

INFORMATIONSDIENST DES INSTITUTS DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE

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

26. Februar 2010

Die zahnärztliche Berufsausübung unterliegt einem ständigen Wandel durch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, den medizinischen Fortschritt und staatliche Eingriffe in das Versorgungssystem. Fragen und Problemstellungen, die aus einer zunehmenden Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Patientenemanzipation erwachsen, beherrschen dementsprechend auch die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. Vor diesem Hintergrund erschien es naheliegend, unter einer berufssoziologischen Perspektive die Wahrnehmungen und Bewertungen des zahnärztlichen Berufsstandes einmal selbst zum Gegenstand einer empirischen Studie zu machen. Die vorliegende Arbeit mit dem Titel

Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie

basiert auf einer repräsentativen Fragebogenstudie berufstätiger Zahnärzte in Deutschland und stellt das Datenmaterial nach den Themenkomplexen „Demographie“, „Epidemiologie“, „medizinische Kultur“ und „eigene Arbeitsbedingungen“ dar. Die Ergebnisse der Studie lassen klar erkennen, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte die freiberufliche Tätigkeit auch weiterhin bevorzugen, um die ständig steigenden beruflichen Anforderungen zu bewältigen. Geschlechterdifferenzen schlagen nur in Einzelpunkten durch, ohne das professionelle Berufsmodell im Kern zu berühren: Die berufstätigen Zahnärzte erscheinen als eine äußerst homogene Berufsgruppe, die sich stark einer freiberuflichen Berufsausübung verschrieben hat. Aus berufssoziologischer Sicht wird dies erklärt durch die besonderen Strukturmerkmale zahnärztlicher Berufsausübung: organisiert als ein ambulantes Behandlungssystem, in selbstständiger Form und als personalisierte Dienstleistung am Patienten. Entsprechend ist das Urteil zur beruflichen Zufriedenheit mehrheitlich positiv ausgerichtet und mit flexiblen Strategien zur Anforderungsbewältigung verkoppelt; Fortbildung, eigene Arbeitsschwerpunkte und Kooperationsmodelle nehmen hier einen zentralen Stellenwert ein.

Die Autoren dieser IDZ-Studie sind: Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis/IDZ, Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/ZZQ und Prof. Dr. med. dent. Elmar Reich/Biberach.

Weitere Exemplare dieser IDZ-Information können kostenlos beim IDZ angefordert werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den vorliegenden Text als PDF-Datei von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterzuladen.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis/Inge Bayer

Abstract

The practice of dentistry is subject to continuous change by societal developments, progress in medicine and governmental interventions into the system of dental care. Accordingly questions and problems arising from an increasing economisation, scientification and patients' emancipation are dominating current discussions in health politics. Seen from a perspective of sociology of professions it thus seemed evident to have the perceptions and the assessments of the dental profession themselves as subject matter of an empirical study. The present study entitled

Role perceptions of female and male dentists in Germany with regard to their own practice of dentistry – Results of a nationwide survey -

is based on a questionnaire sent to a representative sample of practising dentists in Germany. The data material is presented according to the subjects "demography", "epidemiology", "medical culture" and "personal working conditions".

The results of the study show clearly that female and male dentists prefer working in "Free Practice" to cope with the permanently increasing requirements of the dental profession. Gender differences become apparent only with regard to specific matters and they do not influence the professional role fundamentally: Practising dentists are an extremely homogeneous professional group committing themselves strongly to exercising their occupation in free practice. From a professional sociological point of view this can be explained by the specific structural characteristics of the exercise of dentistry: organized as an ambulant treatment system, in free practice and being provided as a personalized service for the patient. Accordingly the great majority of dentists are satisfied with their own working situation and they have flexible strategies to cope with the requirements: Continuing education, concentration on specific areas of work and new forms of cooperation play an important role in this context.

The authors of this study are: Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis/Institute of German Dentists (IDZ), Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss/Agency for Quality in Dentistry (ZZQ) and Prof. Dr. med. dent. Elmar Reich/Biberach.

Additional copies of this IDZ-Information can be ordered free of charge from the Institute of German Dentists/Cologne. A pdf-file can be downloaded from the IDZ Internet-homepage (www.idz-koeln.de).

Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie¹

Wolfgang Micheelis, Barbara Bergmann-Krauss und Elmar Reich

Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund.....	3
2	Studiendesign, Fragebogen	6
3	Stichprobenmodell	8
4	Ergebnisse	11
4.1	Demographische Veränderungen in Deutschland.....	11
4.2	Anforderungen aufgrund epidemiologischer Veränderungen.....	13
4.3	Wandel der medizinischen Kultur.....	16
4.4	Anforderungen und Bewertungen aus veränderten Arbeitsbedingungen.....	19
5	Diskussion der Ergebnisse.....	24
6	Literaturverzeichnis	29
	Anhang: Erhebungsinstrument.....	33

1 Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund

Die zahnärztliche Berufsausübung unterliegt, ebenso wie die ärztliche Berufsausübung einem ständigen Wandel durch gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und konkrete staatliche Eingriffe in das jeweilige Gesundheitssystem eines Landes. Wenn nun hier auch nicht der Ort sein kann, die Professionsgeschichte der Ärzte- und Zahnärzteschaft in ihrer jeweils eigenen Entwicklungscharakteristik nachzeichnen zu wollen, so ist doch für die folgenden Ausführungen und Dateninterpretationen im Auge zu behalten, dass sich die „medizinische Profession“ als eigenständiges Berufsmodell ganz wesentlich auf ihre „Expertenautorität“ (vgl. Freidson, 1979) stützt, die wiederum ihre Vorrangstellung und ihr hohes Ansehen in den modernen Gesellschaften maßgeblich begründet. Eine systematische akademische Ausbildung und eine Orientierung an zentralen Werten der Gesellschaft (hier: Gesundheitswerte) schaffen dabei den spezifischen Berufsrahmen, der den Ärzten/Zahnärzten die Möglichkeit einer personalisierten Dienstleistung im jeweils konkreten Patientenbezug erlaubt.

¹ Wir danken herzlich dem ehemaligen Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Herrn Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, für vielfältige Anregungen bei der Konzeption dieses Forschungsvorhabens.

Während diese gerade genannten Strukturelemente der ärztlichen/zahnärztlichen Berufsausübung eine große Stetigkeit in der jüngeren Professionsgeschichte aufweisen, ist demgegenüber das Merkmal der wirtschaftlichen Selbstständigkeit erkennbar zurückgetreten (vgl. Rüschemeyer, 1969), da große Teile der Ärzteschaft (nicht: Zahnärzteschaft) mittlerweile im Angestelltenstatus im Rahmen der stationären Krankheitsversorgung arbeiten. Und insbesondere durch die aktuellen Möglichkeiten der ärztlichen/zahnärztlichen Berufsausübung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2007 ist in Deutschland eine Dynamik in den Berufsausübungsformen in Gang gekommen, die den Vertragsärzten beispielsweise die Option eröffnet, in einem erweiterten Umfang selbst Ärzte anzustellen, Zweigpraxen zu eröffnen oder gemeinsam überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zu gründen. Inwieweit durch diese neuen gesetzlichen Initiativen ein größerer Strukturwandel in der ärztlichen/zahnärztlichen Versorgungslandschaft in Deutschland ausgelöst wird, lässt sich zur Zeit noch nicht klar abschätzen; das entsprechende Gesetz ist erst seit rund zwei Jahren in Kraft.

Zweifellos erhalten diese neuen Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung zusätzliche Attraktivität und Dynamik durch einen berufsimmanenten Trend, der mit dem Begriff der sogenannte Feminisierung der Ärzteschaft belegt wird. Gemeint ist mit dem Feminisierungsbegriff das Phänomen, dass der Anteil weiblicher Ärzte (vgl. Kopetsch, 2004) bzw. weiblicher Zahnärzte (vgl. Brecht, Meyer und Micheelis, 2009) an der Gesamtzahl der nachwachsenden Ärzteschaft/Zahnärzteschaft kontinuierlich ansteigt, sodass weibliche Strategien der beruflichen Karriereplanung mit einer entsprechend verknüpften Work-Life-Balance (z. B. Babypause, Erziehungszeiten usw.) ein immer größeres Gewicht erhalten werden. Damit dürften aber auch flexiblere Formen der Berufsausübung (z. B. Teilzeit), wie sie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz nun strukturell überhaupt erst freisetzt, gerade bei Ärztinnen/Zahnärztinnen auf ein gesteigertes Interesse stoßen. Jedenfalls wird es eine wichtige professionssoziologische Aufgabe sein, diesen staatlich induzierten und berufsrechtlich ermöglichten Strukturwandel der medizinischen Berufsausübung forschend zu begleiten, da die ärztlichen Rollenmodelle hierdurch zusätzlich in Fluss gekommen sind, was beispielsweise auch Auswirkungen auf die Versorgungskapazität haben könnte.

Einen sehr viel größeren Einfluss auf den Wandel der Arztrolle – und der Patientenrolle – in den modernen Industriegesellschaften dürften allerdings Entwicklungen ausüben, die sich mit den Problemen der sogenannten Ökonomisierung, der sogenannten Verwissenschaftlichung und der sogenannten Patientenemanzipation im Gesundheitswesen verknüpfen (vgl. hierzu auch: Borgetto und Kälble, 2007). Während die „Ökonomisierung“ im Gesundheitssystem dazu führt, dass durch gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebote, Budgetierungen und Kosten-Nutzen-Nachweise die Entscheidungsspielräume für den Arzt/Zahnarzt zunehmend durch finanzielle Erwägungen überlagert werden, die mitunter auch drastische Auswirkungen auf Therapievorschläge nach sich ziehen, zielt die „Verwissenschaftlichung“ insbesondere auf das Problem ab, dass sich das praktisch-ärztliche Handeln zunehmend an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und entsprechender Leitlinien orientieren möge,

was faktisch zu einer gewissen Entwertung der ärztlichen Erfahrungswerte führt, zumindest aber die klinische Erfahrung im Alltag relativiert bzw. ihren Alleinvertretungsanspruch faktisch einbüßt; insofern ergibt sich hieraus ein nicht unerhebliches Gefährdungspotenzial für die bereits oben herausgehobene „Expertenautorität“ der medizinischen Profession (vgl. Vogd, 2002). Und im Hinblick auf den Aspekt der „Patientenemanzipation“ leuchtet wohl unmittelbar ein, dass gesellschaftlich zunehmend „ermüdigte“, kritische Patienten einen deutlich anderen Klientenumgang in der Arzt-Patient-Beziehung einfordern, um das notwendige Vertrauen und die entsprechende Therapiecompliance zu sichern. Sogenannte paternalistische Beziehungsmuster werden zunehmend seltener akzeptiert, werden von vielen Patienten immer deutlicher abgelehnt und sind vor dem Hintergrund der großen Verbreitung chronischer Erkrankungen mit ihren beachtlichen Anteilen an Lebensstilfaktoren psychologisch ungeeignet, eine ausreichende Patientencompliance und Verhaltensänderungen dauerhaft in Gang zu setzen.

Insgesamt lässt sich aus unserer Sicht dieser hier knapp skizzierte Problemaufriss nutzen, um das Forschungsziel zu konkretisieren, das der vorliegenden Befragungsstudie unter berufstätigen Zahnärzten zugrunde liegt. Und zwar sollten vor dem Hintergrund definierter Anforderungen gesellschaftlich-kultureller, demographischer und epidemiologischer Art, die „Selbstthematisierungen professioneller Beruflichkeit“ (vgl. Stichweh, 2008) am Beispiel der Zahnärzteschaft in Deutschland empirisch erhellt werden, um Strategien und Entwicklungspotenziale der zahnärztlichen Professionsicherung/Professionsstärkung unter veränderten gesellschaftlichen Umständen abschätzen (evaluieren) zu können. Da Professionen erfahrungsgemäß sehr sensibel auf gesellschaftliche Veränderungen reagieren, war klar, dass im Rahmen dieser Befragungsstudie auch mögliche Deprofessionalisierungstendenzen bzw. reale Rollenverluste der freien Berufsausübung in der Selbstwahrnehmung der befragten Zahnärzte angesprochen werden sollten.

Mit dieser Zielbestimmung verbunden war das Anliegen, in Anknüpfung an die aktuellen Bemühungen einer Genderforschung für den Bereich der Zahnmedizin (vgl. Kuhlmann, 1999) auch empirische Hinweise herauszuarbeiten, wie weibliche Zahnärzte im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen geschlechtsspezifische Berufsmodelle entwickeln. Verschiedene Belege aus empirischen Studien lassen erkennen, dass hier signifikante Geschlechterdifferenzen ausgemacht werden können. So zeigt eine repräsentative Fragebogenstudie (n = 1.325) unter Zahnärzten in Baden-Württemberg (vgl. Kuhlmann, 1999) beispielsweise deutlich niedrigere Wochenarbeitszeiten bei weiblichen Zahnärzten als bei ihren männlichen Berufskollegen (39,9 Std. pro Woche versus 48,0 Std. pro Woche). Die Mitgliederbefragung der Bayerischen Landeszahnärztekammer (n = 2.355) von 2007 (vgl. Oberlander, 2008) dokumentierte eine deutlich höhere Bereitschaft von Zahnärztinnen, auch als „angestellter Zahnarzt“ arbeiten zu wollen gegenüber ihren männlichen Kollegen (44 % versus 26 %). Eine landesrepräsentative Befragungsstudie (n = 1.141) in Neuseeland (vgl. Ayers et al., 2008) unter Zahnärzten ließ erkennen, dass beispielsweise ein „career break“ von weiblichen Zahnärzten sehr viel häufiger beklagt wurde als von männlichen Zahnärzten (63 % versus 29 %). Insgesamt zeigt die empirische

Genderforschung in der Zahnmedizin also recht prägnante Geschlechterunterschiede zu einzelnen Aspekten der zahnärztlichen Berufsausübung.

2 Studiendesign, Fragebogen

Die Befragungsstudie trug den Arbeitstitel: „Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotenziale der zahnärztlichen Berufsausübung in Deutschland“ (Kurztitel: ANFO-Z). Mit dieser Titelwahl sollte verdeutlicht werden, dass im Kern drei Ebenen des Forschungsprozesses bearbeitet werden sollten: 1. Expertise (aus vorhandenen Wissens- und Forschungsbeständen), 2. Empirie (Durchführung einer empirischen Datensammlung), 3. Evaluation (Bewertung des Datenmaterials im Hinblick auf den individuellen Umgang mit den veränderten Anforderungen).

Expertise

Zur Identifikation relevanter Arbeitsanforderungen im zahnärztlichen Versorgungsbe-
reich wurden nach Durchsicht der entsprechenden Forschungsliteratur und unter
Anknüpfung an entsprechende Diskussionen im gesundheitspolitischen Raum fol-
gende vier Anforderungscluster ausgewählt:

- a) demographische Entwicklungen in Deutschland (Zunahme älterer und alter Menschen, Ausländer und Migranten im zahnärztlichen Versorgungssystem);
- b) epidemiologisch fassbare Entwicklungen (mit Fokus auf parodontale Erkrankungen und Wurzelkaries durch ein Mehr an Zahnerhalt in der Bevölkerung, Veränderungen in der prothetischen Versorgung);
- c) Entwicklungen in der medizinischen Wertekultur (Ökonomisierung, evidenzbasierte Medizin, Empowerment bzw. der „Patient als Partner“);
- d) Entwicklungen im eigenen Arbeitssystem des Zahnarztes (berufliche Zufriedenheit, Arbeitsschwerpunkte, Praxisformen, Stressoren und Belastungen bei der Berufsausübung).

Empirie

Die definierten Anforderungscluster wurden in Einzelfragen zerlegt, fragetechnisch operationalisiert und in einem Fragebogen zusammengefügt. Dieser Fragebogen wurde als schriftliche Befragung konzipiert und durch einen soziodemographischen Frageteil (Angaben zur Person, Angaben zum organisatorischen Arbeitsrahmen, Angaben zum räumlichen Standort usw.) ergänzt. Der Fragebogen enthielt also sowohl Fragen zu persönlichen Einstellungs- und Verhaltensmerkmalen als auch Fragen zur Struktur des Arbeitsrahmens.

Bei der inhaltlichen Entwicklung des Fragebogens wurde ganz überwiegend auf IDZ-Eigenentwicklungen abgestellt und bei ausgewählten Einzelfragen wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit auch ausgewählte Fragekonzepte der jüngst publizierten „Mitgliederbefragung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer“ (vgl. Oberlander, 2008) in den Fragebogen eingearbeitet. Es handelt sich hier um die Fragennummern 11, 18, 18a und 20a im IDZ-Fragebogen, die in vergleichend-gedanklicher Anlehnung an die gerade zitierte BLZK-Studie (2008) durchformuliert wurden. Die Frage 22 im IDZ-Fragebogen wurde vollständig aus einer FZV-Untersuchung aus dem Jahr 1982 übernommen (vgl. Micheelis, 1983) und die Frage 24 aus einer IDZ-Untersuchung aus dem Jahr 2004 (vgl. Bergmann-Krauss, Micheelis und Walther, 2005). Auch die Übernahme dieser beiden letztgenannten Fragekonstruktionen (22 und 24) diene dem Ziel, eine methodische Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen.

Der Fragebogen der vorliegenden Befragungsstudie wurde in einem Pretest mit n = 15 Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Verständlichkeit und Zeitaufwand getestet, nach Auswertung aller Pretestkommentare teilweise überarbeitet und auf einen zeitlichen Ausfüllungsaufwand von maximal 30 Minuten gekürzt.

Die Erfassung der Daten (siehe unten) erfolgte mit einer eigenen Eingabemaske durch einen externen Projektpartner und wurde im SPSS-Format 12.0 durchgeführt.

Evaluation

Die letzte Stufe des hier vorgestellten Forschungsprojekts betraf die Evaluation, also die Analyse und Bewertung der erhobenen Befragungsdaten unter dem Gesichtspunkt, welche beruflichen Entwicklungspotenziale (z. B. Spezialisierungen, Kooperationen, Unternehmerstrategien) sich aus den individuellen Reaktionsweisen und Bewertungen der befragten Zahnärzte auf die vorgegebenen Anforderungscluster ergeben. Dieser Analyse- und Datenbewertungsschritt ist sicherlich nur eingeschränkt objektivierbar, da die Interpretation des Datensatzes unter dem Gesichtspunkt, was die befragten Zahnärzte insbesondere an beruflichen Veränderungsplanungen entwerfen, naturgemäß auch wiederum Wertungen enthält. Dieser Deutungsumstand lässt sich zweifellos nicht vermeiden, sodass hier nur die Möglichkeit besteht, diese eigenen Wertungen textlich klar zu markieren. Unter professionssoziologischen Gesichtspunkten schien unseres Erachtens aber entscheidend, in welcher Weise sich ethische, fachliche und wirtschaftliche Überlegungen zur eigenen zahnärztlichen Berufsausübung zusammenfügen und inwieweit damit das Ziel verfolgt wird, den zahnärztlichen Professionalisierungsanspruch in die eigene Zukunft zu tragen.

Insgesamt lässt sich der Projektaufbau in folgendes Schaubild (vgl. Schaubild 1) bringen:

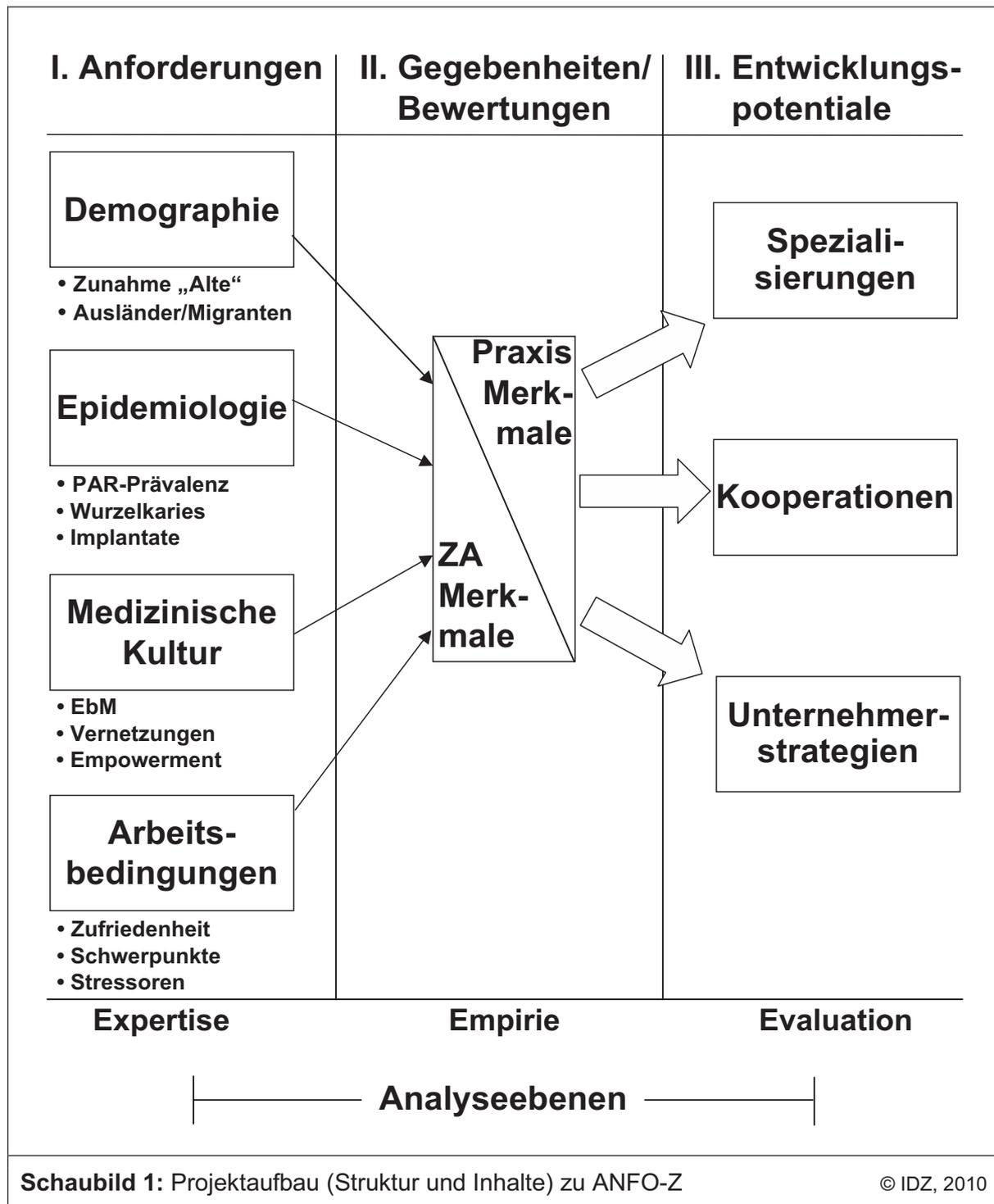


Schaubild 1: Projektaufbau (Struktur und Inhalte) zu ANFO-Z

© IDZ, 2010

3 Stichprobenmodell

Das festzulegende Stichprobenmodell hatte sich naturgemäß den definierten Forschungszielen unterzuordnen. Und da das Projekt eine Bestandsaufnahme zur Selbstwahrnehmung in der Berufsgruppe der Zahnärzteschaft Deutschlands erzeugen wollte, war klar, dass ein repräsentativer Querschnitt aus der Grundgesamtheit aller zur Zeit berufstätigen Zahnärzte in Gesamtdeutschland mit Kassenzulassung

(Stand Januar 2009: N = 54.615) eine geeignete Grundlage bieten würde, um einen Datensatz mit großer statistischer Reichweite („Repräsentativität“) zu generieren.

Insofern wurde mit freundlicher Unterstützung seitens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) aus dem Zahnarztregister der KZBV eine Zufallsstichprobe aus dem gesamten Adressenbestand gezogen und aus datenschutzrechtlichen Gründen Versand und Rücklauf der Befragungsunterlagen stellvertretend durch die KZBV für das IDZ organisiert. Die Stichprobe selbst wurde zweistufig gezogen; zunächst wurden alle Adressen nach KZV-Bereichen geklumpt und in einer zweiten Stufe per Zufallsschritt die Zieladressen gezogen.² Insgesamt wurden im Bruttobrutto n = 3.198 Adressen gezogen, wovon insgesamt 75 Adressen wegen Nichtzustellbarkeit als stichprobenneutrale Ausfälle verbucht werden mussten. Der bereinigte Nettobrutto-Ansatz für die Feldarbeit betrug mithin n = 3.123 Adressen. Die Ziehung der Adressen erfolgte im Januar 2009, die eigentliche Feldarbeit mit zwei Recallstufen erstreckte sich vom 02.02. bis 09.04.2009.

Inklusive der beiden Recallstufen (im vierwöchigen bzw. zweiwöchigen Abstand) konnte eine Gesamtzahl von netto n = 1.626 ausgefüllten Fragebögen realisiert werden, was einer Ausschöpfungsquote von 52 % entspricht. Gemessen an vergleichbaren Arzt- oder auch Zahnarztbefragungen kann diese Rücklaufquote als gut durchschnittlich betrachtet werden; allerdings schwanken die Rücklaufquoten aus den entsprechenden Befragungsstudien auf internationaler Ebene außerordentlich stark mit einer Spannweite zwischen 10 % und 83 % (vgl. Wegner et al., 2002).

Ein soziodemographischer Abgleich (nach Geschlecht, Altersgruppen und Regionalraum) zwischen der realisierten Nettostichprobe und der definierten Grundgesamtheit lässt nur sehr geringe Abweichungen von 1–2 % erkennen, sodass insgesamt von einer guten Repräsentativität des Datenmaterials ausgegangen werden kann (vgl. Tabellen 1, 2 und 3): Die Gruppe der sogenannten Nonrespondenten scheint sich nur sehr geringfügig von der Gruppe der Respondenten zu unterscheiden, zumindest wenn man die entsprechenden soziodemographischen Profile von Stichprobenwerten und Grundgesamtheitswerten gegenüberstellt. Alles in allem lässt sich unseres Erachtens mit den vorliegenden Stichprobenergebnissen zu ANFO-Z statistisch belastbar arbeiten.

Tabelle 1: Vergleich der Geschlechterverteilung zwischen ANFO-Z-Stichprobe und Grundgesamtheit		
	SP	GG
	%	%
Männer.....	61,7	62,4
Frauen.....	38,3	37,6
Quelle: KZBV-Zahnarztregister (Januar 2009)		

² Wir danken an dieser Stelle Frau Susanne Hein und Frau Gabi Michels von der KZBV für die engagierte Unterstützung bei der technischen Umsetzung dieses Stichprobenmodells.

Tabelle 2: Vergleich der Altersgruppen zwischen ANFO-Z-Stichprobe und Grundgesamtheit		
	SP	GG
	%	%
unter 35 Jahre	8,2	7,3
35 bis unter 55 Jahre.....	64,3	65,8
55 Jahre und älter	27,6	26,9
Quelle: KZBV-Zahnarztregister (Januar 2009)		

Tabelle 3: Vergleich der Regionalzugehörigkeit zwischen ANFO-Z-Stichprobe und Grundgesamtheit		
	SP	GG
	%	%
Baden-Württemberg	11,3	11,7
Bayern.....	18,4	16,7
Berlin.....	5,2	6,5
Brandenburg	3,4	3,1
Bremen	0,8	0,8
Hamburg	2,8	2,9
Hessen.....	6,7	6,8
Mecklenburg-Vorpommern.....	2,3	2,3
Niedersachsen	9,0	9,7
Nordrhein	10,5	11,1
Rheinland-Pfalz.....	2,7	2,6
Saarland.....	0,7	1,0
Sachsen	6,2	5,8
Sachsen-Anhalt.....	3,6	3,2
Schleswig-Holstein	4,2	3,6
Thüringen.....	4,2	3,3
Westfalen-Lippe	8,0	8,9
Quelle: KZBV-Zahnarztregister (Januar 2009)		

Aufgrund dieser statistischen Ausgangslage zur Soziodemographie der Stichprobenausschöpfung konnte auf eine rechnerische Gewichtung des Datenmaterials anhand der offiziellen Statistik lt. Zahnarztregister der KZBV verzichtet werden. Alle im Folgenden präsentierten Daten und Antwortverteilungen sind also unmittelbare Stichprobenergebnisse.

Für die offenen Fragen mit freier Antwortmöglichkeit wurden keine Codierungsschlüssel erstellt, um die Freitextkommentare statistisch zählfähig zu machen. Es wurden allerdings aus einer Zehnprozent-Stichprobe aller 1.626 Fragebögen alle Kommentare zu den entsprechenden Fragen herausgeschrieben, nach inhaltsanalytischen Prozeduren ausgewertet (vgl. Mayring, 1997) und als Vignettenmaterial zur authentischen Illustration für den Datenanalyseprozess eingesetzt.

4 Ergebnisse

4.1 Demographische Veränderungen in Deutschland

Der Altersaufbau ist in allen Industriegesellschaften in einem großen Umbruch, der Anteil älterer Menschen am gesamten Bevölkerungsumfang wird immer größer und zusätzlich werden die älteren Menschen immer älter. Eine „doppelte Altersdynamisierung“ ist zu beobachten.

So wird die Zahl der über 60-Jährigen von ca. 20 Mio. in 2005 auf etwa 28 Mio. im Jahr 2030 ansteigen. Dies entspricht einer relativen Zunahme ihres Bevölkerungsanteils in diesem Zeitraum von 25 % auf 40 %. Hingegen steigt der Anteil der 40- bis 60-Jährigen von 2005 nur bis zum Jahr 2010 von 29 % auf 32 % an, um danach zurückzugehen. Der relative Rückgang der unter 40-Jährigen kann schon seit einigen Jahren beobachtet werden (vgl. Henke und Reimers, 2007).

Bis zum Jahr 2050 ist, selbst bei gleichbleibender Geburtenrate und einem Ansteigen der Lebenserwartung (Männer von 76,9 Jahren auf 83,5 Jahre und Frauen von 82,3 Jahren auf 88,0 Jahre), mit einer Abnahme der Bevölkerung von 82 Mio. auf 73 Mio. zu rechnen. Der Altersquotient, d. h. die Anzahl der über 65-jährigen Personen pro 100 Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren, wird sich bis 2050 fast verdoppeln (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006).

In der Studie sollte festgestellt werden, inwieweit diese Änderungen in der Bevölkerungsdemographie von den befragten Zahnärzten auch in der Alterszusammensetzung der eigenen Patientenschaft wahrgenommen wird. Während knapp die Hälfte der befragten Zahnärzte keine wesentlichen Veränderungen in der Alterszusammensetzung ihrer Patientenschaft wahrgenommen hat, berichten über 40 %, dass der Anteil älterer und alter Patienten spürbar zugenommen hat (vgl. Tabelle 4). Hier unterscheiden sich jüngere von älteren Zahnärzten deutlich. Insbesondere die Altersgruppe der über 55-Jährigen hat die Veränderungen in der Altersstruktur der eigenen Patienten festgestellt, 61 % dieser Altersgruppe haben eine spürbare Zunahme älterer und alter Patienten bemerkt.

	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
keine Veränderung	47,5	54,9	52,5	34,7
mehr jüngere Patienten	10,6	22,0	12,5	4,3
mehr ältere Patienten	41,9	23,2	35,0	61,0
Chi-Quadrat-Test		p = 0.000		

Während im Jahr 2005 rund 20 Millionen Deutsche 60 Jahre oder älter waren, das sind ca. 25 % der Bevölkerung, gab knapp ein Drittel aller befragten Zahnärzte an, zwischen 20–29 % Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter in ihrer Patientenschaft zu haben. 44 % aller Zahnärzte sind der Meinung, rund 30 % oder mehr Patienten in dieser Altersgruppe zu haben (vgl. Tabelle 5). Die Unterschiede in den Häufigkeitsangaben der Zahnärzte variieren zwischen den Altersgruppen der Zahnärzte jedoch nur wenig, obwohl die ältere Zahnarztgruppe eine deutliche Zunahme älterer Patienten registriert hat.

	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
0 Prozent.....	3,1	3,1	3,2	3,0
1–9 Prozent.....	4,8	6,2	5,3	3,5
10–19 Prozent.....	18,2	15,4	20,4	13,6
20–29 Prozent.....	29,7	29,2	31,7	25,1
30 Prozent und mehr.....	44,1	46,2	39,4	54,8
Chi-Quadrat-Test		p = 0.137		

In den nächsten Jahren werden verhaltensbedingte bzw. lebensstilbedingte Erkrankungen weiter zunehmen. Die Verhaltensabhängigkeit für Karies und Parodontitis ist identisch mit der für die wichtigsten chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes und durch Adipositas begünstigte Erkrankungen: Die Mehrheit der dafür verantwortlichen Risikofaktoren ist sozial-, verhaltens- und umweltbedingt und nur der kleinere Teil ist genetisch bedingt.

Es gibt vielfältige Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Diabetes, Herzleiden, Schlaganfällen und Atemwegserkrankungen (vgl. Petersen, 2003). Eine Reihe von Veränderungen im Mund sind Frühsignale von Allgemeinerkrankungen oder Folgen einer auf Grund systemischer Erkrankungen durchgeführten Arzneimitteltherapie wie z. B. Candidose, Haarzunge, Kaposisarkom und Xerostomie. Aus diesen Gründen müssen sich Zahnärzte mit allgemeinmedizinischen Aspekten befassen, die weit über die „engere“ zahnärztliche Therapie hinausgehen.

Daher wurden die Zahnärzte danach befragt, ob Allgemeinerkrankungen in den letzten Jahren für die eigenen zahnärztlichen Therapieentscheidungen wichtiger geworden sind (vgl. Tabelle 6). Von 27 % aller Zahnärzte wurden Allgemeinerkrankungen als „sehr wichtig“ und von 57 % als „wichtig“ für ihre Therapieentscheidungen angegeben. Nur bei der Angabe „sehr wichtig“ gab es altersspezifische Unterschiede, wobei der Anteil der Zahnärzte in der Altersgruppe unter 35 Jahren bei 34 %, aber bei den Zahnärzten der Altersgruppe über 55 Jahre bei 24 % lag. Auch bei Zahnärz-

ten, die sehr häufig Parodontalbehandlungen durchführen, wird die Bedeutung von Allgemeinerkrankungen auf die eigenen Therapieentscheidungen deutlich höher eingeschätzt.

Tabelle 6: Bedeutung von Allgemeinerkrankungen für die eigenen zahnärztlichen Therapieentscheidungen	
	Total
	%
sehr wichtig	26,9
wichtig	56,5
eher unwichtig	12,5
völlig unwichtig	1,1
weiß nicht	2,9

4.2 Anforderungen aufgrund epidemiologischer Veränderungen

Die häufigsten von Zahnärzten behandelten Krankheiten sind Karies und Parodontitis mit ihren Folgen wie vor allem Zahnverlust. Die Karies tritt bei Kindern wie Erwachsenen auf, während Parodontalerkrankungen ab etwa dem 40. Lebensjahr eine deutliche Zunahme der Häufigkeit zeigen. Die Ursachen und Symptome der Karies sind zwar im Verlauf des Lebens gleich, jedoch tritt bei Erwachsenen Sekundärkaries häufiger auf als Primärläsionen, was die Diagnose erschwert. Nach wiederholten Kariesbehandlungen treten auch Pulpitiden häufiger auf, weshalb durch die nachfolgenden endodontischen Therapien versucht wird, Zähne zu erhalten, die meist noch wichtige kaufunktionelle sowie ästhetische Bedeutung besitzen, aber auch prothetische Stütz- und Haltefunktionen haben. Neben der Zunahme der Parodontitisprävalenz sind es physiologische Veränderungen und parallel vorhandene Allgemeinerkrankungen bei Erwachsenen sowie deren medikamentöse Behandlung, welche die Therapie der oralen Erkrankungen erschweren und auch große Probleme in der Erhaltung von Zahn- und Zahnhaltestrukturen darstellen.

In der Studie wollten wir erfahren, ob und wie die befragten Zahnärzte die Zu- bzw. Abnahme von oralen Erkrankungen wahrnehmen, welche zahnmedizinischen Krankheitsbilder sie in ihrer Behandlungstätigkeit klinisch häufiger oder seltener sehen. Die befragten Zahnärzte (vgl. Tabelle 7) gaben an, folgende Probleme und Erkrankungen häufiger als früher feststellen zu können:

Hier fällt auf, dass insbesondere Bruxismus, Erosionen, Parodontitis und Wurzelkaries in der Wahrnehmung der befragten Zahnärzte deutlich zugenommen haben. Diese Beobachtung über markante epidemiologische Tendenzen aus der Praktikersicht deckt sich dabei sehr gut mit den einschlägigen oralepidemiologischen Studien der Gegenwart, wonach durch den zunehmenden Erhalt eigener Zähne auch das Erkrankungsrisiko für Parodontalerkrankungen und Wurzelkaries („teeth at risk“)

steigt (vgl. IDZ, 2006) und andererseits psychosomatische, stressassoziierte Krankheitsbilder wie der Bruxismus bzw. kranio-mandibuläre Störungsbilder durch die modernen Belastungen in Beruf und Familie (Rollenstress) einen verstärkten Nährboden erhalten (vgl. Enkling, 2010).

Tabelle 7: Probleme und Erkrankungen der Zahnmedizin mit zunehmender Tendenz im Beobachtungsbild der Zahnärzte	
	Total
	%
Kronenkaries	14,4
Wurzelkaries	52,1
Gingivitis	42,2
Parodontitis	57,3
Zahnverluste	9,8
Bruxismus	80,1
Mundschleimhauterkrankungen.....	16,0
Zahnstellungs- und Bisslagefehler.....	21,0
Erosionen	59,3
Sonstiges	16,6

Entsprechend der wahrgenommenen Zunahme von bestimmten oralen Erkrankungen werden andere Krankheitsbilder klinisch seltener im Praxisalltag gesehen. Dies betrifft insbesondere Kronenkaries und Zahnverluste (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Probleme und Erkrankungen der Zahnmedizin mit abnehmender Tendenz im Beobachtungsbild der Zahnärzte	
	Total
	%
Kronenkaries	36,0
Wurzelkaries	19,2
Gingivitis	17,5
Parodontitis	11,0
Zahnverluste	68,9
Bruxismus	4,6
Mundschleimhauterkrankungen.....	23,6
Zahnstellungs- und Bisslagefehler.....	22,9
Erosionen	12,3
Sonstiges	1,0

Vor dem Hintergrund zunehmender parodontaler Erkrankungen aufgrund längeren Zahnerhalts interessierte die Frage, ob und wie häufig die befragten Zahnärzte selbst im Rahmen ihrer zahnärztlichen Tätigkeit parodontale Behandlungen durchführen. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse auf diese Frage.

Tabelle 9: Grundsätzliche Häufigkeitseinschätzung zur Erbringung parodontologischer Dienstleistungen im eigenen Arbeitsrahmen				
	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
sehr häufig	20,6	31,5	21,6	14,8
häufig	52,0	50,8	53,1	49,5
eher selten	21,8	12,3	20,4	28,2
gar nicht	5,6	5,4	4,9	7,5
Chi-Quadrat-Test		p = 0.000		

21 % der Zahnärzte führen „sehr häufig“ und 52 % „häufig“ Parodontalbehandlungen durch. Bei der Angabe „sehr häufig“ ist eine ausgeprägte Altersabhängigkeit festzustellen: 32 % der unter 35-Jährigen, 22 % der 35- bis 54-Jährigen und nur 15 % der über 55-Jährigen führen „sehr häufig“ Parodontalbehandlungen durch. Ein Recall wird von mehr als zwei Drittel der Gruppe der parodontaltherapeutisch tätigen Zahnärzte durchgeführt, wobei 53 % der Zahnärzte ihre Patienten zwei Mal pro Jahr im Recall sehen, 27 % drei Mal und 10 % vier Mal. Die Mitarbeit des Patienten (Compliance) für den Erfolg einer parodontalen Therapie wird von einer überwältigenden Zahl an Zahnärzten für „sehr wichtig“ gehalten, 95 % der parodontaltherapeutisch aktiven Zahnärzte stimmen dem entsprechenden Skalenpunkt ausdrücklich zu; diese Antwort ist nach Altersgruppen (vgl. Tabelle 10) und Geschlecht gleichmäßig hoch.

Tabelle 10: Wichtigkeitseinschätzungen zur Patientenmitarbeit (Compliance) bei der parodontalen Therapie				
	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
sehr wichtig	94,6	96,7	94,5	94,1
wichtig	5,0	2,4	5,1	5,7
eher unwichtig	0,4	0,8	0,4	0,2
völlig unwichtig	0,0	0,0	0,0	0,0

Offen muss bei der Analyse dieses gesamten Fragekomplexes zur Parodontaltherapie in den Zahnarztpraxen aber bleiben, was die zahlenmäßige Einordnung der Häufigkeitsangaben in Relation zum gesamten Therapiespektrum der jeweiligen Praxis betrifft. Im Fragebogen war an dieser Stelle nur allgemein abgefragt worden, um aus dem Antwortbild eine Ableitung zur grundsätzlichen Bedeutung parodontaler Behandlungsangebote vornehmen zu können.

4.3 Wandel der medizinischen Kultur

Das Gesundheitssystem als Teil der Gesellschaft unterliegt einem ständigen Wandel und wird von vielfältigen Trends beeinflusst. Gleichzeitig unterliegt es ökonomischen Zwängen und ideologischen Zielsetzungen und ist damit immer auch Gegenstand der politischen Auseinandersetzung. ANFO-Z untersuchte in diesem Kontext drei wesentliche Tendenzen in der Gesundheitsdiskussion. Wie sehen die befragten Zahnärzte die Tendenzen zur Ökonomisierung/Bürokratisierung, Verwissenschaftlichung und zum Empowerment (Patientenstärkung) in der zahnärztlichen Berufsausübung?

Bei der Frage, welche Faktoren die eigene berufliche Autonomie am meisten einschränken, werden insbesondere genannt (vgl. Tabelle 11): Belastung durch Bürokratie und Verwaltung (wird von 86 % unter den drei wichtigsten Punkten genannt), Dominanz des Systems der Krankenkassen (68 %), Beschränkung der Entscheidungsfreiheit über zahnärztliche Leistungen (60 %) und Überlagerung zahnärztlichen Denkens und Handelns durch Ökonomie (57 %). Geringe Bedeutung für die befragten Zahnärzte (jeweils unter 10 % genannt) haben demgegenüber eine fortschreitende Abhängigkeit von Technik, zunehmend komplexe Versorgungsstrukturen oder die Rationalisierung von Diagnostik und Behandlungsprozessen. Es gibt bei den Antworten keine erwähnenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder Altersgruppen.

Tabelle 11: Faktoren, die die eigene berufliche Autonomie am meisten einschränken: Die drei wichtigsten Punkte	
	Total
	%
Belastung durch Bürokratie/Verwaltung.....	86,0
Dominanz des Systems der Krankenkassen	68,3
Beschränkung der Entscheidungsfreiheit über zahnärztliche Leistungen .	60,0
Überlagerung zahnärztlichen Denkens und Handelns durch Ökonomie ...	57,0
Mangelnde Kalkulierbarkeit beruflicher und zeitlicher Belastungen	13,0
Wenig Zeit für einzelne Patienten.....	11,1
Probleme bei Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	11,1
Rationalisierung von Diagnostik und Behandlungsprozessen.....	7,4
Zunehmend komplexe Versorgungsstrukturen	7,2
Fortschreitende Abhängigkeit von der Technik.....	5,1
Abhängigkeit von Vorgesetzten	0,7

Um wahrgenommene Tendenzen zur Verwissenschaftlichung zu eruieren, wurde nach Bekanntheit und Bedeutung des Konzepts einer Evidenzbasierten Medizin bzw. Zahnmedizin (EbM/EbD) gefragt. 60 % der Befragten gaben an, das Konzept zu kennen, 40 % sagt dieses Konzept nichts (vgl. Tabelle 12). Zahnärzte, die sich

persönlich in einer starken Wettbewerbssituation zu anderen Kollegen sehen, männliche und jüngere Zahnärzte kennen das Konzept zu höheren Anteilen.

	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
Nein, sagt mir nichts Näheres	39,8	32,6	39,3	43,6
Ja, kenne das EbM-Konzept	60,2	67,4	60,7	56,4
Chi-Quadrat-Test		p = 0.000		

Gefragt danach, welche Bedeutung das Konzept für die eigene berufliche Tätigkeit hat, geben allerdings nur 14 % der Befragten an, dass dieses Konzept für die eigene Berufsausübung „sehr wichtig“ sei (vgl. Tabelle 13). Hier messen die jüngeren Zahnärzte und Zahnärztinnen, die Allgemeinerkrankungen für eigene Therapieentscheidungen für „sehr wichtig“ halten, diesem Konzept für die eigene Berufsausübung eine höhere Bedeutung bei als der Durchschnitt der befragten Zahnärzte. Zwar meinen auch noch 55 %, dass das Konzept „wichtig“ sei, jedoch gibt die pointierte Antwortvorgabe „sehr wichtig“ eher den Anteil an Zahnärzten an, die sich mit der Bedeutung der Evidenzbasierten Medizin (EbM) für die eigene berufliche Tätigkeit mutmaßlich direkt aktiv auseinandergesetzt haben.

	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
sehr wichtig	13,6	18,2	13,0	13,8
wichtig	54,7	58,0	55,9	50,4
eher unwichtig	21,2	18,2	19,8	25,6
völlig unwichtig	3,9	1,1	3,9	4,9
kein Urteil	6,6	4,5	7,5	5,3
Chi-Quadrat-Test		p = 0.055		

Gefragt nach möglichen Problemen bei der Anwendung von evidenzbasierten Prinzipien in der eigenen Arbeit (offene Frage), wurden vor allem drei Gründe angeführt: die erhöhten Kosten, der steigende Zeitaufwand und der Verlust der Unabhängigkeit des eigenen therapeutischen Vorgehens, der Verlust der Individualität des Patienten im Behandlungsprozess.

Ein weiterer Trend, der die medizinische Kultur wohl nachhaltig beeinflusst, ist das „Empowerment des Patienten“ also die Orientierung am Leitbild des Informierten Patienten, der selbst mitentscheiden will und kann. Daher wurde nach der Wichtigkeit des Leitbildes des Informierten Patienten für die eigene zahnärztliche Behandlungstätigkeit gefragt. 24 % der Befragten halten dieses Leitbild für „sehr wichtig“, 55 % für „wichtig“ (vgl. Tabelle 14). Nur 1 % der Befragten meinen, dass der Informierte Patient „völlig unwichtig“ sei. Hierbei zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede je nach Altersgruppe: die jüngeren Zahnärzte messen dem Leitbild eines informierten und mündigen Patienten erkennbar höhere Bedeutung zu. Gleiches gilt auch für Zahnärzte, die nach eigenen Angaben sehr häufig Parodontalbehandlungen durchführen. Sie haben mutmaßlich auch die Erfahrung gemacht, dass ohne Compliance des Patienten, die durch eine aktive Einbeziehung der Patientenperspektive in den Behandlungsprozess gefördert wird, der Erfolg der Parodontalbehandlung geringer wird (siehe hierzu auch Abschnitt 4.2).

Tabelle 14: Wichtigkeit des Leitbildes „Informierter Patient“ für die eigene zahnärztliche Behandlungstätigkeit				
	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
sehr wichtig	23,6	34,4	24,1	19,2
wichtig	55,4	48,4	56,1	55,7
eher unwichtig	19,6	17,2	18,4	23,5
völlig unwichtig	1,3	0,0	1,4	1,6
Chi-Quadrat-Test		p = 0.098		

Die Grenzen eines partnerschaftlichen Miteinanders zwischen Zahnarzt und Patient (offene Frage) werden insbesondere gesehen in finanziellen Gründen, Halbwissen/Besserwisserei, Einfluss der Medien, vor allem Internet, unterschiedlicher Wissensstand, Verantwortung und Kompetenz des Zahnarztes, Wunschleistungen des Patienten, Zeitgründen.

Bei der Frage, wo der Patient eventuell selbst aktiv entscheiden sollte, sind die Antworten (ohne Vorgaben) sehr breit gefächert: von immer selbst entscheiden bis überhaupt nicht. Umfassende Aufklärung und Beratung werden in vielen Antworten als Voraussetzung für die aktive Entscheidung des Patienten genannt. Eine eigene Entscheidung des Patienten wird insbesondere gesehen bei der Wahl von Füllungsmaterialien und Art des Zahnersatzes, bei ästhetischen Aspekten, finanziellen Aspekten, bei Regel-, gleichartiger oder andersartiger Versorgung. Hier schließt sich also auch der Kreis zum Konzept des „Shared Decision Making“, das in der Arzt-Patient-Beziehung immer stärker Einzug hält und das Zahnärzten anscheinend bei Entscheidungsfragen zu bestimmten Therapieoptionen sehr entgegen kommt (vgl. Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006).

Insgesamt zeigen die Antworten zu den Fragen zum Wandel der medizinischen Kultur, dass sich viele der befragten Zahnärzte der aktuellen Tendenzen durchaus bewusst sind, wenn sie auch noch nicht stark – wie bei EbM – in der Alltagsroutine angewandt werden.

4.4 Anforderungen und Bewertungen aus veränderten Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung haben sich in den letzten Jahren durch wirtschaftliche Entwicklungen, Öffnung des Wettbewerbs und Möglichkeit zu neuen Praxisformen verändert. Daher wurden die Anforderungen und Bewertungen aus den veränderten Arbeitsbedingungen mit einigen Fragen eruiert.

Gefragt danach, wie sehr sie sich persönlich im Wettbewerb mit ihren Berufskollegen sehen, meinen immerhin 57 % aller befragten Zahnärzte, dass sie sich „sehr stark“ oder „stark“ in einem Wettbewerb mit Kollegen befinden (vgl. Tabelle 15). Interessant dabei ist, dass sich Zahnärztinnen signifikant weniger in einer Wettbewerbssituation sehen als ihre männlichen Kollegen. Dies mag mit im Durchschnitt größeren Praxen von Zahnärzten oder mit geschlechtsspezifischen Verhaltensunterschieden zu tun haben.

Tabelle 15: Wahrgenommene Wettbewerbssituation mit anderen Zahnarztkollegen bei Berufsausübung			
	Total	Geschlecht	
		Frauen	Männer
	%	%	%
sehr stark	11,9	9,6	13,3
stark	44,8	45,0	44,8
wenig	38,8	42,2	36,7
gar nicht	4,5	3,2	5,2
Chi-Quadrat-Test		p = 0.026	

Der Wettbewerb unter Kollegen wird am stärksten bei der Preisgestaltung und beim Verhalten zum Patienten empfunden (vgl. Tabelle 16). Öffnungszeiten und Werbung sind auch noch Bereiche, in denen der Wettbewerb unter Kollegen wahrgenommen wird. „Überweisungsverhalten“ und „überwiesene Patienten binden“ scheint demgegenüber eine geringe Rolle zu spielen. Unterschiede zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten sind kaum auszumachen, am ehesten noch bei dem Bereich Werbung, bei dem Zahnärzte einen stärkeren Konkurrenzdruck spüren.

Tabelle 16: Bereiche, in denen der Berufswettbewerb stattfindet

	Geschlecht		Chi-Quadrat-Test
	Frauen	Männer	
	%	%	p
Werbung	42,4	52,8	0.000
Öffnungszeiten	48,8	49,6	0.782
Gefälligkeiten	20,8	19,6	0.547
Selbstzahlerangebote	22,4	21,5	0.659
Preisgestaltung	66,8	66,4	0.804
Überweisungsverhalten	12,2	8,1	0.007
Verhalten zu Patienten	57,7	55,8	0.422
überwiesene Patienten binden	18,7	14,3	0.019
Sonstiges	5,2	9,3	0.003

Die zunehmend vorhandene Wettbewerbssituation wirkt sich sicher auch auf die Beurteilung der persönlichen wirtschaftlichen Situation in den nächsten fünf Jahren aus (vgl. Tabelle 17). Über 50 % der befragten Zahnärzte sehen ihre persönliche wirtschaftliche Situation in der Zukunft für schlechter an („etwas schlechter“ 34 %, „deutlich schlechter“ 18 %), nur 16 % meinen, dass ihre persönliche Situation „etwas besser“ oder „deutlich besser“ werden wird. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind signifikant, über 55-jährige Zahnärzte beurteilen ihre persönlichen wirtschaftlichen Perspektiven deutlich schlechter als die Jüngeren, obwohl sie doch eher in etablierten, schuldenfreien Praxen arbeiten, allerdings mit der Perspektive, Öffnungszeiten zu reduzieren und die Praxis irgendwann abzugeben.

Tabelle 17: Beurteilung der persönlichen wirtschaftlichen Situation in den nächsten fünf Jahren

	Total	Altersgruppen		
		bis 35 Jahre	35–54 Jahre	55 Jahre und älter
	%	%	%	%
deutlich besser	3,8	9,6	3,7	2,4
etwas besser	12,1	25,6	13,6	4,8
eher gleich	31,9	31,2	33,3	29,5
etwas schlechter	34,2	24,0	33,6	38,5
deutlich schlechter	17,9	9,6	15,8	24,9
Chi-Quadrat-Test		p = 0.000		

Mit welchen Strategien versuchen nun die Zahnärzte, die veränderten Anforderungen zu bewältigen? Verschiedene Maßnahmen, die die zahnärztliche Berufsausübung positiv unterstützen können, wurden abgefragt, und zwar, ob die Befragten in den vergangenen zwei Jahren diese Maßnahmen ergriffen haben. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: In den letzten zwei Jahren ergriffene Maßnahmen, um die eigene zahnärztliche Tätigkeit positiv zu unterstützen

	Total
	%
Fortbildung zu zahnmedizinischen Themen	98,8
Fortbildung zu abrechnungstechnischen Themen	58,2
Fortbildung zu Themen der Praxisorganisation	48,9
Fortbildung zu Themen der Personalführung.....	24,1
Fortbildung von Praxismitarbeitern	77,8
Zusammenarbeit mit externen Qualitätsmanagementberatern	16,7
Einführung bzw. Umsetzung eines spezifisch zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems	48,9
Patientenbefragungen	16,7
Teilnahme an zahnärztlichen Qualitätszirkeln.....	31,1
Sonstiges	5,6

An erster Stelle steht die fachliche Fortbildung, die von praktisch allen befragten Zahnärzten angegeben wird, gefolgt von Fortbildung zu abrechnungstechnischen Themen und zur Praxisorganisation. Die Fortbildung der Praxismitarbeiter hat mit 78 % gleichfalls einen hohen Stellenwert. Die Einführung eines spezifisch zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems wird von knapp 50 % genannt, sicher nicht nur aus dem Grunde, dass dadurch Optimierungspotenziale in der Praxis freigesetzt werden, sondern auch weil der Nachweis von Qualitätsmanagementsystemen bis Ende 2010 verpflichtend eingeführt wurde.

Mit über 30 % ist die Teilnahme an zahnärztlichen Qualitätszirkeln beachtenswert, weil es sich hier um eine sehr intensive Form des innerkollegialen Erfahrungsaustausches handelt, um das eigene Handeln zu reflektieren und ggf. zu verändern. Offen muss bei der Interpretation des letztgenannten Punktes aber bleiben, was hier die befragten Zahnärzte ganz konkret unter dem Begriff „Qualitätszirkel“ verstanden haben; dieser Begriff wird in den Diskussionen häufiger etwas weiter gefasst und wird insofern nicht notwendigerweise auf das Konzept einer „moderatorengeleiteten Kleingruppenarbeit“ beschränkt.

Zur Bewältigung veränderter Anforderungen kann auch eine Änderung der Praxisstruktur vorgenommen werden, zumal vor drei Jahren die gesetzliche Möglichkeit zu neuen Berufsausübungsformen geschaffen wurde. Wenn auch die Mehrheit der befragten Zahnärzte die Praxisstruktur nicht verändern will, geben immerhin 29 % an, einen Ausbau der eigenen zahnärztlichen Tätigkeit zu planen (vgl. Tabelle 19), am häufigsten durch die Anstellung von Zahnärzten, aber auch durch neue Kooperationsformen. Naheliegenderweise ist diese Tendenz in den jüngeren Altersgruppen deutlich stärker als bei den Älteren, aber auch bei Zahnärzten stärker als bei Zahnärztinnen, obwohl diese in der vorliegenden Stichprobe etwas häufiger in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften tätig sind.

	Total	Geschlecht	
		Frauen	Männer
	%	%	%
Nein, nicht geplant.....	65,1	71,6	61,3
Nein, Abbau geplant.....	5,9	5,7	6,1

Ja, durch Kooperation	10,2	7,0	12,2
Ja, Anstellung von Zahnärzten	18,7	15,8	20,3
Ja, Kooperation und Anstellung von Zahnärzten ..	0,1	0,0	0,1

Eine weitere Möglichkeit, auf veränderte Anforderungen zu antworten, ist es, Arbeitsschwerpunkte einzurichten. Die zunehmende Nachfrage nach curricularer Fortbildung und postgradualen Masterstudiengängen macht diese Strategie aktuell. 6,7 % der befragten Zahnärzte (n = 109) geben an, als Fachzahnarzt tätig zu sein, diese sind aus der folgenden Auswertung ausgenommen. Mehr als 50 % aller allgemein Zahnärztlich tätigen befragten Zahnärzte haben bereits Arbeitsschwerpunkte gesetzt und zwar am häufigsten in den Bereichen Prävention, Prothetik und Parodontologie (vgl. Tabelle 20).

Allein in den letzten 5 Jahren haben 68 %, also über zwei Drittel der befragten Zahnärzte, die Schwerpunkte haben, noch neue Arbeitsschwerpunkte eingeführt oder die eingerichteten Arbeitsschwerpunkte gewechselt.

	Total
	%
Habe keine Arbeitsschwerpunkte	43,6
Ja, habe Arbeitsschwerpunkte	56,4

Die 3 häufigsten Nennungen:	
Prophylaxe/Prävention	72,5
Prothetik.....	60,5
Parodontologie	56,7

In den Arbeitsschwerpunkten unterscheiden sich Zahnärztinnen von Zahnärzten. Deutlich mehr Zahnärztinnen wählen die Arbeitsschwerpunkte Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie, während Prothetik und Implantologie eher männliche Domänen sind (vgl. Tabelle 21).

	Geschlecht		Chi-Quadrat-Test
	Frauen	Männer	
	%	%	p
Kinderzahnheilkunde	44,0	20,8	0.000
Prophylaxe/Prävention	78,7	69,1	0.002
Parodontologie	51,7	59,3	0.039
Endodontologie	33,3	43,1	0.007
Prothetik.....	51,7	65,2	0.000
Implantologie.....	30,0	57,3	0.000
Kieferorthopädie.....	12,3	7,4	0.016

Abschließend wurden die Zahnärzte danach befragt, welche Strategien und positiven Entwicklungspotenziale sie zusammengefasst anlässlich der verschiedenen Entwicklungen in Demographie, Epidemiologie, Medizinkultur und Arbeitsbedingungen für ihre eigene zahnärztliche Berufsausübung sehen. Tabelle 22 zeigt die Ergebnisse.

	Total	Geschlecht	
		Frauen	Männer
	%	%	%
Spezialisierung mit formalem Abschluss	18,8	18,1	19,3
Setzung von Arbeitsschwerpunkten	57,3	57,8	57,3
neue Praxisformen	21,8	16,8	24,8
Einbindung in Versorgungsnetze.....	9,7	9,1	10,1
anderer Berufsstatus (angestellt/selbstständig)....	4,3	6,3	3,1
<hr/>			
keine positive Einschätzung	22,8	22,1	23,1

Die Setzung von Arbeitsschwerpunkten ist die am häufigsten genannte Strategie – bei Männern wie bei Frauen –, gefolgt von der Überlegung, neue Praxisformen einzurichten und eine Spezialisierung mit formalem Abschluss anzustreben. Die Einbindung in Versorgungsnetze als neue Form der Kooperation und die Entscheidung für einen anderen Berufsstatus spielen demgegenüber eine geringe Rolle. Bemerkenswert vor der Debatte Generalist versus Spezialist ist die Antwort von 19 % der Befragten, die eine Spezialisierung mit formalem Abschluss für sich selbst in Erwägung ziehen. Zur Zeit liegt der Anteil von Spezialisten mit formalem Abschluss (Fachzahnarzt, postgradualer Master) bei etwas über 10 % in Deutschland.

Beinahe ein Viertel (22,8 %) der befragten Zahnärzte haben jedoch keine positive Einschätzung, sie sehen keine Entwicklungspotenziale für ihre zahnärztliche Berufsausübung. Wie lassen sich nun die Zahnärzte als Gruppe beschreiben, die keine positive Einschätzung ihrer beruflichen Weiterentwicklung haben? In dieser Gruppe sind überproportional Zahnärzte der höheren Altersgruppen, aus Einzelpraxen, mit niedrigen Anteilen an Privatpatienten und Privateinnahmen und Zahnärzte, die in den letzten fünf Jahren keine Arbeitsschwerpunkte gewählt haben, vertreten (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Merkmale derjenigen Zahnärzte (22,8 %), die keine positiven Einschätzungen zu den beruflichen Entwicklungspotenzialen für sich selbst erkennen		
	%	% ¹⁾
Keine neuen Arbeitsschwerpunkte in den letzten 5 Jahren.....	48,1	32,0
Praxistyp Einzelpraxis	64,5	59,4
Anteil Privatpatienten (≥ 30 %) pro Quartal	4,2	14,9
Anteil Privateinnahmen (≥ 60 %) in der Praxis.....	3,4	21,9
Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre.....	73,4	62,4
¹⁾ Gesamtdurchschnittswerte aller befragten Zahnärzte		

5 Diskussion der Ergebnisse

Die Durchsicht der empirischen Daten aus unserem bundesweiten Befragungsprojekt ANFO-Z lässt erkennen, dass sich die berufstätigen Zahnärzte – 98 % sind in eigener Praxis niedergelassen – offensichtlich intensiv mit ihren äußeren Arbeitsbedingungen auseinandersetzen und auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen demographischer, epidemiologischer und wissenschaftskultureller Art in ihrem eigenen Berufshandeln reagieren: So zeigte sich beispielsweise aus dem Antwortmaterial, dass ältere Zahnärzte mit längerer Berufserfahrung zu 61 % die Verschiebungen in der Alterszusammensetzung ihrer eigenen Patientenschaft sehr genau wahrnehmen, dass rund 57 % aller befragten Zahnärzte eine Zunahme parodontaler Erkrankungen und rund 52 % eine Zunahme der Wurzelkaries beobachteten oder dass rund 84 % der Zahnärzte darauf hinwiesen, dass die Bedeutung von Allgemeinerkrankungen für die zahnärztliche Therapieentscheidung in den letzten Jahren zunehmend wichtiger („sehr wichtig“/„wichtig“) geworden sei. Auch kulturelle Werteverstärkungen in der Kranken- und Patientenrolle werden offensichtlich sehr genau registriert, rund 79 % der befragten Zahnärzte gaben an, dass sie das Leitbild des „informierten Patienten“ für ihre eigene zahnärztliche Behandlungstätigkeit für bedeutsam („sehr wichtig“/„wichtig“) halten. Und nicht überraschend erscheint uns in diesem Zusammenhang auch, dass jüngere Zahnärzte diesem Leitbild eine noch deutlich stärker ausgeprägte Positivseite abgewinnen als ihre älteren Berufskollegen, die traditionsverhafteter im Sinne des alten Rollenmodells in der Arzt-Patient-Beziehung eingestellt sind.

Und im Hinblick auf die Veränderungen in der medizinischen Wissenschaftskultur am Beispiel der Evidenzbasierten Medizin (EbM) wird deutlich, dass die Mehrheit der befragten Zahnärzte (60 %) das EbM-Konzept kennt und zumindest für die eigene berufliche Tätigkeit grundsätzlich positiv beurteilt. Die Freitextkommentare zu möglichen Problemen bei der Anwendung bzw. Umsetzung des EbM-Konzeptes in der Alltagsversorgung ließen aber auch erkennen, dass gerade bei evidenzbasierten Leitlinien andererseits deutliche Grenzen gesehen wurden, die insbesondere um Punkte wie „Zeitaufwand“, „Honorierung“ und „Fallbezug“ kreisen. Hier zeigt sich unserer Auffassung nach zweifellos deutlicher Forschungsbedarf, um die Barrieren und Probleme bei der praktischen Umsetzung von EbM-Prinzipien in der Versorgungspraxis besser verstehen zu können. Denn nur aus einer Integration von externer Expertise (aus Studien), klinischer Erfahrung aus dem Versorgungsalltag und Einbezug der diversen Patientenerwartungen ließe sich die tatsächliche EbM-Anwendung im Versorgungsalltag einschätzen.

Entscheidend für eine professionssoziologische Durchdringung der oben präsentierten Antworten und Bewertungen zu den vorgegebenen Anforderungsmustern war die Frage, welche Handlungsstrategien die befragten Zahnärzte angeben, um prospektiv ihren Professionalisierungsanspruch zu sichern. Hier zeigte sich sehr deutlich, dass der berufstätige Zahnarzt vorrangig auf die Ausformung eigener Arbeitsschwerpunkte setzt (56 %), um sich in seinem ärztlichen Handeln auf die wahrgenommenen Veränderungen im oralen Krankheitsspektrum der heutigen Zeit einstellen zu können und dies über gezielte Fortbildungsaktivitäten zu erreichen sucht (99 %). Gleichzeitig scheint die Strategie von Schwerpunktsetzungen in der eigenen Berufstätigkeit aber auch dazu zu dienen, sich dem innerprofessionellen Wettbewerb auf dem Markt zahnärztlicher Dienstleistungsangebote zu stellen, zumal sich die Zahnärzte mehrheitlich (57 %) spürbar („sehr stark“/„stark“) durch zahnärztliche Kollegen im eigenen Arbeitsumfeld unter Wettbewerbsdruck sehen. Und interessanterweise werden diese Arbeitsschwerpunktsetzungen in der eigenen Berufsbiographie deutlich dynamisiert, immerhin mehr als zwei Drittel (68 %) derjenigen Zahnärzte, die grundsätzlich eigene Arbeitsschwerpunkte vorhalten, gaben an, in den letzten fünf Jahren wiederum auch neue (!) Arbeitsschwerpunkte gebildet zu haben. Inhaltlich dominieren hier die zahnmedizinischen Versorgungsfelder „Implantologie“ (39 %), „Endodontologie“ (18 %) und „Parodontologie“ (17 %) gemessen an der Gesamtsumme aller Nennungen auf die entsprechende Nachfrage im Fragebogen.³

Offensichtlich erfolgt also die Verteidigung des eigenen Professionalisierungsanspruches unter wettbewerblich verschärften Bedingungen des zahnärztlichen Dienstleistungssektors durch verstärkte „Respezialisierungen“, um am Dienstleistungsmarkt bestehen zu können. Dabei fällt auf, dass jüngere Zahnärzte nicht nur generell häufiger Arbeitsschwerpunkte einrichten, sondern auch häufiger in den letzten fünf Jahren diesbezüglich Wechsel oder auch Erweiterungen vorgenommen haben. Dieser Tatbestand lässt sich wohl am ehesten als „kognitiver Suchprozess“ für die professionelle Handlungsausrichtung deuten, der in den ersten Berufsjahren naturgemäß lebhafter sein dürfte, um die freiberufliche Existenzgründung zu unterstützen

³ Auszählung einer Substichprobe (n = 536) aller Fragebögen nach dem Zufallsprinzip.

(vgl. auch Klingenberger und Becker, 2008). Deprofessionalisierungsgefahren können sich aus dieser Dynamik von Arbeitsschwerpunkten dadurch ergeben, dass bei einem Überborden von Arbeitsschwerpunktsetzungen gleichsam die allgemeinzahnärztliche Legitimationsbasis verloren gehen könnte.

Eine weitere zentrale Strategie, auf die veränderten Anforderungen zahnärztlicher Berufsausübung einzugehen, ist zweifellos in persönlichen Planungen zu einem evtl. organisatorischen Ausbau – oder auch Abbau – der eigenen zahnärztlichen Tätigkeit zu sehen. Hier zeigt sich, dass knapp ein Drittel (29 %) der befragten Zahnärzte diesbezüglich Veränderungen ins Auge gefasst haben. Dabei wird eine – jetzt durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ermöglichte – „Anstellung von Zahnärzten“ im eigenen Praxisrahmen erkennbar favorisiert (19 %), während „Kooperationen“ mit anderen Zahnärzten, Ärzten oder sonstigen Heilberufsgruppen demgegenüber als mögliche Ausbauplanung zurückfallen (10 %); rund zwei Drittel (65 %) planten allerdings überhaupt keine Veränderungen hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit. Diese Antwortstruktur deckt sich in ihren Größenordnungen recht gut mit den Ergebnissen aus der Mitgliederbefragung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (vgl. Oberlander, 2008). Im Übrigen zeigte sich keine statistische Korrelation zwischen der Art der beruflichen Veränderungsplanungen und der Einschätzung der augenblicklichen persönlichen wirtschaftlichen Situation aus der eigenen Berufstätigkeit ($Rho = -0.034$; $p = 0.477$).

Grundsätzlich war aus den Antworten der befragten Zahnarztstichprobe zu möglichen positiven Entwicklungspotenzialen der zahnärztlichen Berufsrolle sehr klar erkennbar, dass eigentlich nur eine Minderheit (23 %) keinerlei positive Einschätzung für sich selbst erkennen konnte und also umgekehrt rund drei Viertel dezidierte Vorstellungen zu eigenen professionellen Entwicklungsmöglichkeiten hatten: Neben der Setzung von Arbeitsschwerpunkten mit oder ohne formalisierten Spezialisierungsabschluss als mögliche Hauptstrategie war es vornehmlich der Gedanke „neuer Praxisformen“ (22 %) oder auch die „Einbindung in Versorgungsnetze“ (10 %). Andererseits sollte die oben angesprochene „Minderheit“ mit ihrem 23-Prozentgewicht auch nicht einfach nur als Randgröße abgetan werden: Fast jeder vierte Zahnarzt gehört damit zu derjenigen Gruppe, die keine positiven Entwicklungspotenziale zur eigenen Berufsrolle zu erkennen vermag. Für diese Teilgruppe muss also doch eine beachtliche Rollenfrustration konstatiert werden, die offensichtlich signifikant mit der Erfahrung verknüpft ist, nur einen vergleichsweise geringen Anteil an Privatpatienten am gesamten Patientenstamm aufgebaut zu haben (Pearson $r = -0.116$; $p = 0.000$).

Unter dem Gesichtspunkt möglicher Geschlechterdifferenzen zu diesem wichtigen Punkt erscheint bemerkenswert, dass sich die Planungsüberlegungen zwischen männlichen und weiblichen Zahnärzten nur relativ wenig unterscheiden. Allerdings war aus den Daten auch erkennbar, dass Zahnärztinnen einerseits häufiger einen „anderen Berufsstatus“⁴ für sich selbst favorisieren (6 % versus 3 %) und andererseits dem Entwicklungsgedanken durch „neue Praxisformen“ weniger häufig Attraktivität abgewinnen können (17 % versus 25 %). Hier scheinen dann aber doch ge-

⁴ (angestellt/selbstständig)

schlechtsspezifische Planungsmuster zur eigenen Berufsrolle durchzuschlagen, da insbesondere der Wechsel in einen anderen Berufsstatus von jüngeren Frauen (unter 35 Jahre) signifikant häufiger ins Auge gefasst wird als von ihren männlichen Kollegen der gleichen Altersgruppe (21 % versus 2 %; Chi-Quadrat-Test/ $p = 0.004$). Es dürfte für die Interpretation nicht übertrieben sein, dass sich in diesem Datenbefund geschlechtsspezifische Biographieentwürfe widerspiegeln, die mit einer differnten Work-Life-Balance aus Überlegungen zur eigenen Familienplanung zusammenhängen dürften.

Des Weiteren wurde aus dem Datenmaterial zu möglichen Geschlechterdifferenzen deutlich, dass weibliche Zahnärzte mehr als doppelt so häufig die „Kinderzahnheilkunde“ als einen Arbeitsschwerpunkt gegenüber ihren männlichen Berufsgenossen angaben (44 % versus 21 %) und auch der Schwerpunkt „Prophylaxe/Prävention“ etwas häufiger zu Protokoll gegeben wurde; umgekehrt ließ sich der Arbeitsschwerpunkt „Prothetik“, vor allem aber der Arbeitsschwerpunkt der „Implantologie“ (30 % versus 57 %) sozusagen als deutliche Männerdomäne identifizieren. Hier zeigen sich also doch sehr klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf die berufliche Rollengestaltung, die sicherlich teilweise als traditionsgeleitete Berufsbildentwürfe interpretiert werden können.

Alles in allem lässt das umfangreiche Datenmaterial zur professionellen Selbstthematisierung von berufstätigen Zahnärzten in Deutschland erkennen, dass sich der freiberufliche Identitätskern auch unter den aktuellen Umbrüchen und Verwerfungen im gesamtgesellschaftlichen Erwerbs- und Berufssystem aus unserer Sicht überraschend deutlich erhalten hat und Geschlechterdifferenzen nur in umschriebenen Einzelpunkten durchschlagen, ohne das professionelle Berufsmodell im Kern zu berühren: Die berufstätigen Zahnärzte erscheinen unverändert als eine äußerst homogene Berufsgruppe, die sich stark einer freiberuflichen Berufsausübung verschrieben hat. Aus berufssoziologischer Sicht wird dies erklärt durch die besonderen Strukturmerkmale zahnärztlicher Berufsausübung: organisiert als ambulantes Behandlungssystem, in selbstständiger Form und als personalisierte Dienstleistung am Patienten.

Zu dieser Zustandsbeschreibung passt, dass die befragten Zahnärzte ein insgesamt recht positives Urteil zu ihrer beruflichen Zufriedenheit zu Protokoll gaben, mithin zu ihrer Berufspraxis eine positive Einstellung aufweisen. Einschränkungen ihrer beruflichen Autonomie werden vor allem durch die weitreichenden Bürokratisierungsprozesse im gesamtgesellschaftlichen Rahmen gesehen; gut vier Fünftel (86 %) der Zahnärzte gaben an, dass sie sich in ihrer eigenen Berufsausübung durch „Bürokratie“ belastet fühlen würden. Aus unserer Sicht ist dies für die Entwicklungspotenziale der professionellen Selbstwahrnehmung von erheblicher Bedeutung, da diese gesellschaftlichen Bürokratisierungstendenzen die fachliche Expertise des Einzelnen und die Selbstkontrolle der Berufsgruppe unmittelbar tangieren und zu Autonomieverlusten der Berufsausübung führen (vgl. Rüschemeyer, 1969). Hier liegt zweifellos ein erhebliches Gefährdungspotenzial im Sinne schleichender Deprofessionalisierungsprozesse.

Aber auch eine zweite Quelle möglicher Professionsgefährdung lässt sich unseres Erachtens ausmachen, die spürbar aus einer Eigendynamik innerhalb der Berufsgruppe selbst resultiert: Gemeint ist hier das Bestreben, neue Märkte der Berufsausübung zu erschließen und dadurch nolens volens auch Tendenzen einer „Vergewerblichung“ freizusetzen. Als Beispiel sei hier die Implantologie genannt, soweit sie nicht als neue Therapieform dem medizinisch-technischen Fortschritt folgt, sondern als „modische“ Alternative der oralen Rehabilitation eingesetzt wird. Dies könnte gleichsam dann von „Innen“ den Wertekern des professionellen Berufsmodells bedrohen und unterläuft in der Klientenbeziehung langfristig die Vertrauensbasis. Die professionelle Vertrauensbeziehung mit dem Patienten erscheint aus unserer Sicht aber als der Kern, der den Rahmen der personalisierten Dienstleistung im Interesse des Klienten überhaupt erst absteckt und gesellschaftlich sichert.

Die Umschichtungen des Geschlechterverhältnisses im zahnärztlichen Berufsstand mit einem deutlichen Anstieg weiblicher Zahnärzte an der Gesamtheit aller berufstätigen Zahnärzte („Feminisierung“) wird innerhalb der nächsten zehn Jahre dazu führen, dass jeder zweite berufstätige Zahnarzt in Deutschland weiblichen Geschlechts sein wird (vgl. Brecht, Meyer und Micheelis, 2009). Vor diesem Hintergrund ist zweifellos auch die Frage von Bedeutung, wie sich diese Verschiebungen auf die Profession selbst auswirken. Die empirischen Daten aus ANFO-Z lassen hier insgesamt keine sehr starken Umbrüche erwarten, da sich keine erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede in der professionellen Selbstdefinition in dem Antwortmaterial haben finden lassen. Diese Aussage gilt unseres Erachtens jedenfalls dann, wenn man auf das Professionsmerkmal der Expertenautorität abstellt, die das professionelle Rollenmodell maßgeblich konstituieren dürfte; Gemeinwohlorientierung im Wertekanon und berufsständische Selbstkontrolle hier einmal als weitere Kernmerkmale beiseite gelassen.

Der Aspekt der wirtschaftlichen Selbstständigkeit zeigt allerdings Geschlechterdifferenzen im Datenmaterial. Sowohl im Hinblick auf den gegenwärtigen Berufsstatus (in Praxis niedergelassen versus in Praxis oder anderer Organisationsform angestellt) als auch im Hinblick auf mögliche Statusveränderungen (zur künftigen Berufsplanung) ist der Anteil von Zahnärztinnen signifikant höher: So hatten in der Befragung von ANFO-Z rund 4 % der weiblichen Zahnärzte, aber nur rund 1 % der männlichen Zahnärzte geantwortet, dass sie im Angestelltenstatus arbeiten würden (Chi-Quadrat-Test/ $p = 0.001$), und rund 6 % der Zahnärztinnen im Gegensatz zu rund 3 % der Zahnärzte gaben auf die entsprechende Frage an, einen „anderen Berufsstatus“ als Perspektive ins Auge fassen zu wollen (Chi-Quadrat-Test/ $p = 0.003$). Zu diesem geschlechtsspezifischen Befund passt, dass auch in der Mitgliederbefragung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer ähnliche Unterschiede in der Antwortstruktur dokumentiert werden konnten: So stimmten in der bayerischen Befragung 26 % der männlichen, aber 44 % der weiblichen Zahnärzte der Aussage im Sinne eines abgefragten Gedankenexperimentes zu, sich vorstellen zu können, „als angestellter Zahnarzt zu arbeiten“ (vgl. Oberlander, 2008).

Im Hinblick auf die Antwortverteilungen in der ANFO-Z-Studie sollte allerdings auch im Auge behalten werden, dass sich diese Geschlechterdifferenzen zum gewählten bzw. geplanten Berufsstatus auf einem zahlenmäßig sehr geringen absoluten Niveau bewegen und offensichtlich die große Mehrheit der weiblichen Zahnärzte den wirtschaftlichen Selbstständigkeitsstatus klar favorisiert. Dies schließt allerdings für die künftigen Entwicklungen in der Berufsgruppe nicht aus, dass flexiblere Berufsausübungsformen von weiblichen Zahnärzten zunehmend ins Auge gefasst werden, um eine bessere Work-Life-Balance zwischen Beruf und Familie verwirklichen zu können. Hier ist sicherlich Kuhlmann zuzustimmen, wenn in dem Zusammenhang von Geschlecht, Elternschaft und beruflichen Chancen bei Zahnärzten festgestellt wird: „Demzufolge scheint Mutterschaft selbst in einer Berufsgruppe, für die eine hohe berufliche Orientierung angenommen werden kann, auch heute noch eines der zentralen und stabilsten Differenzierungskriterien innerhalb der Gruppe der Frauen zu sein“ (Kuhlmann, 1999, S. 197).

Alles in allem ergibt sich aus den repräsentativen Antworten einer großen Stichprobe niedergelassener Zahnärzte, dass es sich um eine nach wie vor hochgradig homogene Berufsgruppe handelt mit sensibler Wahrnehmung der demographischen, sozialmedizinischen und kulturellen Entwicklungen im Medizinsystem. Insbesondere über Fortbildung und die Bildung von Arbeitsschwerpunkten wird die Anpassung an veränderte Anforderungen realisiert. Dabei wird durch die Gestaltung der Praxisstrukturen auf den zunehmenden Wettbewerb innerhalb der Kollegenschaft reagiert. Deprofessionalisierungsgefahren für die Zahnärzte in Deutschland sind daher eher durch äußere Entwicklungen in der Gesellschaft (Bürokratisierung, Ökonomisierung) zu erwarten. Jedenfalls lässt sich aus der Feminisierung des zahnärztlichen Berufsstandes (bisher) keine Tendenz zur beruflichen Diversifikation erkennen. Der Angestelltenstatus wird aber faktisch als Instrument einer besseren Work-Life-Balance perspektivisch an Bedeutung gewinnen; mögliche berufliche Mentalitätsverschiebungen lassen sich zur Zeit daraus aber noch nicht klar ableiten.

6 Literaturverzeichnis

Ayers, K. M. S., Thomson, W. M., Rich, A.M., Newton, J. T.: Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent* 36, 2008, S. 343-350.

Bergmann-Krauss, B., Micheelis, W., Walther, W.: Die Fortbildung des niedergelassenen Zahnarztes: Nutzung und Bewertung. Erfahrungen einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 2/05, Köln 2005

Borgetto, B., Kälble, K.: Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim 2007

Brecht, J. G., Meyer, V. P., Micheelis, W.: Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2030. Überprüfung und Erweiterung des Prognosemodells PROG20. IDZ-Information 2/09, Köln 2009

Enkling, N.: Kraniomandibuläre Dysfunktion und Bruxismus. In: Wolowski, A., Demmel, H.-J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Stuttgart 2010, S. 130-142

Freidson, E.: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart 1979

Henke, K.-D., Reimers, L.: Zum Einfluß von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. In: Ulrich, V., Ried, W. (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden 2007, S. 736-753

IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln 2006

Klingenberger, D., Becker, W.: Ökonomische Analyse der Ausgangsbedingungen, Verlaufsmuster und Erfolgsfaktoren von zahnärztlichen Existenzgründungen – Ergebnisse der dritten Befragungswelle (AVE-Z-3). IDZ-Information 3/08, Köln 2008

Klingenberger, D., Kern, A. O., Micheelis, W.: Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz. Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IDZ-Information 2/06, Köln 2006

Kopetsch, T.: Die ärztliche Profession in Deutschland. Eine Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung in der Vergangenheit, eine Bestandsaufnahme des Status quo sowie ein Ausblick in die Zukunft. J Public Health 12, 2004, S. 304-320

Kuhlmann, E.: Profession und Geschlechterdifferenz. Eine Studie über die Zahnmedizin. Opladen 1999

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6., durchgesehene Auflage, Weinheim, 1997

Micheelis, W.: Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung. Ergebnisse einer Fragebogenstudie. Köln 1983

Oberlander, W.: Zahnärzte in Bayern: "Zukunft der Praxis - Praxis der Zukunft". Ergebnisse der Mitgliederbefragung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer 2007. Nürnberg 2008

Petersen, P. E.: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 31, 2003, Suppl. 1, S. 3-23

Rüschemeyer, D.: Freie und akademische Berufe. In: Bernsdorf, W.: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart 1969

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2006

Stichweh, R: Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Saake, I., Vogd, W. (Hrsg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenhausbehandlung*. Wiesbaden 2008, S. 329-344

Vogd, W.: Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie* 31, S. 294-315, 2002

Wegner, R., Szadkowski, D., Poschadel, B., Simms, M., Niemeyer, Y., Baur, X.: Psychomenteale Belastung und Beanspruchung im Arztberuf. Ergebnisse von Fragebogenerhebungen. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 37, 2002, S. 60-75



Fragebogen zur Studie

Köln, im Februar 2009

Sehr verehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

im Rahmen des IDZ-Projektes geht es insgesamt um die **Zukunftsperspektiven des zahnärztlichen Berufes**. Im Einzelnen sollen die "Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotenziale der zahnärztlichen Berufsausübung (ANFO-Z)" unter den veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten der heutigen Zeit untersucht werden. Dabei ist auch Ihre Adresse per Zufallswahl aus dem Zahnarztregister der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) gezogen worden unter Beachtung des Datenschutzes. Insgesamt wurde eine Gesamtstichprobe (Praxisinhaber und angestellte Zahnärzte) von rund 5 Prozent (3.200 Adressen) aus allen Adressen behandelnd tätiger Zahnärzte in der Bundesrepublik Deutschland gezogen, um ein repräsentatives Zahlenbild zu den diversen Fragen zu erhalten.

Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir Sie sehr herzlich zur Mitarbeit einladen und bitten Sie, sich etwas Zeit zu nehmen (maximal 30 Minuten) und die gestellten Fragen und Problemaufrisse nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. **Nur wenn alle angeschriebenen Projektteilnehmer bei dieser Befragungsstudie mitmachen, erhalten wir ein wissenschaftlich-methodisch belastbares bzw. aussagekräftiges Antwortbild.** Die Auswertungen erfolgen selbstverständlich absolut anonym und ohne jeden Namensbezug; es interessiert ausschließlich das Zahlenbild, wie es sich aus allen Einzelantworten ergibt.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte ist eine gemeinsame Forschungseinrichtung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Es ist vorgesehen, dass die Ergebnisse dieser Studie in unserem institutseigenen IDZ-Informationssdienst im Herbst 2009 veröffentlicht werden. Auch wird in den Zahnärztlichen Mitteilungen (*zm*) ausführlich berichtet werden.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen mit beiliegendem, vorfrankierten Rücksendumschlag in den nächsten 14 Tagen wieder an das IDZ zurück. Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei diesem für den Berufsstand so wichtigen Projekt!

Falls Sie Fragen zum Projekt oder zum Fragebogen haben sollten: Ihre Ansprechpartner im IDZ sind Dr. Wolfgang Micheelis (0221/4001-140) oder Frau Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss (0221/4001-206).

Ihr
Institut der Deutschen Zahnärzte

Vorbemerkung

Der folgende Fragebogen gliedert sich in insgesamt vier große Themenblöcke, die sich jeweils unter einem eigenen Blickwinkel mit den veränderten Anforderungen der zahnärztlichen Berufsausübung auseinandersetzen. Uns interessieren hier Ihre ganz persönlichen Erfahrungen und Bewertungen zu diesen Themenblöcken, wie Sie sie aus Ihrer alltäglichen Berufserfahrung als Zahnarzt sehen. Es handelt sich um die Themenkomplexe: **A. Bevölkerungsdemographie, B. Epidemiologie, C. Medizinische Kultur und D. Eigene Arbeitsbedingungen.** Eine kurze Soziodemographie zu Ihrer Person bzw. zu Ihren Berufsausübungsmerkmalen schließt diesen Fragebogen ab.

A. Bevölkerungsdemographie

Der Altersaufbau ist in allen Industriegesellschaften in einem großen Umbruch, der Anteil älterer Menschen am gesamten Bevölkerungsumfang wird immer größer und zusätzlich werden die älteren Menschen immer älter. Die Experten sprechen in diesem Zusammenhang von einer "doppelten Altersdynamisierung". Auch nimmt in vielen Gesellschaften der Anteil ausländischer Mitbürger oder von Personen mit einem so genannten Migrationshintergrund deutlich zu.

1. Wenn Sie an Ihre eigene zahnärztliche Berufstätigkeit denken: Haben Sie selbst **im Verlauf Ihrer Behandlungstätigkeit** Veränderungen in der Alterszusammensetzung Ihrer Patientenschaft beobachtet?

Nein, es hat sich im Hinblick auf die Alterszusammensetzung der von mir behandelten Patienten nichts verändert

Ja, im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlungstätigkeit ist der Anteil jugendlicher und junger Patienten spürbar angestiegen

Ja, der Anteil älterer und alter Patienten hat spürbar zugenommen

Weiß nicht, habe erst vor kurzem mit zahnärztlicher Behandlungstätigkeit begonnen

2. Wenn Sie einmal ganz grob schätzen würden: Wie hoch ist der **Anteil älterer Patienten (65 Jahre und älter)** in Prozent an **Ihrer gesamten Patientenschaft**?

Der Anteil der Patienten von 65 Jahre und älter beträgt in meinem persönlichen Arbeitsrahmen ca. _____ Prozent.

3. Wenn Sie bitte jetzt einmal nur an die verschiedenen Altersgruppen denken: Was sind aus Ihrer Erfahrung die **zahnmedizinischen Hauptprobleme**? Bitte nennen Sie hier einige Stichworte.

Kinder: _____

Jugendliche: _____

Erwachsene im Erwerbsalter: _____

Senioren: _____

4. Der Anteil der in Deutschland lebenden Ausländer liegt laut Statistischem Bundesamt zur Zeit bei rund 9 Prozent. Das ist selbstverständlich nur ein statistischer Durchschnittswert für ganz Deutschland. Wie schätzen Sie den Anteil ausländischer Patienten an **Ihrer gesamten Patientenschaft** ein? Bitte nennen Sie einen ungefähren Prozentsatz.

Der Anteil ausländischer Patienten liegt bei mir bei ca. _____ Prozent.

5. Gibt es besondere **zahnmedizinische Probleme**, die ausländische Patienten Ihrer Erfahrung nach zeigen?

Nein.....

Ja



Und zwar: _____

6. Haben Sie aus Ihrer Berufstätigkeit der letzten Jahre den Eindruck, dass **Allgemeinerkrankungen** für Ihre zahnärztlichen Therapieentscheidungen wichtiger geworden sind?

Sehr wichtig

Wichtig

Eher unwichtig

Völlig unwichtig

Weiß nicht, schwer zu sagen

B. Epidemiologie

Die Analyse der Verbreitung von Erkrankungen in der Bevölkerung ist ein Aufgabengebiet der Epidemiologie. Dabei wird die Zunahme und die Abnahme von Erkrankungen von einer Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt, wobei auch biologische Altersfaktoren häufig eine Rolle spielen. Hier spricht man von so genannten "altersassoziierten Erkrankungen".

7. Wenn Sie jetzt einmal wieder an Ihre eigene zahnärztliche Behandlungstätigkeit denken: Welche der folgenden **zahnmedizinischen Erkrankungen** haben in den letzten Jahren Ihrer Erfahrung nach insgesamt eher zugenommen oder eher abgenommen, was sehen Sie also klinisch häufiger, was klinisch seltener oder was ist gleich geblieben?

	eher häufiger	eher seltener	gleich geblieben
Kronenkaries.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurzelkaries.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gingivitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnverluste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruxismus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschleimhautveränderungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnstellungs- und Bisslagefehler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erosionen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Und zwar: _____			

8. Inwieweit haben Sie sich beruflich auf diese **Veränderungen in dem oralen Krankheitsspektrum** eingestellt? Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.

Durch gezielte Fortbildung.....	<input type="checkbox"/>
Durch eigene Schwerpunktsetzungen.....	<input type="checkbox"/>
Durch mehr Überweisung(en) an entsprechende Kollegen.....	<input type="checkbox"/>
Durch neue Kooperationsformen mit anderen Kollegen.....	<input type="checkbox"/>
Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>

9. Durch die Einführung des "Festzuschusssystem für Zahnersatz" haben sich die zahnprothetischen Versorgungsformen in Deutschland im statistischen Gesamtbild verändert. Wenn Sie an Ihre eigene Behandlungstätigkeit denken: Gibt es hier **Veränderungen hinsichtlich der prothetischen Therapiedurchführung?** Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.

- Mache mehr herausnehmbare ZE-Versorgungen.....
- Mache weniger herausnehmbare ZE-Versorgungen
- Mache mehr festsitzende ZE-Versorgungen
- Mache weniger festsitzende ZE-Versorgungen
- Mache mehr Implantatversorgungen
- Mache weniger Implantatversorgungen.....
- Hat keine Veränderungen gegeben.....
- Mache selbst keine ZE-Versorgungen.....

10. Die Verbreitung von entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontitis) wird nach aktuellen epidemiologischen Erhebungen als hoch eingeschätzt. Führen Sie selbst **parodontologische Behandlungen** im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Berufstätigkeit durch?

- Sehr häufig
- Häufig.....
- Eher selten.....
- Gar nicht ►► *weiter mit Frage 11*

10a. Wenn Sie **Parodontalbehandlungen** durchführen: Bei wie vielen Patienten führen Sie durchschnittlich **pro Quartal** die folgenden Behandlungsmaßnahmen durch? Bitte nennen Sie hier Absolutzahlen.

Ich führe durchschnittlich bei ca. _____ Patienten eine **Vorbehandlung** durch.

Ich führe durchschnittlich bei ca. _____ Patienten ein **geschlossenes Vorgehen** durch (z. B. P200/201).

Ich führe durchschnittlich bei ca. _____ Patienten ein **offenes Vorgehen** durch (z. B. P202/203).

Ich führe durchschnittlich bei ca. _____ Patienten eine **Nachbehandlung** (Recall) durch.

10b. Wie häufig kommen Ihre PAR-Patienten im Durchschnitt **pro Kalenderjahr zum Recall**? Bitte schätzen Sie hier einmal ganz grob.

Ca. _____ mal

10c. Setzen Sie zur Unterstützung bei der PAR-Therapie auch **antibakterielle Produkte** ein? Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.

Chlorhexidin.....

Listerine

Meridol

Antibiotika

Nein, setze keine entsprechenden Produkte ein.....

10d. Welche Bedeutung hat Ihrer Erfahrung nach die **Mitarbeit (Compliance) des Patienten** für den Erfolg einer PAR-Therapie?

Sehr wichtig

Wichtig

Eher unwichtig

Völlig unwichtig

10e. Was sind Ihrer Erfahrung nach die **medizinischen Hauptprobleme**, wenn eine PAR-Therapie nicht den gewünschten Erfolg bringt? Bitte sagen Sie es mit eigenen Stichworten.

10f. Wenn Sie eine PAR-Therapie durchführen: Über welches **Honorierungssystem** rechnen Sie Ihre parodontologische Dienstleistung ab?

Nur BEMA.....

Nur GOZ

Sowohl BEMA wie auch GOZ

Freie Vereinbarung.....

10g.	Und welche Qualifikationsmerkmale haben Ihre Mitarbeiter , die Sie bei einer Parodontalbehandlung einsetzen? Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.
	Zahnmed. Fachangestellte/Zahnarthelfer/in (ZFA) <input type="checkbox"/>
	Zahnmed. Prophylaxehelfer/in, -assistent/in (ZMP) <input type="checkbox"/>
	Zahnmed. Fachhelfer/in, -assistent/in (ZMF) <input type="checkbox"/>
	Dental-Hygieniker/in (DH) <input type="checkbox"/>
	Sonstiges <input type="checkbox"/>

C. Medizinische Kultur

Das Gesundheitssystem als Teil der Gesellschaft unterliegt einem ständigen Wandel und wird beeinflusst von vielfältigen Trends der heutigen Zeit. Gleichzeitig unterliegt es ökonomischen Zwängen und ideologischen Zielsetzungen und ist damit immer auch Gegenstand der politischen Auseinandersetzung. "Ökonomisierung", "Verwissenschaftlichung" und "Patientenmit-sprache" markieren hier aktuell drei wesentliche Stichworte in der öffentlichen Gesundheits-diskussion.

11.	Wenn Sie einmal von Ihrer ganz persönlichen Berufserfahrung als berufstätiger Zahnarzt ausgehen: Welche Faktoren schränken Ihrer Meinung nach Ihre berufliche Autonomie am meisten ein? Bitte nennen Sie die drei wichtigsten Punkte .
	Mangelnde Kalkulierbarkeit beruflicher und zeitlicher Belastungen <input type="checkbox"/>
	Wenig Zeit für einzelne Patienten <input type="checkbox"/>
	Probleme bei Vereinbarkeit von Familie und Beruf <input type="checkbox"/>
	Abhängigkeit von Vorgesetzten <input type="checkbox"/>
	Fortschreitende Abhängigkeit von der Technik <input type="checkbox"/>
	Rationalisierung von Diagnostik und Behandlungsprozessen <input type="checkbox"/>
	Zunehmend komplexe Versorgungsstrukturen <input type="checkbox"/>
	Beschränkung der Entscheidungsfreiheit über zahnärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>
	Dominanz des Systems der Krankenkassen <input type="checkbox"/>
	Überlagerung zahnärztlichen Denkens und Handelns durch Ökonomie <input type="checkbox"/>
	Belastung durch Bürokratie/Verwaltung <input type="checkbox"/>

12. Das Konzept der so genannten **"Evidenzbasierten Medizin" (EbM)** hat in den letzten Jahren bei Gestaltungsfragen des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung gewonnen. Danach sollen Ärzte/Zahnärzte ihr berufliches Handeln stärker als bisher darauf ausrichten, was an Erkenntnissen aus systematischer Forschung in methodisch möglichst hochwertiger Form vorliegt. Sind Sie mit diesem Konzept der evidenzbasierten Medizin bzw. der evidenzbasierten Zahnmedizin schon einmal näher in Berührung gekommen oder sagt Ihnen dieses Konzept nichts Näheres?

Ja, kenne das EbM-Konzept.....

Nein, sagt mir nichts Näheres ► *weiter mit Frage 13*

12a. Wie **beurteilen Sie dieses Konzept** für Ihre eigene berufliche Tätigkeit?

Sehr wichtig

Wichtig

Eher unwichtig

Völlig unwichtig

Habe zur Zeit kein Urteil.....

12b. Wo sehen Sie **mögliche Probleme** bei der Anwendung/Umsetzung des EbM-Konzeptes bei Ihrer eigenen Arbeit? Bitte nennen Sie hier einige Stichworte.

13. Ein weiterer aktueller Diskussionspunkt in der nationalen und internationalen Gesundheitsdiskussion ist der Begriff des so genannten **"Informierten Patienten"**. Gemeint ist hier das Leitbild eines Patienten, der über ein breites Wissen hinsichtlich der Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten seiner eigenen Erkrankung verfügt und so in der Lage ist, eigenständige Entscheidungen zu den Vor- und Nachteilen einer ärztlicher- bzw. zahnärztlicherseits vorgeschlagenen Therapie zu treffen. Für wie wichtig halten Sie persönlich das Leitbild des "informierten Patienten", wenn Sie von Ihrer eigenen Berufserfahrung ausgehen?

Sehr wichtig

Wichtig

Eher unwichtig

Völlig unwichtig

14. Wo liegen **aus Ihrer Sicht vor allem die Grenzen**, die einem eher partnerschaftlichen Miteinander von Zahnarzt und Patient entgegenstehen? Bitte nennen Sie hierzu einige Stichworte.

Weiß nicht.....

15. Und gibt es aus Ihrer Sicht Einzelfragen bei der zahnmedizinischen Betreuung oder auch bei der Behandlung, wo **der Patient selbst entscheiden** sollte, was getan oder nicht getan werden sollte? Bitte nennen Sie hierzu wieder einige Stichworte.

Weiß nicht.....

D. Eigene Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen der zahnärztlichen und auch ärztlichen Berufsausübung werden zunehmend als eigenes Forschungsgebiet der so genannten "Versorgungsforschung" angesehen. Die Arbeits- und Berufszufriedenheit des Arztes/Zahnarztes wird mittlerweile dementsprechend als wichtiger Gestaltungsfaktor des Gesundheitswesens aufgefasst.

16. Alles in allem gesehen: Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit Ihrer **beruflichen Situation allgemein**?

Sehr zufrieden

Zufrieden.....

Eher unzufrieden

Sehr unzufrieden

17. Und wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit Ihrer persönlichen **wirtschaftlichen Situation**?

Sehr zufrieden

Zufrieden.....

Eher unzufrieden

Sehr unzufrieden

18. Wie stark sehen Sie sich persönlich im **Wettbewerb** zu Ihren Zahnarztkollegen?

- Sehr stark
- Stark.....
- Wenig.....
- Gar nicht

18a. In **welchen Bereichen** findet Ihrer Meinung nach vor allem Wettbewerb statt?
Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.

- Werbung
- Öffnungszeiten
- Gefälligkeiten
- Selbstzahlerangebote.....
- Preisgestaltung.....
- Überweisungsverhalten.....
- Verhalten gegenüber Patienten
- Überwiesene Patienten binden
- Sonstiges



Und zwar: _____

19. Und wie wird sich Ihre persönliche **wirtschaftliche** Situation in den **nächsten fünf Jahren** Ihrer Meinung nach entwickeln?

- Deutlich besser
- Etwas besser
- Eher gleich.....
- Etwas schlechter
- Deutlich schlechter
- Weiß nicht.....

20. Eine Zwischenfrage: Sind Sie in **eigener Praxis** (Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft) niedergelassen?

Ja ►► *weiter mit Frage 20a*

Nein..... ►► *weiter mit Frage 21*

20a. Planen Sie in den nächsten Jahren die **zahnärztliche Tätigkeit auszubauen**?

Ja, durch Kooperation(en).....

Ja, durch Anstellung von Zahnärzten

Nein, nicht geplant.....

Nein, habe sogar einen Tätigkeitsabbau geplant.....

21. Im Folgenden haben wir eine Liste von Maßnahmen zusammengestellt, die ganz allgemein geeignet sind, die **zahnärztliche Berufsausübung** positiv zu unterstützen. Welche der folgenden Maßnahmen haben Sie in den **vergangenen zwei Jahren** ergriffen? Mehrfachnennungen sind hier selbstverständlich möglich.

Fortbildung zu zahnmedizinischen Themen

Fortbildung zu abrechnungstechnischen Themen

Fortbildung zu Themen der Praxisorganisation.....

Fortbildung zu Themen der Personalführung

Fortbildung von Praxismitarbeiterinnen

Zusammenarbeit mit externen Qualitätsmanagementberatern

Einführung bzw. Umsetzung eines spezifisch zahnärztlichen Qualitätsmanagementsystems.....

Patientenbefragungen.....

Teilnahme an zahnärztlichen Qualitätszirkeln

 Sonstiges

Und zwar: _____

22. Im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt, die verschiedene **Anforderungen der beruflichen Tätigkeit** betreffen. Bitte gehen Sie einmal diese Punkte durch und geben Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie aus Ihrer aktuellen Berufssituation jeweils zustimmen.

	Voll und ganz	Über- wie- gend	Teils/ teils	Eher we- niger	Gar nicht
Mein Beruf stellt sehr hohe Anforderungen an die eigene Konzentrationsfähigkeit.....	<input type="checkbox"/>				
Auch bei schwierigen Arbeitsproblemen lassen sich eigentlich immer irgendwelche Lösungsmöglichkeiten finden.....	<input type="checkbox"/>				
Bei der Arbeit bin ich meist sehr angespannt.....	<input type="checkbox"/>				
Nach einem freien Wochenende fühle ich mich wieder richtig erholt	<input type="checkbox"/>				
Manchmal fühle ich mich nach einem vollen Arbeitstag ziemlich erschöpft	<input type="checkbox"/>				
Ich arbeite unter starkem Zeitdruck	<input type="checkbox"/>				
Ich bräuchte am Tag mehr Pausen zur Erholung ...	<input type="checkbox"/>				
Manchmal wird mir die berufliche Verantwortung, die die Arbeit mit sich bringt, zu viel	<input type="checkbox"/>				
Bei der Erledigung meiner laufenden Arbeit werde ich häufig gestört	<input type="checkbox"/>				
Bei meiner Arbeit tauchen häufig unvorhergesehene Zwischenfälle auf.....	<input type="checkbox"/>				
Bei meiner Behandlungstätigkeit gibt es häufiger Probleme, die schwer zu überwinden sind	<input type="checkbox"/>				
Manchmal habe ich das Gefühl, dass meine Arbeit ziemlich gleichförmig ist	<input type="checkbox"/>				
Bei meiner Tätigkeit gibt es häufiger Situationen, die sich nur schwer kontrollieren lassen	<input type="checkbox"/>				

23. Wie würden Sie insgesamt Ihr Arbeitsspektrum einstufen: Haben Sie sich auf bestimmte **Arbeitsschwerpunkte** konzentriert oder arbeiten Sie allgemein Zahnärztlich ohne besonderen Schwerpunkt?

Arbeite allgemein Zahnärztlich ohne besonderen Arbeitsschwerpunkt ►► weiter mit Frage 24

Arbeite allgemein Zahnärztlich mit dem (den) **Arbeitsschwerpunkt(en)**:

- Kinderzahnheilkunde
- Prophylaxe/Prävention
- Parodontologie
- Endodontologie
- Prothetik
- Implantologie
- Ästhetische ZHK
- Naturheilkunde
- Funktionsdiagnostik/-therapie
- Kieferorthopädie
- Sonstiges

 Fachzahnärztliche Praxis

Fachgebiet: _____ ►► weiter mit Frage 24

23a. Haben Sie in den vergangenen fünf Jahren **neue Arbeitsschwerpunkte** gebildet?

 Ja

Und zwar: _____

Nein

24. Und im Folgenden haben wir einige Aussagen zusammengestellt, die allgemein die **Einstellung zur zahnärztlichen Fortbildung** betreffen. Bitte gehen Sie diese Punkte einmal durch und geben Sie an, wie stark Sie diese Aussagen für sich selbst als zutreffend empfinden.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme nicht zu
Ohne Fortbildung kann man kein guter Zahnarzt sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur wer regelmäßig Fortbildung betreibt, kann berufliche Zufriedenheit erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten merken schnell, wenn der Zahnarzt keine Fortbildung betreibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung allein für den Zahnarzt bringt nichts, das ganze Team muss eingebunden sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Fortbildung lässt sich auf Dauer keine gute Behandlungsqualität erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung ist der Schlüssel zur Imagesteigerung der Praxis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftlicher Erfolg einer Zahnarztpraxis und Intensität der Fortbildung sind aufs engste miteinander verbunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Alles in allem: Wenn Sie die verschiedenen Entwicklungstrends betrachten, die gegenwärtig auf die zahnärztliche Tätigkeit einströmen und von denen viele in diesem Fragebogen angesprochen wurden, wo sehen Sie **positive Entwicklungspotenziale für Ihre eigene zahnärztliche Berufsausübung?**

- Spezialisierung mit formalem Abschluss
 - Setzung von Arbeitsschwerpunkten
 - Neue Praxisformen.....
 - Einbindung in Versorgungsnetze.....
 - Anderer Berufsstatus (angestellt, selbstständig).....
 - Keine.....
 - Sonstiges
-  Und zwar: _____

Abschließend bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben zu Ihrer Person bzw. zu Ihrem beruflichen Arbeitsrahmen.

S 1 Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an.

Weiblich Männlich

S 2 Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?

unter 35 Jahre

35 bis unter 45 Jahre

45 bis unter 55 Jahre

55 bis unter 65 Jahre

65 Jahre und älter

S 3 Sind Sie in eigener Praxis niedergelassen oder sind Sie in der Zahnarztpraxis angestellt bzw. als Assistent tätig?

In eigener Praxis niedergelassen

In Praxis angestellt/Assistent

 Sonstiges

Und zwar: _____

S 4 Welche Organisationsform hat Ihr Arbeitsstandort genau?

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft .

Praxisgemeinschaft

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Zweigpraxis

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

 andere Organisationsform

Und zwar: _____

S 5 Wie setzt sich die Personalstruktur an Ihrem Arbeitsstandort zur Zeit zusammen? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an und tragen Sie jeweils die Anzahl dahinter ein.

	Anzahl
Zahnarzt/Zahnärztin	<input type="checkbox"/> _____
Zahntechniker/in	<input type="checkbox"/> _____
Dental-Hygieniker/in (DH)	<input type="checkbox"/> _____
Zahnmed. Fachhelfer/in, -assistent/in (ZMF).....	<input type="checkbox"/> _____
Zahnmed. Prophylaxehelfer/in, -assistent/in (ZMP)	<input type="checkbox"/> _____
Zahnmed. Verwaltungshelfer/in, -assistent/in (ZMV)	<input type="checkbox"/> _____
Zahnmed. Fachangestellte/Zahnarthelfer/in (ZFA)	<input type="checkbox"/> _____
Zahnmed. Auszubildende	<input type="checkbox"/> _____
Mitarbeitende Familienangehörige.....	<input type="checkbox"/> _____
Sonstiges Personal (Bürohilfe, Raumpflege).....	<input type="checkbox"/> _____

S 6 Wie groß ist der Arbeitsrahmen, in dem Sie arbeiten, ungefähr und zwar gemessen an der Anzahl der Behandlungsscheine pro Quartal?

- bis unter 200 Scheine.....
- 200 bis unter 400 Scheine
- 400 bis unter 600 Scheine
- 600 bis unter 800 Scheine
- 800 bis unter 1000 Scheine
- 1000 Scheine und mehr

S 7 Wie hoch ist ungefähr der Anteil der Privatpatienten am gesamten Patientenaufkommen pro Quartal?

- unter 10 Prozent
- 10 bis unter 20 Prozent
- 20 bis unter 30 Prozent
- 30 Prozent und mehr
- reine Privatpraxis.....

S 8 Und wie groß ist ungefähr der Anteil der Privateinnahmen an den Gesamteinnahmen aus Ihrer zahnärztlichen Tätigkeit?

- unter 20 Prozent
- 20 bis unter 40 Prozent
- 40 bis unter 60 Prozent
- 60 Prozent und mehr
- reine Privatpraxis

S 9 In welchem Kammerbereich befindet sich Ihr Arbeitsstandort?

- | | |
|---|---|
| Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> | Nordrhein <input type="checkbox"/> |
| Bayern <input type="checkbox"/> | Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> |
| Berlin <input type="checkbox"/> | Saarland <input type="checkbox"/> |
| Brandenburg <input type="checkbox"/> | Sachsen <input type="checkbox"/> |
| Bremen <input type="checkbox"/> | Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> |
| Hamburg <input type="checkbox"/> | Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> |
| Hessen <input type="checkbox"/> | Thüringen <input type="checkbox"/> |
| Mecklenburg-Vorpommern <input type="checkbox"/> | Westfalen-Lippe <input type="checkbox"/> |
| Niedersachsen <input type="checkbox"/> | |

S 10 Wie groß ist der Ort, in dem sich Ihr Arbeitsstandort befindet?

- bis unter 5.000 Einwohner
- 5.000 bis unter 20.000 Einwohner
- 20.000 bis unter 100.000 Einwohner
- 100.000 bis unter 500.000 Einwohner
- 500.000 Einwohner und mehr

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte schicken Sie den Fragebogen im beiliegenden, vorfrankierten Rücksendeumschlag an das IDZ zurück.

INSTITUT DER DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE (IDZ)
Universitätsstr. 73, 50931 Köln
Tel.: 0221/4001-141, Fax: 0221/40 48 86
E-Mail: idez@idz-koeln.de, Internet: <http://www.idz-koeln.de>