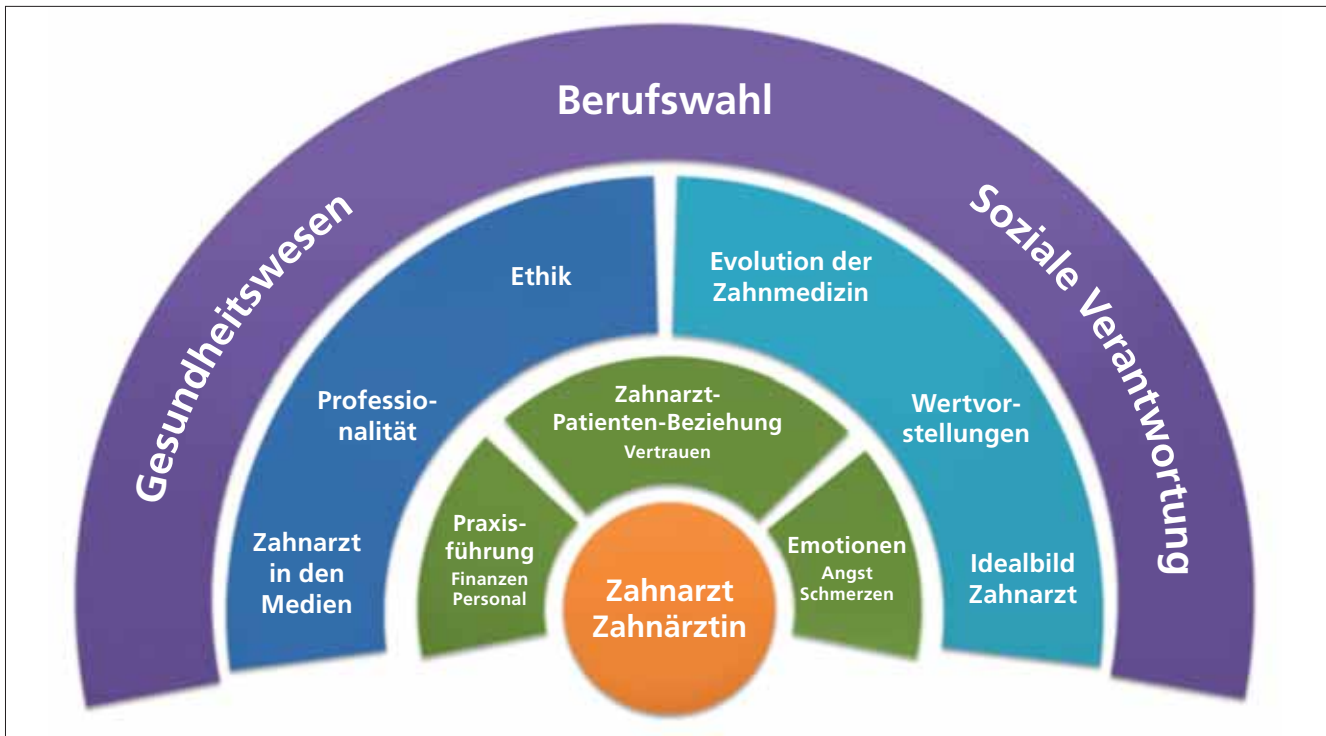


Abb. 1 Der Zahnarzt und die Zahnärztin stehen im Berufsalltag unter dem Einfluss einer Vielzahl von Umgebungsfaktoren, welche in ihrer Gesamtheit das Image der Zahnmedizin beeinflussen können (aus WOLF & RAMSEIER 2011).

Dieser zweite Artikel untersucht, welche Eigenschaften dem Idealbild Zahnarzt entsprechen und somit einen guten Zahnarzt ausmachen können: die gewissenhafte Praxisführung, das vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Verhältnis und der angebrachte Umgang mit Emotionen der Patienten wie Angst oder Schmerzen.

Wie bereits im ersten Teil dieser Publikation wird auch im folgenden Artikel die männliche Schreibweise für alle Personen und Berufsbezeichnungen verwendet. Wo nicht anders gekennzeichnet, gelten die Ausführungen immer für beide Geschlechter.

Idealbild Zahnarzt

Bereits Anfang der 1960er-Jahre haben Kriesberg und Treiman nach den wichtigsten Kriterien geforscht, die einen guten Zahnarzt ausmachen, nämlich: 1) die Qualität der Behandlung, 2) die Persönlichkeit des Zahnarztes, 3) die Fähigkeit, mit dem Patienten umzugehen, 4) die professionellen Fertigkeiten, 5) möglichst schmerzfreie Therapien und 6) das Honorar (COHEN 1978). Weitere Studien wollten in Erfahrung bringen, was die Patienten beim Zahnarzt am meisten schätzen. Insbesondere die zwischenmenschlichen Fähigkeiten und die Professionalität wurden erwähnt, bei welchen der Zahnarzt Respekt für die Gefühle seiner Patienten haben muss und freundlich, offen und ehrlich sein soll (GERBERT ET AL. 1994, YAMALIK 2005b). Patienten bevorzugen weiter Zahnärzte, die ihnen die Behandlung vollumfänglich erklären und die Kooperation fördern (RANKIN & HARRIS 1985). Laut diesen Studien beurteilen die Patienten die Zahnmedizin eher aufgrund ihrer eigenen persönlichen Erfahrung. Weniger wichtig scheint demgegenüber die Zahnarztarbeit zu sein sowie der Mangel an zahnärztlichem Fachpersonal oder die Geschicklichkeit des Zahnarztes (COHEN 1978). Schumann zeigte in diesem Sinne, dass 85% des Erfolges auf Menschenkenntnisse zurückzuführen ist und lediglich 15% auf

technischen Fertigkeiten basieren (SCHUMANN 2006). Empathie zeigen und sich um das Patientenwohl kümmern, führen somit zu einem wesentlichen Erfolg (CORAH ET AL. 1988, KORSCH ET AL. 1971).

Eine amerikanische Umfrage bei 483 Zahnärzten forschte nach den idealen Eigenschaften eines Zahnarztes und nach deren Wichtigkeit. Die wichtigsten Eigenschaften waren: 1) professionelle Kompetenzen, 2) Einsetzen von universellen Vorsichtsmassnahmen, 3) lebenslange Fortbildung, 4) möglichst schmerzlose Behandlung, 5) Patienten beruhigen können und 6) freundlich zu Patienten sein (Tab. I). In einem zweiten Schritt mussten die Zahnmediziner sich selber bewerten, was zu einem ähnlichen Ergebnis führte, ausser dass Zahnärzte sich selbst etwas weniger gut einstuften als das Idealbild des Zahnarzt es sehen würde (GERBERT ET AL. 1994).

Berufswahl

Wenn man sich mit dem Image der Zahnmedizin in der Literatur auseinandersetzt, kann man auch Angaben darüber fin-

Tab. I Ideale Zahnarzteigenschaften und deren Wichtigkeit, aus (GERBERT ET AL. 1994)

Professionelle Eigenschaft	Wichtig für den idealen Zahnarzt (%)
Professionelle Kompetenzen	86%
Einsetzen von universellen Vorsichtsmassnahmen	71%
Lebenslange Fortbildung	63%
Möglichst schmerzlose Behandlung	54%
Patienten beruhigen können	47%
Freundlich zu Patienten sein	47%

Tab. II Zahnmedizinstudenten über ihre Berufswahl (aus STEWART ET AL. 2004)

Aussagen	Einverstanden	Weder noch	Nicht einverstanden
Ich finde Zahnmedizin interessant	96,3%	2,5%	1,1%
Ich will Menschen helfen	93,6%	5%	1,1%
Ich will mit meinen Händen arbeiten	93,1%	5,5%	1,4%
Ich will im Gesundheitswesen arbeiten	78,7%	19%	2,3%
Ich will eine sichere Arbeitsstelle	76,1%	21,3%	2,1%
Selbstständiges arbeiten	67,9%	26,4%	5%
Zahnmedizin hat einen hohen Status	60,1%	33,7%	5%
Ich will einen gut bezahlten Beruf	53%	39%	8%
Ein Freund oder Verwandter hat es mir empfohlen	25,2%	39,7%	35,1%

den, wer diesen Beruf auswählt und weshalb. Die einzelnen Gründe, Zahnmedizin zu studieren, sind 1) dass es sich dabei um einen interessanten Beruf handelt, 2) man Menschen hilft, 3) mit seinen eigenen Händen arbeitet, 4) im Gesundheitswesen tätig ist, 5) eine sichere Arbeitsstelle hat, 6) selbstständig arbeitet, 7) wegen des hohen Status 8) wegen der guten Bezahlung und schliesslich 9) weil ein Freund oder Verwandter es einem empfohlen hat (STEWART ET AL. 2004) (Tab. II). Der Beruf der Verwandten spielt bei der Berufswahl eine nicht vernachlässigbare Rolle, da 45,2% der befragten Zahnmedizinstudenten angaben, einen Zahnarzt oder Arzt in ihrer Verwandtschaft zu haben, was für sie die Berufswahl beeinflusste. Auch das hohe Ansehen, das die Zahnmedizin in der Bevölkerung genießt, beeinflusst signifikant mehr Zahnmedizinstudenten (64,2% der Befragten) als Zahnmedizinstudentinnen (57,7%), diesen Beruf zu wählen (STEWART ET AL. 2004).

Soziale Verantwortung

Der Zahnarzt hat sowohl eine ethische als auch eine soziale Verantwortung, einem Patienten die Schmerzen in der Mundhöhle zu nehmen und präventive Massnahmen zum Erhalt der Mundgesundheit zu empfehlen. Alle weiteren Eingriffe liegen prinzipiell im Gutdünken des Zahnarztes (DHARAMSI ET AL. 2007). Vergleichsweise müssen andere Berufsleute alle Personen akzeptieren, beispielsweise der Priester alle Gemeindemitglieder oder der Lehrer alle Schüler, unabhängig davon, aus welchem sozialen Hintergrund diese stammen. Der Arzt behandelt Betrunkene, Arbeitslose oder auch arme Menschen. Der Zahnarzt hingegen kann sich letztendlich selbst entscheiden, wen er in seinen Patientenkreis aufnehmen will (DHARAMSI ET AL. 2007).

Der Staat hat der Zahnmedizin bestimmte Privilegien erteilt, da die Zahnärzte selber festlegen können, was eine gute und verantwortungsvolle Zahnmedizin ist (MAIO 2009). Dies geschieht, indem die Zahnmedizin die Verantwortung der Selbstregulierung und Selbstbestimmung der Qualitätssicherung übernimmt (O'TOOLE 2006). Letzteres beruht wiederum darauf, dass der Staat davon ausgeht, dass der Zahnmediziner sein Wissen und seine Fertigkeiten dazu einsetzt, das Patientenwohl zu fördern (DHARAMSI ET AL. 2007). Im Gegenzug für seine Privilegien hat der Zahnarzt auch die moralische Verpflichtung, die Bereitstellung und Förderung der Mundgesundheit für alle Menschen zu gewährleisten, unabhängig davon, ob sie die Behandlungen bezahlen können oder nicht. Wie dies konkret in der Praxis aussehen soll, ist jedoch unklar. Ebenso ist man sich im Allgemeinen nicht darüber einig, ob diese Verpflichtung überhaupt existiert (O'TOOLE 2006).

Praxisführung

Neben der zahnärztlichen Arbeit am Patienten ist die Aufgabe der Praxisführung eine grosse Herausforderung für jeden Zahnarzt. Einerseits soll er genaue und universell zugängliche Behandlungen anbieten, andererseits wird er durch die finanziellen Ressourcen seiner Praxis eingeschränkt. Er ist sowohl ein Gesundheitsanbieter als auch eine Geschäftsperson und kann daher grossen Spannungen ausgesetzt sein (DHARAMSI ET AL. 2007). Laut Christensen sei die Zahnmedizin in unserer Gesellschaft zu sehr zu einem Geschäft geworden, und das zum Teil auf Kosten der Berufsethik (CHRISTENSEN 2002). Dharamsi schreibt sogar, dass die Zahnmedizin ein Geschäft sei, in welchem reiche Patienten bevorzugt werden. In den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO wurde 1999 festgehalten, dass man in der Zahnmedizin von einem Markt sprechen kann und dass dies einerseits störend sei, aber andererseits auch der Wirklichkeit entspricht. Immer mehr Patienten äussern sich zu Wunschbehandlungen. Das Konsumentendenken hätte längst Einzug in die Zahnmedizin [Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin 2005]). Ein gewisser Sinn für ethische Entscheide zur Behandlung sei zwar vorhanden, aber die Zahnmedizin werde trotzdem durch Marktregeln beherrscht. Die Behandlung werde durch das diktiert, was profitabel sei (DHARAMSI ET AL. 2007).

Dharamsi schlägt öffentlichen Gesundheitsgemeinschaften oft vor, dass Zahnärzte aus einer sozialen Verantwortung heraus bei armen Menschen kostenlose Behandlungen durchzuführen hätten. Ein Studienteilnehmer empfand es jedoch als unfair, wenn Zahnmediziner aufgefordert werden, ihre Dienstleistungen zu verschenken, wenn kein anderer Beruf kollektiv dazu aufgerufen wird. Er wäre auch bereit, mittellose Menschen zu behandeln, aber nur gegen eine Gegenleistung, z. B. eine Autoreparatur, denn zahlungsschwache Patienten sollten immer eine gewisse Verantwortung übernehmen müssen (DHARAMSI ET AL. 2007).

Schlussendlich muss der Zahnarzt wirtschaftlich denken und Profit machen, um überleben zu können. Aus diesem Grund muss der Zahnmediziner auch Zeit in den geschäftlichen Teil seiner Praxis investieren (SCHUMANN 2006). Ein Zahnarzt, der Konkurs macht, ist prinzipiell keine Hilfe für das Gesundheitswesen in der Gesellschaft.

Finanzieller Aspekt

Der finanzielle Aspekt spielt für das Image der Zahnmedizin eine tragende Rolle. Bereits im Jahr 1972 ergab eine in Deutschland durchgeführte Meinungsumfrage, dass rund ein Drittel

(36%) der Befragten, die Zahnarztrechnung als zu hoch empfinden. 54% fanden sie als angemessen und 2% als zu niedrig (Reputation of the dentist in public opinion. Representative surgery on the public image of the dentist 1972). Laut der Publikumsbefragung der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO im Jahre 1980 nannten 62% der Befragten einen hohen Verdienst des Zahnarztes als eine seiner Eigenschaften. Auch wenn heute nur rund 44% dieser Ansicht sind, bleibt es nach seiner Intelligenz die zweithäufigste Eigenschaft, die mit dem Zahnarzt in Verbindung gebracht wird (BARRAS ET AL. 2010).

Der Zahnarztberuf wird auch als einer der Berufe angesehen, die aufgrund ihres hohen Einkommens gewählt werden (DHARAMSI ET AL. 2007). Auch haben Berichte, die ein höheres Einkommen des Zahnarztes im Vergleich zum Arzt ausweisen, ihren Weg in die Medien, beispielsweise in das Wall Street Journal oder in die NY Times, gefunden (WALDMAN & PERLMAN 2008). Ein zentraler Punkt ist es daher, den Patienten über die Behandlungskosten zu informieren und sich dabei abzusichern, dass für die Wahl der therapeutischen Massnahmen die eigenen kommerziellen Interessen in den Hintergrund gestellt werden (YAMALIK 2005b). Zudem sollte bei der Diskussion von Behandlungsvarianten klar der Unterschied zwischen notwendigen und elektiven Eingriffen gemacht werden, damit der Patient die Entscheidungsfreiheit beibehalten kann (CHRISTENSEN 2001, CHRISTENSEN 2002).

Es kann nun immer wieder vorkommen, dass ein Patient den Preis für die Behandlung als zu hoch empfindet. In der Folge sollte nach Wright nicht in erster Linie der Preis vermindert, sondern umgekehrt der Wert der Behandlung in den Augen des Patienten erhöht werden. Erreicht wird dies, indem die zahnmedizinischen Probleme anhand von Dentalbefunden, Parodontalstaten, Röntgenbildern, Modellen, klinischen Fotos usw. erklärt werden. Auch sollte man dem Patienten die Vorteile näher bringen, die er durch diese anstehende Therapie erwarten kann. Andererseits kann man dem Patienten auch schildern, welche Therapie für sein Budget möglich ist. Letztendlich, so Wright, könnte dem Patienten weiter erklärt werden, wie er durch präventive Massnahmen in Zukunft auch Geld sparen kann (WRIGHT 2000).

Zahnarzt-Patienten-Beziehung

Die Zahnarzt-Patienten-Beziehung setzt sich aus zwei Hauptkomponenten zusammen, nämlich dem Heilungs- und dem Fürsorgesystem (MATAKI 2000). Beim Heilungssystem geht es darum, dass der Patient das Verlangen hat, informiert zu werden und zu verstehen, welche Behandlung geplant ist. Der Zahnarzt seinerseits stellt die Diagnose, behandelt den Patienten und überzeugt ihn von der Wirksamkeit des Eingriffs. Beim Fürsorgesystem will der Patient das Gefühl haben, dass er vom Zahnarzt verstanden wird und dass er ihn genügend kennt. Dabei ist es wichtig, wie der Behandler mit dem Patienten umgeht. Er muss ihm das Gefühl geben, dass er für ihn Zeit hat, sich für ihn interessiert und ihm sein Wohl wichtig ist. Dabei kommt sowohl die verbale als auch nonverbale Kommunikation zum Tragen. Dadurch spürt der Patient, ob der Zahnarzt ihm gegenüber besorgt oder distanziert ist, sich freundlich oder abgeneigt verhält und ob er das Gefühl hat, ihm gleichgestellt oder überlegen zu sein (MATAKI 2000).

Da der Patient die technischen Aspekte der Behandlung nicht gut abschätzen kann, spielt die gefühlsmässige Wahrnehmung eine sehr massgebende Rolle. Er reagiert emotional auf den medizinischen Eingriff, weil er ein beschränktes Fachwissen besitzt. Da er zudem in einem Abhängigkeitsverhältnis zu

seinem Zahnarzt steht, ist er auf dessen Fachwissen, technischen Fähigkeiten wie auch medizinische Beurteilung angewiesen. Seine emotionale Antwort darauf äussert sich in Ungewissheit und Angst vor der Therapie (MATAKI 2000).

Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die Zufriedenheit des Patienten stark mit der Perzeption der Qualität der Zahnarzt-Patienten-Beziehung korreliert (MATAKI 2000, SPEEDLING & ROSE 1985).

Die Art und Weise, wie der Patient den Zahnarzt wahrnimmt, beeinflusst letztendlich auch das Einverständnis zur Behandlung (CORAH ET AL. 1985, CORAH ET AL. 1988, GALE ET AL. 1984). Auch wenn der Zahnmediziner in der Regel auf keinen weiteren Spezialisten angewiesen ist, sollte der Patient nicht vergessen werden. Er bevorzugt es, aktiv an der Behandlung teilzunehmen, Informationen zu sammeln, seine Bedenken mitzuteilen und sich zu Behandlungspräferenzen zu äussern (MATAKI 2000).

Nebst diesen positiven Eigenschaften, die das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis stärken können, erfordert diese Beziehung auch, mit Patientenbeschwerden umgehen zu können und allfällige Fehler nicht zu verstecken, sondern sie dem Patienten mitzuteilen (YAMALIK 2005b). Auch das Wohlbefinden des Zahnarztes sollte nicht ausser Acht gelassen werden. Das Gefühl, als Zahnarzt respektiert zu werden, einen Prestigejob zu haben, sind signifikante Bedingungen für das emotionale Wohlbefinden in diesem Beruf (GERBERT ET AL. 1994, SHUGARS ET AL. 1991). Falls der Zahnarzt seine Praxis effizient führt und dabei eine hohe Dienstleistungsqualität anbietet, ist ihm auch ein adäquates Einkommen gewährleistet, welches ihm ein angenehmes Leben erlaubt (CHRISTENSEN 2001).

Vertrauen

Vertrauen ist gekennzeichnet durch Erwartungen, Hoffnungen, Erfahrungen, gemeinsame Werte und gute Kommunikationsfähigkeit. Das Vertrauen hängt daher von unseren Emotionen, wie auch von unserer Wahrnehmung ab (ROGERS 2002, YAMALIK 2005b). Im medizinischen Umfeld ist das Vertrauen ein Zeichen von Respekt vor der Patientenautonomie (YAMALIK 2005b).

Das Vertrauen zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten ist sozusagen das A und O einer guten Zahnarzt-Patient-Beziehung. Diese steigert die Qualität der Behandlung, die Compliance sowie die Zufriedenheit des Patienten, erlaubt eine effizientere Patientenmotivierung und führt weniger zu Konflikten. Auch für den Zahnarzt ist ein gutes Vertrauensverhältnis vorteilhaft, denn dadurch erhält er einen guten Ruf, die Patienten bleiben ihm treu, und er erreicht eine höhere Selbstzufriedenheit in seiner Berufsausübung (YAMALIK 2005a, YAMALIK 2005b). Patienten vertrauen ihrem Zahnarzt, weil sie der Meinung sind, dass ihn seine Ausbildung kompetent macht und er sich für ihr Wohlergehen, ihre Mundgesundheit wie auch für ihre Rechte und Würde einsetzt (YAMALIK 2005b). Interessanterweise spielt dabei der Ausbildungsgrad der Patienten eine wichtige Rolle. Nach Ben-Sira empfinden Menschen mit einer niedrigeren Ausbildung den Zahnarzt als informativer und vertrauenswürdiger im Umgang mit Schmerzen als solche mit einer höheren Schulbildung (BEN-SIRA 1980).

Die Zunahme eines Misstrauens gegenüber dem Zahnarzt ist in der Bevölkerung jedoch ebenfalls festzustellen. Im Zahnarzt wird mehr der Serviceanbieter gesehen als im Arzt, welcher eine gesundheitsfördernde Dienstleistung erbringt. Durch Zahnärzterwerbungen für die eigenen Dienstleistungen kann ein solches Phänomen zusätzlich verstärkt werden (JOHNSTON 2009). In unserer heutigen Gesellschaft finden Menschen immer mehr Informationen im Internet. Es ist daher auch zu erwarten, dass

sie dieses auch für zahnärztliche Angelegenheiten zur Informationsbeschaffung verwenden. Als Gegenmassnahme empfiehlt Johnston, dem Patienten offen zu erklären, welche Behandlungen nötig sind. Er soll zudem ermuntert werden, sowohl gute wie fragliche Informationen, die er beispielsweise im Internet gefunden hat, mit dem Zahnarzt zu besprechen, damit diese entweder bestätigt oder gegebenenfalls korrigiert werden können (JOHNSTON 2009).

Emotionen

Die Mundhöhle des Menschen gehört zu den intimen Bereichen des Körpers, da sie in der Regel nicht mit Fingern berührt und meistens nur bei intimen Handlungen, beispielsweise beim Küssen mit anderen Menschen in Körperkontakt treten. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Arbeit des Zahnarztes innerhalb der Mundhöhle als Eingriff in die Intimsphäre erlebt werden kann und der Patient sich deshalb emotional unter Druck gesetzt fühlt. Weiter kommt es vor, dass Patienten Scham- und Schuldgefühle für ihre unzureichende Mundgesundheit empfinden (OHRN ET AL. 2008). Die Emotionen, die beispielsweise mit dem Zahnarztbesuch assoziiert werden, können schon in der Kindheit entstehen. Wichtig hierbei zu wissen ist, dass ein ängstliches Kind nicht zwischen den von der Krankheit ausgelösten Schmerzen und den vom Zahnarzt ausgelösten unterscheiden kann. Ein Teil davon kann real sein, und ein anderer Teil ist psychischer Natur.

Angst

Ängste können vor jeder ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung entstehen (HOAD-REDDICK 2004). Die Angst vor der Zahnbehandlung widerspiegelt sich im Verhalten des Patienten gegenüber dem Zahnarzt und beeinflusst in gewissem Ausmass auch dessen Behandlungserfolg (CORAH ET AL. 1985, GALE ET AL. 1984). Schon 1972 ergab eine Meinungsumfrage in Deutschland, dass lediglich 34% der Patienten beim Zahnarztbesuch angstfrei waren. 44% hatten wenig und 22% hatten ziemlich grosse Angst. Zudem gingen sogar 20% aus Angst nicht mehr zu ihrem eigenen Zahnarzt, obwohl sie dort noch einen Termin hatten (Reputation of the dentist in public opinion. Representative surgery on the public image of the dentist 1972). In einer aktuelleren Umfrage aus dem Jahr 2007 gaben 12% der Bevölkerung an, dass sie seit fünf oder mehr Jahren nicht mehr beim Zahnarzt waren. 1,3% der Befragten gestanden sogar, noch nie beim Zahnarzt gewesen zu sein. Diese Zahlen wurden von den Autoren durch eine vorhandene und ausgeprägte Zahnbehandlungsangst erklärt (THIBODEAU & MENTASTI 2007). Die Angst muss nicht zwingend aus früheren traumatischen Zahnarztbesuchen entstanden sein, sondern kann auch aus einer negativen Erwartungshaltung entstehen. Diese kann durch Freunde, Bekannte und Massenmedien geprägt und verstärkt werden (THIBODEAU & MENTASTI 2007).

Ein Zahnarzt sollte in der Lage sein, psychologische Leiden wie die Zahnbehandlungsangst oder die Zahnarztphobie zu erkennen, um den Patienten auch beruhigen oder zur Angsttherapie überweisen zu können (HOAD-REDDICK 2004). Eine Angstreduktion kann ermöglicht werden, indem der Zahnarzt seinem Patienten Kontrolle übergibt und ihn ermuntert, Fragen zu stellen, ihm Beachtung schenkt sowie ruhig und freundlich ist (CORAH ET AL. 1985, GALE ET AL. 1984). Je stärker die Angst des Patienten im Allgemeinen, desto wichtiger ist das beruhigende Verhalten des Zahnarztes. Der Patient muss die angemessene Information zur Therapie erhalten und davon überzeugt sein, dass der Zahnarzt alles dafür tut, sein Wohlbefinden

zu fördern (MATAKI 2000). Diese psychologischen und emotionalen Probleme können auch physische Auswirkungen zeigen, denn solche Patienten erleiden vermehrt unter einem erhöhten Bruxismus oder sogar Kiefergelenksbeschwerden (HOAD-REDDICK 2004).

Schmerzen

Wie in unserem ersten Artikel bereits erwähnt, werden in Unterhaltungsfilmern vor Schmerz schreiende Patienten in der Zahnarztpraxis gezeigt (WOLF & RAMSEIER 2011). Die Handlung wird dort in erster Linie mit Behandlungsschmerzen in Verbindung gebracht. Frühere Generationen in unserer Gesellschaft haben möglicherweise schmerzhaftere Erinnerungen an den Zahnarztbesuch. Wie eine Meinungsumfrage aus Deutschland bereits vor rund 40 Jahren zeigte, konnten 31% der Patienten sich daran erinnern, während einer zahnärztlichen Behandlung besonders grosse Schmerzen gehabt zu haben. Bei 10% war dies sogar beim letzten Zahnarztbesuch der Fall gewesen (Reputation of the dentist in public opinion. Representative surgery on the public image of the dentist 1972). Vor 20 Jahren schrieb Pride über das Paradoxon, dass schon damals nahezu schmerzfreie zahnärztliche Eingriffe möglich seien und dass Patienten trotzdem noch Angst vor Behandlungsschmerzen hatten (PRIDE 1991). Schmerzen haben nicht nur «mechanische» Ursachen, sondern können auch somatische Reaktionen auf ein psychisches Leiden sein (HOAD-REDDICK 2004). Drei emotionale Mechanismen können allgemein Schmerzen verursachen, nämlich emotionale Spannungen, Angst und Hysterie (MOULTON 1955). Die Kompetenz zur Schmerzbehandlung in der Mundhöhle wird von den Zahnärzten als sakrosankt angesehen. Dies können sie nicht nur durch therapeutische Eingriffe erreichen, sondern ebenso indem sie auf Patienten eingehen und sie beruhigen (DHARAMSI ET AL. 2007).

Schlussfolgerungen

Zahnärzten ist es immer möglich, die berufliche Qualität sicherzustellen oder allenfalls zu verbessern. Jeder Zahnarzt kann dazu beitragen, indem er regelmässig Fortbildungen besucht, seine Patienten individuell optimal behandelt und die Zahnarzt-Patienten-Beziehung pflegt. Der Zahnarzt sollte ausserdem ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Praxisumsatz, Personal und Patientenwohl aufrechterhalten, um sich sowohl seiner sozialen Verantwortung als auch seinen Aufgaben im Gesundheitswesen stellen zu können. Diese zentralen Bemühungen können eine Imageverbesserung der Zahnmedizin bewirken. Wenn wir das reale Berufsbild verbessern könnten, dann würde der Zahnarzt künftig in den Unterhaltungsmedien idealerweise nicht mehr als Bösewicht dargestellt werden, da die Konsumenten dies nicht mehr nachvollziehen könnten.

Abstract

Our second part of the publication entitled "The image of Dentistry" discusses the properties that correspond to the ideal image of dentistry or even the ideal dentist such as the management of the dental practice, the dentist-patient relationship and the appropriate handling of the patient's emotions such as anxiety or pain. The quality of treatment and the friendly, honest and compassionate attitude of the dentist can immediately affect the image of dentistry. Therefore, the dental professional must try to keep the balance between practice profit, staffing and patient well-being in order to fulfill both social and public health responsibilities.

Verdankungen

Wir möchten Brigitt Leuenberger aus der Bibliothek der Zahnmedizinischen Kliniken ZMK der Universität Bern für die wert-

volle Unterstützung bei der Literatursuche herzlich danken. Ausserdem danken wir Richard Wolf für die aufmerksame Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

- BARRAS E, TACKENBERG M, GUBLER M:** SSO-Publikumsumfrage 2010 – Teil 2. Schweiz Monatsschr Zahnmed 120: 1037–1039 (2010)
- BEN-SIRA Z:** Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. J Health Soc Behav 21: 170–180 (1980)
- CHRISTENSEN G J:** The credibility of dentists. J Am Dent Assoc 132: 1163–1165 (2001)
- CHRISTENSEN G J:** The perception of professionalism in dentistry: further reflections on a lively topic. J Am Dent Assoc 133: 499–501 (2002)
- COHEN R:** The quality of life of the dentist as perceived by society. Int Dent J 28: 332–337 (1978)
- CORAH N L, O'SHEA R M, BISSELL G D:** The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. J Am Dent Assoc 111: 443–446 (1985)
- CORAH N L, O'SHEA R M, BISSELL G D, THINES T J, MENDOLA P:** The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. J Am Dent Assoc 116: 73–76 (1988)
- DHARAMSI S, PRATT D D, MACENTEE M I:** How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. J Dent Educ 71: 1583–1592 (2007)
- GALE E N, CARLSSON S G, ERIKSSON A, JONTELL M:** Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. J Am Dent Assoc 109: 444–446 (1984)
- GERBERT B, BLEECKER T, SAUB E:** Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. J Am Dent Assoc 125: 264–272 (1994)
- HOAD-REDDICK G:** How relevant is counselling in relation to dentistry? Br Dent J 197: 9–14; quiz 50–11 (2004)
- JOHNSTON J W:** Changes in our professional image. J Mich Dent Assoc 91: 16 (2009)
- KORSCH B M, FREEMON B, NEGRETE V F:** Practical implications of doctor-patient interaction analysis for pediatric practice. Am J Dis Child 121: 110–114 (1971)
- MAIO G:** The dentist between medicine and cosmetology. Ethical shortcomings of the esthetics boom in dentistry. Schweiz Monatsschr Zahnmed 119: 47–56 (2009)
- MATAKI S:** Patient-dentist relationship. J Med Dent Sci 47: 209–214 (2000)
- MOULTON R:** Oral and dental manifestations of anxiety. Psychiatry 18: 261–273 (1955)
- O'TOOLE B:** Promoting access to oral health care: More than professional ethics is needed. J Dent Educ 70: 1217–1220 (2006)
- OHRN K, HAKEBERG M, ABRAHAMSSON K H:** Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. Int J Dent Hyg 6: 205–213 (2008)
- PRIDE J:** Dealing with dentistry's image dilemma. J Am Dent Assoc 122: 91–92 (1991)
- Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin. Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 1–152 (2005)
- RANKIN J A, HARRIS M B:** Patients' preferences for dentists' behaviors. J Am Dent Assoc 110: 323–327 (1985)
- Reputation of the dentist in public opinion. Representative survey on the public image of the dentist. Osterr Zahnarztztg 23: 26 (1972)
- ROGERS W A:** Is there a moral duty for doctors to trust patients? J Med Ethics 28: 77–80 (2002)
- SCHUMANN T C:** Top 10 lies dentists tell themselves. J Mich Dent Assoc 88: 20 (2006)
- SHUGARS D A, HAYS R D, DiMATTEO M R, CRETIN S:** Development of an instrument to measure job satisfaction among dentists. Med Care 29: 728–744 (1991)
- SPEEDLING E J, ROSE D N:** Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation. Soc Sci Med 21: 115–120 (1985)
- STEWART F M, DRUMMOND J R, CARSON L, HOAD-REDDICK G:** The future of the profession – a survey of dental school applicants. Br Dent J 197: 569–573; quiz 577 (2004)
- THIBODEAU E, MENTASTI L:** Who stole Nemo? J Am Dent Assoc 138: 656–660 (2007)
- WALDMAN H B, PERLMAN S P:** Changing image of dental practice. Alpha Omegan 101: 29–34 (2008)
- WRIGHT R:** Improving dentist-patient relations. Quintessence Int 31: 594–595 (2000)
- YAMALIK N:** Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. Int Dent J 55: 110–112 (2005a)
- YAMALIK N:** Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust. Int Dent J 55: 168–170 (2005b)