

Universitätsklinikum Ulm Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. Dr. Alexander Schramm  
Abteilung dento-maxillofaciale Radiologie Leiterin:  
Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel

Die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen unter Beachtung des Genderaspektes  
für Studierende der Zahnmedizin – Entwicklung und Evaluation eines Curriculums

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Zahnmedizin der  
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt von

Salome Tuschy-Hagmann

Geboren in Balingen

2019

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth  
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Margit-Ann Geibel  
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Vladimir Hrabal  
  
Tag der Promotion: 06.08.2020

Von Herzen in Dankbarkeit  
meiner Familie gewidmet

Teile dieser Dissertation sind erschienen in

**AMEE MedEdPublish**

Tuschy- Hagmann S, Geibel M A, Jerg-Bretzke L: Development and Evaluation of a Communication and Social Competence Training for Dental Students. AMEE MedEdPublish, 8: 29 (2019)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Einführung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Vorteile der effektiven Kommunikation.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Bedeutung der Einstellung der Student_innen hinsichtlich der Befragung.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Fragestellung.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Material und Methodik.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Entwicklung des Curriculums und dessen Ablauf.....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Konstruktion der Fallvignetten am Beispiel der ängstlichen Patient_innen.....	12
<b>2.2 Evaluation.....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Befragung.....	14
2.2.2 Handhabung des Fragebogens.....	15
2.2.3 Aufbau des Fragebogens.....	15
2.2.3.1 Allgemeiner Teil des Fragebogens.....	17
2.2.3.2 Selbsteinschätzung der Student_innen.....	17
2.2.3.3 Bewertung des Unterrichts der Gesprächsführung.....	18
2.2.3.4 Gesprächsführung unter Genderaspekten.....	19
2.2.4 Datenerfassung und statistische Auswertung.....	20
<b>3. Ergebnisse der Evaluation.....</b>	<b>20</b>
3.1 Demographische Ergebnisse.....	20
3.2 Bedeutung der Gesprächsführung.....	21
3.3 Weiterbildung im Bereich Kommunikation.....	22
3.4 Zahnärztliche Gesprächsführung als Pflichtkurs.....	24
3.5 Themen, die unterrichtet werden sollen.....	24
3.6 Einschätzung der Student_innen vor und nach Unterricht in Gesprächsführung.....	25
3.7 Standardisiertes Vorgehen.....	26
3.8 Übergreifende Aspekte.....	27
3.9 Genderaspekt in der zahnärztlichen Kommunikation.....	28
3.10 Rolle des Behandlergeschlechts auf Behandlungsablauf und Kompetenz.....	29
3.11 Erwartungshaltung männlicher und weiblicher Patient_innen.....	31
<b>4. Diskussion.....</b>	<b>32</b>
4.1 Die Bedeutung der Gesprächsführung und des Gesprächsführungskurses.....	32
4.2 Die Bedeutung eines übergreifenden Trainings.....	34
4.3 Einschätzung des zeitlichen Aufwands und Beurteilung eines standardisierten Vorgehens.....	36
4.4 Entwicklung der Selbsteinschätzung der Student_innen.....	37
4.5 Beurteilung der Genderaspekte in der Patient_innenkommunikation.....	39
4.6 Fazit:.....	43
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>47</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>56</b>
Entwickeltes Curriculum nach spezifischen Patient_innengruppen.....	66
Leitfaden: Ängstliche Patient_innen.....	69
Leitfaden: Ärgerliche Patient_innen.....	72
Leitfaden: Depressive Patient_innen.....	75
Leitfaden: Patient_innen mit pathologischen oralen Gewohnheiten.....	78

Leitfaden: Behinderte Patient_innen .....	80
Fallvignette unter Genderaspekten.....	83
Protokoll vom 31.05.2016.....	85
Tabellarische Auswertung der Signifikanzen .....	87
<b>Danksagung</b> .....	<b>93</b>
<b>Lebenslauf</b> .....	<b>94</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
Dr.	Doktor
etc.	et cetera
GA	Genderaspekt
Ggf.	gegebenenfalls
PD	Privatdozent
Prof.	Professor
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel

# 1. Einleitung

## 1.1 Einführung

Die sprachliche und nicht-sprachliche Kommunikationsfähigkeit des\_der Ärzt\_in ist in der Praxis gefragt, wobei die effektive Kommunikation von der Anamnese, der Mitteilung von Diagnosen über die Vermittlung von Informationen bis hin zur Beratung und Aufklärung der Patient\_innen reicht. Folglich ist es für den\_die zukünftige\_n Ärzt\_in von elementarer Bedeutung, solch eine professionelle Kommunikationstechnik zu beherrschen.

Der Bedarf einer kompetenten Gesprächsführung sowie die Bedeutung einer studentischen Ausbildung zum Erlangen entsprechender Kommunikationstechniken wird klar ersichtlich.

So hinaus schreibt das Patientenrechtegesetz vor, Informationen dergestalt zu vermitteln, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen abgesprochen werden und auf die Würde und Integrität der Patient\_innen zu achten ist (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten 2013).

Trotz Technisierung, Ökonomisierung und Rationalisierung in der Medizin ist auch aktuell ein gutes Patient\_innengespräch bzw. eine gute Ärzt\_in-Patient\_innen-Beziehung durch nichts zu ersetzen. Das Erlernen einer patient\_innenorientierten Gesprächsführung bildet insbesondere im Hinblick auf die im Verlauf dargelegten positiven Effekte eine essentielle Grundvoraussetzung.

Somit erscheint die professionelle Kommunikation als Schlüsselkompetenz zur Gestaltung eines heilsamen Ärzt\_innen-Patient\_innen-Verhältnisses (Street et al. 2009).

In der neuen Approbationsordnung für Zahnärzt\_innen in Deutschland ist geplant den Erwerb von kommunikativen Basisfähigkeiten festzusetzen. So soll spezifisch der Aspekt des Erkennens und der Umgang mit Patient\_innenemotionen überprüft werden.



Die hierbei anzueignende ärztliche Gesprächsführung beinhaltet nicht die bloße Anwendung kommunikativer Techniken, sondern deren situationsgerechten Einsatz. Die Vermittlung professioneller, kommunikativer Kompetenz sollte als elementares Gestaltungsmittel einen unerlässlichen Bestandteil der ärztlichen Ausbildung darstellen.

Die hier durchgeführte Literaturrecherche, vor allem unter dem speziellen Gesichtspunkt der zahnärztlichen Gesprächsführung, lieferte zwar im Bereich des Humanmedizinstudiums wertvolle und hilfreiche Literatur, im Bereich der Zahnmedizin war jedoch quantitativ nur wenig Literatur verfügbar. Der Einfluss des Geschlechts sowohl des\_der Behalder\_in, als auch des\_der Patient\_in auf die Kommunikation ist im Gebiet der Zahnmedizin nicht genügend erforscht und benötigt weitere Studien.

Vor dem Hintergrund der Unterscheidung diverser Patient\_innengruppen wurden im Rahmen der Dissertation spezifische Fallvignetten konstruiert und Checklisten für Rollenspiele konzipiert. Es wurden dabei vor und nach den Trainingseinheiten Fragebögen an die Student\_innen verteilt.

Die Fallvignetten beinhalteten im Speziellen ängstliche, ärgerliche und depressive Patient\_innengruppen.

Auch die Gruppe chronischer Schmerzpatient\_innen und Patient\_innen mit Behinderung wurde aufgegriffen, sowie eine Fallvignette unter Berücksichtigung von Genderaspekten entworfen.

Diese Arbeit verfolgt die Absicht die zukünftige Lehre der kommunikativen Kompetenz weiterzuentwickeln, beispielsweise im Rahmen einer Weiterführung des Curriculums. Somit stellt sie die Grundlage für die Gestaltung von Trainingsprogrammen für Student\_innen dar. In diesen sollen die Student\_innen die Bedeutung der Kommunikation sowohl für die persönliche als auch für die Patient\_innenzufriedenheit erfahren.

## 1.2 Vorteile der effektiven Kommunikation

Worin liegen nun die Vorteile einer gut funktionierenden Patient\_innen-Zahnärzt\_innen-Beziehung?

Die Patient\_innen erhalten durch den Kommunikationsstil der Zahnärzt\_innen einen ersten Eindruck von der jeweils behandelnden Person. Es konnte festgestellt werden, dass dieser erste Eindruck wesentlich die Zufriedenheit bezüglich deren zahnärztlichen Versorgung beeinflusst (Köllner et al. 2010).

Aus Sicht der Patient\_innen ist die Kommunikation die Grundlage einer positiven Ärzt\_innen-Patient\_innen- Beziehung. Oft beklagen Patient\_innen das fehlende Verständnis der behandelnden Zahnärzt\_innen bezüglich potentieller Problembereich, da Patient\_innen in die Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung miteingeschlossen werden möchten (Terziglu et al. 2003).

Interessant ist die Betrachtung der Faktoren, welche eine große Rolle für die Patient\_innen während der ärztlichen Behandlung spielen. Dies beinhaltet die Qualität der Behandlung ebenso wie die Persönlichkeit der Zahnärzt\_innen und den Umgang mit deren Patient\_innen sowie das Eingehen der Zahnärzt\_innen auf Ängste und Schmerzen (Davies u. Ware 1982; Corah et al. 1984).

Geschultes Zuhören und Eingehen auf die Patient\_innen sollte am Anfang jedes Patient\_innengesprächs stehen. Dadurch werden komplexe Grundlagen für das Vertrauensverhältnis gebildet. Dies stellt die Voraussetzung für eine gute Ärzt\_innen—Patient\_innen- Beziehung (Dahmer u. Dahmer 2003 a).

Des Weiteren scheint es so, dass kommunikative Kompetenz eine entscheidende Rolle bezüglich der Häufigkeit gerichtlicher Auseinandersetzungen spielt. Eine Studie von Vincent erwies, dass die Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit einer gerichtlichen Auseinandersetzungen nimmt (Vincent et al. 1994).

### 1.3 Bedeutung der Einstellung der Student\_innen hinsichtlich der Befragung

Wichtig ist die Auseinandersetzung der Student\_innen mit den eigenen Einstellungen und der eigenen Haltung gegenüber der Thematik unterschiedlicher Bereiche der professionellen Kommunikation.

Durch Ajzen, einer der führenden Forscher der Thematik des überlegten Handelns, lässt sich verdeutlichen, welchen Stellenwert die persönliche Einstellung zu einer Thematik einnimmt.

Seine Beschreibung der Einstellung besagt, dass sie eine zusammenfassende Bewertung eines psychologischen Objektes darstellt, das in Merkmalsdimensionen wie gut-schlecht, schädlich-nützlich, angenehm-unangenehm, sympathisch-unsympathisch erfasst wird (Ajzen 2001).

So erfassten Levinson und Roter, dass psychosoziale Einstellungen von Hausärzt\_innen einen Zusammenhang mit ihrem Kommunikationsverhalten bilden (Levinson u. Roter 1995).

Folglich ist die Bedeutung der psychosozialen Orientierung zukünftiger Ärzt\_innen als relevante Grundvoraussetzung für eine effektive Kommunikation erkennbar.

Entgegen der von der Gesellschaft erwarteten vorausgesetzten spezifischen Eigenschaft an die Mediziner, wurden schon Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts eine sinkende psychosoziale Orientierung bei Medizinstudent\_innen festgestellt (Eron 1955 und 1958), beschrieben durch den Begriff der Dehumanisierung.

Betrachtet man die Fähigkeit zur Empathie im aktuellen Zeitgeschehen, so konnte in Studien deren Rückgang im zeitlichen Verlauf des Medizinstudiums festgehalten werden (Neumann et al. 2011; Pedersen 2010) und ebenso auch die Abnahme der Patient\_innenorientierung (Tsimtsiou et al. 2007; Woloschuk et al. 2004; Haidet et al. 2002).

Als einer der Ursachen des Verlustes an Empathie gilt der Faktor Stress (Neumann et al. 2011).

Im Laufe der medizinischen Ausbildung fand sich überwiegend ein Rückgang der positiven Einstellungen zur Kommunikation (Harlak et al. 2008; Fazel u. Aghamolaei

2011; Cleland et al. 2005). Ebenso zeigten ängstliche Student\_innen weniger positive Einstellungen zur Gesprächskompetenz (Loureiro et al. 2011).

#### **1.4 Fragestellung**

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, die anfängliche Einstellung der Student\_innen gegenüber der Gesprächsführung und deren weitere Entwicklung im Verlauf bis zur Beendigung des Trainings zu erfassen und darzustellen.

Darüber hinaus sollten die spezifischen Bedürfnisse und Defizite der Student\_innen und damit sowohl der Bedarf an Weiterbildung als auch die Erwartungen an den Kurs der Gesprächsführung ermittelt werden.

Als weiterer Bestandteil der Befragung wurde die Gesprächsführung unter Genderaspekten betrachtet und hier ebenso die Haltung der Student\_innen vor und nach dem Training erfasst.

Folgende Fragen wurden diesbezüglich formuliert:

- Für wie bedeutend stufen Zahnmedizinstudent\_innen die Gesprächsführung ein?
- Welche Themen halten sie für sehr bedeutend?
- Für wie wichtig wird der Kurs der Gesprächsführung im Studium bewertet?
- Findet hierbei während der Durchführung des Trainings eine signifikante Veränderung statt?
- Verändert sich die Selbsteinschätzung der Student\_innen im Hinblick auf die Gesprächsführung mit schwierigen Patient\_innengruppen?
- Wie wird die Gesprächsführung unter Genderaspekten seitens der Student\_innen beurteilt? Ergeben sich auch hier signifikante Veränderungen vor und nach dem Training?

Insofern wurden die im Folgenden aufgeführten literaturbasierten Hypothesen formuliert:

#### ***Effektive Kommunikation***

Einer Studie von Woelber et al. zufolge, wurde festgestellt, dass eine harmonische Beziehung zwischen Zahnärzt\_in und Patient\_in einen großen Einfluss auf das

therapeutische Ziel hat (Woelber et al. 2011). Vermutet wurde, dass die Student\_innen diese Bedeutung nach absolviertem Training erkennen.

In einer Studie von Schwartz et al. hätten 78% der befragten Zahnärzt\_innen gerne mehr Schulung im Bereich der Kommunikation während der Studienzeit erhalten (Schwartz et al. 2007).

Auch in weiteren Studien wird ersichtlich, dass Zahnärzt\_innen nach abgeschlossenem Studium die Einführung eines Gesprächsführungskurses während des Studiums für sinnvoll erachten (Jackson 1978; Kulich et al. 1998), so befürworten auch bei Woelber et al. 87% der Zahnärzt\_innen eine Integration des Kurses in das Studium (Woelber et al. 2011).

Es wird folgende Annahme getroffen:

**Hypothese A:** Die Student\_innen halten nach dem Kurs in zahnärztlicher Gesprächsführung eine effektive Kommunikation für sehr bedeutend.

**Hypothese B:** Die Weiterbildung im Bereich der Kommunikation wird in zusätzlichen Seminaren, Unterricht etc. von den Student\_innen nach dem Training gewünscht.

**Hypothese C:** Der Kurs der zahnärztlichen Gesprächsführung wird als Pflichtkurs gewünscht.

**Hypothese D:** Die Student\_innen geben an, dass Sie als Thema „Zahnärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung“ wünschen.

Die Schulung in Form eines Rollenspiels wurde in der Studie nach Rowan untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass die Form der Rollenspiele der beste Weg ist, um kommunikative Fähigkeiten zu erlernen (Rowan 2008). Daher folgt die Annahme, dass die Student\_innen im Anschluss an das Training sicherer im Umgang mit schwierigen Patient\_innengruppen werden.

**Hypothese E:** Die schwierigen Patientengruppen (aggressiv, besserwissend, etc.) werden nach Absolvieren des Gesprächsführungskurses als weniger schwierig empfunden.

Das geschulte Zuhören und das Eingehen auf die Patient\_innen stehen am Anfang jedes Patient\_innengesprächs, wodurch komplexe Grundlagen für das Vertrauensverhältnis gebildet werden. Da dies über Befunde und Therapiepläne hinaus führt, stellt dies die Voraussetzung für die Ärzt\_innen-Patient\_innen-

Beziehung dar (Dahmer u. Dahmer 2003 a). Angenommen wird, dass die Student\_innen die individuelle Kommunikation anstatt eines standardisierten Vorgehens bevorzugen.

**Hypothese F:** Standardisiertes Vorgehen wird nach dem Training als weniger effektiv eingeordnet.

Grundsätzlich stellte auch Johnke fest, dass eine funktionierende Zahnarzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung für das Gelingen oder Scheitern einer Behandlung mitentscheidend ist (Johnke 1997). Folglich wird vermutet, dass die Student\_innen den Wert der effektiven Kommunikation erkennen und den zeitlichen Aufwand als nicht erheblich betrachten.

**Hypothese G:** Der zeitliche Aufwand wird nach dem Training als nicht erheblich eingestuft.

Laut mehreren Studien lösen insbesondere bei Berufsanfänger\_innen zwischenmenschliche Beziehungen im Praxisalltag und Aspekte, die mit dem Management einer Praxis zusammenhängen, Stress aus (Gorter et al. 2007; Jung u. Wichmann 1990; Kent 1987).

Es ist anzunehmen, dass die Student\_innen den Aspekt der Weiterbildung in anderen Bereichen (Personalführung, Zahnlabor etc.)wünschen.

**Hypothese H:** Gewünscht wird auch eine Weiterbildung für kommunikative Kompetenz in anderen Bereichen (Personalführung, Zahnlabor etc.).

### **Kommunikation unter Genderaspekten**

Stärker als Ärzte fokussieren Ärztinnen eine partnerschaftliche Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung, die Formulierung positiver Aussagen und die Einbeziehung psychosozialer Faktoren (Roter et al. 2002). Des Weiteren hielten sie häufiger Blickkontakt, erfassten mehr Informationen und forderten einen aktiven Entscheidungsprozess ihrer Patient\_innen im Gespräch (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010). Hingegen wurden Zahnärzte bei ihren Patienten\_innengesprächen seltener unterbrochen, hatten einen höheren Redeanteil und wurden eher als Autoritätsperson anerkannt (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010). Ihre Kommunikation wurde als sachlich und dominant beschrieben.

Dass dies von den Student\_innen wahrgenommen wird, wird als Annahme formuliert.

**Hypothese I:** Die unterschiedliche Auswirkung eines männlichen Behandlers im Vergleich zu einer weiblichen Behandlerin auf einen Patienten wird nach dem Kommunikationstraining als bedeutend empfunden.

Im Hinblick auf die Rolle des Behandlergeschlechts bezüglich Behandlungsablauf und Kompetenz lässt sich aus der Literatur zusammenfassen, dass von Zahnärztinnen seitens vieler Patient\_innen bereits eine geschlechtsspezifische Kommunikation vorausgesetzt wird. Dies bedeutet, dass eine emotionale Gesprächsführung bei Zahnärztinnen nicht zusätzlich positiv bewertet, sondern grundsätzlich gefordert wird. Nur wenn entsprechend der Geschlechterrolle kommuniziert wird, erreicht die Behandlung die größten Zufriedenheitswerte. Besondere Attribute sind vor allem die partnerschaftliche, emotionale und hilfsbereite Kommunikation (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010).

Als Schlussfolgerung daraus wird angenommen, dass die Student\_innen den Unterschied an Erwartungen als bedeutend wahrnehmen.

**Hypothese J:** Dass das Geschlecht des Behandlers beim Patienten verschiedene Erwartungen in Bezug auf Kompetenz und Behandlungserfolg hervorruft, wird bejaht.

**Hypothese K:** Dass das Geschlecht des Behandlers eine Wirkung auf die Erwartungshaltung der Patient\_innen hinsichtlich des Behandlungsablaufes hat, wird bejaht.

Es zeigte sich, dass weibliche Patienten ihre Ängste häufiger äußern als männliche Patienten und diese Ängste im Gegenzug auch schneller abbauen (Krainz 2009).

Männliche Patienten legen vor allem Wert auf die Qualifikation und Erfahrung der Zahnärzt\_innen (Fomin u. Fomina 2015).

Es ist anzunehmen, dass die Student\_innen einen Unterschied in der Kommunikation zwischen männlichen und weiblichen Patient\_innen wahrnehmen und die Herausforderung geschlechtsspezifisch zu kommunizieren nach dem Training als wichtig empfinden.

**Hypothese L:** Der Unterschied an Erwartungen/ Ansprüchen weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten wird als bedeutend empfunden.

## 2. Material und Methodik

### 2.1 Entwicklung des Curriculums und dessen Ablauf

Im Rahmen der Dissertation wurden für das Training zur Gesprächsführung im Rahmen des radiologischen Curriculums Fallvignetten entwickelt. Diese hatten eine Schulung der Student\_innen in Hinsicht auf spezifische Patient\_innengruppen als Ziel. Diese Fallvignetten sollen zukünftig während der Weiterbildung den Student\_innen zur Verfügung gestellt werden.

Hintergrund war die Vermittlung eines Basiswissens, damit die Grundlagen der professionellen Kommunikation geschult werden konnten.

Es wurden Fallbeispiele und Checklisten spezifisch für die Patient\_innengruppen ängstliche, ärgerliche, depressive, an chronischen Schmerzen leidende und behinderte Patient\_innen entworfen und darüber hinaus eine Fallvignette zur Kommunikation unter Genderaspekten konzipiert.

Für die Erarbeitung einer Gesprächssituation im Rahmen des Kommunikationstrainings nahm in Kleingruppen ein\_e Student\_in die Rolle des\_der Ärzt\_in, ein\_e weiter\_e Student\_in die Rolle des\_der Patient\_in ein. Die restlichen Student\_innen konnten anhand der Checkliste den Gesprächsverlauf beurteilen.

Die Befragung der Student\_innen fand während des sechsten und siebten Semesters zu fünf verschiedenen Zeitpunkten statt (T1- T6).

Als T=1 wurde der Zeitpunkt der Befragung vor Beginn des Trainings definiert.

Zur Begleitung des radiologischen Curriculums wurde zwischen Zeitpunkt T= 1 und T=2 Dr. Albrecht Schmierer aus Stuttgart als Referent eingeladen.

Nach dem Vortrag der theoretischen Grundlagen zur Gesprächsführung folgten Rollenspiele, mit Hilfe derer auf verschiedene Patient\_innengruppen eingegangen wurde.

Zur besseren Betreuung wurden die Student\_innen für das zehnminütige Rollenspiel in Kleingruppen von circa sechs Personen aufgeteilt.

Jeweils zwei Student\_innen praktizierten die Gesprächssituation mittels erstellter Fallvignetten. Dies wurde per Video unter Einwilligung der weiteren



Gruppenteilnehmer\_innen gefilmt. Daraufhin evaluierten die Teilnehmer\_innen die Gesprächssituation in den folgenden 10 Minuten in einer Feedbackrunde. Die Auswertung erfolgte mithilfe der im Rahmen der Dissertation erstellten Checklisten. So konnte die praktische Anwendung auf Basis theoretischer Grundlagen gelehrt werden.

Um den Prozess des Nachdenkens voranzutreiben, reicht hierbei nicht die Lehre allein, sondern es sollte exemplarisch vorgegangen werden (Reinmann u. Mandl 2006).

Wird, anstatt abfragbares Wissen zu sammeln, an exemplarischen Situationen das Wesentliche erkannt, erfolgt seitens der Student\_innen ein vertieftes Verständnis für die Thematik (Eichelberger et al. 2008).

Das Begreifbarmachen mit Hilfe von Beispielsituationen als Kern des exemplarischen Lernens, ist hierbei die Grundlage der Wissensvermittlung (Reinmann u. Mandl 2006).

Nach dem Training, gekennzeichnet mit dem Zeitpunkt T=2, wurde ein weiterer Fragebogen ausgefüllt, damit dieser im direkten Vergleich ausgewertet werden konnte.

Weiterhin erfolgte am 12.05. 2016, T=3, die Befragung der Student\_innen zur zahnärztlichen Gesprächsführung. Nach dem Gesprächsführungskurs in Kooperation mit der Psychosomatik der Universität Ulm wurden ebenfalls Fragebögen verteilt.

Am 31.05.2016, T=4, fand eine Vorlesung zur Kommunikation unter Genderaspekten statt. Im Vorfeld wurden die Student\_innen mithilfe einer gekürzten Version des Fragebogens befragt. Diese Version beinhaltete nur die Fragen bezüglich der Genderaspekte. Das Protokoll zu dieser Vorlesung ist im Anhang beigefügt.

Eine erneute Umfrage wurde am 28.06.2016, T=5, durchgeführt.

Vor der Befragung fand ein zehnminütiges Rollenspiel unter Genderaspekten in Gruppen statt.

Grundliegende Ansätze wurden thematisiert, so die auxiliare Gesprächsführung. Dieser, nach lateinisch „auxiliare“ („zuhören“), liegt die Theorie zugrunde, dass in

einem ersten Schritt das „aktive“ Zuhören und in Folge die selektive Reflexion durch die Ärzt\_innen erfolgen soll (Dahmer u. Dahmer 2003 b).

Der Unterschied zur „herkömmlichen“ Kommunikation besteht bei der auxiliären Gesprächsführung in dem Versuch, ein Problem aus Sicht der Patient\_innen wahrzunehmen.

Folglich führt die auxiliäre Gesprächsführung zu Lösungen, die den Patient\_innen angemessen sind und dadurch am ehesten verwirklicht werden können. Ziel ist dabei stets das Hinführen zur angemessenen Sicht der Anliegen, die zur Problemlösung führt (Dahmer u. Dahmer 2003 a).

Unter diesem Aspekt muss erlernt werden, sich von dem natürlichen Bedürfnis zu verabschieden, vorschnell Hypothesen aufzustellen und Diagnosen zu erheben. Ratschläge erfolgen oft aus der eigenen Sichtweise und erscheinen Patient\_innen häufig nicht in entsprechendem Maße hilfreich.

Auch das Problem der voreiligen Diagnose, bei welcher die Ärzt\_innen schon zu Beginn des Gesprächs der Ansicht sind, zu wissen, wie das Problem zu lösen ist und bei den Patient\_innen nur nach Bestätigung der gestellten Diagnose suchen, beruht auf unzureichender Kommunikation (Dahmer u. Dahmer 2003 a).

Besonders für Mediziner\_innen scheint es eine Herausforderung zu sein, sich zunächst auf das Zuhören zu beschränken, da während des Studiums eher das Aktiv-Werden im Vordergrund steht, z.B. in Form von Diagnose-Stellung, Rezeptieren, Behandeln, etc.

Aktives Zuhören im Sinne der aufnahmebereiten Zuwendung setzt sich zusammen aus nonverbalen und verbalen Zeichen. Als nonverbale Zeichen werden Blickkontakt, Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen mit Aufforderungscharakter angesehen.

Verbale Zeichen implizieren Verstärkung des Gesagten, Fragen sowie Pausen, Wörter des Verstehens, Bitten zur Erläuterung und die Aufforderung, weiter zu sprechen.

Der Ansatz des reflektierenden Antwortens, der ursprünglich aus der Psychotherapie stammt, signalisiert den Patient\_innen, dass die Ärzt\_innen deren Botschaft verstanden haben.

Dadurch konzentrieren die Ärzt\_innen die Aufmerksamkeit auf die Patient\_innen und lassen das Problem, dass die Ärzt\_innen zum Gegner der Patient\_innen werden, gar nicht erst aufkommen und verhindern dadurch die eigene Verteidigungshaltung.

Um auf die Patient\_innen einzugehen, sind folgende Fragestellungen sinnvoll:

- Was ist meinem Gegenüber wichtig?
- Was denkt der Patient/ die Patientin?
- Was hindert ihn/sie, bestimmte Dinge zu tun oder zu lassen?

Auf diese Weise lassen sich Argumente finden, die dem anderen zugänglich sind und die Patient\_innen lassen sich mit Vorschlägen überzeugen, die für sie relevant und einsichtig sind (von Kanitz 2007).

Der Bereich des Fragenstellens von Seiten des\_der Ärzt\_in im Ärzt\_innen-Patient\_innengespräch trägt im rationalen und emotionalen Bereich zur Vertiefung des Verständnisses bei. Ebenso verdeutlicht dies das Interesse an den Patient\_innen. Als offene Frage wird diejenige Konstellation bezeichnet, die ein breites Spektrum als Antwort ermöglicht. Geschlossene Fragen geben Antwortmöglichkeiten vor, sind bereits durch die Frage selbst definiert oder nennen die zur Auswahl stehende Antwort bereits konkret in der Fragenformulierung.

Dabei nennt Dahmer Nachteile der geschlossenen Fragen: Sie tragen nicht zur selbständigen Darstellung bei, können suggestiv wirken und zur vermeintlich erwünschten Antwort verleiten. Dagegen dienen offene Fragen zum besseren Zugang zu den Patient\_innen, dem Fortgang des Gespräches und der Vertiefung (Dahmer u. Dahmer 2003 c).

### **2.1.1 Konstruktion der Fallvignetten am Beispiel der ängstlichen Patient\_innen**

Im Folgenden wird auf die Bedeutung der Kommunikation im Zusammenhang mit spezifischen Patient\_innengruppen eingegangen. Die Schulung der Student\_innen in Hinsicht auf spezifischen Patient\_innengruppen galt als Ziel des Curriculums.

Fallvignetten wurden für die Untergruppe der ängstlichen Patient\_innen entwickelt. Angst wird als Patient\_innenproblem von Zahnärzt\_innen am häufigsten genannt. Eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Zahnbehandlungsphobie nennt sogar einen Angstpatientenanteil von 2/3 der deutschen Bevölkerung (DGZP 2016).

Die Behandlung ängstlicher Patient\_innen dauert oft länger und kann für das Team eine Belastung darstellen. Der Umgang mit ängstlichen Patient\_innen erfordert Geduld. Hierbei gilt als übergeordnete Grundvoraussetzung das behutsame Heranführen der Patient\_innen an die zahnärztliche Therapie (Biermeyer 2003).

Junge Zahnärzt\_innen mit wenig Praxisbezug ordnen das Problem als ein besonders häufig vorkommendes Phänomen ein (Ingersoll et al. 1979). Einerseits kann dies an der noch nicht langjährigen Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung und damit fehlender Vertrauensbasis liegen, andererseits an der mangelnden Erfahrung im Umgang mit ihnen.

Angst ist ebenso eine häufige Ursache von abgesagten Terminen. Diese Angst vor zahnärztlicher Behandlung, welche oft eine Ursache früherer negativer Erfahrungen ist, führt zu einem Vermeidungsverhalten (Doering 2010).

Hier wird als Ursache vermutet, dass die Angst Einfluss auf die Patient\_innen dahingehend nimmt, dass sie ein Überschätzen des Behandlungsumfangs auslöst (Mehrstedt 2002).

Grundlegend ist somit die unterschiedliche Wahrnehmung zwischen Patient\_innen und Zahnärzt\_innen während des Behandlungsablaufs.

So mag es dem Personal bewusst sein, dass bestimmte Vorgehensweisen Angst erzeugen. Es gibt aber auch Situationen, bei denen Patient\_innen Angst verspüren ohne das Wissen der Behandler\_innen. Ursache ist die Wahrnehmungsdiskrepanz, welche verstärkt wird, wenn die etwas ängstlich erscheinende Patient\_innen ihre Gefühle verbergen. Vor allem ablehnendes Verhalten der Zahnärzt\_innen führt bei Patient\_innen oft dazu, die Angst zu verbergen (Ingersoll 1987 b).

Erhöhte Angst führt zu einer gesteigerten Schmerzwahrnehmung. (Lerman et al. 2015, Lin et al. 2017). Das Differenzieren von echtem und erwartungsbedingtem Schmerz ist nicht möglich (Hansen 2013).

Daher korreliert Angstabbau mit einer Verminderung des wahrgenommenen Schmerzes.

Grundlegendes Verhalten im Hinblick auf die professionelle Gesprächsführung manifestiert sich in der Wortwahl, die in einer Studie untersucht wurde. Hierbei

verstärkte sich das Schmerzempfinden bei Verwendung der Worte „Schmerz“, „Stechen“, etc. (Lang et al. 2000, Varelmann et al. 2010).

Ebenfalls führt das Weglassen dieser Worte dazu, dass der Schmerz minimiert werden konnte (Ott et al. 2012), wobei mitleidensvolle Äußerungen keine lindernde Wirkung zeigen (Seemann et al. 2015).

Im ängstlichen Zustand ist die Aufmerksamkeit des\_der Patient\_in auf wenige Details fokussiert, sodass er\_sie lediglich in eingeschränkter Weise für Worte und Einflüsse empfänglich ist (Seemann et al. 2015). Weiterhin werden Informationen in verringertem Maße aufgenommen, ebenfalls ist das abstrakte Denkvermögen minimiert (Seemann et al. 2015) und es herrscht auch ein weniger rationales Verständnis (Hansen u. Bejenke 2010). Folglich werden anspruchsvolle Anforderungen schlechter befolgt, Ratschläge werden missachtet oder Anweisungen missverstanden. (Markgraf- Stiksrund 1996). Als problematisches Phänomen ist ebenfalls festzuhalten, dass der\_die Patient\_in, obwohl er\_sie konzentriert zugehört hat, im Rückblick nur zum Teil das von dem\_der Zahnärzt\_in Gesagte abrufen kann (Seemann et al. 2015).

Ziel ist es, die Angst durch professionelle Kommunikation zu neutralisieren, dies kann realisiert werden, indem auf den\_die Patient\_in eingegangen wird (Hansen u. Federlin 2009).

Als weitere Fallvignetten entwickelt wurden: ärgerliche Patient\_innen, depressive Patient\_innen, Patient\_innen mit chronischen Schmerzen, behinderte Patient\_innen, sowie Fallvignetten unter Genderaspekten. Diese sind im Anhang zu finden.

## **2.2 Evaluation**

### **2.2.1 Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Befragung**

Die durchgeführte Untersuchung stützt sich auf die Befragung der Student\_innen der Zahnmedizin an der Universität in Ulm während des sechsten und siebten Semesters zu fünf verschiedenen Zeitpunkten.

Eine Stellungnahme der zuständigen Ethikkommission der Universität Ulm liegt vor.

Die Erfassung über Fragebögen wurde anonym durchgeführt. Um den Fragebogen individuell ausarbeiten zu können, wurde ein Anonymisierungscode zu Beginn eingeführt.

Im Vorfeld der Durchführung des Trainings am 11. Februar 2016, im Folgenden unter dem Zeitpunkt T=1 aufgeführt, wurden insgesamt N=26 Fragebögen den Student\_innen des sechsten Semesters ausgeteilt.

Es nahmen am Folgetag (T=2) N=25, im Verlauf des Monats Mai (T=3) N=22, (T=4) N=25 und Ende Juni (T=5) N=15 Student\_innen teil.

Es wurden dabei zu jedem Zeitpunkt alle Fragebogen korrekt ausgefüllt zurückgegeben, wodurch sich eine Rücklaufquote von 100% ergab.

### **2.2.2 Handhabung des Fragebogens**

Der Fragebogen für die Student\_innen der Zahnmedizin (siehe Anhang) bestand aus neun Seiten, welche in fünfzehn Minuten ausgefüllt werden konnten. Der erste Teil enthielt soziodemografischen Fragen, darauf folgten Fragen zur Bedeutung der Gesprächsführung, zur Selbsteinschätzung schwieriger Patient\_innengruppen und zur Beurteilung der Gesprächsführung unter Genderaspekten.

Zur Überprüfung der Handhabung des neunseitigen Fragebogens, der Verständlichkeit der Fragen sowie zur Festlegung der zum Ausfüllen benötigten Zeit, fand ein Pretest statt. Dieser wurde mit sechs Personen, welche nicht an dem radiologischen Curriculum teilnahmen, durchgeführt.

Es wurden durchschnittlich elf Minuten zur Beantwortung des Bogens benötigt. Der Pretest deutete darauf hin, dass Frage zwölf irreführend war. Aus diesem Grund wurde bei dieser Frage der Zusatz „eigene“ Familienmitglieder bzw. Freunde eingefügt.

### **2.2.3 Aufbau des Fragebogens**

Die Fragen des Fragebogens waren durch Ankreuzen oder Mehrfachnennung zu beantworten, Freitextangaben waren bei einigen wenigen Fragen ebenfalls möglich.

Der Aufbau des Fragebogens wurde in drei Teilbereiche gegliedert, wobei im ersten soziodemografische Fragen, im zweiten allgemeine Fragen zur Gesprächsführung und dem universitären Unterricht gestellt wurden. Im dritten Teil wurde gezielt nach der Gesprächsführung unter Genderaspekten gefragt.

Es wurde ein bereits vorhandener Fragebogen adaptiert, welcher der Dissertation von Frau Gebhard an der Universität Ulm aus dem Jahr 2014 entstammt und die Einstellung vor und nach dem radiologischen Curriculum untersuchte (Gebhard 2014).

Dieser wurde mit Hilfe ergänzender Fragen verändert. Teils wurden die Fragen modifiziert, teils wurden neue Fragen formuliert. Hierbei wurden insbesondere Fragen entwickelt, die zusätzlich die Form der Weiterbildung untersuchten, sowie Fragen formuliert, die auf Basis aktueller Literatur die Einstellung der Student\_innen feststellen sollten (Frage 20-27). Ebenso wurde eine Erweiterung der Befragung hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Umgang seitens der Behandler\_in sowie des\_der Patient\_in vorgenommen. Schwerpunkt war hierbei die Untersuchung der geschlechtsspezifischen Kommunikation (Frage 29-35).

*Tabelle 1: Übersicht über Fragebereich, Inhalt und Quellen des erstellten Fragebogens*

<b>Fragebereich</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Quelle</b>
Allgemeiner Teil	Demografie Berufliche Vorbildung	<i>Frage 1-3, 7, 8, 11:</i> Dissertation Gebhard, 2014  <i>Frage 4-6:</i> selbstentwickelte Fragen
Selbsteinschätzung der Student_innen	Beurteilung der eigenen Verhaltensweise bei spezifischen Patient_innengruppen	<i>Frage 12, 14, 18, 19:</i> Dissertation Gebhard, 2014
Bewertung des Unterrichts in Gesprächsführung	Frage nach Pflichtkurs Erweiterungsmöglichkeiten Frage nach Fortbildung	<i>Frage 15, 16, 17:</i> Dissertation Gebhard, 2014  <i>Frage 13, 20-27:</i> selbstentwickelte Frage
Gesprächsführung unter	Einfluss des	<i>Frage 9,10, 28-35:</i>

---

Genderaspekten	Behandlergeschlechts Einfluss des Patientengeschlechts	selbstentwickelte Frage
----------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------

### 2.2.3.1 Allgemeiner Teil des Fragebogens

Im ersten Teil wurden Fragen zum Alter der Student\_innen, deren Geschlecht und Fachsemester, eines eventuell vorausgegangenen Kommunikationstrainings und der beruflichen Vorbildung gestellt. Ebenso erfolgte die Einschätzung zur Bedeutung des Bildungsstandes der Patient\_innen, der Bedeutung der Gesprächsführung und des Erlernens von Gesprächstechniken.

### 2.2.3.2 Selbsteinschätzung der Student\_innen

Im Anschluss wurden Fragen zur Selbsteinschätzung bezüglich der Kommunikation mit schwierigen Patient\_innengruppen aufgelistet, wobei 15 verschiedene Patient\_innencharaktere jeweils nach Schwierigkeiten von „nicht“ über „etwas“ bis hin zu „sehr schwierig“ einzustufen waren.

Zudem beinhaltete der Bogen Fragen zur Einschätzung zur eigenen Reaktion der Student\_innen mit schwierigen Patient\_innengruppen.

Frage 12 listete beispielsweise „aggressive Patient\_innen“ auf, die dort von den Student\_innen von „nicht“ über „etwas“ bis hin zu „sehr schwierig“ eingeordnet wurden.

So wurden acht Gefühlslagen aufgeführt, die in einer fünfstufigen Skala, von „trifft voll zu“ bis „trifft nicht zu“, zu beurteilen waren.

Beispielsweise konnte bei Frage 18, unter der Aufzählung „ich bleibe bei schwierigen Patient\_innen gelassen“ auf einer Skala von „trifft völlig zu“ bis „trifft gar nicht zu“ ausgewählt werden.

Auch die Selbsteinschätzung der eigenen kommunikativen Fähigkeiten konnte in einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „schlecht“ bei sechs Patient\_innencharakteren bewertet werden.



Es wurde bei Frage 19 gewählt, ob die eigene kommunikative Fähigkeit bei beispielsweise ungeduldigen Patient\_innen als „sehr gut“ oder „schlecht“ eingeschätzt wird.

Es konnte darüber hinaus bei Frage 14 gewählt werden, ob und in welcher Weise eine Vorbereitung auf schwierige Patient\_innengespräche im Vorfeld der Behandlung erfolgt.

### **2.2.3.3 Bewertung des Unterrichts der Gesprächsführung**

Auf die Frage nach Weiterbildung im Bereich der Kommunikation waren in diesem Teil des Fragebogens Vorschläge anzukreuzen, in welcher Form diese Fortbildung gewünscht wird.

Frage 13 listete als Beispiel die Möglichkeit „in Form von Seminaren“ auf.

Hier galt es herauszufinden, ob sich die Student\_innen in Gesprächsführung weiterhin fortbilden wollten und falls ja, welche Medien sie wünschten, indem sie aus einer Auswahl die gewünschten Informationsquellen angeben konnten. Beispiele hierfür waren Fachzeitschriften, Internet, Apps oder Videos.

Ebenso konnte beurteilt werden für wie bedeutend eine Ausbildung in Gesprächsführung während des Studiums gehalten wird. Frage 7 enthielt hierbei eine in fünf Stufen eingeteilte Skala von „sehr bedeutend“ bis „nicht bedeutend“.

Daneben konnten die Student\_innen die für sie relevanten Themen bewerten und in einem Freitext Themen ergänzen.

Weiterhin sollten die Student\_innen beantworten, ob der Unterricht verpflichtend sein sollte.

Es wurde darüberhinaus nach der Meinung der Student\_innen gefragt, ob Kommunikation erlernbar sei und inwieweit das standardisierte Vorgehen im Vergleich zum Training der individuellen Kommunikation effektiver eingeschätzt würde.

Ebenso wurde die Gesprächsführung unter dem Aspekt des zeitlichen Aufwands betrachtet und nach der Einstellung der Student\_innen zu einem intensiven, zeitaufwändigen Patient\_innengespräch gefragt.

Die Frage nach der Bedeutung der eigenen Empathiefähigkeit sollte die Haltung der Student\_innen vor und nach dem Curriculum untersuchen und bewerten.

Diese konnte in Frage 23 von „sehr bedeutend“ bis „nicht bedeutend“ eingeordnet werden.

Der Bezug zur übergreifenden Bedeutung guter Kommunikation in anderen Bereichen (Bsp: Personal, Kolleg\_innen, Zahnlabor etc.) wurde in einer weiteren Frage thematisiert. Daneben konnten die Student\_innen beantworten, ob die Kommunikation in diesen Bereichen auch trainiert werden sollte und für wie bedeutsam das Training in Gesprächsführung für das Personal in der Zahnarztpraxis eingeschätzt wird.

Hierbei sollte überprüft werden, ob die Student\_innen eine Veränderung während des Curriculums erleben.

Am Ende dieses Teils des Bogens wurden die Student\_innen nach dem Einfluss guter Kommunikation auf die Mitarbeit bzw. Compliance der Patient\_innen gefragt.

#### **2.2.3.4 Gesprächsführung unter Genderaspekten**

Der geschlechtsspezifische Aspekt wurde in der Fragestellung nach der unterschiedlichen Kommunikation der Behandler\_innen zu weiblichen und männlichen Patient\_innen thematisiert. Daneben wurde der mögliche Unterschied in der Kommunikation von Patient\_innen zu einem männlichen oder weiblichen Behandler erörtert.

Die Auswirkung hinsichtlich der Kommunikation eines männlichen Behandlers verglichen mit einer weiblichen Behandlerin auf die Patient\_innen sollte von „sehr bedeutend“ bis „nicht bedeutend“ eingestuft werden.

Bewertet wurde ebenso der Unterschied an Ansprüchen weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten.

Eingeschätzt werden konnte abgesehen davon die Herausforderung, geschlechtsspezifisch zu kommunizieren. Dies war auf einer Skala von „sehr wichtig“

bis „unwichtig“ einzustufen. In einer weiteren Frage erfolgte die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeit geschlechtsspezifisch zu kommunizieren.

Ob der Aspekt der geschlechtsspezifischen Kommunikation bisher im Studium genügend berücksichtigt wurde, sollte in einem weiteren Punkt konkretisiert werden, welcher von „sehr gut“ bis „schlecht“ einzustufen war.

Zuletzt wurde von den Befragten angegeben, ob das Geschlecht der Behandler\_innen eine gewisse Erwartungshaltung der Patient\_innen bezüglich des Behandlungsablaufs, der Kompetenz und des Behandlungserfolgs hervorruft. Ermittelt wurde dies durch die Einordnung von „stimme sehr zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“.

#### **2.2.4 Datenerfassung und statistische Auswertung**

Die grafische Auswertung der Daten erfolgte über Microsoft Excel, die statistische Analyse über SPSS 21. In das Auswertungsprogramm SPSS wurden die Daten übertragen, mit Hilfe dessen die gesamte statistische Auswertung für diese Studie erfolgte.

Die durch Ankreuzen zu beantwortenden Fragen erhielten einen Nummerncode.

Das Verfahren für Signifikanztests war der exakte Test nach Fisher und Yates. Für die angegebenen Daten wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  als signifikante Grenze angenommen.

Dieser Test nach Fisher und Yates wurde angewandt, da es sich um eine geringe Anzahl von Stichproben handelte und somit zuverlässige Resultate erzielt werden konnten, indem mit 2x2 Kontingenztafeln gearbeitet wurde.

### **3. Ergebnisse der Evaluation**

#### **3.1 Demographische Ergebnisse**

Bei der ersten Befragung (T=1) befanden sich die Student\_innen der Universität Ulm im sechsten Semester, das erste Training in zahnärztlicher Gesprächsführung fand ebenfalls im sechsten Semester statt, das zweite folgte im siebten Semester.

Das durchschnittliche Alter der Student\_innen vor dem Gesprächsführungskurs lag bei 24 Jahren. Der Anteil der weiblichen Teilnehmerinnen betrug zu diesem Zeitpunkt 65 %, der Anteil der männlichen Studenten demgemäß bei 35%.

### 3.2 Bedeutung der Gesprächsführung

#### **Hypothese A:**

Analysiert wurde die Bedeutung der Gesprächsführung für die Student\_innen. Dabei erfolgten Einstufungen in der Kategorie von sehr bedeutend bis nicht bedeutend.

Es lässt sich erkennen, dass der Kurs zur Gesprächsführung generell am Ende von den meisten Befragten in der Kategorie „etwas bedeutend“ eingestuft wird.

Dabei ergab die genauere Auswertung, dass 88% zu Beginn (T=1) das Training für sehr bedeutend einstufen, wohingegen nach Ende des Trainings am 28. 06.2016 (T=5) diese Einordnung nur noch 27% trafen. Daraus wird ersichtlich, dass mit zunehmender Zeit mit einer Signifikanz von  $p=0,000$  weniger Student\_innen die Gesprächsführung als „sehr bedeutend“ beschreiben.

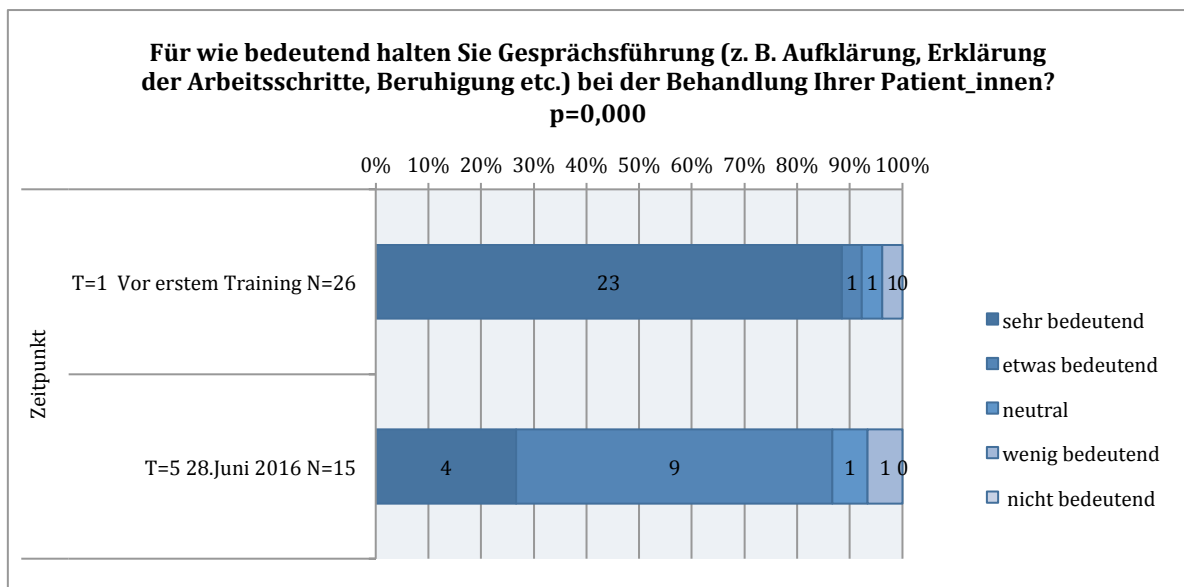


Abbildung 1: Bedeutung der Gesprächsführung bei der Patient\_innenbehandlung für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=5 nach dem Training.

### 3.3 Weiterbildung im Bereich Kommunikation

#### **Hypothese B:**

Betrachtet wurde weiterhin der Wunsch nach einer Weiterbildung im Bereich der Kommunikation. Bejaht wurde dieser Wunsch anfangs (T=1) von 92% der Student\_innen. Nach erneuter Befragung am 12. Mai 2016 (T=3) wählten diese Antwort nur noch 68%, die Signifikanz lag hierbei bei  $p=0,061$ .

Die Zahl der Befürworter einer Weiterbildung sank somit mit fortschreitender Zeit.

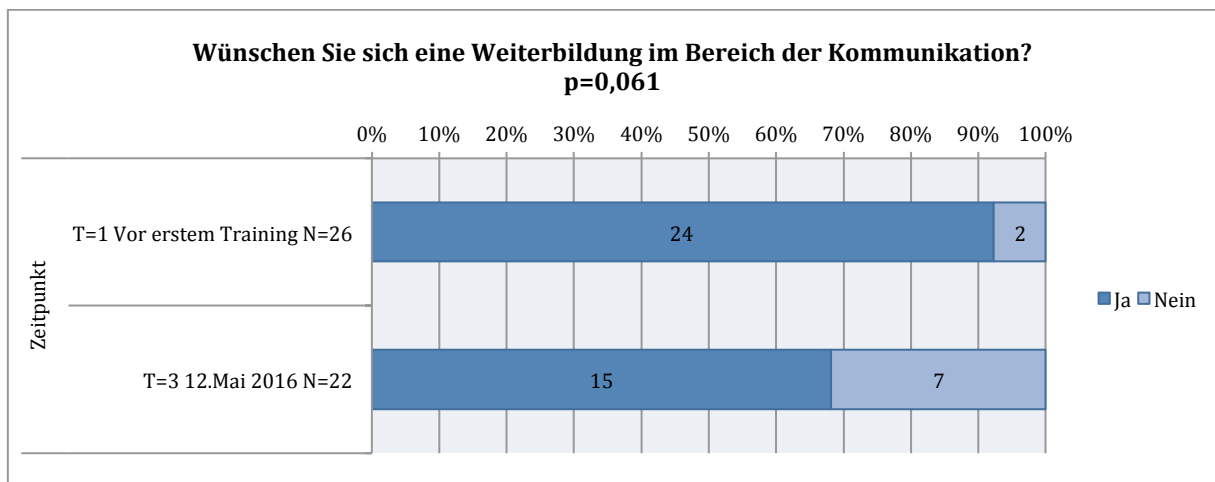


Abbildung 2: Der Wunsch nach einer Weiterbildung im Bereich der Kommunikation für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

Die Abnahme des Wunsches nach Weiterbildung wird ebenfalls verdeutlicht, indem man einen weiteren Aspekt des Fragebogens heranzieht. Die Befragten konnten wählen, in welcher Form sie eine Weiterbildung wünschten. Für die Option eines Seminars stimmten vor dem Training (T=1) 76% mit „Ja“, nach dem Training am 12. Mai 2016 (T=3) waren es lediglich 50%.

Auch die Weiterbildung in Form eines Unterrichts wurde zum Zeitpunkt T=1 von 69% mit „Ja“, am 12. Mai 2016 (T=3) lediglich noch von 36% der Student\_innen gewünscht. Hierbei wurde eine Signifikanz von  $p=0,041$  errechnet.

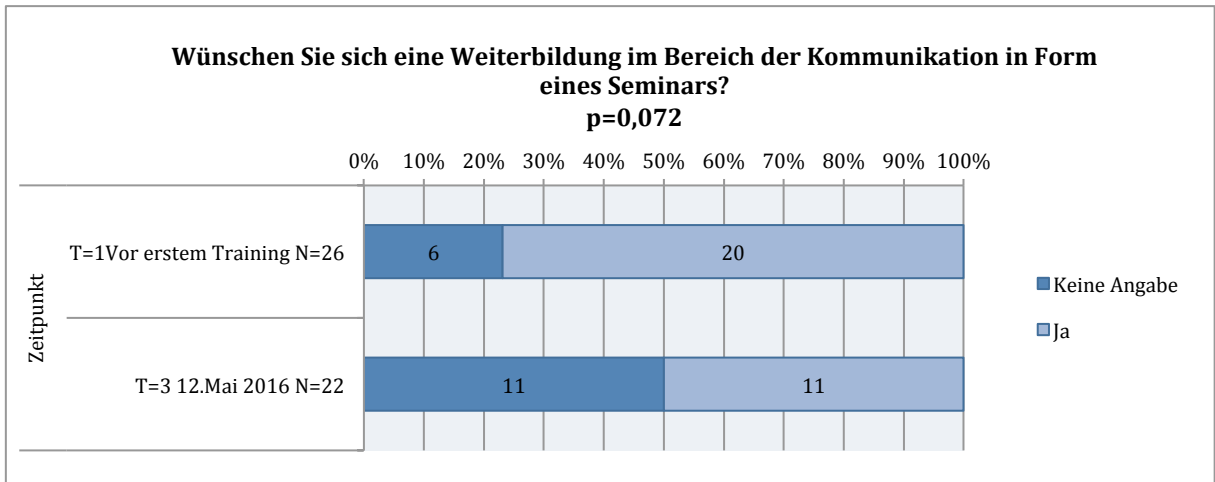


Abbildung 3: Der Wunsch nach einer Weiterbildung im Bereich der Kommunikation in Form eines Seminars für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

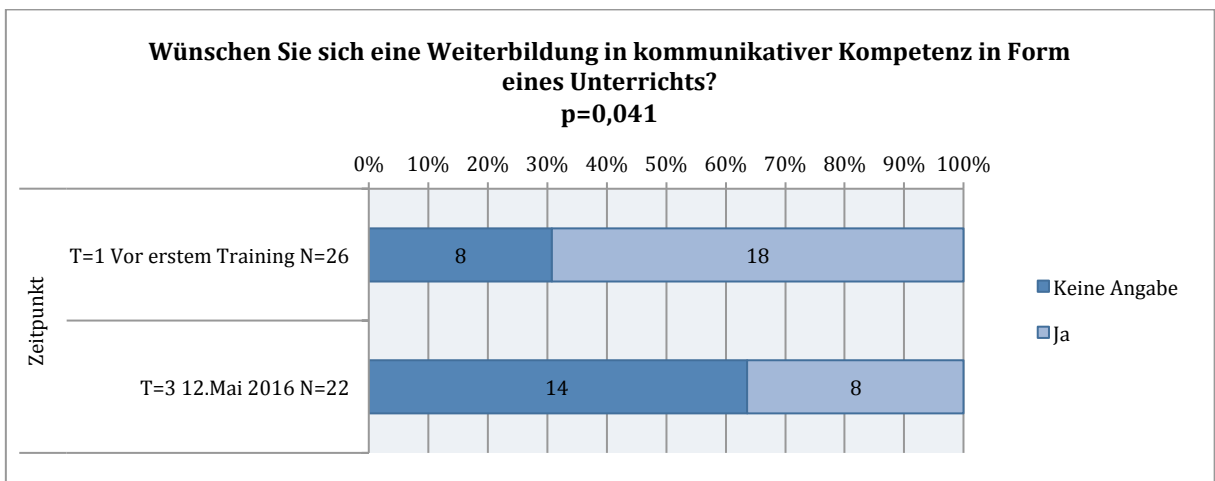


Abbildung 4: Der Wunsch nach Weiterbildung in kommunikativer Kompetenz in Form eines Unterrichts für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

### 3.4 Zahnärztliche Gesprächsführung als Pflichtkurs

#### **Hypothese C:**

Auch unter dem Gesichtspunkt der Gesprächsführung als Pflichtkurs wurde ein vergleichbares Ergebnis sichtbar. Es konnte ebenfalls eine Abnahme der Befürworter verzeichnet werden.

Insgesamt waren vor der Teilnahme an diesem Kurs (T=1) 73% der Student\_innen für die Einführung als Pflichtveranstaltung, nach dem Gesprächsführungskurs (T=3) lag der Anteil noch bei 40%. Das Signifikanzniveau lag bei  $p=0,052$ .

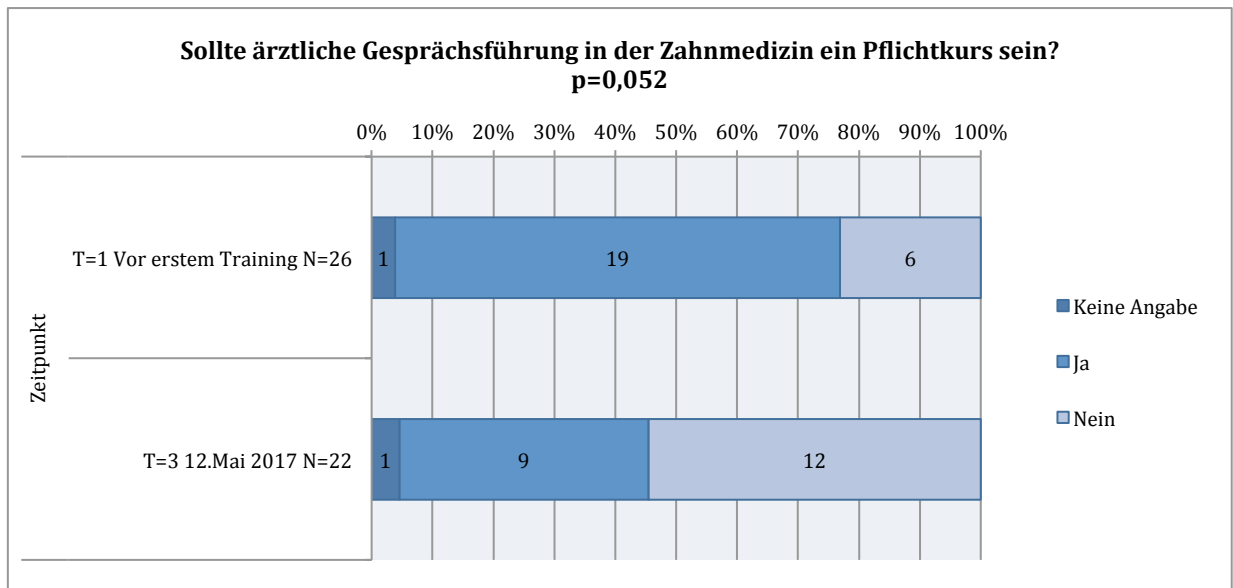


Abbildung 5: Der Wunsch nach ärztlicher Gesprächsführung als Pflichtkurs für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

### 3.5 Themen, die unterrichtet werden sollen

#### **Hypothese D:**

Weiterhin wurde ermittelt, über welche Themen die Student\_innen während des Studiums unterrichtet werden wollen.

Hierbei ergaben sich signifikante Unterschiede vor und nach Kursteilnahme mit einer Signifikanz von  $p=0,016$ . Ein zunehmendes Interesse des Themas Zahnarzt\_in-Patient\_innen-Beziehung wurde verzeichnet, da dies vor dem Training (T=1) von 30%, danach (T=3) von 65% der Teilnehmenden gewünscht wurde.

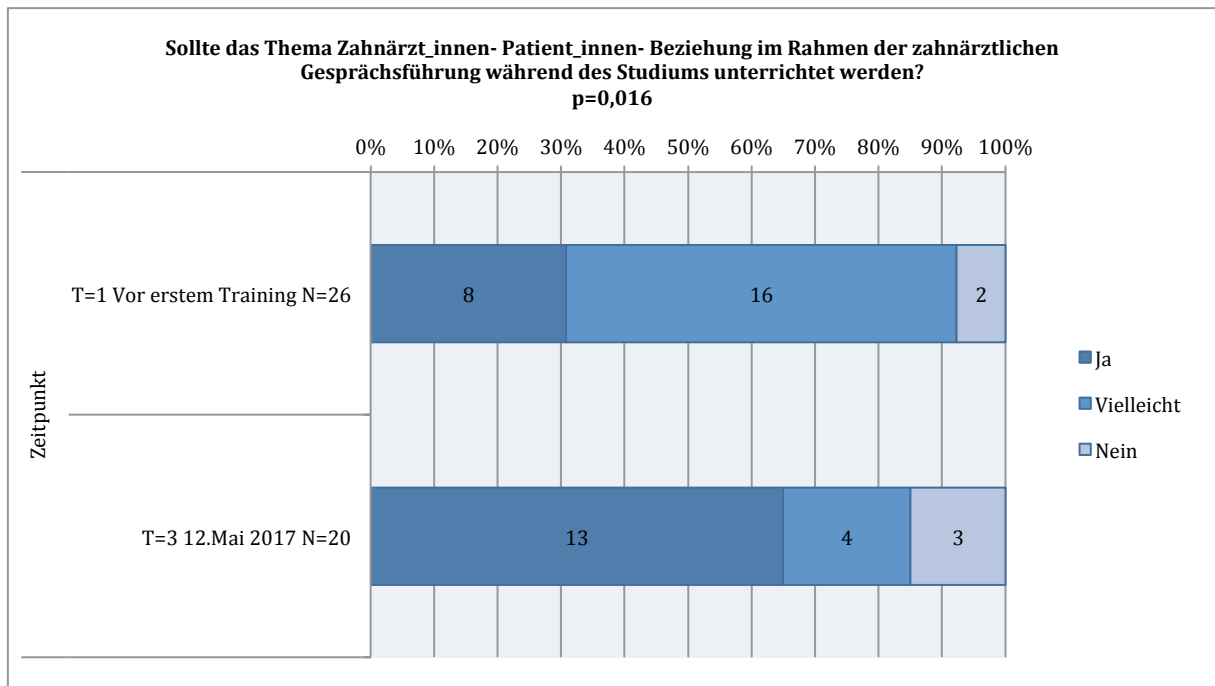


Abbildung 6: Der Wunsch nach der Thematik „Zahnärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung“ im Rahmen der zahnärztlichen Gesprächsführung für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

### 3.6 Einschätzung der Student\_innen vor und nach Unterricht in Gesprächsführung

#### **Hypothese E:**

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung lassen sich Veränderungen nach Absolvieren des Trainings erkennen.

Bewertet wurde der Schwierigkeitsgrad unterschiedlicher Patient\_innengruppen. Veränderungen ergaben sich bei der Gruppe der „ängstlichen Patient\_innen“.

In Form von Selbsteinschätzung konnten die Student\_innen einordnen, welchen Schwierigkeitsgrad ängstliche Patient\_innen bei ihnen einnehmen. Als sehr schwierig wurde diese Gruppe zu Beginn (T=1) von 35% der Befragten empfunden, nach abgeschlossenem Training (T=4) schätzten nur noch 7% der Befragten ängstliche Patient\_innen als sehr schwierig ein, wobei die Signifikanz  $p=0,091$  entsprach.



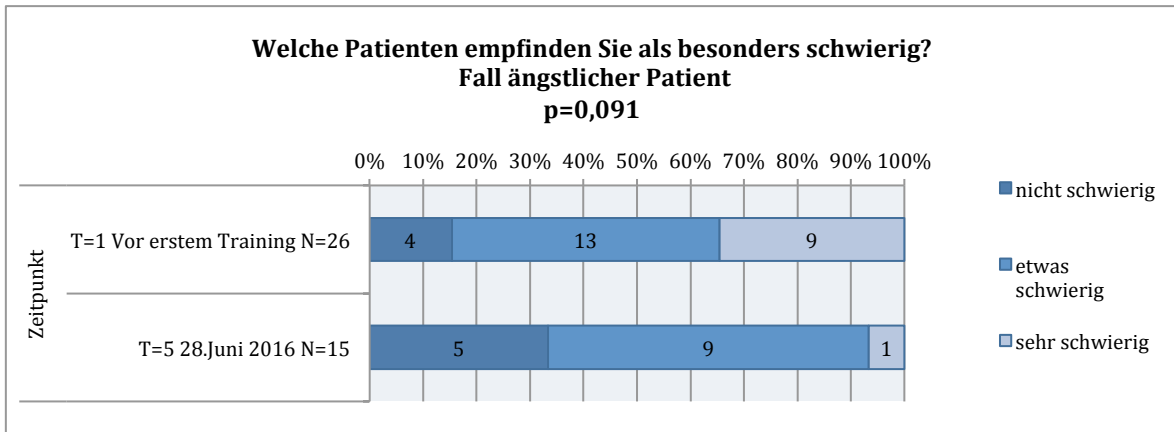


Abbildung 7: Die Selbsteinschätzung im Bezug auf schwierige Patient\_innen, speziell der Fall der ängstliche\_n Patient\_in, für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=5 nach dem Training.

### 3.7 Standardisiertes Vorgehen

#### **Hypothese F und Hypothese G:**

Hinsichtlich der Einschätzung der Student\_innen im Sinne der Bedeutung eines standardisierten Vorgehens in der Gesprächsführung wurden Veränderungen erfasst. Die Teilnehmer\_innen konnten sich entscheiden, ob sie auf die Aussage, dass standardisiertes Vorgehen effektiver sei als Training zu individueller Kommunikation mit „stimme sehr zu“ oder „stimme nicht zu“ antworteten.

Das Resultat ergab, dass vor dem erstem Training (T=1) 69% der Befragten mit „stimme eher nicht zu“ antworteten.

Hingegen wählten nach dem Training (T=4) nur 47% die Aussage „stimme eher nicht zu“. Erreicht wurde hierbei ein Signifikanzniveau von  $p=0,062$ .

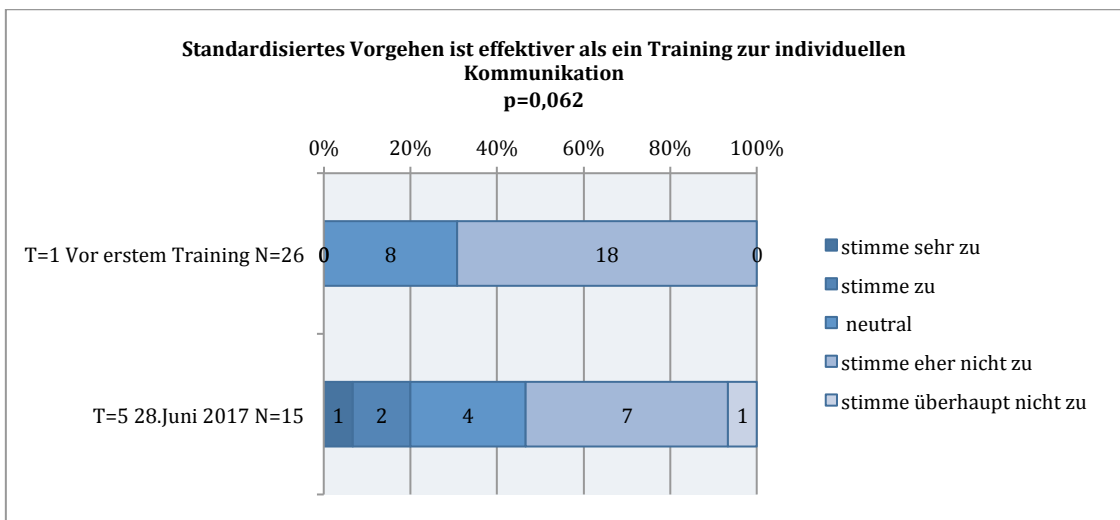


Abbildung 8: Die Einschätzung der Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016, ob standardisiertes Vorgehen effektiver als individuelle Kommunikation sei, zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=5 nach dem Training.

Abgesehen davon lässt sich eine Änderung der Einstellung zum Wert des zeitlichen Aspekts eines Patient\_innengesprächs aus Sicht der Student\_innen beurteilen. Bei der Aussage: „Der zeitliche Aufwand für ein intensives Patient\_innengespräch lohnt sich nicht und ist für mich zu erheblich“ wählten die Befragten zwischen „stimme sehr zu“ und „stimme nicht zu“.

Vor dem Training (T=1) stimmten 65% dieser Aussage nicht zu, wobei nach erneuter Befragung nach Abschluss des Gesprächsführungskurses (T=3) bei einer Signifikanz von  $p=0,067$  nur noch 43% der Teilnehmer\_innen nicht zustimmten.

Es lässt sich verzeichnen, dass nach dem Kommunikationstraining mehr Student\_innen den zeitlichen Aspekt für zu aufwändig erachten.

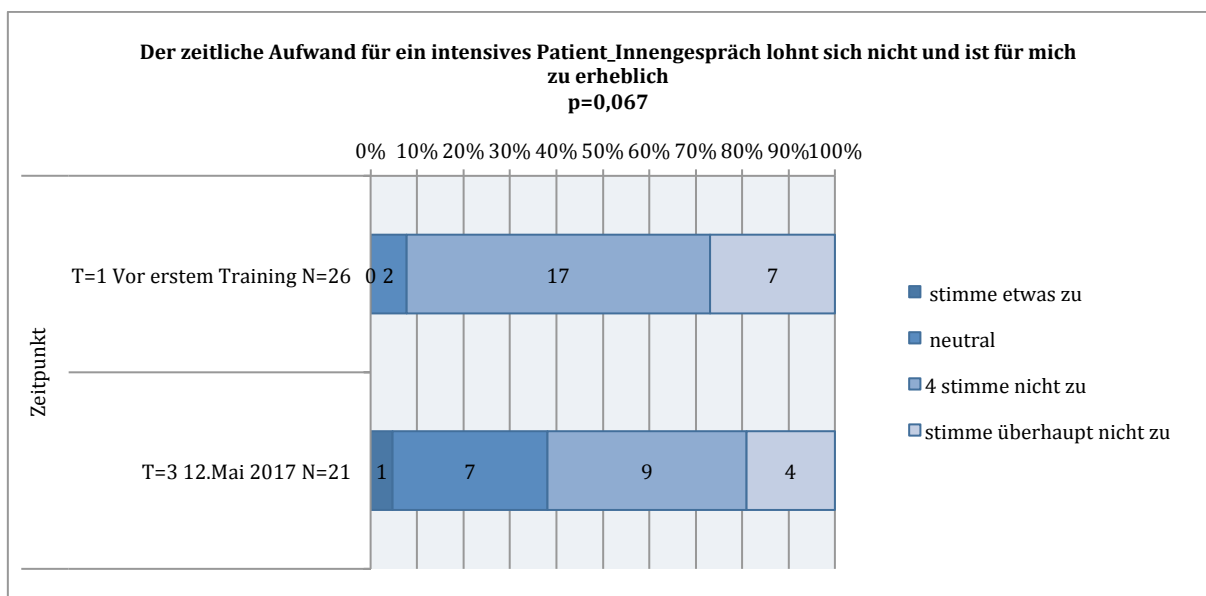


Abbildung 9: Bedeutung des zeitlichen Aufwandes für ein intensives Patient\_innengespräch für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

### 3.8 Übergreifende Aspekte

#### **Hypothese H:**

Signifikante Einstellungsänderungen ergaben sich hinsichtlich der Frage, ob Kommunikation in Bereichen wie Personal, Kolleg\_innen und Zahnlabor auch übergreifend trainiert werden sollte. Hierbei gaben zum Zeitpunkt vor dem Training

(T=1) 85% der Teilnehmer\_innen die Antwort „Ja“. Dies veränderte sich dahingehend, dass nach dem Training (T=3) nur noch 55% der Befragten mit „Ja“ antworteten. Die Signifikanz lag hier bei  $p=0,035$ . So nahm die Anzahl der Interessierten signifikant ab.

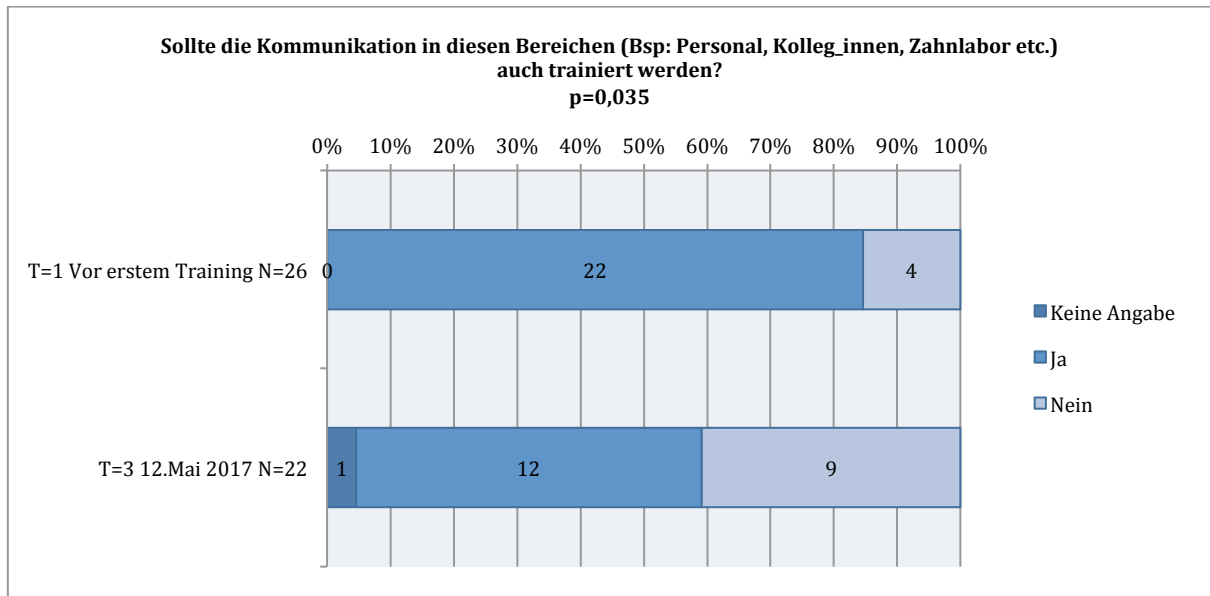


Abbildung 10: Wunsch der Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 nach einem Training zur Kommunikation in Bereichen wie Personal, Kolleg\_innen, Zahnlabor zum Zeitpunkt T=1 vor dem ersten Training und T=3 nach dem Training.

### 3.9 Genderaspekt in der zahnärztlichen Kommunikation

#### **Hypothese I:**

Auf Genderaspekte wurde im letzten Teil des Fragebogens eingegangen. Signifikant änderte sich die Einstufung der Befragten hinsichtlich der Auswirkungen des Behandlergeschlechtes auf die Patient\_innen.

Eine Zunahme der Einstufung als „sehr bedeutend“ war ersichtlich, da diese nach dem Training (T=5) von 20% der Teilnehmer\_innen präferiert wurde. 33% entschieden sich hierbei für „etwas bedeutend“. Erkenntlich wird die Entwicklung, wenn man betrachtet wie die Auswirkung vor dem Training beurteilt wurde.

Hierbei (T=4) hielten lediglich 4% die Auswirkung für „sehr bedeutend“ und nur 16% für „etwas bedeutend“. Erreicht werden konnte eine Signifikanz von  $p=0,002$ .

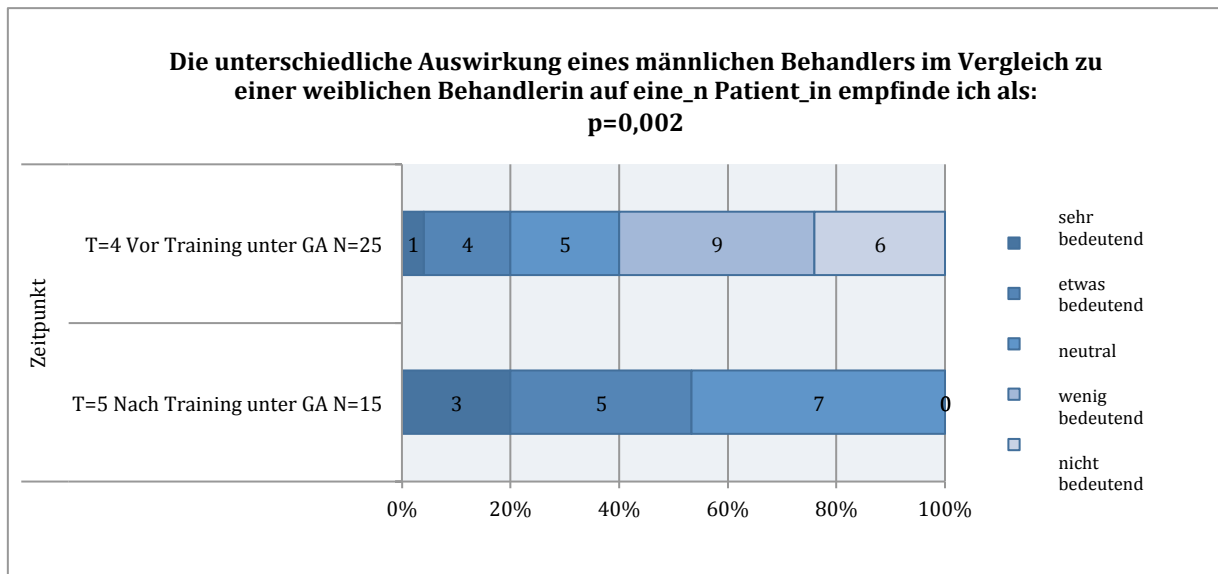


Abbildung 11: Einschätzung der unterschiedlichen Auswirkungen eines männlichen Behandlers im Vergleich zu einer weiblichen Behandlerin für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=4 vor dem Training und T=5 nach dem Training. GA = Genderaspekt.

### 3.10 Rolle des Behandlergeschlechts auf Behandlungsablauf und Kompetenz

#### **Hypothese J und Hypothese K:**

Die These, dass das Geschlecht des Behandlers eine Erwartungshaltung bei Patient\_innen bezüglich des Ablaufs der Behandlung hervorruft, sollte von den Student\_innen auf einer Skala von „stimme sehr zu“ bis „stimme nicht zu“ beantwortet werden.

Auch hier konnte ebenfalls ein signifikantes Ergebnis erfasst werden. Die Teilnehmer\_innen stimmten mit zunehmend größerem Anteil zu, dass das Geschlecht eine Erwartungshaltung bei Patient\_innen hervorrufe.

Vor dem Training (T=4) stimmten 4% der Teilnehmer\_innen „etwas zu“. Nach dem Training (T=5) entschieden sich 13% für „stimme etwas zu“ und 20% sogar für „stimme sehr zu“, bei einer vorliegenden Signifikanz von p=0,003.

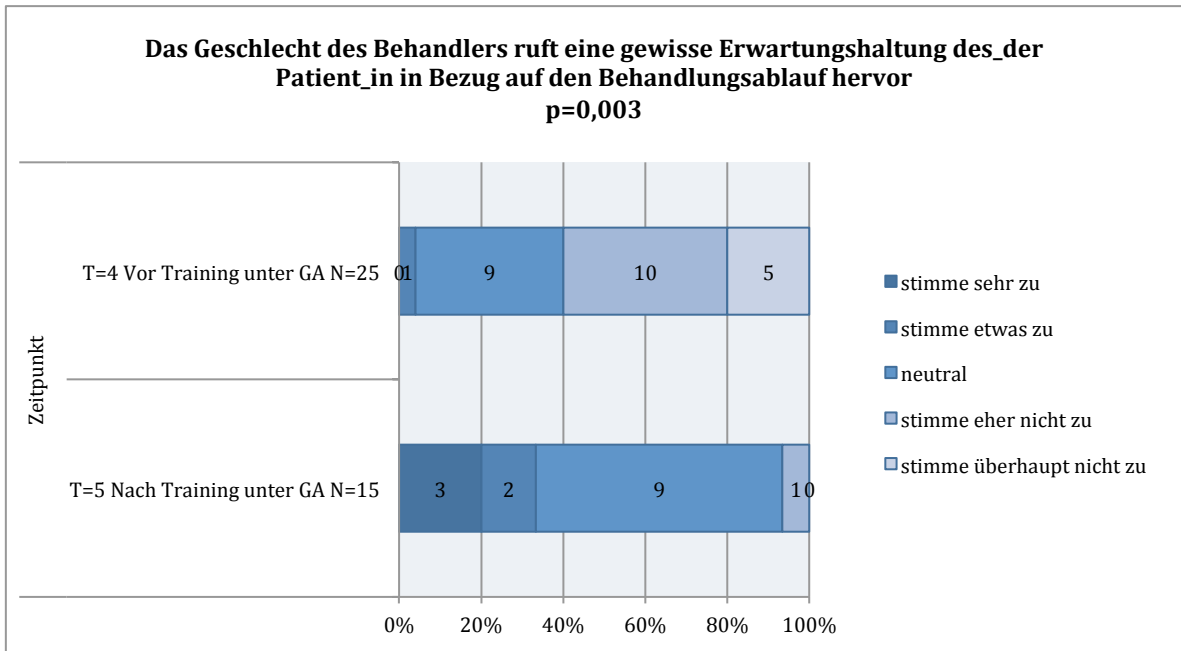


Abbildung 12: Einschätzung der Erwartungshaltung der Patient\_innen durch das Behandlergeschlecht für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=4 vor dem Training und T=5 nach dem Training. GA= Genderaspekt.

Ebenso stimmte ein größerer Anteil der Befragten zu, dass eine Erwartungshaltung der Patient\_innen bezüglich der Kompetenz und des Behandlungserfolgs in Abhängigkeit des Behandlergeschlechts vorliege.

„Stimme etwas zu“ wählten dabei vor dem Training (T=4) lediglich ein Anteil von 8% der Teilnehmer\_innen, 47% danach (T=5). Es ergab sich eine Signifikanz von  $p=0,001$ .

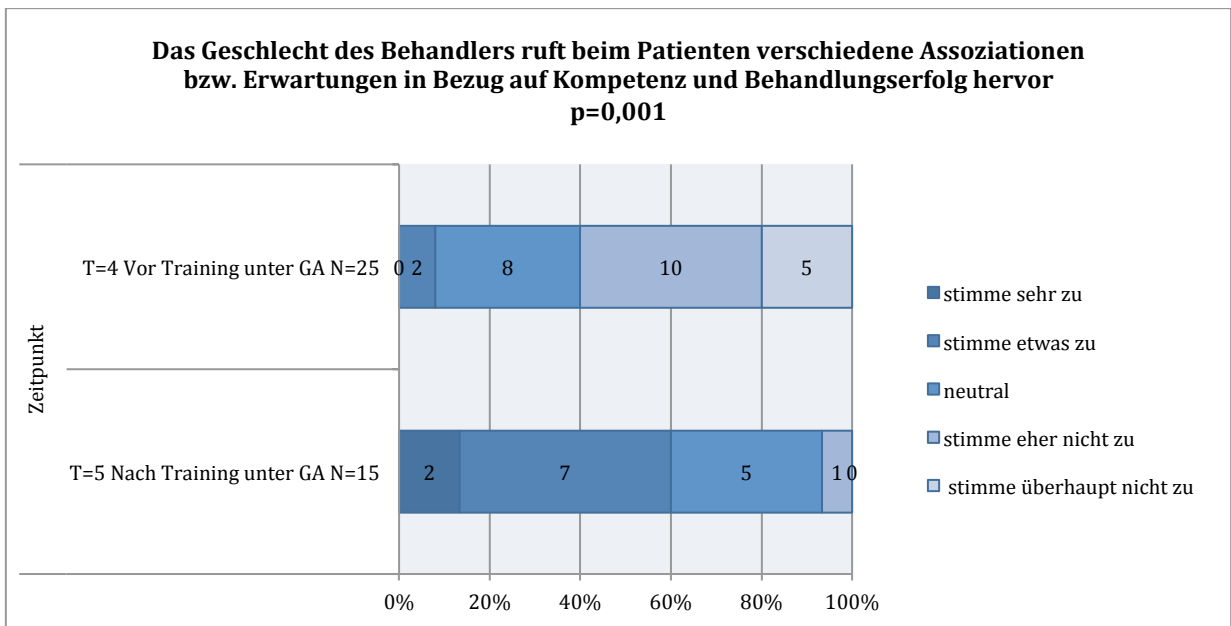


Abbildung 13: Einschätzung der Assoziationen bzw. Erwartungen seitens der Patient\_innen durch das Behandlergeschlecht in Bezug auf Kompetenz und Erfolg für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=4 vor dem Training und T=5 nach dem Training. GA= Genderaspekt.

### 3.11 Erwartungshaltung männlicher und weiblicher Patient\_innen

#### Hypothese L:

Veränderungen ergaben sich ebenfalls in signifikanter Weise bei Betrachtung der Fragestellung, wie Student\_innen den Unterschied an Erwartungen weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten empfanden. So lässt sich Folgendes feststellen: Vor dem Training (T=4) hielten 24% der Befragten den Unterschied an Erwartungen für „nicht bedeutend“ und 12 % für „wenig bedeutend“. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich nach Ende des Trainings (T=5), da keiner der Student\_innen die Option „nicht bedeutend“ und „wenig bedeutend“ wählte. Eine Signifikanz von  $p=0,001$  konnte verzeichnet werden.

So wurde der Unterschied hinsichtlich der Erwartungshaltung weiblicher im Vergleich zu männlichen Patient\_innen nach dem Training als bedeutender wahrgenommen.

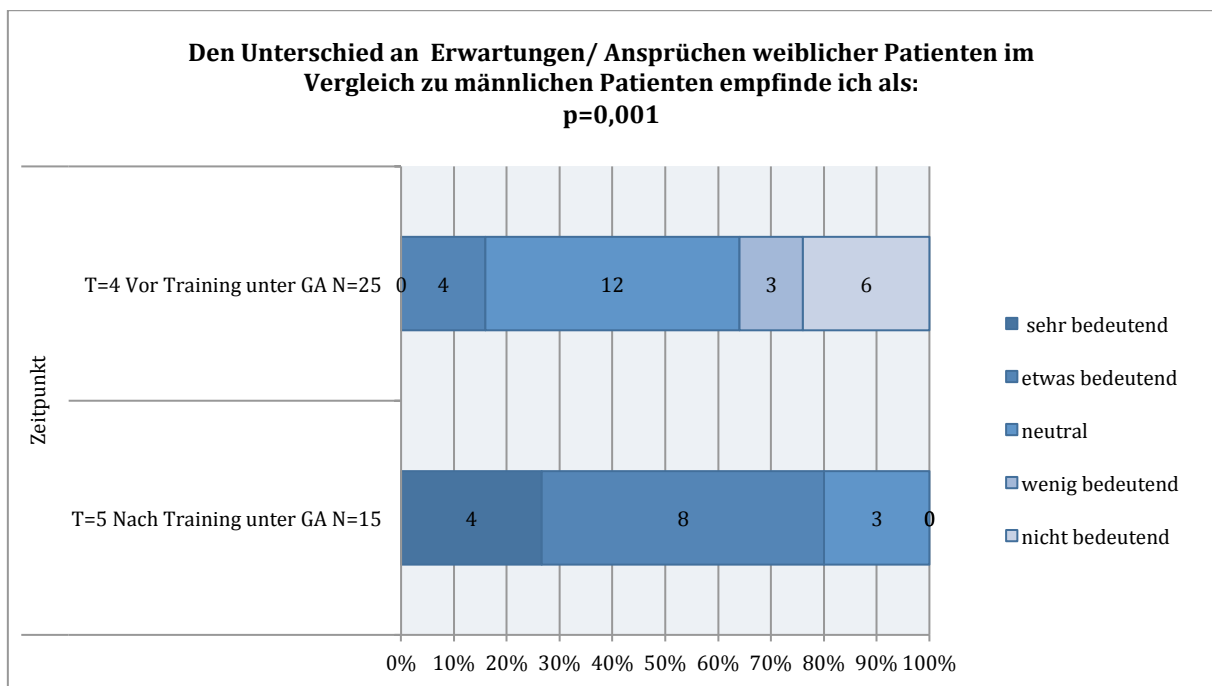


Abbildung 14: Einschätzung der Erwartung und des Anspruchs weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten für die Studierenden der Zahnmedizin (6. + 7. Semester) der Universität Ulm 2016 zum Zeitpunkt T=4 vor dem Training und T=5 nach dem Training. GA= Genderaspekt.

## 4. Diskussion

### 4.1 Die Bedeutung der Gesprächsführung und des Gesprächsführungskurses

#### *Hypothese A- D*

Die Bewertung der Student\_innen bezüglich der Bedeutung der Gesprächsführung in den Kategorien von „sehr bedeutend“ bis „nicht bedeutend“ zeigt, dass der Kurs generell am Ende von den meisten Befragten als „etwas bedeutend“ eingestuft wird.

Bereits Ingersoll betonte die hohe Bedeutung der effektiven Kommunikation, welche die Basis für eine positive Zahnärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung bildet und für jede\_n Zahnärzt\_in als Grundvoraussetzung unerlässlich sei (Ingersoll 1987 a).

Diese Einschätzung der Bedeutung lässt sich in den ausgewerteten Ergebnissen in der Tat verifizieren.

Nach Auswertung der Fragebögen ist nun schlusszufolgern, dass die Befragten die Wichtigkeit erkennen und grundsätzlich keine ablehnende Haltung zur Thematik der professionellen Gesprächsführung einnehmen.

Anzumerken ist hierbei die Tatsache, dass sich bei der Frage nach den Themen, über welche die Student\_innen während des Studiums unterrichtet werden wollen, signifikante Änderungen ergaben, indem das Thema „Zahnärzt\_in-Patient\_innen-Beziehung“ zunehmend gewünscht wurde.

Jedoch wird ebenfalls deutlich, dass mit zunehmendem Zeitpensum weniger Student\_innen die Bedeutung der Gesprächsführung als „sehr bedeutend“ einschätzten.

Die Einschätzung als „sehr bedeutend“ wurde somit nur noch von jedem,\_jeder vierten Student\_in getroffen.

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass die subjektive Bedeutung der Gesprächsführung für die Student\_innen mit zunehmender Zeit während des Studiums in erstaunlicher Weise abnimmt. Die Ursachen hierfür müssten noch in Erfahrung gebracht werden. Denkbar ist hierbei als Ursache eine gewisse sich über den Zeitraum entwickelnde Gleichgültigkeit der Student\_innen.

Sichtbar wird dies gleichzeitig in der Frage nach der Einführung der zahnärztlichen Gesprächsführung als Pflichtkurs.

Auch hier lässt sich ein abnehmendes Interesse seitens der Student\_innen feststellen. So ist eine Interpretation in Richtung einer Abflachung des Interesses an Gesprächsführung durchaus erkennbar.

Dies bestätigt ebenso das Ergebnis im Bereich der Nachfrage zur Weiterbildung, die nach dem Training von weniger Student\_innen gewünscht wurde.

In einer weiteren Unterteilung des Fragebogens wurde nach Weiterbildung in Form von Seminaren und Unterricht gefragt.

Generell ist festzustellen, dass die Student\_innen Weiterbildungen vor Trainingsbeginn forderten, sich dies jedoch nach Teilnahme am Kurs in Richtung signifikant abnehmender Werte änderte. Die Zahl der Befürworter einer Weiterbildung sank mit fortschreitender Zeit.

Der Vergleich zu bereits in der Praxis arbeitenden Ärzt\_innen ergibt bedeutende Unterschiede.

In einer Studie von Schwartz et al. hätten 78% der befragten Zahnärzt\_innen gerne mehr Kommunikationstraining während der Studienzeit erhalten (Schwartz et al. 2007).

Den positiven Effekt einer guten Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation stellt auch Levinson fest, da hierdurch eine geringere Anzahl an Fehlbehandlungen gewährleistet werden kann (Levinson et al. 1997).

Als weiterer wichtiger Aspekt soll die Wirkung der Kommunikation auf die Mitarbeit der Patient\_innen aufgeführt werden:

So berichten hierbei über zwei Drittel der Ärzte von Patient\_innen, die den Nutzen präventiver Maßnahmen ignorierten (Ingersoll et al. 1979).

Drei Viertel der befragten Zahnärzt\_innen einer amerikanischen Studie gaben an, dass Patient\_innen, die sich nicht an die Behandlungsanweisungen hielten, zu den Problemen ihrer beruflichen Tätigkeit gehörten. Von den Kieferorthopäden und Prothetikern beklagte jeder zweite dieses Problem (Ingersoll et al. 1979).



Interessanterweise hat die Qualität der Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung einen bedeutsamen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Dies wird in der Studie von Roter et al. ersichtlich, laut derer eine verstärkte Mitarbeit durch eine gute Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation erreicht werden konnte (Roter et al. 1998).

Diesen Nutzen einer effektiven Ärzt\_innen-Patient\_innen-Kommunikation scheinen Zahnärzt\_innen nach abgeschlossenem Studium zu erkennen. So wurde in Studien ersichtlich, dass Zahnärzt\_innen nach abgeschlossenem Studium die Einführung eines Gesprächsführungskurses während des Studiums für sinnvoll erachteten (Jackson 1978; Kulich et al. 1998), so befürworteten auch bei Woelber et al. 87% der Zahnärzt\_innen eine Integration des Kurses in das Studium (Woelber et al. 2011).

Es ist daher zu vermuten, dass die Beurteilung der befragten Student\_innen im späteren Berufsalltag unterschiedlich ausfallen wird.

Dies kann mit der mangelnden praktischen Langzeiterfahrung in Zusammenhang stehen.

Ebenfalls ist eine übergeordnete Rolle des zeitlichen Pensums eines Curriculums anzuführen. Hierbei wird vermutet, dass die zeitlichen Anforderungen scheinpflichtiger Veranstaltungen in den Vordergrund treten können und dadurch eine Konkurrenzsituation bilden. Dadurch wird dem Curriculum eine untergeordnete Wichtigkeit zugeschrieben.

## **4.2 Die Bedeutung eines übergreifenden Trainings**

### ***Hypothese H***

Da laut internationalen Studien insbesondere bei Berufsanfänger\_innen zwischenmenschliche Beziehungen im Praxisalltag und Aspekte, die mit dem Management einer Praxis zusammenhängen, Stress auslösen, wurde im Fragebogen untersucht, ob Kommunikation in Bereichen wie Personal, Kolleg\_innen und Zahnlabor auch übergreifend trainiert werden sollte (Gorter et al. 2007; Jung u. Wichmann 1990; Kent 1987).

Maßgeblichen Anteil hat die effektive Kommunikation ebenfalls an der Bedeutung für den funktionierenden zahnärztlichen Betrieb. Ohne die Möglichkeit zu kommunizieren würden Organisationen aufhören zu existieren (Church 1994), denn die essentielle Basis für kooperatives Arbeiten ist die Kommunikation.

Die Bedeutung der Kommunikation in der Zahnarztpraxis unter dem Aspekt der Führungsqualität lässt sich wie folgt betrachten: Eines der ältesten systematischen Kriterien zur Erforschung der Führung ist der Eigenschaftsansatz (Trait Approach). So ermittelte Stogdill, der die Ergebnisse der Literatur aus 40 Jahren zusammentrug und analysierte, verschiedene vorherrschende Eigenschaften, die mit Führung assoziiert sind: Intelligenz, Wachsamkeit, Einsicht, Verantwortungsgefühl, Entschlusskraft, Ausdauer, Geselligkeit und Selbstvertrauen (Stogdill 1948).

Auch Kommunikationsforscher haben mögliche Beziehungen zwischen der Führung und unterschiedlichen Kommunikationsmerkmalen einer Person untersucht. In einer Studie von Limon und La France konnte gezeigt werden, dass die Streitfreudigkeit einen positiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, als Führungsperson wahrgenommen zu werden, besitzt. Analog verringerte sich durch Kommunikationsangst diese Wahrscheinlichkeit (Limon u. La France 2005).

Folglich lässt sich widergeben, dass sich der Kommunikationsstil dem Führungsverhalten zuordnen lässt.

Darüber hinaus wurde in einer weiteren Studie ein positiver Zusammenhang zwischen der Durchsetzungsfähigkeit in der Führungskommunikation und der wahrgenommenen Unterstützung der Mitarbeiter\_innen nachgewiesen, was wiederum die emotionale Bindung der Mitarbeiter\_innen an die Organisation fördert (Dasgupta et al. 2013).

Studien, die den Erfolg der organisationalen Kommunikation auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung untersuchten, konnten belegen, dass das Kommunikationsverhalten der Führungskräfte einen merklichen Einfluss auf den Führungserfolg hat (Clampitt u. Downs 1993; Madlock 2008; Neves u. Eisenberger 2012; Pettit et al. 1997; O'Reilly u. Anderson 1980).

Folglich kann durch gute organisationale Kommunikation die Bindung der Mitarbeiter an den Betrieb gesteigert werden.

Damit steht die Identifikation, die durch effektive Kommunikation erzielt wird, in einem positiven Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und einem negativen

mit der Kündigungsabsicht. Es werden zwei Maßnahmen zur organisationalen Identifikation beschrieben: die klare Kommunikation von Werten und Zielen, sowie die Förderung der Mitarbeiterkommunikation. Diesen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und Fluktuationsneigung verzeichnen Mathieu und Zajac in ihrer Metaanalyse (Mathieu u. Zajac 1990).

Wesentliche Ziele einer effektiven Kommunikation sind somit die Stressreduktion und die Förderung der sozialen Unterstützung. So soll ein Mittelmaß zwischen unzureichender Kommunikation und Informationsüberlastung, welche selbst als ein stressauslösender Faktor eingestuft werden kann, als Ziel gesetzt werden (Felfe u. Liepmann 2008).

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Befragung, muss festgestellt werden, dass die Zahl der befragten Interessierten des übergreifenden Trainings in Bereichen wie Personal, Kolleg\_innen und Zahnlabor auch hier signifikant abnahm.

Daraus wird deutlich, dass im zeitlichen Verlauf weniger Bereitschaft der Student\_innen für eine Weiterbildung im Bereich der Kommunikation besteht.

Es lässt sich vermuten, dass diese organisationale Sichtweise während des Studiums seitens der Studenten noch nicht in Betracht gezogen wird. Der Aspekt der Kommunikation hinsichtlich Führungsqualitäten und deren Bedeutung für den späteren Praxisalltag scheint hierbei für die Student\_innen zu diesem Zeitpunkt nicht hinreichend relevant zu sein.

#### **4.3 Einschätzung des zeitlichen Aufwands und Beurteilung eines standardisierten Vorgehens**

##### **Hypothese F und G**

Ebenso lässt sich der Wert des zeitlichen Aspekts eines Patient\_innengesprächs aus Sicht der Student\_innen beurteilen.

Aus der Literatur lässt sich feststellen, dass eine funktionierende Zahnärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung für das Gelingen oder Scheitern einer Behandlung grundlegend mitentscheidend ist (Johnke 1997).

So beschreiben Janke und von Wietersheim, dass Patient\_innen, die Angst vor Zahnärzt\_innen haben, als Hauptgrund die fehlende Aufklärung und mangelnde Kommunikation durch die Zahnärzt\_innen nennen (Janke u. von Wietersheim 2009). Der Stellenwert kommunikativer Kompetenz aus Sicht der Student\_innen im Vergleich des Aspektes Zeit ergibt Folgendes:

Verzeichnet wurde eine Änderung zur Einstellung des zeitlichen Aspektes:

Aus den erfassten Daten lässt sich schließen, dass nach Teilnahme am Training der zeitliche Aufwand für eine größere Anzahl der Student\_innen eine erhebliche Rolle spielt. Mehr Student\_innen ordnen den zeitlichen Aspekt als zu aufwändig ein.

So ist als Folge die Suche nach einem routinierten, standardisierten Vorgehen für die meisten Student\_innen zu einer Option geworden.

Dies zeigt die Tendenz der Student\_innen standardisierte Verfahren im Vorfeld eher abzulehnen. Nach Beendigung des Trainings sank die Zahl der Ablehner und die der Befürworter eines standardisierten Vorgehens stieg.

Daraus ist zu schließen, dass ein standardisiertes Training im zeitlichen Verlauf weniger Ablehnung erfährt und nach Beendigung des Kurses für viele zur Option wird.

Dies ist in Zusammenhang mit der Berücksichtigung des Wunsches einer weniger zeitaufwändigen Methode erklärbar. Denkbar ist, dass sich die Student\_innen eine schnelle, standardisierte Technik zur Kommunikation wünschen.

#### **4.4 Entwicklung der Selbsteinschätzung der Student\_innen**

##### ***Hypothese E***

Positive Entwicklungen lassen sich im Bereich der Selbsteinschätzung der Student\_innen nach Beendigung des Trainings verzeichnen.

Bewertet wurde der Schwierigkeitsgrad unterschiedlicher Patient\_innengruppen. Veränderungen ergaben sich bei der Gruppe der „ängstlichen Patient\_innen“.

Laut Ingersoll dauere die Behandlung ängstlicher Patient\_innen oft länger und kann für das Team eine Belastung darstellen. Angst wird als Patient\_innenproblem von Zahnärzten am häufigsten genannt (Ingersoll et al. 1979).

Grundsätzlich lässt sich in der Gruppe der ängstlichen Patient\_innen die Relevanz einer effektiven Kommunikation verdeutlichen.

Gesteigerte Angst führt zu einer größeren Empfindsamkeit für Schmerz (Lerman et al. 2015, Lin et al. 2017). Daher scheint Angstabbau, welcher durch eine effektive Kommunikation angestrebt werden sollte, mit einer Verminderung des wahrgenommenen Schmerzes zu korrelieren.

Des Weiteren wurde in einer Studie von Kahn et al. analysiert, dass 58% der Zahnärzt\_innen als gravierendsten Stressfaktor die Behandlung schwieriger Patient\_innen nannten (Kahn et al. 1995).

Laut Woelber et al. wurde ermittelt, dass 44% der Zahnärzt\_innen einmal pro Monat schwierige Gesprächssituationen mit Patient\_innen haben und 25% über Behandlungsunwilligkeiten berichten (Woelber et al. 2011).

Diese Konfrontation mit schwierigen Patient\_innengruppen gilt es zu schulen.

In Form von Selbsteinschätzung konnten die Student\_innen einstufen, welchen Schwierigkeitsgrad ängstliche Patient\_innen bei ihnen einnehmen. Als sehr schwierig wurde diese Gruppe zu Beginn von 35% der Befragten empfunden, nach abgeschlossenem Training schätzten nur noch 7% der Befragten ängstliche Patient\_innen als sehr schwierig ein (Tuschy-Hagmann et al. 2019).

Es zeigt sich, dass nach dem Training in Form eines Rollenspiels die Sicherheit der Student\_innen verbessert wurde und „ängstliche Patient\_innen“ tatsächlich als weniger schwierig empfunden wurden.

So konnte auch durch das Curriculum eine Veränderung im Sinne eines selbstsicheren Auftretens durch angestrebte professionelle Kommunikation erreicht werden.

Das Ziel des Curriculums, den Umgang mit schwierigen Patient\_innengruppen zu schulen, konnte nachweislich verbessert werden.

#### 4.5 Beurteilung der Genderaspekte in der Patient\_innenkommunikation

##### ***Hypothese I-L***

Auf Genderaspekte wurde im letzten Teil des Fragebogens eingegangen.

Es ist bekannt, dass Frauen auf eine andere Weise kommunizieren als Männer.

Eine aus dem Bereich der Humanmedizin stammende Untersuchung aus Deutschland zur Patient\_innenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge bestätigt die Geschlechtsspezifität im ärztlichen Kommunikationsverhalten.

Mit Hilfe von vier Items wurde die Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung von 1130 Patient\_innen bewertet. Hierbei wurde ermittelt, dass die Geschlechterkonstellation Ärzt\_in- Patient\_in die Patient\_innenzufriedenheit erheblich prägt. Am unzufriedensten waren männliche Patienten, die von einem männlichen Arzt betreut wurden.

Dies änderte sich, sobald mindestens eine Person weiblich war, wodurch die Zufriedenheit signifikant zunahm.

Im Zusammenhang mit dem Bewertungskriterium „Berücksichtigung der Lebenssituation und der Gesamtbeurteilung“, ließen sich die signifikant höchsten Zufriedenheitswerte der Items verzeichnen, sobald die Konstellation in Zweierbeziehung mit Ärztinnen erfolgte. Dies wird zum Teil auf die patient\_innenzentrierte Ausrichtung von Ärztinnen zurückgeführt (Weißflog et al. 2014).

Die Einschätzung der Auswirkungen des Behandlergeschlechtes auf die Patient\_innen seitens der Teilnehmer\_innen ergab signifikante Änderungen vor und nach dem Training. Es wurde ebenfalls in Studien festgestellt, dass Zahnärztinnen ihren Kommunikationsstil flexibler an die emotionale Lage der Patient\_innen anpassen können. Darüber hinaus kommunizieren sie weniger dominant, sondern vielmehr partnerschaftlich (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010).

Der weibliche Kommunikationsstil wird als emotionaler beschrieben (Mulac 1998, Eagly u. Johnson 1990, Schmid Mast et al. 2004), so ist dieser Unterschied auch im Zusammenhang des ärztlichen Kommunikationsverhalten belegt.

Stärker als Ärzte fokussieren Ärztinnen eine partnerschaftliche Ärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung, die Formulierung positiver Aussagen und die Einbeziehung psychosozialer Faktoren (Roter et al. 2002).

Des Weiteren hielten sie häufiger Blickkontakt, erfassten mehr Informationen und forderten einen aktiven Entscheidungsprozess ihrer Patient\_innen im Gespräch (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010.)

Durch ihre Wirkung auf die Patient\_innen erhielten sie durchschnittlich bessere Bewertungen (Halling 2015).

Allerdings wurden sie schneller als weniger kompetent eingestuft (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010).

Zahnärzte wurden bei ihren Patienten\_innengesprächen seltener unterbrochen, hatten einen höheren Redeanteil und wurden eher als Autoritätsperson anerkannt. Ihre Kommunikation wurde als sachlich und dominant beschrieben (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010).

Die aus der Literatur ersichtliche Aussage wurde durch die erfassten Ergebnisse bestätigt.

Lediglich 4% der Student\_innen hielten die Auswirkung des Behandlergeschlechts vor dem Training für „sehr bedeutend“ und 16% für „etwas bedeutend“. Dies änderte sich signifikant.

Für „sehr bedeutend“ hielten nach dem Training 20% der Teilnehmer\_innen die Auswirkung des Behandlergeschlechts, für „etwas bedeutend“ stuften dieses 33% der Befragten ein.

Auch im Hinblick auf die Rolle des Behandlergeschlechts hinsichtlich des Behandlungsablaufs lässt sich aus der Literatur zusammenfassen, dass von Zahnärztinnen seitens vieler Patient\_innen bereits eine geschlechtsspezifische Kommunikation vorausgesetzt wird. Dies bedeutet, dass eine emotionale

Gesprächsführung bei Zahnärztinnen nicht zusätzlich positiv bewertet, sondern grundsätzlich gefordert wird. Nur wenn entsprechend der Geschlechterrolle kommuniziert wird, erreicht die Behandlung die größten Zufriedenheitswerte.

Besondere Attribute sind vor allem die partnerschaftliche, emotionale und hilfsbereite Kommunikation. So konnte diesbezüglich festgestellt werden, dass weibliche Patienten nur dann zufrieden waren, wenn ein patientenzentriertes Gespräch stattfand (Klößner Cronauer u. Schmid Mast 2010).

Dies deckt sich mit der Auswertung der Student\_innenbefragung.

Die Aussage, dass das Geschlecht des Behandlers eine Erwartungshaltung bei Patienten bezüglich des Ablaufs der Behandlung hervorruft, sollte von den Student\_innen auf einer Skala von „stimme sehr zu“ bis „stimme nicht zu“ beantwortet werden.

Diese Erwartungshaltung wurde vor und nach dem Training signifikant unterschiedlich eingeschätzt

Vor dem Training stimmten lediglich 4% der Teilnehmer\_innen „etwas zu“.

Nach dem Training entschieden sich 13% für „stimme etwas zu“ und 20% sogar für „stimme sehr zu“.

Somit konnte hier ermittelt werden, dass ein größerer Teil der Teilnehmer\_innen nach dem Training zustimmte, dass eine Erwartungshaltung in Bezug auf den Behandlungsablauf von Seiten der Patient\_innen abhängig vom Behandlergeschlecht vorherrscht.

Ebenso wurde in einer weiteren Frage nach der Erwartungshaltung der Patient\_innen bezüglich Kompetenz und Behandlungserfolg in Abhängigkeit vom Behandlergeschlecht gefragt.

„Stimme etwas zu“ wählten vor dem Training 8% der Teilnehmer\_innen, 47% danach.

Dies zeigt die Meinung der Student\_innen nach dem Training, dass das Geschlecht des Behandlers eine Wirkung auf die Erwartungshaltung der Patient\_innen sowohl hinsichtlich der Kompetenz als auch des Behandlungserfolges hat.



Unterschiede im Hinblick auf die Ansprüche männlicher und weiblicher Patient\_innen wurden in mehreren Studien ebenfalls beobachtet.

Aus der Literatur zeigte sich, dass weibliche Patienten Ängste häufiger äußern als männlichen Patienten und schneller abbauen (Krainz 2009). Patientinnen waren kommunikativer, informativer und sprachen häufiger psychosoziale Themen an. Des Weiteren verlangten sie eine intensivere zwischenmenschliche Kommunikation. Bei ihnen lag ein ausgeprägter Präventionsgedanke vor und sie waren interessierter an medizinischer Aufklärung, wohingegen männliche Patienten für ausgeprägte Prävention erst sensibilisiert werden mussten (Kulle u. Kahana 2012).

Männliche Patienten legten vor allem Wert auf die Qualifikation und Erfahrung der Zahnärzt\_innen (Fomin u. Fomina 2015). Auch waren emotionale Äußerungen bei ihnen seltener, die Tendenz, sich für ihre Angst zu schämen, bestand eher und sie zeigten diese seltener, indem sie gesellschaftskonforme Antworten gaben (Krainz 2009).

Die Fragestellung, wie Student\_innen den Unterschied sowohl an Erwartungen als auch an Ansprüche weiblicher Patienten verglichen mit männlichen Patienten empfinden, lässt sich wie folgt beantworten: Vor dem Training hielten 24% der Befragten den Unterschied an Erwartungen für „nicht bedeutend“ und 12% für „wenig bedeutend“. Die Veränderungen nach dem Gesprächsführungskurs war signifikant: Keiner der Student\_innen hielt mehr den Unterschied für unbedeutend. Eine Übereinstimmung bezüglich der aus der Literatur ermittelten Ergebnisse konnte bestätigt werden.

#### **Limitation:**

Sicherlich gilt als entscheidende Einschränkung, dass die Patient\_innengespräche nicht direkt am Patienten erhoben wurden, sondern entsprechend dem geplanten Studiendesign über Rollenspiele stattfanden. Somit konnte keine direkte Bewertung am real schwierigen Patienten stattfinden. Die ebenfalls konstruierte Behandlungssituation spiegelt zudem nicht exakt den Praxisalltag wider.

Insbesondere ist die Selbsteinschätzung ein subjektiver Parameter und korreliert nicht mit der Qualität des Patient\_innenumgangs.

Anfänglich lag eine repräsentative Größe vor. Die im späteren Verlauf abnehmende Menge mit kleiner Stichprobenzahl lässt sich mit der geringen Student\_innenzahl pro Semester begründen und fordert weitere Untersuchungen auf diesem Themengebiet.

#### 4.6 Fazit:

Die universitäre Vermittlung der Wirkung von Kommunikation auf den\_die Patient\_in ist die Grundlage, um die „Macht der Worte“ im Sinne des\_der Patient\_in einzusetzen und Schaden von ihm\_ihr fernzuhalten. Kommunikation hat hierbei einen ausschlaggebenden Einfluss auf den Verlauf einer medizinischen Behandlung (Häuser et al. 2012).

Kommunikation spielt sich immer auf einer emotionalen und intellektuellen oder kognitiven Ebene ab. Die Erlernbarkeit dieser Fähigkeit ist Grundlage für die Berufsausübung. Nur alleine aus Berufserfahrung kann sie nicht ausreichend gewährleistet werden. Zwar werden die Zahnärzt\_innen im Umgang mit gewissen Situationen erfahrener und sicherer in der alltäglichen Routine, jedoch ist nicht sichergestellt, dass sie dadurch ihren Anforderungen gerecht werden.

Eine Grundlage an Gesprächstechniken, Flexibilität und gutes Gespür für die Situation hilft auch in schwierigen Situationen sicher zu handeln.

Bestimmte kommunikative Grundfähigkeiten sollten daher im Studium erlernt werden, um in eine vertrauensvolle Beziehung mit den Patient\_innen gelangen zu können.

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die Thematik der kommunikativen Kompetenz nicht ausreichend im Fokus der Student\_innen liegen und in ihrer Relevanz erfasst sind. Daher ist ihre Vermittlung auf universitärer Ebene umso wichtiger.

Des Weiteren haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass Zeichen nonverbaler und verbaler Verhaltensweisen durch ihr Erlernen identifiziert und ihre Komponenten spezifiziert werden können. Die Grundzüge der erfolgreichen Kommunikation sind nachweislich erlernbar (Runyon u. Cohen 1979; Eijkman et al. 1977; Levy et al. 1980).

Diese verhilft dem\_der Ärzt\_in, verschiedenste kommunikative Herausforderungen zu bewältigen, damit schlussendlich vielfältige Patient\_innenbedürfnisse erfüllt werden können.

Die Erlernbarkeit der kommunikativen Fähigkeiten stellt somit die Grundlage für die Berufsausübung dar (Kent 1987; Jung u. Wichmann 1990).

Wegen dieser Wirkung der Gesprächsführung beziehen Verbände, Gremien und Arbeitsgruppen soziale und kommunikative Kompetenzen in ihre Empfehlungen und Ausbildungsstandards mit ein, so zum Beispiel das beschriebene Anforderungsprofil eines Zahnarztes von der Association for Dental Education in Europe (ADEE), das Basler Consensus-Statement und das Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC) (Cowpe et al. 2010; Kiessling et al. 2008; Bachmann et al. 2013). Derzeit gibt es kein einheitliches Curriculum für soziale und kommunikative Kompetenzen für Student\_innen der Zahnmedizin an deutschen Universitäten, obwohl die Wirksamkeit solcher Ausbildungskonzepte bestätigt wurde (Haak et al. 2008).

Schlussendlich lässt sich festhalten, dass die generierten Daten auf eine Verbesserung im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Student\_innen im Bereich des Umgangs mit ängstlichen Patient\_innen nach Beendigung des Trainings hinweisen.

In Anbetracht der noch kleinen Stichprobengröße bietet sich eine Erweiterung der Pilotstudie an dieser und weiteren Universitäten an, um einen Vergleich zu den erarbeiteten Ergebnissen ziehen zu können.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Bedeutung der Gesprächsführung im Studium stärker im Vordergrund stehen sollte und ebenso der Aspekt der Auswirkung des Behandlergeschlechts auf die Art der Gesprächsführung.

Ein zu realisierender Ansatz besteht in dem Ausbau eines erweiterten Curriculums, sowie in der Weiterentwicklung des Konzepts der Gesprächsführung unter Genderaspekten.

## 5. Zusammenfassung

Mit der Entwicklung des Curriculums wurde das Training der Kommunikation an der Universität Ulm vertieft und ausgebaut. Dabei wurden spezifische Fallvignetten generiert und für individuelle Patient\_innengruppen gezielt erarbeitet, welche während des Trainings eingesetzt wurden.

Es wurde eine Befragung vor Beginn des Curriculums im sechsten Semester und jeweils nach Ende eines Trainings, zu insgesamt fünf Zeitpunkten durchgeführt.

Als Medium wurden hierzu Fragebögen erstellt und ausgewertet, welche jeweils nach den Trainingseinheiten ausgeteilt wurden, wobei zu Beginn 26, in weiterem Verlauf 25, 22, 25 und 15 Student\_innen beteiligt waren.

Als Ziel der durchgeführten Untersuchung lässt sich die Beurteilung der Gesprächsführung seitens der Student\_innen beschreiben. Darüber hinaus war zu ermitteln, welche Themen sie für sehr bedeutend halten und welche Priorität der Kurs der Gesprächsführung im Studium einnimmt. Hierbei wurde erforscht, welche signifikanten Veränderungen diesbezüglich während des Trainings stattfanden.

Ebenso ermittelt wurde die Veränderung der Selbsteinschätzung der Student\_innen im Hinblick auf die Gesprächsführung mit schwierigen Patient\_innengruppen.

Als weiterer Untersuchungsaspekt stand die Beurteilung der Gesprächsführung unter Genderaspekten seitens der Student\_innen im Fokus und welche signifikanten Veränderungen sich aus der Teilnahme am Kurs der zahnärztlichen Gesprächsführung ergaben.

Es zeigte sich, dass mit zunehmender Zeit weniger Student\_innen die Bedeutung der Gesprächsführung als „sehr bedeutend“ einschätzten. Die Zahl der Student\_innen, die das Training nach Beendigung als „sehr bedeutend“ einstufen nahm signifikant ab.

Hinsichtlich der Einführung als Pflichtveranstaltung wurde nach der Teilnahme am Gesprächsführungskurs eine abnehmende Anzahl der Befürworter\_innen verzeichnet. Die Weiterbildung in der Thematik „Kommunikation in Bereichen wie Personal, Kolleg\_innen und Zahnlabor“ wünschten nach dem Training ein geringerer Teil der Befragten als vor dem Training.

Es kann folglich festgestellt werden, dass die subjektive Bedeutung für die Student\_innen mit zunehmender Zeit abnimmt. Als Ursache ist eine Gleichgültigkeit

der Student\_innen denkbar, in dem Sinne, dass vielmehr die Behandlung und weniger die Gesprächsführung und individuelle Interaktion mit den Patient\_innen im Vordergrund steht.

Ebenfalls kann diese Beurteilung mit der mangelnden Langzeiterfahrung hinsichtlich des Patient\_innenkontaktes der Student\_innen in Verbindung stehen. Weiterhin ist zu vermuten, dass dem Curriculum eine untergeordnete Rolle von den Student\_innen zugewiesen wird, da scheinpflichtige Veranstaltungen in den Vordergrund des Studiums treten.

Unter Beachtung des Genderaspektes wurde die signifikant veränderte Meinung der Student\_innen nach dem Training verzeichnet, dass das Geschlecht des Behandlers auf die Erwartungshaltung der Patient\_innen hinsichtlich des Behandlungsablaufes einwirkt und Unterschiede im Hinblick auf die Ansprüche männlicher verglichen mit weiblichen Patienten bestehen.

Positive Entwicklungen ließen sich im Bereich der Selbsteinschätzung verzeichnen, da ängstliche Patient\_innen zu Beginn von 35% der Befragten als „sehr schwierig“ eingestuft wurden. Nach abgeschlossenem Training schätzten nur noch 7% der Befragten ängstliche Patient\_innen als sehr schwierig ein.

So zeigte sich, dass nach dem Training die Sicherheit der Student\_innen verbessert und „ängstliche Patient\_innen“ als weniger schwierig empfunden wurden.

Das Erreichen des erstrebten Ziels des Curriculums, den Umgang mit schwierigen Patient\_innen zu schulen, konnte nachgewiesen werden.

Es gilt als Einschränkung die geringe Fallzahl festzuhalten, sowie eine fehlende Kontrollgruppe, aufgrund derer die Ergebnisse nicht eindeutig dem Kommunikationstraining zugeschrieben werden können. Dennoch ist anzunehmen, dass das Training zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung führt.

Da es notwendig ist, Kommunikationstechniken zu erlernen, sollte das Ziel die Erarbeitung eines Curriculums für soziale und kommunikative Kompetenzen sein, das in das universitäre Studium zu integrieren ist. Ebenso sollte die Kommunikation unter Genderaspekten integrativer Lehrbestandteil werden, damit Student\_innen ein Bewusstsein für ihre unterschiedliche Wirkung auf männliche und weibliche Patienten entsprechend verbessern, um eine vertrauensvolle wie souveräne Interaktion zu ermöglichen.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Ajzen I: Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52: 27- 58 (2001)
2. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco A M, Elorzan R D, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M: A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93: 18-26 (2013)
3. Biermeyer M: Mund aufmachen verjagt die Angst. *Rhein-Zeitung*, 156: 17 (2003)
4. Church, A H: The character of organizational communication. A review and new conceptualization, 2: 18-53 (1994)
5. Clampitt P G, Downs C W: Employee perceptions of the relationship between communication and productivity: A field study. *The Journal of Business Communication*, 30: 5-28 (1993)
6. Cleland J, Foster K, Moffat M: Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher*, 27: 246-251 (2005)
7. Corah N L, O'Shea R M, Pace L F, Seyrek S K: Development of a Patient Measure of Satisfaction with the Dentist: The Dental Visit Satisfaction Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 7: 367 (1984)
8. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD: Profile and Competences for the Graduating European Dentist - update 2009. *European Journal of Dental Education*, 14: 193-202 (2010)
9. Dahmer H, Dahmer J a: *Gesprächsführung*. 5. Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 3-8 (2003)
10. Dahmer H, Dahmer J b: *Gesprächsführung*. 5. Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 126-128 (2003)
11. Dahmer H, Dahmer J c: *Gesprächsführung*. 5. Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 66-67 (2003)
12. Dasgupta S A, Suar, D, Singh S: Impact of managerial communication styles on employees' attitudes and behaviours. *Employee Relations*, 35: 173- 199 (2013)

13. Davies A R, Ware J E: Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment, Rand Corporation, Santa Monica, California, S. 55-57 (1982)
14. DGZP: Leu M: Zahnbehandlungsphobie: Zahlen und Fakten. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Zahnbehandlungsphobie. (2016)  
<http://www.dgzp.de/zahlen.html>. (03.11.2018)
15. Doering S: Psychiatrische Krankheitsbilder. In: Wolowski A, Demmel H J (Hrsg): Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Compact Lehrbuch für Studium und Praxis. Schattauer, Stuttgart, S. 45–63 (2010)
16. Drinnan A J: Differential diagnosis of orofacial pain. *Dental Clinics of North America*, 22: 73-87 (1978)
17. Eagly A H, Johnson B T: Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108: 233-56 (1990)
18. Eichelberger H, Laner C K W, Sary E, Sary C: Reformpädagogik goes E-Learning. Neue Wege zur Selbstbestimmung von virtuellem Wissenstransfer und individualisiertem Wissenserwerb. Oldenbourg, München Wien, S. 128-130 (2008)
19. Eijkman M A, Karsdorp N G, Boeke B, Karsdorp-Bimmerman G H: Experiences with a training course in Patient counseling. *Journal of Dental Education*, 41: 623 (1977)
20. Eron LD: Effect of Medical Education on Students' Attitudes. *Medical Education*, 10:559-566 (1955)
21. Eron LD: The Effect of Medical Education on Attitudes: A Follow-up Study. *Medical Education*, 33:25-33 (1958)
22. Fazel I, Aghamolaei T: Attitudes toward learning communication skills among medical students of a university in Iran, *Acta Medica Iran*: 49:625-629 (2011)
23. Felfe J, Liepmann D: Organisationsdiagnostik. Hogrefe, Göttingen, S. 59 (2008)
24. Fomin I, Fomina N: Gender differences in perception communication with the doctor in hypertensive patients. *Journal of Hypertension*, 410 (2015)
25. Gebhard F: Bedeutung des Unterrichts in Gesprächsführung aus Sicht von Zahnärzten und Studierenden der Zahnmedizin, medizinische Dissertation, Universität Ulm (2014)

26. Gorter R C, Storm M K, te Brake J H, Kersten H W, Eijkman MA: Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *International Dental Journal*, 57: 279-285 (2007)
27. Gottlieb G, Paulson G: Salivation in depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 5: 468 (1961)
28. Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ: The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *European Journal of Dental Education*, 12:213 (2008)
29. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC: Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36: 568-574 (2002)
30. Halling F: So bewerten Patienten Zahnärzte im Internet, *Die Zahnarzt Woche*, Fulda (2015).  
<http://www.dzw.de/artikel/so.bewerten-patienten.zahnaerzte-im-internet>  
(03.11.18)
31. Hansen E: Aufklärungsschäden. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 1: 49–59 (2013)
32. Hansen E, Bejenke C: Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Der Anaesthetist*, 59: 199–209 (2010)
33. Hansen E, Federlin M: Zahnbehandlungsangst Erwachsene - aus (zahn-)medizinischer Sicht. In: Kunzelmann K H (Hrsg): VHB-Kurs-Skript: Einführung in die Arzt-Patienten- Kommunikation, S. 91–99 (2009)
34. Harlak H, Dereboy C, Gemalmaz A: Validation of a Turkish translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students. *Education for Health*, 21:55 (2008)
35. Häuser W, Hansen E, Enck P: Nocebophänomene in der Medizin. Bedeutung im klinischen Alltag. *Deutsches Ärzteblatt*, 109: 459–465 (2012)
36. Ingersoll B D, Ingersoll T G, McCutcheon W R, Seime R J (unveröffentlichte Befunde): Behavioral dimensions of dental practice: A national survey. Unpublished manuscript, West Virginia University School of Dentistry (1979)
37. Ingersoll B D a: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. *Quintessenz*, Berlin, S. 17-18 (1987)



38. Ingersoll B D b: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 52 (1987)
39. Ingersoll B D c: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 89-90 (1987)
40. Ingersoll B D d: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 25 (1987)
41. Ingersoll B D e: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 52-62 (1987)
42. Ingersoll B D f: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 43-48 (1987)
43. Ingersoll B D g: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 48-51 (1987)
44. Ingersoll B D h: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 191-193 (1987)
45. Ingersoll B D i: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 148-162 (1987)
46. Ingersoll B D j: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 165-179 (1987)
47. Ingersoll B D k: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz, Berlin, S. 134-144 (1987)
48. Jackson E: Convergent evidence for the effectiveness of interpersonal skill training for dental students. *Journal of Dental Education*, 42: 517-523 (1978)
49. Jan H: General semantic orientation in dentist- patient relations. *Journal of the American Dental Association*, 68: 424 (1964)
50. Janke F B, von Wietersheim J: Angst vor dem Zahnarzt- eine Fragebogenuntersuchung an Patienten und deren Zahnärzten. *Deutsche Zahnärztliche Zeitung*, 64:420-427 (2009)
51. Johnke G: *Klinische Psychologie in der ärztlichen Praxis*: Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover, S. 9-20 (1997)
52. Jung T, Wichmann M: Praxisschock bei Zahnmedizinern? *Zahnärztliche Mitteilungen*, 80:138-145 (1990)
53. Kahn R L, Cooper C, Mallanger M: Dentistry: What causes it to be a stressful occupation? *Applied Psychology*, 29: 307-319 (1980)

54. Kent G: Stress Amongst Dentists. In: Payne R, Firth-Cozens J (Hrsg): Stress in Health Professionals. John Wiley & Sons, Chichester, S. 127-150 (1987)
55. Kiessling C, Dietrich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S: Basler Consensus Statement Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium. Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 1-7 (2008)
56. Kleinknecht R A, Klepac R K, Akexander D A: Origins and characteristics of fear of dentistry. Journal of the American Dental Association, 86: 842 (1973)
57. Klöckner Cronauer C, Schmid Mast M: Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient, Rehabilitation, 49: 308-314 (2010)
58. Krainz C: Angst- und Stressreduktion in der zahnärztlichen Behandlung unter Berücksichtigung genderorientierter Ansätze. Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz (2009)
59. Köllner V, Rinke K, Weidner K, Reitmeier B: Kommunikation in der Zahnarztpraxis. Zahnmedizin up2date, 1: 43-66 (2010)
60. Kulle D, Kahana B: Doctor-patient communication: Gender makes a difference. Psycho- Oncology, 21 (2012)
61. Kulich K R, Ryden O, Bengtsson H: A descriptive study of how dentists view their Profession and the doctor-patient relationship. Acta Odontologica Scandinavica, 56: 206-209 (1998)
62. Lang E V, Benotsch E G, Fick L J, Lutgendorf S, Berbaum M L, Berbaum K S, Logan H, Spiegel D: Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet, 355: 1486-1490 (2000)
63. Laskin D M: Etiology of the pain dysfunction syndrome. Journal of The American Dental Association, 79: 147-53 (1969)
64. Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G: Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. Psychosomatic Medicine, 77: 333-41 (2015)
65. Levinson W, Roter D: Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. Journal of General International Medicine, 10: 375-379 (1995)

66. Levinson W, Roter D L, Mullooly J P, Dull V T, Frankel R M: Physician-Patient-Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *Medical Association*, 277: 553-559 (1997)
67. Levy R L, Domoto P K, Olson D G, Lertora A K, Charney C: Evaluation of one-to-one behavioral training. *Journal of Dental Education*, 44: 221 (1980)
68. Limon M S, La France B H: Communication traits and leadership emergence Examining the impact of argumentativeness, communication apprehension, and verbal aggressiveness in work groups. *Southern Communication Journal*, 70: 123-133 (2005)
69. Lin C S, Wu S Y, Yi C A: Association between Anxiety and Pain in Dental Treatment: A Systematic Review and Meta- analysis. *Journal of Dental Research*, 96: 153-162 (2017)
70. Loureiro E M, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA: Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills. *Patient Education and Counseling*, 85: 272-277 (2011)
71. Madlock P E: The Link between Leadership Style Communicator Competence, and Employee Satisfaction. *Journal of Business Communication* , 45: 61-78 (2008)
72. Markgraf-Stiksrud J: Angst und Angstabbau. In: Sergl H G (Hrsg): *Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde*. Urban und Schwarzenberg, München, S. 87- 115 (1996)
73. Mathieu J E, Zajac D M: A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108: 171-194 (1990)
74. Mehrstedt M: *Ohne Angst zum Zahnarzt*. Asanger, Heidelberg, S. 3-8 (2002)
75. Mulac A: The gender-linked language effect: Do language differences really make a difference? In: Canary D J, Dindia K (Hrsg): *Sex differences and similarities in communication: Critical essays and empirical investigations of sex and gender in interaction*. Lawrence Erlbaum, New Jersey, S. 127-154 (1998)
76. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C: Empathy decline and its reasons: a systematic review

- of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86: 996-1009 (2011)
77. Neves P, Eisenberger R: Management Communication and Employee Performance: The Contribution of Perceived Organizational Support . *Human Performance*, 25: 452-464 (2012)
  78. O'Reilly C A, Anderson J C: Trust and the communication of performance appraisal information: The effect of feedback on performance and job satisfaction. *Human Communication Research*, 6: 290-298 (1980)
  79. Ott J, Aust S, Nouri K, Promberger R: An everyday phrase may harm your patients: the influence of negative words on pain during venous blood sampling. *The Clinical Journal of Pain*, 28: 324–328 (2012)
  80. Pedersen R: Empathy development in medical education-a critical review. *Medical Teacher*, 32: 593-600 (2010)
  81. Pettit J D, Goris J R, Vaught B C: An examination of organizational communication as a moderator of the relationship between job performance and job satisfaction. *The Journal of Business Communication*, 34: 81-98 (1997)
  82. Reinmann G, Mandl H: Unterrichten und Lernumgebungen gestalten. In: Krapp A, Weidenmann B (Hrsg): *Pädagogische Psychologie. Ein Lehrbuch*. 5. Aufl., Beltz, Basel, S. 613–658 (2006)
  83. Roter D L, Hall J A, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B: Effectiveness of interventions to improve patient Compliance: A Meta-analysis. *Medical Care*, 36: 1138-1161 (1998)
  84. Roter D L, Hall J A, Aoki Y: Physician Gender Effects in Medical Communication. *Journal of the American Medical Association*, 288: 756-64 (2002)
  85. Rowan K: Monthly communication skill coaching for healthcare staff. *Patient Education and Counseling*, 71: 401-404 (2008)
  86. Runyon H L, Cohen L A: The effects of systematic human relations training on freshman dental students. *Journal of The American Dental Association*, 98: 196-201 (1979)
  87. Schmid Mast M, Kindlimann A, Hornung R: Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. *Praxis*: 29-30 (2004)

88. Schneller T: Die Entwicklung der „Behavioral Dentistry“ in den USA In: Schneller T, Fleischer-Peters A (Hrsg): Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnmedizin. Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung, Frankfurt, S. 14-20 (1985)
89. Schwartz B, Banting D, Stitt L: Perceptions about conflicts of interest: an Ontario survey of dentists' opinions. *Journal of Dental Education*, 71: 1540-1548 (2007)
90. Seemann M, Zech N, Graf M B, Hansen E: Das Prämedikationsgespräch. Anregungen zu einer patientenfreundlichen Gestaltung. *AINS - Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 50: 142–146 (2015)
91. Stogdill R M: Personal factors associated with leadership: A survey of the literature, 25: 35-71 (1948)
92. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM: How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74: 295-301 (2009)
93. Terzioglu P, Jonitz B, Schwantes U, Burger W: Kommunikative und soziale Kompetenzen. Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. *Deutsches Ärzteblatt*, 10:458-460 (2003)
94. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D: Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Medical Education*, 41:146-153 (2007)
95. Tuschy- Hagmann S, Geibel M A, Jerg-Bretzke L: Development and Evaluation of a Communication and Social Competence Training for Dental Students. *AMEE MedEdPublish*, 8: 29 (2019)
96. Varelmann D, Pancaro C, Cappiello E, Camann W: Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia & Analgesia*, 110: 868–870 (2010)
97. Vincent C, Young M, Philips A: Why Do People Sue Doctors? A study of Patients and Relatives Taking Legal Action. *Lancet*, 343: 1609-1613 (1994)
98. Von Kanitz A: Gesprächstechniken. Haufe Planegg, Freiburg, S. 25-49 (2007)
99. Weißflog G, Ernst J, Szkoda A, Berger S, Stuhr C, Herschbach P, Book K, Brähler E: Patientenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge- differentielle

- Befunde zur Geschlechtsspezifität in Arzt-Patient-Dyaden. Gesundheitswesen, 76: 306-311 (2014)
100. Woelber J P, Deimling D, Langenbach D, Ratka-Krüger P: The importance of teaching communication in dental education. A survey among dentists, students and patients. European Journal of Dental Education, 16: 200-204 (2011)
101. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W: Attitude change during medical school: a cohort study. Medical Education, 38: 522-534 (2004)
102. Zander A, Buddeberg C, Frei R: Befunderhebung und Therapieplanung bei Patienten mit mandibulärer Dysfunktion. Schweizer Monatshefte Zahnheilkunde, 92: 497 (1982)

## Anhang

### Fragebogen

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden



Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.

Fragebogen aus urheberrechtlichen Gründen entfernt. Kann bei der Autorin angefragt werden.





## Entwickeltes Curriculum nach spezifischen Patient\_innengruppen

### **Ängstliche Patient\_innen:**

Die Grundlage des Verständnisses gegenüber den Patient\_innen bildet die Verhaltenstheorie: Die Ursprünge des menschlichen Verhaltens und dessen Erwartungen liegen in persönlichen Erfahrungen und erlernten Mustern. Daraus ist ableitbar, dass frühere traumatische Erlebnisse aus vorangegangenen Behandlungen die Ursache ängstlichen Verhaltens sein können. Dies lässt sich auch aus Erfahrungen Angehöriger oder Freunde mit schmerzhaften Zahnarztbehandlungen übertragen (Ingersoll 1987 d).

Der Angst liegt oft eine traumatische Behandlungserfahrung oder eine negative Haltung im familiären Umkreis zugrunde. Die Familie hat einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von Angst vor Zahnärzt\_innenbesuchen (Kleinknecht et al. 1973).

Die Furcht bei Angstpatient\_innen muss nicht auf ein bestimmtes Ereignis oder eine befürchtete Situation zurückgeführt werden können. Es scheint vielmehr so, dass Menschen Situationen generalisieren, in denen sie Angst hatten und diese Erfahrung aus einer Situation auf eine andere übertragen. Zudem können ursprünglich angstfreie Patient\_innen durch Schmerzerlebnisse zu Angstpatient\_innen werden.

So ist das direkte Fragen, ob Patient\_innen Angst verspüren immer erster Ansatz für die konstruktive Patient\_innen- Zahnärzt\_innen- Beziehung. Bei Patient\_innen, die von ihren Angstgefühlen berichten, reagieren Zahnärzt\_innen auf die Selbstaussage oft zögernd und vermeiden es, auf die Gefühle näher einzugehen (Ingersoll 1987 e).

An physiologischen Zeichen wie einer erhöhten Herzschlagfrequenz, gesteigerter Schweißsekretion, schnellerer Atmung, Weinen, Zittern und muskulärer Anspannung können die Zahnärzt\_innen die Angst ebenfalls erkennen (Schneller 1985).

Als angststeigernde Situationen sind voranzusetzen:

- der Anblick der Betäubungsspritze
- die Empfindung bei der Verabreichung der Injektion
- das Geräusch und Gefühl des Bohrers (Ingersoll 1987 e)

Folgende Wörter sollten nach Jan insbesondere bei ängstlichen Patient\_innen vermieden werden: Schnitt, Bohrer, Meißel, Messer, Skalpell, Nadel, Zange, Zement.

Zudem sind folgende Ausdrücke zu bevorzugen:

einen Zahn präparieren	anstelle von	einen Zahn beschleifen
einen Zahn entfernen	anstelle von	einen Zahn ziehen
einen Zahn wiederherstellen	anstelle von	einen Zahn füllen
Zahnersatz	anstelle von	Prothesen
Glätten	anstelle von	Feilen
Investition	anstelle von	Kosten

(Jan 1964)

Das Bitten, keine Angst zu haben oder die Aufforderung sich zu entspannen, sollten konsequent vermieden werden. Da Angst die Fähigkeit zum Zuhören beeinträchtigt, sollten sich Zahnärzt\_innen vergewissern, ob die Patient\_innen den Ablauf, die Dauer und die Intensität der Behandlung abschätzen können.

Das Verstehen und die Kontrolle einer Situation sowie die Bedeutung dieser Situation, beeinflussen die Angst und somit auch das subjektive Schmerzempfinden. Für die Patient\_innen ist es hilfreich, wenn die Zahnärzt\_innen ihnen die Möglichkeit anbieten, per Handzeichen die Behandlung unterbrechen zu können. Kontrolle über die Abläufe reduzieren die empfundene Angst ebenso wie die Einsicht der Situation eine positive Seite abgewinnen zu können. So ist der Schmerz für die Patient\_innen weniger belastend, wenn sie im Voraus davor gewarnt wurden und er nicht als unvorhergesehenes Ereignis eintritt. Auch die genaue Beschreibung der zu erfolgenden Behandlungsschritte ermöglicht den Patient\_innen, sich darauf einzustellen.

Weiterhin ist es bei länger andauernder Behandlung wichtig, den Patient\_innen Rückmeldung über die weitere Dauer zu geben und zu signalisieren, wann das Ende in Sicht ist. Kritik sollte bei ängstlichen Patient\_innen grundsätzlich vermieden werden.

Konkrete Hinweise zur Vermeidung von Angst lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- keine schwer erfüllbaren Erwartungen aussprechen
- keine Fremdbeurteilung anfordern
- kein Negativ-Image aufbauen
- keine Scham- oder Schuldgefühle auslösen
- keine Wertungen abgeben
- keine aggressive Konfrontation provozieren (Ingersoll 1987 e)

Als weitere Anweisung rät Jackson den Zahnärzt\_innen, den weißen Kittel vorab auszuziehen, zunächst im Büro mit den ängstlichen Patient\_innen zu sprechen und gemeinsam in das Behandlungszimmer zu gehen.

Zudem macht er deutlich, dass die Patient\_innen, die bisher die Praxis gemieden haben, für ihr Erscheinen zu loben sind, da im Übrigen viele Patient\_innen für den seltenen Praxisbesuch kritisiert wurden (Jackson 1978).

## Leitfaden: Ängstliche Patient\_innen

### Fallbeispiel:

Patient A, Mitte vierzig, stellt sich aufgeregt und unruhig in der Praxis vor. Er präsentiert ein stark angespanntes Erscheinungsbild. Der Patient meidet seit fünf Jahren die Zahnarztpraxis, sieht sich jedoch wegen starker Schmerzen im Molarenbereich zu einem Besuch gezwungen. Er berichtet über eine traumatische Kindheitserfahrung, er leide seit seiner Kindheit an einem starken Würgereiz bei Röntgenaufnahmen. Nach mehrfachem Zureden überwindet er sich auf dem Praxisstuhl Platz zu nehmen.

Der\_die Zahnärzt\_in:

- verhält sich offen
- ist den Patient\_innen gegenüber reflektierend
- spricht angedeutete ängstliche Gefühle an
- fragt die Patient\_innen direkt nach Angst
- nimmt physiologische Anzeichen wahr
- vergewissert sich über vermeintlich Verstandenes
- vermeidet Kritik
- klärt Patient\_innen über die Länge der Sitzung auf
- warnt die Patient\_innen bei geringster Wahrscheinlichkeit der Schmerzentstehung
- vermeidet Wörter wie Schmerz und Verletzbarkeit, verwendet stattdessen Unbehagen und Empfindlichkeit
- verwendet die Aussage „...das wird nicht schlimm“ nur im korrekten Kontext
- bietet den Patient\_innen an, Handzeichen zur Unterbrechung zu geben
- führt die Patient\_innen langsam an neue Vorgänge heran
- übt keine Kritik, sondern lobt erwünschte Verhaltensweisen
- redet ruhig und entspannt

(Ingersoll 1987 e)

## Ärgerliche Patient\_innen

Auf ein Gespräch mit verärgerten Patient\_innen reagieren viele Zahnärzt\_innen defensiv, versuchen zu diskutieren und die Schuld den Patient\_innen zuzuweisen. All dies führt meistens zu einem Streitgespräch.

Zentral ist hier die Rolle der Kontrolle des eigenen Gefühls. Zugrunde liegt das Reaktionsmuster, Ärger ähnlich wie einen körperlichen Angriff wahrzunehmen. Ingersoll geht davon aus, dass das gefühlsinduzierte Selbstgespräch korrigiert werden kann, indem irrationale Annahmen verändert werden. Diese Annahmen beruhen auf Erfahrungen aus der Kindheit, so zum Beispiel zur Akzeptanz der Fehlbarkeit des Menschen. So wird zu folgender Verhaltensstrategie geraten, sich selbst folgende Fragen zu stellen:

„Warum ist es so schrecklich, dass diese Person verärgert ist oder denkt, ich sei nicht perfekt?“. So lässt sich erkennen, dass die Kritik seitens der Patient\_innen keinen ernsthaften Schaden anrichten kann.

Zentral ist zudem das Erkennen der Ursache des Ärgers. Zielführend ist die Frage, ob der Ärger unabhängig von der eigene Person ist und eigentlich einer anderen Person oder Sache gilt. Eine weitere Ursache der ärgerlichen Haltung der Patient\_innen kann Angst sein, die in Form von Ärger und Wut zutage tritt, gehäuft bei von Krankheit gereizten Patient\_innen. Des Weiteren können unrealistische Erwartungen bezüglich des Behandlungserfolgs eine Quelle des Ärgers darstellen. Ziel ist es daher, die Patient\_innen über die Probleme, die sich während oder nach der Behandlung ergeben können, aufzuklären und den Patient\_innen zu realistischen Vorstellungen und Erwartungen bezüglich des Behandlungsergebnisses, der Dauer und den möglichen Risiken zu verhelfen. Als weitere Ursache kommt der begründete Ärger der Patient\_innen in Frage. Daher ist es notwendig, den Patient\_innen aufmerksam zuzuhören, um die Ursache zu identifizieren. Viele verärgerte Patient\_innen erhoffen sich, dass sich die behandelnden Zahnärzt\_innen in eine Verteidigungsposition begeben, daher scheint der beste Weg zu sein, echtes Interesse zu zeigen und den Patient\_innen zu signalisieren, auf deren Seite zu stehen.

Grundlegend ist, sich bewusst zu machen, dass Ärger die Fähigkeit erschwert, klar zu denken und die Situation rational wahrzunehmen. Daher sind Diskussionsversuche mit ärgerlichen Patient\_innen oft nicht von Erfolg gekrönt (Ingersoll 1987 f).

## Leitfaden: Ärgerliche Patient\_innen

### Fallbeispiel:

Patient A, Mitte dreißig, erscheint verärgert zur Röntgenverlaufskontrolle in der Praxis. Ursache dafür sei die Terminplanung, die ihn seit Tagen beschäftigt, ihm keine Ruhe gelassen hat und die äußerst problembehaftete Koordinierung mit seinem Arbeitgeber. Er weist mangelnde Mundhygiene auf, nach Untersuchung lautet die Diagnose Entzündung um erfolgreich integriertes Implantat. Herr A. gibt zu verstehen, dass er der Meinung war, die Krone inklusive Implantat bliebe mehrere Jahre erhalten. Er beklagt nun bei dem\_der Zahnarzt\_in, dass erneute Kosten und ein zeitlicher Aufwand für ihn entstünden. Er sieht die mangelnde Qualifikation des\_der behandelnden Zahnarzt\_in als Ursache des Problems und ist aufgebracht über dessen\_deren therapeutisches Vorgehen.

Der\_die Zahnarzt\_in:

- ermutigt den\_die Patient\_in zu sprechen
- spricht Patient\_innen nur an, wenn er bzw. sie volle Aufmerksamkeit geben kann
- spricht Gefühle der Patient\_innen an
- verhält sich nicht defensiv
- wirkt nicht anklagend oder beschuldigend
- versucht nicht zu diskutieren
- ignoriert das Problem nicht
- lässt die Gefühle der Patient\_innen nicht auf sich überspringen
- signalisiert eine akzeptierende Haltung
- nimmt das Problem ernst
- zeigt aufmerksamen Gesichtsausdruck bzw. nickt mit dem Kopf
- informiert anstatt Ratschläge zu geben
- diskutiert nicht über subjektive Ansichten
- beurteilt Wahrnehmung der Patient\_innen nicht
- gibt reflektiert Antworten

- gibt die Gefühle und Haltung in eigenen Worten wider
- wahrgenommene Widersprüche werden offen, nicht verurteilend angesprochen
- gibt den Patient\_innen das Gefühl, aktiv und konstruktiv zu sein, nicht passiv als Opfer der Krankheit
- signalisiert, auf der Seite der Patient\_innen zu stehen
- vermittelt, dass Ärger aus Sicht der Patient\_innen verständlich ist, ohne die Schuld zu übernehmen

(Ingersoll 1987 f)



## **Depressive Patient\_innen**

Depressive Menschen, die dazu neigen, antriebslos und gleichgültig zu sein, sind meist weniger zur täglichen Mundpflege motiviert. Umfangreiche Studien haben gezeigt, dass depressive Menschen eine geringere Speichelsekretion haben als gesunde Personen, wodurch die Art und Dichte der Bakterienflora im Mund verändert wird, was einen Einfluss auf die Häufigkeit von Karies darstellt (Gottlieb u. Paulson 1961).

Oft scheinen die Patient\_innen im Erscheinungsbild und motorischen Verhalten verändert. Sie wirken traurig, gleichgültig, antriebslos, reizbar oder ängstlich. Auch die verbalen Äußerungen sind Anhaltspunkte, oft besteht bei den Patient\_innen das Bedürfnis zu reden. Anzeichen können eine pessimistische Zukunftsvorstellung und eine schlimmere Darstellung der wahrgenommenen Schwierigkeiten sein. Fälschlicherweise wird oft gedacht, eine depressive Phase, die auf ein bestimmtes Lebensereignis folgt, sei keine echte Depression. Diese ist ebenso ernst zu nehmen (Ingersoll 1987 g).

## Leitfaden: Depressive Patient\_innen

### Fallbeispiel:

Patient A, 60 Jahre alt, wies früher außerordentlich gute Mundhygiene auf, erscheint nun gleichgültig und weist deutlich eine dentale Verschlechterung auf. Nach Ansprechen auf den oralen Zustand schildert er seine Zukunft als aussichtslos. Er spricht über den Tod seiner Frau vor drei Jahren, den abgebrochenen Kontakt zu seinen beiden Töchtern und bricht dabei in Tränen aus. An seinen Arbeitsplatz als Steuerberater ginge er jeden Morgen mit Bauchschmerzen und schlafe schlecht bei dem Gedanken an den nächsten Tag. Herr A sieht keine Motivation, seine Mundhygiene aufrechtzuhalten, zeigt aber Interesse an einem Hilfesgespräch über seine sich verschlechternde Lebenssituation.

Der\_die Zahnärzt\_in:

- erkennt die Depression
- geht auf das Bedürfnis der Patient\_innen, ins Gespräch zu kommen, ein
- fragt wie lange der Zustand schon besteht
- erkundigt sich, ob es einen Zusammenhang zu einem Lebensereignis gibt
- informiert sich, ob der Zustand seine Arbeit und Alltagssituation beeinflusst und es zur Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen kommt
- unternimmt keine Aufheiterungsversuche
- bemüht sich nicht um Beschwichtigungen
- vermeidet den Themenabbruch bei Weinen
- ermutigt zum Weinen
- legt den Patient\_innen nahe, kompetente Hilfe zu suchen
- bittet um Gespräch mit Familienmitgliedern bei suizidgefährdeten Patient\_innen und Überweisung zum Spezialisten

(Ingersoll 1987 g)

### **Patient mit chronischen Schmerzen:**

Die chronischen Schmerzpatient\_innen erhalten von ihrer Umwelt eine besondere Zuwendung, wenn sie ihre Schmerzen deutlich machen. Immer häufiger definieren sich die Patient\_innen vom Standpunkt ihres Schmerzes. Der Schmerz wird das Mittel mit dem sie mit anderen in Kontakt treten, ihre Identität wird zu der einer sich im Schmerzzustand befindlichen Person. Die Patient\_innen versuchen in der Interaktion mit den Ärzt\_innen diese Identität bestätigt zu bekommen. Dieses Verhalten führt dazu, dass Patient\_innen und Ärzt\_innen an entgegengesetzten Zielen arbeiten (Ingersoll 1987 c).

Es erweist sich als förderlich, wenn sich der\_die Zahnärzt\_in verdeutlicht, dass das Erscheinen des\_der Patient\_in in der Praxis nicht notwendigerweise bedeutet, dass er\_sie ein zahnmedizinisches Problem hat. Die Gefahr besteht darin, dass der\_die Ärzt\_in die selbstgestellte Diagnose des\_der Patient\_in ungefragt übernimmt. Folglich übersieht er\_sie somit die wahrscheinlich wahre Schmerzursache und führt unnötige zahnmedizinische Behandlungen durch (Drinnan 1978).

Während der zahnärztlichen Behandlung chronischer Schmerzpatient\_innen kann es geschehen, dass man sich ganz auf chirurgische und pharmakologische Maßnahmen verlässt, selbst dann, wenn andere Maßnahmen effektiver wären und geringere Risiken mit sich bringen würden (Ingersoll 1987 h).

Eine der Störungen davon ist die Trigemini-Neuralgie. Nach einer Durchsicht von über 270 Fällen meint Drinnan, dass der wichtigste Grund der Erkennung einer Trigemini-Neuralgie, die Vermeidung unnötiger zahnmedizinischer Behandlungen ist. So wurden in fast jedem seiner analysierten Fälle teilweise oder komplette Extraktionen vorgenommen (Drinnan 1978).

Einige orale Beschwerden sind nur ein Aspekt psychophysiologischer Störung. Die Zahnärzt\_innen müssen die emotionale Verfassung und die oralen Gewohnheiten der Patient\_innen erfassen, bevor sie schließen können, dass den Symptomen eine dentale Ursache zugrunde liegt. In vielen Fällen kann man Dysfunktionen des

Unterkiefers auf muskuläre Überbeanspruchung und emotionale Belastung zurückführen (Laskin 1969).

Daher ist es erforderlich, durch genaue Kommunikation zwischen emotionaler oder okklusaler Ursache zu differenzieren (Zander et al. 1982). Die tiefgehende psychiatrische Analyse ist in diesem Fall nicht nötig, um problematische orale Angewohnheiten zu diagnostizieren.

Die Patient\_innen sollen erkennen, dass das Problem ein Ausdruck des von ihnen gewählten Lebensstils ist und dass die letztendliche Verantwortung bei ihnen liegt. Dies soll den Patient\_innen auf nicht anklagende Weise kommuniziert werden. Das Interesse am Gesundheitszustand der Patient\_innen kann vermittelt werden, indem Verständnis für die Zwänge und den Lebensstil der Gesellschaft gezeigt wird (Ingersoll 1987 h).

## Leitfaden: Patient\_innen mit pathologischen oralen Gewohnheiten

### Fallbeispiel:

Patient A, Anfang vierzig, erscheint in der Praxis. Er zeigt Beschwerden im Bereich des linken Kiefergelenks. Seine Lebensqualität sei soweit eingeschränkt, dass er seiner Arbeit aufgrund des Schlafmangels nicht mehr nachgehen kann. Er berichtet über seine frühere Tätigkeit als Bankmanager und die Notwendigkeit, sofort einen Eingriff durchzuführen, der zeitnahe Besserung verspricht.

Der\_die Zahnärzt\_in:

- erkennt pathologische orale Gewohnheiten
- fragt nach oralen Symptomen
- identifiziert Stimuli, die diese Habits aufrechterhalten
- erkundigt sich nach der familiären Situation und Situation am Arbeitsplatz
- drückt Besorgnis und Interesse an allgemeinem Gesundheitszustand aus
- äußert Verständnis für Lebensstil
- vermittelt, dass der Patient/ die Patientin keinen Einzelfall darstellt und solche Störungen häufig vorkommen
- vermittelt, dass Krankheit Ausdruck des gewählten Lebensstils ist und Verantwortung bei den Patient\_innen liegt

(Ingersoll 1987 h)

## **Der\_die behinderte Patient\_in:**

Grundlage für die Wahl der Gruppe der behinderten Patienten\_innen ist die Tatsache, dass für Student\_innen vor Beginn des Patient\_innenbehandlungskurses wenig bis kein Kontakt zu körperlich behinderten oder alten Patient\_innen gegeben ist. Da auch das zunehmend junge Alter der Student\_innen nachgewiesen wurde und auch im sozialen Umfeld wenig Kontakt zu alten Personengruppen besteht, wurde die Entscheidung getroffen, diese Gruppe in die Fallvignetten aufzunehmen.

Da auch keine Erfahrung in einem Pflegepraktikum gesammelt werden kann, wie dies beispielsweise in der Humanmedizin praktiziert wird, soll im Rahmen des Kommunikationstrainings ein angemessener Umgang und eine effektive Kommunikation für die Behandlung der Patient\_innen im Student\_innenkurs erlernt werden.

Die behinderten Patient\_innen sollten als Personen angesehen werden, deren Leben durch die Behinderung eine besondere Beeinträchtigung erfährt. Je besser die Zahnmediziner\_innen die Patient\_innen und ihre psychosozialen Bedingungen verstehen und je genauer sie sich ihrer Haltung gegenüber den Patient\_innen bewusst sind, desto erfolgreicher wird die Behandlung und deren Ergebnis sein, insbesondere für die behinderten Patient\_innen.

Viele Probleme können vermieden werden, wenn bei Patient\_innen sowohl verbal als auch nonverbal angemessen das Vertrauen gewonnen werden kann. Dies muss den Verständnismöglichkeiten der Patient\_innen entsprechen, was bedeutet, dass die intellektuellen Fähigkeiten der Patient\_innen weder überschätzt noch unterschätzt werden dürfen. Je nach Situation sollen die Behandelnden nicht nur mit den Patient\_innen, sondern auch der Begleitperson kommunizieren (Ingersoll 1987 i).

## Leitfaden: Behinderte Patient\_innen

### Fallbeispiel:

Patientin A, Anfang zwanzig, ist geistig beeinträchtigt und nicht dazu in der Lage, sich selbständig um die eigene Zahnpflege zu kümmern. Sie kann sich via unterstützende Kommunikation über ihren Vater unterhalten, der als Begleitperson in der Praxis erscheint. Da dieser zeitlich eingeschränkt und mit der Pflege seiner Tochter völlig ausgelastet ist, schreibt er der Zahnhygiene eine niedrige Priorität zu. Für die notwendige tägliche Zahnpflege, durch welche er seine Tochter unterstützen kann, benötigt er motivierende Instruktionen.

Der\_die Zahnärzt\_in:

- erkennt den Einfluss der Behinderung auf die Lebenssituation
- kommuniziert in verständlicher Weise mit den Patient\_innen
- kommuniziert über Begleitperson nach Bedarf
- bittet um Erlaubnis, bevor er über die Begleitperson kommuniziert
- nimmt die evtl. vorhandene Schwierigkeit wahr, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen
- nimmt Einschränkung bzw. Abhängigkeit in routinemäßiger Zahnpflege wahr
- respektiert eingeschränkte Motivation zur Beschäftigung mit eigener Zahngesundheit
- macht Betreuer\_in auf Verantwortung für Zahnhygiene aufmerksam
- richtet Anweisung direkt an Patient\_innen, nicht an Begleitperson/Dolmetscher
- geht auf zeitliche Terminwünsche/ Dauer der Behandlung ein
- versucht gemeinsame Problemlösung mit Familienmitgliedern zu finden
- vermittelt beruhigende Atmosphäre
- fragt um Erlaubnis, bevor er\_sie Hilfsgeräte der Patient\_innen entfernt

(Ingersoll 1987 i)

## **Geistig retardierte Patient\_innen**

Der\_die Zahnärzt\_in:

- plant ersten Termin ohne sanierende Maßnahmen als Begegnungsmöglichkeit
- hilft den Patient\_innen, sich an Objekte von vorhergegangenen Besuchen zu erinnern
- gibt ausreichend Zeit, sich mit dem Team vertraut zu machen
- lobt Fortschritte der Patient\_innen
- führt vor, was die Person zu Lernen imstande ist
- lässt Patient\_innen Verhaltensweisen vorführen, zur Bestätigung des Verstehens
- formuliert keine „Serie“ von Instruktionen, sondern erklärt Schritt für Schritt
- vermeidet Signale, die Reflexbewegungen auslösen: plötzliche Geräusche, grelles Licht, schnelle Bewegungen und Positionsveränderungen

(Ingersoll 1987 j)

## **Blinde Patient\_innen**

Der\_die Zahnärzt\_in:

- weist auf die eigene Anwesenheit besonders hin
- ergreift die Hand bei Handschlag
- beschreibt Einrichtung des Behandlungszimmers
- informiert über Hindernisse
- ersetzt Kopfnicken durch Körperkontakt
- erfragt, welche Art der Hilfe gebraucht wird
- kündigt Gebrauch der Instrumente an

(Ingersoll 1987 j)



## **Querschnittsgelähmte Patient\_innen**

Der\_die Zahnärzt\_in:

- erkundigt sich danach, wie die Hilfe erfolgen soll und wie zu verfahren ist
- fragt nach Wünschen, bestimmte Dinge selbst ausführen zu wollen
- kommuniziert bezüglich Gefahrenpotentialen (Dekubitus, fehlende Reflexe etc.)

(Ingersoll 1987 j)

## **Schlaganfallpatient\_innen**

Der\_die Zahnärzt\_in:

- stellt sich auf die gesunde Seite der Patient\_innen
- gibt kurze Instruktionen
- minimiert Ablenkung
- greift in einen emotionalen Ausbruch der Patient\_innen durch Rufen des Namens oder Fingerschnippen ein

(Ingersoll 1987 j)

## **Alte Patient\_innen:**

Der\_die Zahnärzt\_in:

- berücksichtigt altersbedingte Beeinträchtigungen
- berücksichtigt motorische Einschränkungen
- führt korrekte Handhabung vor
- übt mit Rückmeldung

(Ingersoll 1987 k)

## Fallvignette unter Genderaspekten

Patient Herr A, Mitte 30, stellt sich zum erstem Mal in der neuen Praxis vor. Er soll über Prophylaxe aufgeklärt werden und es sollen am Ende offene Rückfragen und Unklarheiten ausgeschlossen werden.

Patientin Frau A, stellt sich zum erstem Mal in der neuen Praxis vor. Sie soll über Prophylaxe aufgeklärt werden und es sollen am Ende offene Rückfragen und Unklarheiten ausgeschlossen werden.

Beobachtungsbogen:

Der\_die Patient\_in:

- äußert seine/ihre Gefühle
- ist kommunikativ
- ist informativ
- spricht psychosoziale Themen an
- ist an Aufklärung interessiert
- zeigt Motivation für Präventionsmaßnahmen
- legt Wert auf Qualität
- legt Wert auf Erfahrung
- zeigt wenig emotionale Äußerungen
- gibt gesellschaftskonforme Antworten

Der\_die Zahnarzt\_in:

- kann sich flexibel an Patient\_innensituation anpassen
- hat häufig Blickkontakt
- erfasst Patient\_innen emotional
- erzeugt partnerschaftliche Kommunikation
- erfasst alle relevanten Informationen für die Behandlung

- führt patienten\_innenzentriertes Gespräch
- fordert aktive Entscheidung der Patient\_innen
- fragt nach, wie ausführlich die Erklärung bei Patient\_innen gewünscht ist
- wirkt dominant
- bleibt sachlich
- hat höheren Redeanteil als die Patient\_innen
- wird selten unterbrochen
- wirkt kompetent

## Protokoll vom 31.05.2016

Einleitung des Kommunikationstrainings am 31.05.2016 bot unter anderem das Patientenrechtegesetz. Es wurde thematisch auf die Vermeidung unethischen Verhaltens gegenüber Patient\_innen hingewiesen. So kann beispielsweise auch die Anwendung eines DVTs, welches für das Erlangen des Verständnisses der Patient\_innen hilfreich ist, unter einem neuen Gesichtspunkt beurteilt werden.

Zentrales Thema war hierbei stets die Frage, inwieweit der Behandler sicher sein kann, von den Patient\_innen verstanden zu werden.

Von Frau Prof. Dr. Geibel wurde auf eine Studie der Münchner Psychosomatik verwiesen, in welcher Medizinstudent\_innen vergleichsweise nur unterdurchschnittlich gut Gefühle in Gesichtern erfassen können.

Als weiterer Hinweis zur Notwendigkeit einer effektiven Kommunikation wurde darauf verwiesen, dass nicht selten unzufriedene Patient\_innen zu juristischen Auseinandersetzungen neigen.

Ebenfalls wurde diskutiert, dass bei Patientinnen mit CMD Problematik ebenso eine Tendenz zu juristischen Auseinandersetzungen festgestellt werden kann.

Ziel sei es, unzufriedene Patient\_innen zu vermeiden, wodurch juristische Auseinandersetzungen minimiert werden können. Dafür sei es essentiell, eine Fähigkeit zu entwickeln, mit Hilfe derer man einzuschätzen lernt, mit welchen Patient\_innen man zurecht kommt, sowie die Ursache zu erkennen vermag, weshalb nicht.

Es wurde darüberhinaus darauf verwiesen, Angstpatient\_innen nicht in ihrer Zeit zu limitieren.

In Gruppenarbeit wurde erfasst, was jeder einzelne Student unter sozialer Kompetenz versteht und dafür Kriterien festgelegt, wobei Kompetenz im Verlauf sowohl in die Fach-, Soziale- und Selbstkompetenz unterteilt wurde.

Als Beispiel für Kommunikation unter Genderaspekten wurde angeführt, dass Zahnärztinnen häufiger das Fachpersonal ihrer männlichen Vorgänger übernehmen, wobei dies bei geschlechtsspezifischer Teambildung häufig zu Schwierigkeiten führe.

Des Weiteren fände man im Bereich der Implantologie weniger juristische Gutachten bei weiblichen Behandlern im Vergleich zu deren männlichen Kollegen. Daher

werden in diesem Bereich der Implantologie bereits zahlreiche Seminare und Workshops zur Kommunikation angeboten.

Ebenso wurde auf eine Publikation verwiesen, die thematisiert, dass sich weibliche Patienten am kommunikativsten mit männlichen Behandlern verhalten und männliche Patienten am meisten mit der Helferin kommunizieren.

Die Unterteilung des Aspektes Kommunikation erfolgte in nachfolgende Bereiche:

Was - Inhalt

Wie - Stil

Wann - Timing

Konsequenz - dass gewünschte Reaktion ausgelöst wurde, bzw. Vermeidung von Behandlungsfehlern

## Tabellarische Auswertung der Signifikanzen

Fragestellung: Für wie bedeutend halten Sie die Gesprächsführung (z. B. Aufklärung, Erklärung der Arbeitsschritte, Beruhigung etc.) bei der Behandlung Ihrer Patient\_innen?

Tabelle 2: Bedeutung der Gesprächsführung

P= 0,000		Bedeutung der Gesprächsführung				Gesamt
		Sehr bedeutend	Etwas bedeutend	Neutral	Wenig Bedeutend	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	23	1	1	1	N=26
	T=5 28. Juni 2016	4	9	1	1	N=15

Fragestellung: Wünschen Sie sich eine Weiterbildung im Bereich der Kommunikation?

Tabelle 3: Wunsch nach Weiterbildung im Bereich Kommunikation

P= 0,061		Weiterbildung		Gesamt
		Ja	Nein	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	24	2	N=26
	T=3 12. Mai 2016	15	7	N=22

Tabelle 3: Wunsch nach Weiterbildung in Form eines Seminars

p= 0,072		Seminar		Gesamt
		Keine Angabe	Ja	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	6	20	N=26
	T=3 12. Mai 2016	11	11	N=22

*Tabelle 4: Wunsch nach Weiterbildung in Form von Unterricht*

p= 0,041		Unterricht		Gesamt
		Keine Angabe	Ja	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	8	18	N=26
	T=3 12. Mai 2016	14	8	N=22

Fragestellung: Sollte ärztliche Gesprächsführung in der Zahnmedizin ein Pflichtkurs sein?

*Tabelle 5: Ärztliche Gesprächsführung als Pflichtkurs*

p= 0,052		Zahnärztliche Gesprächsführung als Pflichtkurs			Gesamt
		Keine Angabe	Ja	Nein	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	1	19	6	N=26
	T=3 12. Mai 2016	1	9	12	N=22

Fragestellung: Welche Patient\_innen empfinden Sie als besonders schwierig?

*Tabelle 6:: Schwierige Patient\_innen, Fall ängstlicher Patient\_innen*

p= 0,091		Ängstliche Patient_innen			Gesamt
		Nicht schwierig	Etwas schwierig	Sehr schwierig	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	4	13	9	N=26
	T=5 28. Juni 2016	5	9	1	N=15

Fragestellung: Welche Themen sollten im Rahmen der zahnärztlichen Gesprächsführung während des Studiums unterrichtet werden?

Tabelle 7: Zahnärzt\_innen-Patient\_innen-Beziehung

p= 0,016		Zahnärzt_innen- Patient_innen- Beziehung			Gesamt
		Ja	Vielleicht	Nein	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	8	16	2	N=26
	T=3 12. Mai 2016	13	4	3	N=20

Fragestellung: Standardisiertes Vorgehen ist effektiver als ein Training zur individuellen Kommunikation

Tabelle 8: Standardisiertes Vorgehen effektiver als individuelle Kommunikation

p= 0,062		stimme sehr zu	Standardisiertes Vorgehen ist effektiver als ein Training zur individuellen Kommunikation				Gesamt
			Stimme zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	0	0	8	18	0	N=26
	T=5 28. Juni 2016	1	2	4	7	1	N=15



Fragestellung: Der zeitliche Aufwand für ein intensives Patient\_innengespräch lohnt sich nicht und ist für mich zu erheblich

Tabelle 9: Bedeutung des zeitlichen Aufwandes

p= 0,067		Der zeitliche Aufwand für ein intensives Patient_innengespräch lohnt sich nicht und ist für mich zu erheblich				Gesamt
		stimme etwas zu	neutral	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	0	2	17	7	N=26
	T=3 12. Mai 2016	1	7	9	4	N=21

Fragestellung: Sollte die Kommunikation in diesen Bereichen (Bsp: Personal, Kolleg\_innen, Zahnlabor etc.) auch trainiert werden?

Tabelle 10: Kommunikation in übergreifenden Bereichen, z.B. Personal

p= 0,035		Training			Gesamt
		Keine Angabe	Ja	Nein	
Zeitpunkt	T=1 Vor erstem Training	0	22	4	N=26
	T=3 12. Mai 2016	1	12	9	N=22

Fragestellung: Die unterschiedliche Auswirkung eines männlichen Behandlers im Vergleich zu einer weiblichen Behandlerin auf die Patient\_innen empfinde ich als:

Tabelle 11: Unterschiedliche Auswirkung eines männlichen Behandlers in Vergleich zur weiblichen Behandlerin

p= 0,002		Unterschiedliche Auswirkung eines männlichen Behandlers im Vergleich zu einer weiblichen Behandlerin auf Patient_innen					Gesamt
		sehr bedeutend	Etwas bedeutend	neutral	Wenig bedeutend	nicht bedeutend	
Zeitpunkt	T=4 Vor Training unter GA	1	4	5	9	6	N=25
	T=5 Nach Training unter GA	3	5	7	0	0	N=15

Fragestellung: Das Geschlecht des Behandlers ruft eine gewisse Erwartungshaltung der Patient\_innen in Bezug auf den Behandlungsablauf hervor.

Tabelle 12: Erwartungshaltung der Patient\_innen in Bezug auf den Behandlungsablauf in Abhängigkeit vom Geschlecht des Behandlers

p= 0,003		Das Geschlecht des Behandlers ruft eine gewisse Erwartungshaltung der Patient_innen in Bezug auf den Behandlungsablauf hervor					Gesamt
		stimme sehr zu	Stimme etwas zu	neutral	Stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	
Zeitpunkt	T=4 Vor Training unter GA	0	1	9	10	5	N=25
	T=5 Nach Training unter GA	3	2	9	1	0	N=15

Fragestellung: Das Geschlecht des Behandlers ruft bei Patient\_innen verschiedene Assoziationen bzw. Erwartungen in Bezug auf Kompetenz und Behandlungserfolg hervor

Tabelle 13: Hervorrufen von Assoziationen in Bezug auf Kompetenz je nach Geschlecht des Behandlers

p= 0,001		Das Geschlecht des Behandlers ruft bei Patient_innen verschiedene Assoziationen bzw. Erwartungen in Bezug auf Kompetenz und Behandlungserfolg hervor					Gesamt
		stimme sehr zu	Stimme etwas zu	neutral	Stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	
Zeitpunkt	T=4 Vor Training unter GA	0	2	8	10	5	N=25
	T=5 Nach Training unter GA	2	7	5	1	0	N=15

Fragestellung: Den Unterschied an Erwartungen/ Ansprüchen weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten empfinde ich als:

Tabelle 14: Unterschied an Erwartung weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten

p= 0,001		Unterschied an Erwartung weiblicher Patienten im Vergleich zu männlichen Patienten					Gesamt
		sehr bedeutend	etwas bedeutend	neutral	wenig bedeutend	nicht bedeutend	
Zeitpunkt	T=4 Vor Training unter GA	0	4	12	3	6	N=25
	T=5 Nach Training unter GA	4	8	3	0	0	N=15

## Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

## Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.