

**Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny -**

Bedarf an Medizinischer Psychologie

in der Zahnheilkunde

**Eine wissenschaftliche Untersuchung unter
Zahnärzten und Zahnmedizinstudenten**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae dentium

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von: Bastian, Cordula

aus Herne

2006

**Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster**

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthny

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgener

Tag der mündlichen Prüfung: 31.05.2006

**Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Medizinische Psychologie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny -
Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. F.A. Muthny
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner**

ZUSAMMENFASSUNG

Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde

Eine wissenschaftliche Untersuchung unter Zahnärzten und Zahnmedizinstudenten

Bastian, Cordula

Die teilnehmenden Stichprobengruppen (52 Zahnärzte, 78 Studenten) wurden zu dem Thema "Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde" befragt, wobei eine Mehrheit von 89% aller Befragten eine psychologische Schulung eines Zahnarztes für wichtig erachtet.

In Ermangelung einer ausreichenden psychologischen Vor- und Weiterbildung halten sich die befragten Zahnärzte und Studenten auch nicht für gut genug gerüstet, schwierige Situationen im Beruf adäquat zu meistern ("wenig bis durchschnittlich"). Folgerichtig ist die Forderung nach einer Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in das Studium der Zahnmedizin sehr hoch (92% der Zahnärzte und 91% der Studenten).

Wichtiges Ziel dieser Arbeit war in Ergänzung zu anderen zahnmedizinisch-psychologischen Studien, Lehrinhalte eines Faches "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner" zu ermitteln und Erwartungshaltungen der Lernenden zur theoretischen und praktischen Lehre zu formulieren.

Im Mittelpunkt des Interesses fanden sich die Themenkomplexe "Gesprächsführung/ Psychologische Grundlagen der Kommunikation", "Psychologie der Angst und des Schmerzes" und Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung ("Compliance" und "Aufbau eines Vertrauensverhältnisses"). Weitere Lehrinhalte sollten die "Psychologie des Alters", die "Krankheitsbewältigung des Patienten" und der "Umgang mit Problempatienten" sein. Nicht unerheblich erschienen auch die Bereiche "Personalführung" und "Praxisorganisation" sowie "Stressbewältigung" bzw. "Eigener Selbstschutz".

Kleingruppen von maximal 10 Studenten wurde eindeutig der Vorzug gegeben und mehrheitlich eine Mischung aus Übungs- und Seminarstil gewünscht.

Trotz einiger Ansätze, die "Medizinische Psychologie" in das Studium der Zahnmedizin zu integrieren, besteht die Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 ohne eine psychologische Lehre bis heute.

Steigende Anforderungen an psychologische und kommunikative Fähigkeiten des Zahnarztes sollten aber durch eine optimierte Aus- und Weiterbildung in psychologischen, praktisch orientierten Kenntnissen und Fertigkeiten ihr Äquivalent finden.

Tag der mündlichen Prüfung: 31.05.2006

1.	EINLEITUNG	
1.1	Historischer Rückblick	1
1.2	Von den Anfängen der Zahnmedizinischen Psychologie	2
1.3	Frühe Schriften	3
1.4	Zahnmedizinische Psychologie heute	6
1.5	Zielsetzung der Arbeit	8
2.	METHODIK	
2.1	Allgemeines	9
2.2	Zieldefinition	9
2.3	Fragestellung	9
2.4	Untersuchungsdesign	10
2.5	Instrumente	11
2.6	Voruntersuchung	11
2.7	Erstellung des Frageprofils	11
2.8	Entwicklung der Fragebögen	12
2.8.1	Gestaltung der Fragebögen	12
2.8.2	Gliederung und Inhalt der Fragebögen	13
2.9	Stichproben-Akquisition	14
2.10	Auswertung und Statistik	15
3.	ERGEBNISSE	
3.1	Ergebnisse der Zahnärztebefragung	16
3.1.1	Beschreibung der Stichprobe	16
3.1.2	Bisherige Erfahrungen und Auseinandersetzung mit Psychologie	16

	Seite
3.1.3 Lernen des "richtigen Umgangs mit Problempatienten"	18
3.1.4 Schulung des Personals im Umgang mit "schwierigen Patienten"	21
3.1.5 Themen der Vorlesung/praktischen Übungen für Zahnmedizin-Studenten	22
3.1.6 Psychologische Schulung	26
3.2 Ergebnisse der Studentenforschung	27
3.2.1 Beschreibung der Stichprobe	27
3.2.2 Bisherige Erfahrungen und Auseinandersetzung mit Psychologie	27
3.2.3 Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung	29
3.2.4 Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung	32
3.2.5 Ausbildungsgestaltung/Art der Arbeit	35
3.2.6 Psychologische Schulung	38
4. DISKUSSION	
4.1 Allgemeines	39
4.2 Psychologische Vor- und Weiterbildung	39
4.3 Praktische Erfahrungen im Umgang mit Problempatienten	40
4.4 Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung	42
4.5 Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung	45
4.6 Ausbildungsgestaltung	51
4.7 Bedeutung einer psychologischen Schulung für den Zahnarzt bzw. Zahnmedizinstudenten und Integration der Psychologie in das zahnmedizinische Studium	53
4.8 Bewertung	53
5. ZUSAMMENFASSUNG	56
6. LITERATURVERZEICHNIS	58

	Seite
7. ANHANG	
7.1 Zahnärzterfragebogen	78
7.2 Studentenfragebogen	82
7.3 Freie Antworten auf offene Fragen (Zahnärzte)	86
7.4 Freie Antworten auf offene Fragen (Studenten)	88
7.5 Abkürzungsverzeichnis	90
8. DANKSAGUNG	92
9. LEBENSLAUF	93

1. EINLEITUNG

1.1 Historischer Rückblick

Die "Zahnmedizinische Psychologie" ist begründet auf ihrer Mutterdisziplin, der "Medizinischen Psychologie" [60].

Während Markus Herz (1747 - 1803) der Medizinischen Psychologie bereits im 18. Jahrhundert ihren Namen gab und den "Leib-Seele-Zusammenhang" beschrieb, sprach als erster Erich Heinrich (1895 - 1982) explizit von "Zahnärztlicher Psychologie".

Die Johannes-Gutenberg-Universität Mainz ist eine der ersten Hochschulen unseres Landes, die - bereits im 18. Jahrhundert - Vorlesungen über "Medizinische Psychologie" abhielt, die bis zur vorübergehenden Auflösung der Medizinischen Fakultät 1823 den Studierenden der Medizin regelmäßig angeboten wurden. Erst nach dem zweiten Weltkrieg im Jahr 1946 war die Mainzer Hochschule wieder restauriert, womit der medizinische Betrieb wieder auflebte.

Zu jenen Männern, die für die Wiederbegründung der Hochschule eintraten, gehörte Erich Stern (1889 - 1959), Arzt und Psychologe, 1927 zum Lehrbeauftragten (u.a.) für das Fach Psychologie am Mainzer Pädagogischen Institut bestellt, zwei Jahre später Leiter des Instituts für Psychologie.

Stern gilt gemeinsam mit Wilhelm Balters (1893 - 1973) und Erich Heinrich (1895 - 1982) zu den Wegbereitern der "Zahnmedizinischen Psychologie".

Die Medizinische Fakultät der Mainzer Universität nahm zum Wintersemester 1946/47 ihre Arbeit wieder auf, begann aber erst im Wintersemester 1948/49 mit der Ausbildung angehender Zahnärzte.

Bereits im Wintersemester 1947/48 wurde den Studierenden ein Kolleg "Psychologie für Mediziner" durch den Psychologen Albert Wellek (1904 - 1974) angeboten. Eine vergleichbare Vorlesung für Studierende der Zahnmedizin gab es zu jener Zeit noch nicht.

Ende der fünfziger Jahre war es Medizinstudenten in Mainz sogar möglich, auch nach dem Physikum eine auf speziell klinische Belange zugeschnittene Medizinische Psychologie zu hören, die von den Medizinern Kranz und Petrilowitsch und den Psychologen Wellek und Mühlen angeboten wurde.

Ab dem Sommersemester 1966 las Dietrich Langen (1913 - 1980) regelmäßig "Medizinische Psychologie für Vorkliniker (auch Psychologen)". Langen hielt Medizinische Psychologie auch im Bereich des zahnärztlichen Berufsfeldes für bedeutsam, formulierte hierfür aber

keine Gegenstandsbestimmung. Sicher hat er aber dazu beigetragen, dass an der Mainzer Universität Zahnmedizinische Psychologie gepflegt wurde, denn er hielt zwischen dem Sommersemester 1967 und 1980 regelmäßig eine Vorlesung "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner".

Mit der Approbationsordnung für Ärzte (1970) wurden "Medizinische Psychologie" und "Medizinische Soziologie" sowie "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" zu Pflichtfächern der ärztlichen Ausbildung.

Im zahnmedizinischen Bereich gilt immer noch die Approbationsordnung von 1955, in die das Fach Psychologie nicht integriert ist. Im Vergleich dazu gab es aber in der ehemaligen DDR seit 1966 das Pflichtfach "Psychologie für Stomatologen", das damals in den vorklinischen Studienabschnitt integriert war.

1.2 Von den Anfängen der Zahnmedizinischen Psychologie

Die Anfänge der Zahnmedizinischen Psychologie in Deutschland liegen in den zwanziger und dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts.

Drei für die Entwicklung der Zahnmedizinischen Psychologie im deutschen Sprachraum bedeutsame Autoren sind:

- Erich Stern (1889 - 1959)
 - Wilhelm Balters (1893 - 1973)
- und
- Erich Heinrich (1895 - 1982).

Der größte Verdienst unter diesen um eine Formulierung von Inhalten der frühen Zahnmedizinischen Psychologie kommt sicherlich Heinrich zu.

Stern, ein Nervenarzt und Pädagogischer Psychologe, gebrauchte den Begriff "Zahnärztliche Psychologie" noch nicht, forderte aber ein psychologisch orientiertes Handeln in Bezug auf das ärztliche Tun [131]. 1927 zum Lehrbeauftragten für das Fach Psychologie am Mainzer Pädagogischen Institut bestellt, hat er sich sehr für die Restauration der Mainzer Hochschule eingesetzt, eine der wenigen Universitäten, die bereits im 18. Jahrhundert medizinisch-psychologische Interessen verfolgte und diese Kombination der Lehre nach ihrem Wiederaufleben 1946 bis heute an seine Studenten vermittelt. Aufgrund seiner jüdischen Herkunft sah sich Stern 1933 gezwungen, aus Deutschland zu emigrieren, wodurch seine wissenschaftliche Arbeit unterbrochen wurde.

Balters war ein psychologisch gebildeter Humanmediziner und habilitierter Kieferorthopäde. Sein Interesse galt seit 1921 der Psychotechnik [4 - 9], d.h. der Anwendung der Psychologie auf die Zahnheilkunde. Mit Beginn des sog. Dritten Reiches zog sich Balters aufgrund mangelnder Identifikation mit dem System in eine Art innere Emigration zurück, womit auch seine zahnmedizinisch-psychologischen Arbeiten für eine ganze Weile versiegten.

Heinrich war ein tiefenpsychologisch und empirisch-sozialwissenschaftlich versierter, freipraktizierender Zahnarzt, später auch Fachredakteur mehrerer zahnärztlicher Zeitschriften und politisch engagiert. Er trat im Gegensatz zu Stern und Balters zur Zeit des sog. Dritten Reiches dem herrschenden System gewissermaßen bei und arbeitete konsequent auf eine umfassende Zahnärztliche Psychologie hin. Er gebrauchte 1932 auch als erster explizit den Begriff "Zahnärztliche Psychologie". Im gleichen Jahr wurde er Mitglied der "Studiengemeinschaft für Zahnärztliche Psychologie" in Berlin, die über Inhalte dieser Lehre diskutierte. Intention war im Wesentlichen eine Integration nicht nur philosophischer, sondern besonders geisteswissenschaftlich-psychologischer Aspekte in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

1.3 Frühe Schriften

Als bedeutsame Autoren der zahnmedizinischen Psychologie in ihrer Entwicklung sind im hiesigen Raum Erich Stern [131], Wilhelm Balters [4 - 9] und Erich Heinrich zu nennen (vgl. Kap. 1.2). Ihre grundlegenden zahnmedizinisch-psychologischen Schriften erschienen zwischen 1921 (Balters) und 1935 (Heinrich). Als bedeutendster unter ihnen ist sicherlich Heinrich zu nennen, der sich nicht nur sehr früh (1932) um eine Integration der Psychologie in die zahnmedizinische Ausbildung bemühte, sondern mit nahezu allen Gegenständen der Zahnmedizinischen Psychologie beschäftigt hat, die auch heute noch ihre Bedeutung haben.

Seine ersten psychologisch-medizinischen Schriften erschienen zwischen 1928 und 1932 und sind überwiegend psychoanalytisch-psychosomatisch ausgerichtet. Behandelte Themen reichen von der Psychogenese organischer Krankheiten im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, beispielsweise der Parodontitis [41, 44, 47] und der sog. "Prothesenunverträglichkeit" [42] über Zahnträume [43] bis hin zum sog. "Leib-Seele-Problem" [45].

Heinrich war aber nicht nur tiefenpsychologisch bzw. philosophisch-psychologisch orientiert, sondern ebenfalls sozialwissenschaftlich-empirisch interessiert. In einer Befragung wandte er sich über die "Zahnärztliche Rundschau" 1931 an Ärzte und Zahnärzte und bat sie, von ihren

Erfahrungen mit Zahnschmerzen zu berichten. Damit beleuchtete er erstmals eine "Psychologie des zahnärztlichen Patienten" [46]. 1932 erschienen Schriften wie "Psychische Hygiene des Zahnarztes" [48], "Probleme der Personalen Zahnheilkunde" [49] und "Zahnärztliche Psychologie als System einer Wandlung" [50]. Damit rückte neben der Person des Patienten ebenso die des Zahnarztes selbst bzw. beider Beziehung zueinander in den Blickpunkt seiner psychologischen Analyse. In seinem o.g. Werk "Psychische Hygiene des Zahnarztes" [48] beschäftigt er sich mit den "Bedarfseigenschaften eines Zahnarztes" in körperlicher und charakterlicher Hinsicht und benennt gute Gesundheit, Ausdauer, Gewandtheit, Gewissenhaftigkeit, Fleiß, Verantwortungsgefühl und die Fähigkeit zum Umgang mit Menschen. Des Weiteren macht er darin Vorschläge, wie der praktizierende Zahnarzt über Sport, mentale Ablenkung (z.B. Konzertbesuche, wissenschaftliche Tätigkeit) und Erfolg in der Arbeit Berufszufriedenheit erreichen und somatischen Berufskrankheiten oder beispielsweise Nervosität vorbeugen kann.

1932 Mitglied der "Studiengemeinschaft für Zahnärztliche Psychologie" in Berlin geworden, diskutiert er intensiv über Inhalte und Integration psychologischer Aspekte in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Er weist der "Zahnmedizinischen Psychologie" bereits bestimmte Hauptthemen zu [50]: "Der Zahnarzt", "Die Krankheit", "Der Kranke", "Die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient", "Die Psychologie des Mundes und der Zähne" und "Psychotherapie". Wenig später erscheint seine Arbeit "Die Kunst der Menschenbehandlung" [51], die sich mit wichtigen Inhalten der Zahnmedizinischen Psychologie umfassend beschäftigt, die bis heute ihre Relevanz nicht verloren haben: die Zahnarzt-Patienten-Beziehung, das geistige Rüstzeug des Zahnarztes, Patientenkunde, Kinderbehandlung und das Umfeld der zahnärztlichen Tätigkeit.

Im Zentrum der Zahnarzt-Patienten-Beziehung sieht er das Vertrauensverhältnis beider Aktionspartner. Der Behandler müsse fähig sein, individuell auf den Kranken einzugehen, ihm das zahnärztliche Vorgehen erklären und vor allem Liebe zu seiner Arbeit ausstrahlen. Er stellt ebenso die Ergebnisse einer anonymen Erhebung dar, nach der dem Patienten vor allem die "Persönlichkeit" des Zahnarztes wichtig erschien, d.h. sein äußeres Erscheinungsbild, seine mitmenschliche Ausstrahlung sowie das Interesse am Patienten selbst.

Zum "geistigen Rüstzeug des Zahnarztes" zählt Heinrich die Fähigkeit, "mit dem Kranken mitzufühlen", sich in ihn "einzufühlen" sowie gute Allgemeinbildung und eine adäquate psychologische Schulung. Der Zahnarzt müsse die Kunst der Menschenkenntnis beherrschen,

die das Sich-Einfühlen einschlieÙe. Um dem Behandler dies zu erleichtern, entwirft er in seinem Kapitel über "Patientenkunde" eine Typenlehre der Patienten, die er in die Gruppierungen der "Gleichgültigen", der "Gewissenhaften", der "Tatmenschen" und der "Ängstlichen" einteilt.

Entsprechend des Typus sollte das Gespräch mit dem Patienten ausgerichtet sein: Dem Gleichgültigen sei ein Gespräch, das über das Notwendige (Therapiekosten, Behandlungshergang) hinausgeht, unerwünscht. Der Gewissenhafte hingegen möchte alles ganz genau wissen, auf den Ängstlichen solle man besonders eingehen und eine leise, tröstende Sprache wählen. Zum "Tatmenschen" äußert er sich nicht konkret.

Ein eigenes Kapitel hat er weiterhin der "Kinderbehandlung" gewidmet. Wichtigstes Element ist auch hier die Vertrauensbasis. Seiner Vorliebe zur Kategorisierung folgend, unterteilt er auch hier die Kinder in die Verhaltenstypen "ängstlich", "normal", "gehemmt", "widerspenstig" und "geltungssüchtig". Neben Vorschlägen zu der individuellen Betreuung der Kinder rät Heinrich im allgemeinen, Kinder nicht lange warten zu lassen und möglichst schon vor der eigentlichen Behandlung einen Kontakt zu ihnen herzustellen.

In dem Kapitel über das "dingliche Umfeld der zahnärztlichen Tätigkeit" widmet er sich der Gestaltung des Wartezimmers (zeitgemäß geschmackvolle Einrichtung) und des Behandlungszimmers (v.a. peinlichste Sauberkeit).

1935 folgt ein weiteres Werk Heinrichs: "Zahnärztliche Berufskunde" [53]. Hier entwirft er eine "Typologie des Zahnarztes". Er unterscheidet einen "wissenschaftlichen", einen "merkantilen" und einen "sozialen" Behandler, von denen nur der dritte Typus das mitbringe, was dem "idealen Zahnarzt" nahe komme, nämlich die Fähigkeit zu einer persönlich-mitmenschlichen Patientenbeziehung. Als wichtig erachtet er die "Persönlichkeit" des Zahnarztes und seine "Kunst der Menschenbehandlung", während er die rein manuelle Geschicklichkeit in den Hintergrund rückt.

Eine weitere Schrift Heinrichs wurde unter dem Namen "Der blaue Heinrich" bekannt [52]. Hierin geht er auf die Eigenschaften ein, über die eine erfolgreiche zahnärztliche Helferin verfügen sollte.

Zur Zeit des Nationalsozialismus wurde Heinrich Mitglied der NSDAP und des NS-Ärztebundes. Seine wissenschaftlichen Arbeiten über Zahnmedizinische Psychologie finden sich auch in dieser Zeit. 1938 erscheint das Buch "Rationelles Arbeiten in der Zahnheilkunde"

[54], womit sich nach seiner Aussage die "Gesamtdarstellung zahnärztlicher Psychologie" geschlossen habe.

Nach dem zweiten Weltkrieg konnte Heinrich mit Werken wie "Lebendige Prothetik" [55] oder "Vom Erfolg in der zahnärztlichen Praxis" [56] nahtlos an seine Publikationen aus der Vorkriegs- und Kriegszeit anknüpfen. Viele seiner Thesen, z.B. seine Hinweise zur Zahnärztlichen Psychagogik werden noch heute als gültig erachtet (vgl. z.B. Müller-Fahlbusch und Marxkors) [91, 100].

1.4 Zahnmedizinische Psychologie heute

Vorlesungen über "Medizinische Psychologie" haben an der Mainzer Johannes-Gutenberg-Universität eine sehr lange Tradition (vgl. Kap. 1.1). Dass ab dem Sommersemester 1967 auch Vorlesungen über "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner" dort abgehalten wurden, ist ein Verdienst Dietrich Langens (1913 - 1980). Nach langjähriger neurochirurgischer und neurologischer und später psychiatrischer Tätigkeit führte ihn sein Interesse und tiefenpsychologische Weiterbildung hinsichtlich Medizinischer Psychologie nach Mainz auf den seinerzeit neugegründeten Lehrstuhl für Medizinische Psychologie und Psychotherapie des Fachbereiches Humanmedizin. Langen repräsentierte wesentlich die praktische Facette der Medizinischen Psychologie und hielt die Medizinische Psychologie auch im Bereich des zahnärztlichen Berufsfeldes für bedeutsam.

Zu seinen zahnmedizinisch-psychologisch relevanten Schriften gehört eine Arbeit zur Schmerzverringering bei zahnärztlichen Patienten durch gestufte Aktivhypnose [77] und eine über psychologische bzw. psychosomatische Probleme beim Einfügen von Zahnersatz [78]. Insgesamt hat er wesentlich dazu beigetragen, dass die Zahnmedizinische Psychologie seinerzeit wohl nur an der Mainzer Universität besonders gepflegt wurde. Seine zahnmedizinisch-psychologische Vorlesung las er regelmäßig bis zum Sommersemester 1980, dem Jahr seines Todes.

1974 wurde Georg Sergl (geb. 1936) nach Mainz berufen und setzte die Mainzer Tradition in Forschung und Lehre bezüglich der Zahnmedizinischen Psychologie fort. Seit 1976 bietet er regelmäßig Vorlesungen und psychologische Seminare für Zahnmedizin-Studenten an. Ihm ist es zu verdanken, dass der Lehrplan der Mainzer Universität für die Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch heute noch zahnmedizinisch-psychologische Vorlesungen und Seminare als Wahlveranstaltungen vorsieht.

Eine aktuelle Umfrage unter den restlichen Universitäten Deutschlands, die Zahnmedizin lehren, ergab, dass bisher keine einzige diesem Vorbild der Mainzer Universität gefolgt ist. Die Unterrichtung psychologischer Hintergründe innerhalb der Zahnmedizin beschränkt sich auf kurz gehaltene Erwähnungen von "typischen Problemfällen" während der Vorlesungen, vor allem zum Thema der "Kinderbehandlung".

Sergl, Dozent der Mainzer Universität, hat sich intensiv mit zahnmedizinisch-psychologischen Themen beschäftigt. Eine Fülle von Werken entstammen seiner Feder, so z.B. über die Behandlung älterer Menschen [116], über die Angst kindlicher, jugendlicher oder erwachsener zahnärztlicher Patienten [122, 123], sogar über das sog. Burnout-Syndrom bei Zahnärzten [119] und psychologischen Aspekten der kieferorthopädischen Behandlung [117]. 1996 gab er ein Übersichtswerk über "Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde" [120] heraus. Zusammen mit einem weiteren bedeutenden Autor zahnmedizinisch-psychologischer Schriften der modernen Zeit, Hans Müller-Fahlbusch (1932 - 1992), hat er das "Jahrbuch für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde" (1990 ff.) begründet, das regelmäßig interessante und relevante zahnmedizinisch-psychologische Themen für den praktizierenden Zahnarzt behandelt [125, 126, 127].

Im Kapitel 1.3 erwähnte ich die frühen Schriften von Erich Heinrich (1895 - 1982), der sich seinerzeit ebenso vielfältig mit Zahnmedizinischer Psychologie auseinandersetzte. Seine thematischen Schwerpunkte waren v.a. "Ärztliche Gesprächsführung" und die "Zahnarzt-Patienten-Beziehung". In Anlehnung an seine Arbeiten entwarf der Arbeitskreis "Psychologie und Zahnheilkunde" der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie 1993 ein Curriculum [2], das auch ein Votum darstellt für die Aufnahme des Faches "Psychologie und Psychosomatik" in das Zahnmedizinstudium.

Bereits die "Studiengemeinschaft für Zahnärztliche Psychologie" und damit Heinrich wollte die Zahnmedizinische Psychologie als Lehrfach in die zahnärztliche Ausbildung integrieren, eine Bemühung, die bis heute besteht [2, 17]. Die Bedeutung und Notwendigkeit einer psychologischen Ausbildung und Weiterbildung, die immer wichtiger wird, ist vielfach betont worden. Mögliche Inhalte der Zahnmedizinischen Psychologie wurden bereits von Heinrich definiert (vgl. Kap. 1.3).

Es fehlt jedoch bis heute die Definition eines Gegenstandskataloges, die eine Modernisierung der Zahnärztlichen Approbationsordnung von 1955 zur Folge haben könnte. Darauf basierend

könnten endlich Lehrstühle für "Zahnmedizinische Psychologie" eingerichtet werden, was die Qualität der zahnmedizinischen Ausbildung erheblich verbessern würde.

1.5 Zielsetzung der Arbeit

Zielsetzung dieser Arbeit ist es, den Bedarf an "Zahnmedizinischer Psychologie" bei beteiligten Personenkreisen (Zahnärzte und Studenten) zu ermitteln, was die Bedeutung psychosozialer Fertigkeiten des Zahnarztes untermauern soll.

Wesentliche Aufgabe ist die Erarbeitung von Lehrinhalten für ein evtl. zukünftiges Lehrfach "Zahnmedizinische Psychologie" innerhalb des Zahnmedizinstudiums und die Erfragung von Erwartungshaltungen der Studierenden und der bereits praktizierenden Zahnärzte.

Vorschläge zur Gestaltung der Lehre in Vorlesung und Kurs könnten eine Hilfestellung für die Integration des Faches "Psychologie" in das Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde darstellen.

Eine auf diese Weise optimierte Aus- und Weiterbildung angehender und bereits praktizierender Zahnmediziner käme nicht nur dem Zahnarzt bezüglich der täglich an ihn gestellten Anforderungen zugute, letztlich führt eine praktisch orientierte, psychologische Ausbildung des Zahnmediziners auch zu einem weiterhin verbesserten Arzt-Patienten-Verhältnis.

2. METHODIK

2.1 Allgemeines

Die vorliegende statistische Untersuchung beschäftigt sich mit dem Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde sowie der Bedeutung psychosozialer Fertigkeiten des Zahnarztes und die Einflussnahme dieser Faktoren durch Aus- und Weiterbildung.

Durch schriftliche Befragung zweier aussagerelevanter Hauptgruppen (Zahnärzte/Studenten) entstand ein Datenpool mit Schnittmengen in nicht gruppenspezifischen Teilbereichen.

Eine Ergänzung zu dieser Erhebung stellt die Arbeit eines weiteren Doktoranden dar, der diese Fragestellung seitens zahnärztlicher Patienten beleuchtet.

Die statistische Auswertung verspricht Erkenntnisse über eine mögliche Optimierung der zahnmedizinischen Ausbildung und des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie praktische, medizin-psychologische Aspekte und deren mögliche Integration in einen zukünftigen, universitären Ausbildungsbereich.

2.2 Zieldefinition

Im Gegensatz zum Zahnmedizinstudium ist das Fach "Medizinische Psychologie" lange schon Bestandteil der universitären Ausbildung der Humanmediziner in der Vorklinik.

Diese Arbeit untersuchte, inwiefern die bisher fehlende Integration des Faches "Psychologie" von infrage kommenden Personengruppen als defizitär beurteilt wird.

Zielsetzung war, aus dem breit gefächerten Gebiet der Psychologie die Bereiche herauszufiltern, die speziell für den Zahnmediziner als Grundlagenwissen und für den täglichen Umgang mit seinen Patienten hilfreich sind. Die Ergebnisse sollen eine wesentliche empirische Grundlage für die Gestaltung der Lehre im Fach "Medizinische Psychologie" (Vorlesung und Kurs) und die Eingliederung in das zahnmedizinische Studium sein.

2.3 Fragestellung

Der Beginn der Arbeit stellte die Formulierung von Schlüsselfragen dar. Die wichtigste, nämlich das Ziel der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung, stand bereits am

Anfang fest (s. Punkt 2.2). Weiterhin sollte untersucht werden, ob und inwieweit Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten eine psychologische Vorbildung besitzen und welche Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung gestellt werden. Ebenso wichtig schien es, relevante Themenkomplexe für den Kurs bzw. die Vorlesung zu finden und Informationen über die Ausbildungsgestaltung und ihren organisatorischen Ablauf (Umfang und Durchführung der Ausbildung) zu erlangen. Schließlich war noch gewünscht, praktische Erfahrungen einfließen zu lassen.

Folgende Forschungsfragen standen bei der Entwicklung der Fragebögen im Mittelpunkt:

- 1) Ziel der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung
- 2) Psychologische Vorbildung
- 3) Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung
- 4) Relevante Themenkomplexe für den Kurs bzw. die Vorlesung
- 5) Ausbildungsgestaltung und organisatorischer Ablauf (Umfang und Durchführung der Ausbildung)
- 6) Praktische Erfahrungen.

Die Doktorarbeit sollte darauf ausgerichtet sein, aus dem breitgefächerten Gebiet der Psychologie die Bereiche herauszufiltern, die speziell für den Zahnmediziner als Grundlagenwissen und für den täglichen Umgang mit seinen Patienten hilfreich sind. Sie sollte eine wesentliche empirische Grundlage für die Gestaltung der Lehre im Fach "Medizinische Psychologie" (Vorlesung und Kurs) und die Integration in das zahnmedizinische Studium sein.

2.4 Untersuchungsdesign

Anhaltspunkte zur Gestaltung einer praxisorientierten Lehre sollten die Befragung von zwei Personengruppen bieten:

- a) Zahnärzte (und ihre Praxiserfahrungen)
- b) Studenten (und ihre Interessen und Bedürfnisse).

Eine Ergänzung hierzu stellt die Befragung eines weiteren Untersuchungskollektivs, der zahnärztlichen Patienten, dar, die Thema der Arbeit eines weiteren Doktoranden ist und schwerpunktmäßig die Behandlungszufriedenheit der Zahnarztpatienten untersucht.

Die Entscheidung für diese Personengruppen stellte sicher, dass sowohl praktische Aspekte als auch theoretische Grundlagen Berücksichtigung fanden und das Thema aus verschiedenen Sichtweisen beleuchtet werden konnte, um möglichst aussagekräftige Informationen bezüglich der Zieldefinition (s. Punkt 2.2) gewinnen zu können.

Jede der ausgewählten Gruppen (Zahnärzte und Studenten als Bestandteil dieser Erhebung sowie die Patienten ergänzend hierzu als Thema einer weiteren Doktorarbeit), die an der Datenerhebung teilnahmen, verfügte über ausreichende Berührungspunkte zur Zahnmedizin bzw. ihren Verknüpfungsstellen zur Psychologie in Theorie und/oder Praxis.

Die Befragung mittels Fragebögen (vgl. Anhang 7.1 und 7.2) und ihre Auswertung erfolgte anonym.

2.5 Instrumente

Die Datenerhebung erfolgte anhand von Fragebögen, die anschließend statistisch ausgewertet wurden.

Jede Personengruppe erhielt einen individuell auf sie abgestimmten Fragenkatalog, wobei darauf geachtet wurde, genügend Schnittmengen zwischen den Befragungsbögen herzustellen, um eine bessere Vergleichbarkeit und Auswertung bezüglich der Fragestellung zu erzielen, ob und in welcher Form die Psychologie in das zahnmedizinische Studium integriert werden sollte.

2.6 Voruntersuchung

Als Grundlage für die verschiedenen gruppenspezifischen Fragebögen diente eine Voruntersuchung, in deren Rahmen die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen der jeweiligen Gruppen erfasst wurden.

Empfundene Defizite in der Ausbildung und Wünsche an einen zukünftigen Ausbildungsbereich "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner" konnten hier bereits ermittelt und skizziert werden.

2.7 Erstellung des Frageprofils

Bei der Auswahl der Fragen für die jeweilige Gruppe stand der spezifische Erfahrungsbereich im Vordergrund.

So lag der Schwerpunkt der Fragen an die Studenten im direkten Ausbildungsbereich und der praktischen Organisation eines neuen Lehrbereiches "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner". Praktische Erfahrungen mit Patienten konnten hier nur in geringem Maße berücksichtigt werden. Erwartungsgemäß konnten aber die spezifischen Interessen und Bedürfnisse, d.h. die Erwartungen an die universitäre Ausbildung, besonders zeitnah formuliert werden.

Die Zahnärzte nahmen insofern eine gesonderte Position innerhalb der befragten Personen ein, als sich ihre Erwartungen an einen erweiterten Ausbildungsbereich sowohl aus einer neustrukturierten Aus- und Weiterbildung, als auch aus einer praktischen, am Patienten orientierten Sicht ableiten. Die Gruppe der Zahnärzte verfügte somit über Berührungspunkte sowohl mit der universitären Aus- und Fortbildung der Studenten, als auch mit der Erlebniswelt der Patienten.

2.8 Entwicklung der Fragebögen

2.8.1 Gestaltung der Fragebögen

Ziel der Fragebogengestaltung war es, der jeweiligen Zielgruppe einen vom Umfang und Gestaltung her maßgeschneiderten Fragenkatalog anbieten zu können (vgl. Anhang Punkt 7.1 und 7.2). Das Layout sollte die Summe der Daten übersichtlich und anschaulich präsentieren und beim Befragten die Hemmschwelle senken.

Berücksichtigt werden musste beispielsweise der zu erwartende enge zeitliche Rahmen insbesondere bei der Befragung der Ärzte. Sie erhielten einen besonders kompakten Fragenkatalog. Ein auf gefalteten DIN A 3-Bögen basierendes Layout sorgte für gute Übersicht sowie Handlichkeit und ersparte dem Probanden ein Hantieren mit möglicherweise unübersichtlichen Einzelblättern.

Es fanden drei Fragetypen (und ihre möglichen Antworten) Anwendung:

- 1) Antworten in "ja-nein"-Form
- 2) Antworten innerhalb einer Skaleneinteilung von 1-5
- 3) Offene Fragen mit freien Antworten.

Die Antworten sollten hauptsächlich kurz und prägnant in oben erwähnter "ja-nein"-Form bzw. innerhalb einer Skaleneinteilung von 1-5 (gar nicht, wenig, mittel, stark, sehr stark) gegeben werden, damit sie gut vergleich- und auswertbar waren.

Offene Fragen, bei denen die Antworten frei formuliert werden konnten, wurden aus diesem Grunde nur selten gestellt (vgl. Anhang Punkt 7.3 und 7.4).

2.8.2 Gliederung und Inhalt der Fragebögen

Die Fragebögen (vgl. Anhang Punkt 7.1 und 7.2) erhielten eine zweiteilige Gliederung. Die erste stellte den Hauptteil dar, der jeweils abschließend die Schlüsselfrage abhandelte, ob eine psychologische Schulung eines Zahnarztes für wichtig erachtet wird bzw. ob die Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in das Studium der Zahnmedizin begrüßt wird.

Daran schloss sich eine kurze Erhebung persönlicher Daten des Probanden an.

Inhaltlich waren die Fragebögen zwar individuell gestaltet, aber mit einem größtmöglichen Schnittmengenbereich.

Der Inhalt der Fragebögen war nicht standardisiert, sondern stellt eine Eigenentwicklung dar.

So startete sowohl die Befragung der Zahnärzte, als auch die der Studenten mit Informationen zur psychologischen Vorbildung. Es folgte bei den Ärzten die Eruiierung praktischer Erfahrungen im Umgang mit den Patienten, während bei den Studenten an gleicher Stelle die Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung ermittelt wurden.

Der restliche Teil der Fragebögen behandelte inhaltlich bei allen Probanden die gleiche Thematik, nämlich Themeninhalte der medizinisch-psychologischen Ausbildung (u.a. Gesprächsführung, Umgang mit Problempatienten, Verbesserung des Arbeitsklimas im Team, Arzt-Patienten-Verhältnis...) und den Komplex der Ausbildungsgestaltung. Letzterer wurde untergliedert in die Art der Durchführung der Ausbildung (Gruppenarbeit, Diskussion, Fallbeispiele, Rollenspiele, gegenseitiger Erfahrungsaustausch...) und ihrem organisatorischen Ablauf bzw. dem Umfang der Ausbildung (Wochenstundenzahl, welches Semester). Der Abschluss des Hauptteils wurde durch o.g. Schlüsselfrage gebildet, an die sich dann der zweite, sehr kurze Schluss, die Erhebung persönlicher Daten anschloss.

Übersichtstabelle zur Gliederung und inhaltlichen Gestaltung der Fragebögen:

	Fragebögen für Zahnärzte	Fragebögen für Studenten
Themenkomplexe	1) psychologische Vorbildung	1) psychologische Vorbildung
	2) Praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten	2) Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung
	3) Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung	3) Themeninhalte der zahnmedizinisch psychologischen Ausbildung
	4) Ausbildungsgestaltung	4) Ausbildungsgestaltung (Art und Umfang)
	5) Schlüsselfrage (Bedeutung	5) Schlüsselfrage
(Bedeutung	einer psychologischen Schulung für den Zahnarzt und Integration des Faches "Medizinische Psychologie" in das Zahnmedizinstudium	einer psychologischen Schulung für den Zahnarzt und Integration des Faches "Medizinische Psychologie" in das Zahnmedizinstudium
	6) Erhebung persönlicher Daten (anonym)	6) Erhebung persönlicher Daten (anonym)

2.9 Stichproben-Akquisition

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte nach eher zufälligen Gesichtspunkten, wobei auf eine möglichst große Streuung innerhalb einer Gruppe Wert gelegt wurde. Die Berücksichtigung von Alter oder Geschlecht war dabei kein Auswahlkriterium.

So wurden Studenten unterschiedlicher Semester und Universitäten befragt, was die Streubreite vergrößerte und für repräsentative Daten sorgte.

Die an der Befragung beteiligten Zahnärzte wurden in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen zufällig gewählt. Ihre Motivation bildete, vor allem aufgrund geringer zur Verfügung stehender Zeit, die schwierigste Aufgabe.

Der Kontakt zu den Teilnehmern wurde durch die Doktorandin oder beteiligte Personen (z.B. Hochschullehrer) direkt hergestellt.

Bearbeitete Bögen waren im Anschluss an eine Befragung direkt zu übergeben. Eine Ausnahme bildete hier die Gruppe der Zahnärzte, die aufgrund eingeschränkter Zeit oft um

die Zusendung des ausgefüllten Fragebogens. Da sich dadurch zeitliche Verzögerungen ergaben und ihre Mitarbeit am problematischsten zu erlangen war, entstand diese Datenerhebung zuletzt. Außerdem fiel der Datenpool geringer aus (52 befragte Zahnärzte im Vergleich zu 78 Studenten).

2.10 Auswertung und Statistik

Durch die in allen Fragebögen einheitliche Strukturierung der Fragen in einer Skaleneinteilung von 1 - 5 (gar nicht, wenig, mittel, stark, sehr stark) bzw. noch prägnanter in "ja-nein"-Form waren die erhobenen Daten sehr gut auswertbar und ebenso untereinander vergleichbar.

Das statistische Ergebnis ergab sich durch einfache Auszählung, wodurch anschließend der arithmetische Mittelwert und auch eine Standardabweichung *) berechnet werden konnten.

Die errechneten Daten wurden in Tabellenform dargestellt und konnten anschließend verglichen und in Textform beschrieben werden.

Für die tabellarische Darstellung der Messwerte sowie den deskriptiven Teil wurde mit Microsoft Windows XP **) (Home Edition) gearbeitet, insbesondere mit den Programmen Word und Excel.

Die Form der Antworten im "ja-nein"-Stil bzw. durch Ankreuzen innerhalb einer Skaleneinteilung ermöglichte nicht nur die statistische Auswertung der Daten dieser Arbeit, sondern gewährleistet auch die Vergleichbarkeit zu anderen Gruppen (z.B. zu der an diese Erhebung angelehnte Befragung von Patienten als Thema einer weiteren Doktorarbeit, aber auch Zahnmediziner im Vergleich zu z.B. Kardiologen, Onkologen o.a.). Sicher aber ist auch der Vergleich der befragten Gruppen und ihre Übereinstimmung und konträren Standpunkte von nicht unerheblichem Interesse.

Durch die statistische Auswertung sollen Themen für Vorlesung und Kurs "Medizinische Psychologie innerhalb der Zahnheilkunde" erarbeitet werden, die eine wichtige Voraussetzung und wertvolle Hilfe für den später praktizierenden Zahnarzt darstellen werden.

*) Standardabweichung ist das Maß für die Streuung von Einzelwerten einer Messreihe vom arithmetischen Mittelwert und ist definiert als der positive Wert der Wurzel aus der Varianz.

**) Microsoft Windows 2001, Microsoft Corporation

3. ERGEBNISSE

3.1 Ergebnisse der Zahnärztebefragung

3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden 52 Zahnärzte befragt (vgl. Tab. 1), von denen die überwiegende Mehrzahl (71%) männlich ist. Das Durchschnittsalter beträgt 40 Jahre (Altersspektrum von 26 - 58 Jahren). Die meisten (64%) sind selbständig, einige angestellt (15%) oder noch Assistenten (10%), nur wenige beamtet (4%) oder z.Z. nicht beschäftigt (2%). Im Durchschnitt können annähernd 12 Jahre Berufserfahrung aufgewiesen werden. Ungefähr die Hälfte (46%) der befragten Personen bilden Ausbildungsassistenten aus.

Tab.1: Soziodemographische Daten

(n = 52)

Geschlecht:	männlich = 71 %	weiblich = 25%	k.A. = 4%
Alter:	MW = 40,78 s = 8,93 (Bereich von 26 - 58 Jahren)		
Berufliche Situation:	selbständig	64%	
	angestellt	15%	
	beamtet	4%	
	Ausbildungsassistent	10%	
	Beruf z.Z. nicht ausgeübt.	2%	
Berufserfahrung:	MW = 11,75 s = 8,00 (Bereich von 1 - 28 Jahren)		
Ausbildung von Assistenten:	ja = 46%	nein = 54%	

3.1.2 Bisherige Erfahrungen und Auseinandersetzung mit Psychologie

Mit dem Fachbereich "Psychologie" auseinandergesetzt hat sich die Mehrzahl der zahnärztlichen Kollegen eher wenig bis gar nicht (58%), 23% immerhin mit

durchschnittlicher Häufigkeit (vgl. Tab. 2), hauptsächlich durch Bücher und Zeitschriften, einige durch Fortbildungen, Tagungen, Seminare oder Vorlesungen, wenige durch Erfahrungsaustausch. Dabei wurden allerdings positive Erfahrungen gemacht, auch einige Kenntnisse erlangt, allerdings scheint die Übertragung auf die Alltagssituation schwierig zu sein. Ursachen sind offenbar fehlende Grundkenntnisse, weshalb häufig "aus dem Bauch heraus" gehandelt wird, aber auch zu theoretische, "schwammige" Vorträge mit wenig praktischen Tipps. Als notwendig erachtet wird eine Zusammenarbeit mit Psychologen. Mit Organisation, Arbeitsweise und Inhalten waren die Zahnärzte allerdings zufrieden oder sehr zufrieden, die "Übertragbarkeit" aber bleibt der Schwachpunkt. Es wurde u.a. der Vorschlag gemacht, mehr "praktische Übungen" zu machen, anstatt sich nur mit "viel Theorie" zu beschäftigen.

Für ausreichend gerüstet, auch mit schwierigen Situationen im Beruf umgehen zu können (vgl. Tab. 3), halten sich die meisten für wenig bis durchschnittlich (62%).

Tab.2: **Erfahrungen (mit Psychologie auseinandergesetzt)** (n = 52)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
21%	37%	23%	17%	2%	2,42	1,07	0%
Freie Antworten zu den Erfahrungen:				Nennungen			
Bücher/Zeitschriften				14			
Fortbildungen				6			
Tagungen				5			
Seminare				4			
Vorlesungen				4			
Erfahrungsaustausch				2			
Mit welchen Erfahrungen (freie Antworten):							
positive/gute = 11, gute Kenntnisse erlangt = 4, Übertragbarkeit schwierig = 5							
Einzelnennungen: gemischte Erfahrungen, Grundkenntnisse fehlen, etwas schwammig, wenig praktische Tipps, mittelmäßig, zu theoretisch, Zusammenarbeit mit Psychologen notwendig, handle aus dem Bauch heraus							
Zufriedenheit mit Organisation, Arbeitsweise, Inhalten (freie Antworten):							
sehr zufrieden = 7, zufrieden = 6, gute Übertragbarkeit nicht möglich = 3, wenig = 2							
Einzelnennungen: mittel, praktische Übungen notwendig, halte nichts vom Handeln nach Schemata, viel Theorie, gar nicht							

**Tab.3: Bewältigung schwieriger Situationen im Beruf auch ohne psychologische
Vorbildung** (n = 52)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
17%	25%	37%	15%	4%	2,63	1,08	2%

Auf die Frage, ob während des Studiums psychologische Themen angesprochen wurden (vgl. Tab. 4), äußerten sich die meisten (90%) mit "gar nicht" bis "wenig". In der Regel wurden solche Themen in Form von Vorlesungen oder Seminaren (im Rahmen der Prothetik) erörtert, ein wenig wohl im Rahmen auch der "Kinderzahnheilkunde"-Vorlesung. Einige wenige hatten zusätzlich den vorklinischen Psychologiekurs der Humanmediziner besucht.

Tab.4: Vermittlung von psychologischen Themen im Studium (n = 52)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
46%	44%	10%	0%	0%	1,63	0,66	0%

Vermittlung von psychologischen Themen im Studium (freie Antworten):

Vorlesung	5
Seminare (Prothetik)	3
Psychologie-Kurs Vorklinik	2
Kinderzahnheilkunde	1

3.1.3 Lernen des "richtigen Umgangs mit Problempatienten"

Die Mehrheit der befragten Zahnärzte haben den Umgang mit Problempatienten (vgl. Tab. 5) in einer Häufigkeit von "viel" bis "sehr viel" durch eigene Erfahrungen gelernt. 60% bestätigen das durch deutliche Ausprägung. Weniger erwarben Kenntnisse durch Bücher oder Zeitschriften (21%), noch weniger durch Ratschläge von Kollegen (12%) oder Besuch von psychosozialen Fortbildungen oder Schulungen (6%). Kaum genannt und auch nur in geringem Ausmaß wurden erlernte Techniken während der Zeit als Ausbildungsassistent.

60% der Befragten geben an, während der Assistentenzeit "wenig" bis "gar nicht" über diese Thematik ausgebildet worden zu sein.

Tab. 5: **Gelernter Umgang mit Problempatienten**

(n = 52)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel	MW	s	k.A.
aus eigenen Erfahrungen	2	12	27	37	23	3,67	1,02	0
durch Ratschläge von Kollegen	15	42	27	8	4	2,40	0,99	4
erlernte Techniken als Ausbildungsassistent	23	37	27	8	2	2,26	0,99	4
Besuch von psychosozialen Fortbildungen/Schulungen	46	21	21	2	4	1,90	1,08	6
Selbststudium von Büchern/Zeitschriften	17	21	35	15	6	2,69	1,14	6

Zum Umgang mit schwierigen Patienten (vgl. Tab. 6) war eine "häufige" bis "sehr häufige" Nennung, dass ein etwas ausführlicheres Gespräch unerlässlich sei. 70% geben dies als bevorzugte Strategie an, Problempatienten zu begegnen. Im mittleren Bereich befinden sich Antworten wie "Manchmal sind mehrere Pausen während einer Sitzung nötig" (42%) oder "Ich plane von vornherein mehr Zeit ein" (42%), gefolgt von "Ich plane eher kürzere Sitzungen ein" (27%) und "Ich behandle mit zwei Helferinnen" (14%). Eher seltene Strategien sind, unwilligen Patienten einen neuen Termin zu geben (12%) oder Rücksprache mit evtl. weiteren Behandlern (z.B. dem Hausarzt) zu halten. 61% der Zahnärzte nehmen diese Möglichkeit "wenig" bis "gar nicht" in Anspruch. Wenige ziehen weitere Spezialisten hinzu (67%) oder überweisen weiter (z.B. in eine Zahnklinik) (62%). Kaum einer behandelt notfalls mit "etwas Gewalt". 85% geben dies als "selten" bis "nie" angewandte Methode an.

Tab. 6: Umgang mit schwierigen Patienten

(n = 52)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel	MW	s	k.A.
plane von vornherein mehr Zeit ein	2	25	25	27	15	3,31	1,10	6
behandle mit 2 Helferinnen	14	35	33	8	6	2,55	1,04	6
gebe unwilligen Patienten einen neuen Termin	15	39	27	10	2	2,40	0,96	8
notfalls schon mal mit etwas Gewalt behandeln	56	29	10	0	2	1,58	0,84	4
ein etwas ausführlicheres Gespräch ist unerlässlich	0	4	23	35	35	4,04	0,88	4
manchmal sind mehrere Pausen während einer Sitzung nötig	4	12	37	25	17	3,43	1,06	6
plane eher kürzere Sitzungen ein	12	21	39	23	4	2,86	1,04	2
halte Rücksprache mit evtl. weiteren Behandlern	15	46	17	17	0	2,38	0,97	4
überweise weiter (z.B. Zahnklinik)	29	33	17	8	0	2,04	0,95	14
ich ziehe weitere Spezialisten hinzu	27	40	21	6	0	2,06	0,88	6

Patientengruppen, die Probleme bereiten können (vgl. Tab. 7 und Anhang 7.1), sind vor allem Kinder (75%) und Behinderte (82%) in mittlerer bis häufiger Ausprägung. 19% geben Kinder sogar "sehr häufig" als Problempatienten an. Mit durchschnittlicher Häufigkeit wurden außerdem Chronisch- bzw. Schwerkranke (77%), Senioren (65%) und bestimmte Berufsgruppen (29%) (v.a. Lehrer/-innen) genannt. Erwähnt wurden zusätzlich psychisch Kranke, Angstpatienten und "Wichtiguer". Einzelne Nennungen kamen vor bei "Teenagern", "Gutachterfällen", "Grüne", "Kollegen" und "Homöopathen". Fast ebenso häufig wie die Angabe, alle genannten Gruppen könnten Probleme bereiten (12 von 52), war die Auffassung, keine dieser Gruppen bereite Probleme (10 von 52). Auf die Frage, welche Probleme im

Umgang mit Patienten man gerne besser meistern würde (vgl. Anhang 7.1), wurde die "Angstproblematik" (11 von 52) so gut wie ebenso häufig angesprochen wie "gar nichts" (12 von 52). Besonders aufgeführt wurde noch einmal die Problematik bei Behandlung von Kindern (9 von 52). Genannt wurden auch Themen wie "Gesprächsführung", "Schmerz" und "mehr Geduld aufbringen" (8 bzw. 5 und 4 von 52). Antworten wie "Compliance verbessern", "Behandlung von alten Patienten", "Behandlungswilligkeit verbessern", "überzeugen können" und "Phobien" wurden zweimal gegeben. Einzelnennungen kamen vor zu "Stressabbau", "Motivationsverbesserung" und "den leichtesten Weg finden". Ebenso einmal angesprochen wurde "Patienten auch mal ablehnen" oder "renitentes Verhalten". Wirtschaftliche Aspekte wie "Verbesserung der Verkaufspsychologie" oder "Akzeptanz bei außervertraglichen Leistungen" wurden ebenfalls einmal genannt.

Tab. 7: **Probleme mit Patientengruppen**

(n = 52)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel	MW	s	k.A.
Senioren	0	27	42	23	4	3,04	0,83	4
Kinder	0	6	29	46	19	3,79	0,82	0
Chronisch- bzw. Schwerkranke	2	14	52	25	4	3,16	0,79	4
Behinderte	0	6	44	37	10	3,52	0,76	4
bestimmte Berufsgruppen	4	12	17	12	6	3,08	1,13	50

3.1.4 Schulung des Personals im Umgang mit "schwierigen Patienten"

Das Personal ist von kaum einem Zahnarzt im Umgang mit schwierigen Patienten geschult (vgl. Tab. 8, Anhang 7.1 und 7.3). Nur 19% beantwortet diese Frage mit "ja". In diesen wenigen Fällen (vgl. Anhang 7.3) wurde meist durch den Zahnarzt selbst geschult (7), selten durch Fortbildung (2) oder Ausbildung (1). Sofern eine Instruktion erfolgte, so meist durch Gesprächsführung oder Fallbeispiele. Auch Mitarbeiterbesprechung, eigene Schulung der Mitarbeiter oder Instruktion "am Objekt" kommen ab und zu vor. Einzelnennungen gab es für

"Beispiele nach der Behandlung" und "Vermittlung eigener Erfahrungen", wobei die Thematik des Behandlungsablaufs bei Kindern nochmals erwähnt wird. Jeweils einmal angesprochen wurden folgende Formen der Mitarbeiterinstruktion: genaue Anweisungen, Probleme an den Chef weiterleiten, längere Termindauer, bestimmte Helferinnen für Patienten, angenehmes Klima schaffen, freundlich bleiben, Geduld, geeignete Instrumente und gute Lektüre.

<p>Tab. 8: Schulung des Personals im Umgang mit "schwierigen Patienten" (n= 52)</p> <p>ja = 19% nein = 79% k.A. = 2%</p>

Das wenige geschulte Personal wurde dann aber in der Regel mit gutem Erfolg instruiert (9), einige aber auch mit fraglichem oder keinem (4). Angaben wie "zufriedenstellend" und "mit zunehmender Erfahrung besser" wurden zweimal gegeben (vgl. Anhang 7.3). Erwähnenswerte Antworten sind, wenn auch nur vereinzelt gegeben, dass ein ruhiger Umgang mit Patienten und der Abbau von Angst gefordert wird. So können schwierige Fälle besser behandelt werden (vgl. Anhang 7.3).

3.1.5 Themen der Vorlesung/praktischen Übungen für Zahnmedizin-Studenten

Gewünschte Themen, die Zahnmedizin-Studenten innerhalb der Vorlesung erarbeiten sollten (vgl. Tab. 9), sind vor allem die "Gesprächsführung" (95% halten diesen Aspekt für "wichtig" oder "sehr wichtig"), die "Psychologie der Angst" (85%), die "Psychologie des Schmerzes" (83%), "Psychologische Grundlagen der Kommunikation" (82%) und die "Arzt-Patienten-Beziehung" (87%) in einer Häufigkeit von viel bis sehr viel. Viel genannt wurde auch die "Psychologie des Alters" (75%). Mehr als durchschnittliches Interesse besteht für Themen wie "Gesundheitsverhalten und Prävention" (43% hegen daran noch "viel" bis "sehr viel" Interesse), "Verhaltensforschung" (51%), "Emotion und Motivation" (43%), "Psychologie der Aggression" (55%), "Persönlichkeitstheorien und -modelle" (31%) und "Wahrnehmung und Denken" (32%). Im mittleren Bereich finden sich "Krankheitsverarbeitung" (nur noch 27% interessieren sich hierfür, "viel" bis "sehr viel"), "Gesundheits- und Krankheitsmodelle" (14%) sowie "Lernen und Gedächtnis" (22%). Eher weniger gewünscht werden folgende Vorlesungsinhalte: "Psychosoziale Rehabilitation und Lebensqualität" (14%), "Grundprinzipien von Psychotherapie" (14%), "Entwicklungspsychologie" (4%), "Psychophysiologie" (11%) oder auch die "Psychologie der Depression und Suizidalität" (10%). Schlusslichter, an denen kaum einer interessiert ist, sind "Psychologische

Messmethodik, Test und Experiment" (0% hält diesen Aspekt für "wichtig" oder "sehr wichtig") und "Psychosoziale Aspekte der Sexualität" (2%).

Tab. 9: Themen für Zahnmedizin-Studenten innerhalb der Vorlesung (n = 52)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel	MW	s	k.A.
Psycholog. Messmethodik	48	33	17	0	0	1,69	0,76	2
Psychophysiologie	23	31	31	11	0	2,37	1,04	2
Emotion und Motivation	10	12	35	29	14	3,25	1,15	2
Entwicklungspsychologie	15	35	44	2	2	2,39	0,85	2
Lernen und Gedächtnis	27	27	23	8	14	2,53	1,35	2
Wahrnehmung und Denken	10	21	35	17	15	3,08	1,20	2
Verhaltensforschung	10	6	33	37	14	3,39	1,11	2
Persönlichkeitstheorien	4	15	48	25	6	3,14	0,89	2
Psychologische Grundlagen der Kommunikation	0	0	12	42	44	4,29	0,70	2
Gesprächsführung	0	0	4	39	56	4,53	0,58	2
Psychologie der Angst	0	0	14	35	50	4,37	0,72	2
Psychologie der Depression und Suizidalität	21	39	29	8	2	2,29	0,97	2
Psychologie der Aggression	6	23	25	33	12	3,22	1,12	2
Psychosoziale Aspekte der Sexualität	62	25	10	2	0	1,51	0,76	2
Arzt-Patienten-Beziehung	2	0	12	48	39	4,21	0,80	0
Krankheitsverarbeitung	8	27	37	23	4	2,88	0,99	2
Gesundheits- und Krankheitsmodelle	14	29	42	10	4	2,61	0,98	2
Grundprinzipien von Psychotherapie	15	40	29	14	0	2,41	0,92	2
Psychosoziale Rehabil. und Lebensqualität	14	42	29	14	0	2,43	0,90	2
Gesundheitsverhalten und Prävention	4	12	40	23	20	3,43	1,06	2
Psychologie des Alters	4	8	14	42	33	3,92	1,04	0
Psychologie des Schmerzes	4	2	12	33	50	4,23	1,00	0

Zusätzliche Angebote z.B. in Form von Blockseminaren (vgl. Tab. 10) werden vor allem für eine "Einführung in die Gesprächspsychotherapie" (32 Nennungen) gewünscht. Etwas weniger genannt werden "Entspannungsverfahren" (22 x) und "Einführung in die Verhaltenstherapie" (19 x). Geringeres Interesse besteht an einer "Einführung in die Psychoanalyse", noch weniger an dem Thema "Psychophysiologie".

Tab. 10: **Für welche Bereiche werden zusätzliche Angebote gewünscht?** (n = 52)

	Anzahl der Nennungen
Einführung in die Psychoanalyse	12
Einführung in die Verhaltenstherapie	19
Einführung in die Gesprächspsychotherapie	32
Entspannungsverfahren (mit Übungen)	22
Psychophysiologie (mit Übungen)	5

Mehrfachnennungen möglich

Die Themen der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung wurden von den befragten Zahnärztergruppen (vgl.Tab. 11) nach ihrer Bedeutung eingeteilt. Besonders wichtig hält man Inhalte wie "Psychologie der Angst, Umgang mit ängstlichen Patienten" (82% der befragten Zahnärzte messen diesem Themenkomplex "starke" bis "sehr starke" Bedeutung bei), "Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen" (77%), "Compliance-Probleme (Patientenführung/-motivation)" (79%) und "Aufbau eines Vertrauensverhältnisses" (79%), gefolgt von "Umgang mit klagsamen Patienten" (50%), "Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten" (45%), aber auch "Personalführung" (54%), "Stressbewältigung/ Entspannungstechniken" (42%), "Verbesserung des Arbeitsklimas im Team" (47%), ebenso "Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten" (39%). Durchschnittliche Bedeutung wird Themen wie "Umgebungsgestaltung" (nur noch 32% halten dies für "wichtig" bis "sehr wichtig"), "Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes" (25%) und "Krankheitsbewältigung des Patienten" (17%) beigemessen. Wenig wichtig erscheinen die Vorlesungsinhalte "Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiven Patienten" (nur noch 14% bewerten diesen Aspekt mit "wichtig" oder "sehr wichtig") und "Umgang mit Schwer- und Todkranken" (12%). Kaum Bedeutung hat die "Eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben" (6%).

Tab. 11: Wichtigkeit der Themen für zahnmedizinische Ausbildung

(n = 52)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
Krankheitsbewältigung des Patienten	8	42	31	15	2	2,61	0,92	2
Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten	0	19	35	33	12	3,37	0,94	2
Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiv.Pat.	25	27	31	8	6	2,40	1,14	4
Psychologie der Angst, Umgang m. ängstlichen Pat.	4	4	8	42	40	4,14	1,00	2
Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen	2	2	17	46	31	4,04	0,87	2
Umgang mit klagsamen Patienten	2	6	40	46	4	3,45	0,76	2
Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	6	27	17	33	14	3,22	1,18	4
Umgang mit Schwer- und Todkranken	33	31	23	10	2	2,16	1,07	2
Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes	10	29	35	17	8	2,84	1,08	2
Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten	4	19	37	31	8	3,20	0,98	2
eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	44	39	10	6	0	1,76	0,86	2
Compliance-Probleme (Pat.führung/-motivation)	4	2	14	52	27	3,98	0,93	2
Aufbau eines Vertrauensverhältnisses	4	2	14	54	25	3,96	0,92	2
Personalführung	14	23	8	33	21	3,25	1,40	2
Stressbewältigung/ Entspannungstechniken	6	33	17	19	23	3,22	1,30	2
Umgebungsgestaltung (Aufenthaltsraum, Atmosphäre)	15	21	27	17	15	2,96	1,31	4

3.1.6 Psychologische Schulung

Eine psychologische Schulung für den Zahnarzt wird von einer großen Mehrheit ("wichtig" und "sehr wichtig" 89%) für wichtig erachtet (vgl. Tab. 12).

Eine klare Mehrheit (92%) würde die Einführung des Faches "Psychologie" in das zahnmedizinische Studium begrüßen.

Dazu wurden Anmerkungen gemacht, warum dies nicht schon längst geschehen sei. Zweimal wurde geäußert, es solle den Stellenwert eines Nebenfaches haben. Einzelne Bemerkungen waren, dass dies auf freiwilliger Basis geschehen sollte, ein eigenes Fach nicht notwendig sei, die Arbeitsbelastung nicht steigen dürfe. Auch der Wunsch nach praktischen Bezügen wurde nochmals geäußert (vgl. Anhang 7.3).

Tab. 12: **Wichtigkeit der Psychologischen Schulung für den Zahnarzt** (n = 52)

gar nicht	wenig	mittel	wichtig	sehr wichtig	MW	s	k.A.
0	2	8	64	25	4,14	0,63	2%
Einführung des Faches "Medizinische Psychologie":							
ja = 92%			nein = 6%		k.A. = 2%		

3.2 Ergebnisse der Studentenforschung

3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Unter den 78 befragten Studenten (vgl. Tab. 1) ist die Verteilung auf die Geschlechter annähernd gleichmäßig (männlich 44%, weiblich 56%). Das Durchschnittsalter beträgt 26 Jahre (Spektrum von 21 - 53 Jahren). Im Durchschnitt befinden sich die befragten Studenten im 4. Semester (Bereich von 1 - 27 Semestern). Die meisten (74%) haben vor dem Studium keine andere Ausbildung absolviert, wohl aber praktische Erfahrungen in der Zahnmedizin gesammelt (83%), die zum größten Teil (35%) durch die Behandlungskurse innerhalb des Studiums erworben wurden, aber auch durch eine Kombination der Kurse und freiwilliger Praktika (30%). Einige Studenten (17%) haben bisher nur durch Praktika Praxiskenntnisse erlangt.

Tab.1: Soziodemographische Daten

(n = 78)

Geschlecht:	männlich = 44 %	weiblich = 56%
Alter:	MW = 26,09 s = 4,20 (Bereich von 21 - 53 Jahren)	
Klinische Semester:	MW = 4,33 s = 3,66 (Bereich von 1 - 27 Semestern)	
Ausbildung bereits absolviert:	ja = 26%	nein = 74%
Praktische Erfahrungen in der Zahnmedizin:	ja = 83%	nein = 13% k.A. = 4%
In welcher Form:	Behandlungskurse	35%
	Praktika	17%
	sowohl als auch	30%
	keine Angaben	19%

3.2.2 Bisherige Erfahrungen und Auseinandersetzung mit Psychologie

Die meisten Studenten (53%) haben sich bisher wenig mit Psychologie auseinandergesetzt (vgl. Tab. 2), hauptsächlich durch Bücher oder Zeitschriften, aber auch durch Vorlesungsinhalte innerhalb des Studiums, weniger durch während der Schulzeit erlangte

Kenntnisse oder in Form von Filmen. Unter denen, die sich zu der Frage äußerten, wie zufrieden sie mit Arbeitsweisen und Inhalten gewesen seien, ist die Zahl der Unzufriedenen am höchsten. Einige beurteilten entsprechende Vorlesungen aber auch als "gut", bzw. gaben an, "Einblicke in Verhaltensmuster" erlangt zu haben. Wenige beschrieben ihre bisherigen Erfahrungen mit "positiv", "interessant" oder "nützlich". Insgesamt klaffen die Einzelurteile auseinander von "bringt etwas" bis "Psychologie ist weltfremd", u.a. wurde auch die Bedeutung von "Intuition und Menschenverstand" hervorgehoben (vgl. Tab. 2 und Anhang 7.4).

Tab.2: **Erfahrungen mit Psychologie**

(n = 78)

Mit Psychologie auseinandergesetzt:							
gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
18%	53%	27%	3%	0%	2,14	0,73	0%
Erfahrungen durch:				Nennungen			
Bücher/Zeitschriften				20			
Filme				4			
Studium/Vorlesungen				16			
Schule				8			
Zufriedenheit mit Arbeitsweisen und Inhalten (freie Antworten):							
gute Vorlesungen				4			
Einblicke in Verhaltensmuster				3			
kann etwas nützen im Umgang mit Patienten				2			
interessante Aspekte über Verhalten im Alltag erfahren				2			
positive				2			
keine				9			
Einzelnennungen:							
bringt was, theoretisch ist es auch nicht anders, Psychologie weltfremd, unzufrieden mit Therapiemöglichkeit, Psychologie für Zahnmediziner?, Intuition und Menschenverstand sind wichtig							

Trotz der eher wenigen bisherigen Erfahrungen mit Psychologie hält sich die überwiegende Mehrzahl der Studenten (54%) für durchschnittlich gut gerüstet, schwierige Situationen im Beruf zu meistern (vgl. Tab. 3).

Tab.3: **Bewältigung schwieriger Situationen im Beruf ohne psychologische Vorbildung** (n = 78)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
10%	23%	54%	10%	1%	2,69	0,85	0%

Psychologische Themen sind innerhalb des Zahnmedizinstudiums bisher nur wenig vermittelt worden (so lautet die Bewertung von 65% der befragten Studenten), hauptsächlich integriert in Vorlesungen im Fachbereich der "Prothetik" bzw. zum Thema der "Psychosomatik" (vgl. Tab. 4). Nur einzelne haben Kenntnisse durch ein parallel oder vorher absolviertes Medizinstudium erlangt bzw. Erfahrungen zu den Themenbereichen "Patienten- oder Mitarbeiterführung" oder zu bestimmten "Krankheitsmustern" gemacht.

Tab.4: **Vermittlung von psychologischen Themen im Studium** (n = 78)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
17%	65%	15%	3%	0%	2,04	0,65	0%
Sind Ihnen in irgendeiner Form während Ihres Studiums psychologische Themen vermittelt worden? Wenn ja, welche:							
Freie Antworten: Vorlesungen (Psychosomatik, Prothetik)					30		
Einzelnennungen: allgemein, Zahnmedizin, Patientenführung, Mitarbeiterführung, im Medizinstudium, Krankheitsmuster, wenig							

3.2.3 Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung

Auf die Frage nach den Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Lehre fällt auf, dass fast alle vorgegebenen Kategorien mit fast gleicher Häufigkeit genannt und im Bedeutungsfeld als "durchschnittlich" beurteilt wurden (vgl. Tab. 5). Die größten Erwartungen werden daran gesetzt, zu lernen, sich mit der "eigenen Einstellung zum Patienten" und "zur Arbeit" auseinander zu setzen, (für 60% der Befragten haben diese Nennungen eine "durchschnittliche" bis "starke" Bedeutung). Es folgen die Themenbereiche der "Gesprächsverbesserung" (44%) und "Konfliktbewältigung mit Patienten" (47%). Nur wenig geringer insgesamt sind die Wünsche dahingehend, "eigene Gefühle und Schwierigkeiten bearbeiten zu können" (48% beurteilen dies ebenso noch als "durchschnittlich" bis "stark" bedeutsam, "Störungsbilder und ihre Auswirkungen besser einschätzen zu können" (56%),

"gute Informationen zu bekommen" (46%) und "zu lernen, wie Konflikte im Team besser bewältigt werden können" (46%). Schlusslicht ist die Erwartung, "genaue Handlungsanweisungen zu bekommen", was als einziges eher wenig häufig gefordert wurde, auch wenn immerhin noch 40% der Studenten eine "durchschnittliche" bis "starke" Erwartungshaltung bezüglich dieser Thematik hegen.

Tab 5: **Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Lehre** (n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
gute Informationen bekommen	23	21	22	24	6	2,69	1,27	4
genaue Handlungsanweisungen bekommen	22	31	22	18	4	2,49	1,16	4
sich mit der eigenen Einstellung zur Arbeit auseinandersetzen	13	13	28	32	8	3,10	1,17	6
sich mit der eigenen Einstellung zum Patienten auseinandersetzen	13	13	30	30	10	3,12	1,19	5
eigene Gefühle und Schwierigkeiten bearbeiten zu können	17	23	22	26	8	2,84	1,24	5
Verbesserung der Gespräche mit (belasteten) Patienten	14	26	17	27	12	2,96	1,29	5
lernen, wie Konflikte mit Patienten besser bewältigt werden können	23	13	21	26	14	2,95	1,40	4
lernen, wie Konflikte im Team besser bewältigt werden können	27	17	24	22	6	2,63	1,29	4
Störungsbilder und ihre Auswirkungen besser einschätzen können	21	13	37	19	6	2,77	1,19	4

Stark sind die Erwartungen an "praktische Übungen" (76% der Probanden weisen diesem Punkt eine "starke" bis "sehr starke" Bedeutung zu) und an eine "gute Vorbereitung auf evtl. Prüfungen" (59%) in Bezug auf die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung (vgl. Tab. 6). Überdurchschnittlich häufig genannte Wünsche sind, dass "lieber wenige Themen gründlich behandelt" (hat für 57% der Studenten eine "starke" bis "sehr starke" Bedeutung) und "Möglichkeiten der Selbsterfahrung angeboten werden sollten" (44%). Fast ebenso häufig besteht die Forderung nach "Arbeitspapieren" (34%) und der "Abhandlung psychologischer Theorien" (25%). Eher wenig genannte Punkte sind, eine "möglichst starke Orientierung am Gegenstandskatalog" (25%) und der Vorschlag "an jedem Nachmittag ein neues Thema abzuhandeln" (5%).

Tab. 6: **Inhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Lehre**

(n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
sich möglichst stark am Gegenstandskatalog orientieren	22	27	35	10	15	2,36	0,96	6
eher viel Gelegenheit zum praktischen Üben geben	2	6	18	63	13	3,81	0,77	0
gut auf evtl. Prüfungen vorbereiten	3	13	26	50	9	3,50	0,92	0
an jedem Nachmittag ein neues Thema abhandeln	17	36	39	4	1	2,35	0,86	4
lieber wenige Themen gründlich behandeln	0	15	39	35	12	3,42	0,89	0
Möglichkeiten zur „Selbsterfahrung“ anbieten	5	12	40	30	14	3,36	1,03	0
psychologische Theorien behandeln	6	39	31	22	3	2,76	0,96	0
Arbeitspapiere (ca. 3 Seiten pro Thema) bieten	12	18	35	28	6	3,00	1,10	1

Unter den "freien Antworten" (vgl. Anhang 7.4) fällt die Forderung nach einem "Patientenbezug" auf, ebenso wie der Wunsch, "mit schwierigen Patienten besser umgehen zu lernen". Weitere häufiger genannte Erwartungen sind die Einführung einer "Psychologievorlesung in der Zahnheilkunde" sowie auch "keine Erwartungen" oder die Einschätzung, dass dies "nicht in die Vorklinik gehöre". Fast ebenso oft erwähnte Punkte sind die Forderungen nach "Praxisnähe" und "Patientenführung". Etwas geringer ausgeprägt ist der Wunsch nach "Rollen- und Fallbeispielen". Einzelnennungen sind Erwartungshaltungen in Bezug auf "Stressbewältigung" und "Vermittlung von Grundlagen".

3.2.4 Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung

Zu den Themen, die sich die Studenten innerhalb einer zahnmedizinisch-psychologischen Vorlesung besonders stark wünschen (vgl. Tab. 7), zählen die "Gesprächsführung" (85% nennen dies in einer Häufigkeit von "viel" bis "sehr viel"), die "Arzt-Patienten-Beziehung" (84%) und die "Psychologie der Angst" (81%), gefolgt von der "Psychologie des Schmerzes" (74%), der "Krankheitsverarbeitung" (73%) und "Psychologischen Grundlagen der Kommunikation" (69%). Immer noch stark ist der Wunsch nach Inhalten wie "Emotion und Motivation" (59% hegen hierfür "viel" bis "sehr viel" Interesse), "Gesundheits- und Krankheitsmodelle" (47%), "Gesundheitsverhalten und Prävention" (53%) sowie "Persönlichkeitstheorien und -modelle" (52%). Überdurchschnittliches Interesse besteht weiterhin an der "Psychologie der Depression und Suizidalität" (wird noch von 51% "viel" bis "sehr viel" genannt), der "Psychologie der Aggression" (43%), Themen wie "Psychosoziale Rehabilitation und Lebensqualität" (45%), "Verhaltensforschung" (44%), "Lernen und Gedächtnis" (41%), ebenso "Psychologie des Alters" (46%), "Wahrnehmung und Denken" (42%) und "Grundprinzipien der Psychotherapie" (31%). Im mittleren Bereich finden sich außerdem Inhalte wie "Psychosoziale Aspekte der Sexualität" (nur noch 25% wünschen dieses Thema "viel" bis "sehr viel"), "Psychophysiologie" (21%) und "Entwicklungspsychologie" (14%). Als einziges Thema nur von geringem Interesse ist die "Psychologische Messmethodik, Test und Experiment" (4%).

Tab. 7: Themen für Zahnmedizin-Studenten innerhalb der Vorlesung

(n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel	MW	s	k.A.
Psycholog. Messmethodik	30	37	27	4	0	2,05	0,86	3
Psychophysiologie	9	30	37	21	0	2,72	0,91	4
Emotion und Motivation	6	0	31	51	8	3,56	0,90	4
Entwicklungspsychologie	12	31	41	14	0	2,59	0,88	3
Lernen und Gedächtnis	5	19	32	28	13	3,25	1,08	3
Wahrnehmung und Denken	6	19	32	30	12	3,21	1,09	1
Verhaltensforschung	8	10	32	35	9	3,29	1,06	6
Persönlichkeitstheorien	1	14	32	39	13	3,48	0,94	1
Psychologische Grundlagen der Kommunikation	1	6	21	47	22	3,84	0,90	3
Gesprächsführung	1	5	8	39	46	4,25	0,91	1
Psychologie der Angst	0	5	14	49	32	4,08	0,82	0
Psychologie der Depression und Suizidalität	4	19	26	36	15	3,40	1,09	0
Psychologie der Aggression	5	17	35	24	19	3,36	1,13	0
Psychosoziale Aspekte der Sexualität	10	35	30	13	12	2,81	1,16	1
Arzt-Patienten-Beziehung	0	3	13	45	39	4,21	0,77	1
Krankheitsverarbeitung	1	9	17	50	23	3,85	0,93	0
Gesundheits- und Krankheitsmodelle	0	10	42	33	14	3,51	0,86	0
Grundprinzipien von Psychotherapie	3	21	45	26	5	3,10	0,88	1
Psychosoziale Rehabil. und Lebensqualität	3	18	32	37	8	3,30	0,95	3
Gesundheitsverhalten und Prävention	3	9	31	47	6	3,48	0,86	4
Psychologie des Alters	5	18	31	40	6	3,24	1,00	6
Psychologie des Schmerzes	3	5	18	50	24	3,88	0,93	0

Eindeutig bevorzugte Gruppengröße für den psychologischen Kurs sind Kleingruppen mit maximal 10 Studenten (64%) (vgl. Tab. 8).

Tab 8: **Gewünschte Gruppengröße**

(n = 78)

	Häufigkeiten %
max. 10 Studenten	64
11 - max. 20 Studenten	26
21 - 30 Studenten	5

Die Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung ordneten die Studenten nach ihrer Wichtigkeit (vgl. Tab. 9). Besonders wichtig erscheinen die "Psychologie der Angst" (88% messen diesem Aspekt "starke" bis "sehr starke" Bedeutung bei), "Aufbau eines Vertrauensverhältnisses" (81%), "Compliance-Probleme" (82%) und die "Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen" (80%). Von starkem Interesse sind ebenso Themen wie "Personalführung" (70% halten dies für "wichtig" bis "sehr wichtig"), "Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten" (71%), "Stressbewältigung/Entspannungstechniken" (63%) sowie "Verbesserung des Arbeitsklimas im Team" (64%), "Umgang mit klagsamen Patienten" (66%) und "Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes" (56%). Überdurchschnittlich häufig genannt wurden weiterhin "Krankheitsbewältigung des Patienten" (51% beurteilen dieses Thema noch als "wichtig" bis "sehr wichtig"), "Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten" (53%) sowie "Umgang mit Schwer- und Todkranken" (47%), an denen immer noch recht starkes Interesse besteht, gefolgt von den beiden Themenkomplexen "Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiven Patienten" (49%) und "Umgebungsgestaltung" (47%), denen immer noch mehr als eine durchschnittliche Bedeutung beigemessen wird. Schlusslicht bildet der Lerninhalt "Eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben", dem die Studenten eine etwas unterdurchschnittliche Wichtigkeit zuschreiben (dieser Aspekt besitzt nur noch für 26% der Studenten eine Wichtigkeit von "stark" bis "sehr stark").

Tab. 9: **Wichtigkeit der Themen für die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung**
(n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
Krankheitsbewältigung des Patienten	3	8	37	36	15	3,55	0,94	1
Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten	3	1	26	49	22	3,86	0,86	0
Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiv.Pat.	1	13	37	36	13	3,46	0,92	0
Psychologie der Angst, Umgang m. ängstlichen Pat.	0	1	9	47	41	4,30	0,69	1
Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen	0	5	15	49	31	4,05	0,82	0
Umgang mit klagsamen Patienten	0	8	26	47	19	3,78	0,85	0
Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	0	10	26	36	28	3,82	0,96	0
Umgang mit Schwer- und Todkranken	1	14	39	26	21	3,50	1,02	0
Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes	1	6	36	33	23	3,71	0,94	0
Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten	3	12	33	35	18	3,54	1,00	0
eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	9	35	31	17	9	2,82	1,10	0
Compliance-Probleme (Pat.führung/-motivation)	1	3	14	45	37	4,14	0,85	0
Aufbau eines Vertrauensverhältnisses	0	3	15	41	40	4,19	0,80	1
Personalführung	4	4	23	40	30	3,87	1,01	0
Stressbewältigung/ Entspannungstechniken	3	6	28	30	33	3,85	1,05	0
Umgebungsgestaltung (Aufenthaltsraum, Atmosphäre)	6	13	32	28	19	3,42	1,14	1

3.2.5 Ausbildungsgestaltung/Art der Arbeit

Auf die Frage, welche Art der Arbeit für die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung gewünscht sei (vgl. Tab. 10), sind das "Training von Gesprächsführung mit Patienten" (69% fordern dies "stark" bis "sehr stark"), "Fallarbeit" (68%), "Konkrete Ratschläge für die

weitere Betreuung der Patienten" (56%) und "Schaffung von Möglichkeiten der eigenen Entlastung" (57%) häufig genannte Vorstellungen. Überdurchschnittlich hoch ist der Wunsch nach "Besprechung von Problemen innerhalb des Teams" (51% erwähnen diesen Aspekt in der Kategorie "stark" bis "sehr stark"), "Diskussion und gegenseitiger Erfahrungsaustausch" (45%), sowie "Durchspielen schwieriger Situationen in Rollenspielen" (44%), "Referate eines Psychologen über Umgang mit Patienten" (36%), auch "Einübung der Durchführung von Patientenschulung" (28%), sowie "Referate eines Psychologen über Patientenprobleme" (34%) und "Balintgruppen-Arbeit (Auseinandersetzung mit der eigenen Beziehung zum Patienten)" (31%). Etwas weniger Interesse besteht an dem Thema "Selbsterfahrung" (27%). Nur selten genannt wurde der "Einsatz kreativer Medien" (dieser Themenkomplex besitzt nur noch für 20% der befragten Studenten eine "starke" bis "sehr starke" Bedeutung).

Tab. 10: **Gewünschte Art der Arbeit für zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung**
(n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %							
	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark	MW	s	k.A.
Fallarbeit	0	10	22	51	17	3,74	0,86	0
Balintgruppen-Arbeit	5	22	39	27	4	3,03	0,94	4
Diskussion und gegenseitiger Erfahrungsaustausch	4	14	37	39	6	3,29	0,93	0
Besprechung von Problemen innerhalb des Teams	3	9	36	47	4	3,42	0,82	1
Training von Gesprächsführung mit Patienten	0	5	23	42	27	3,93	0,85	3
Durchspielen schwieriger Situationen im Rollenspiel	6	24	26	26	18	3,24	1,20	0
Referate eines Psychologen über Pat.probleme	10	19	36	24	10	3,05	1,13	0
Referate eines Psychologen über Umgang mit Pat.	10	9	44	26	10	3,17	1,08	1
konkrete Ratschläge für die weitere Betreuung der Pat.	3	10	32	35	21	3,60	1,01	0
Schaffung von Möglichkeiten der eigenen Entlastung	4	8	31	42	15	3,58	0,97	0
Selbsterfahrung	10	23	40	17	10	2,94	1,11	0
Einüben der Durchführung von Patientenschulung	6	14	51	22	6	3,08	0,94	0
Einsatz kreativer Medien	37	24	18	13	7	2,26	1,27	1

"Freie Antworten" (vgl. Anhang 7.4) wurden gegeben auf die Frage, welche Probleme im Umgang mit Patienten die Studenten gern besser meistern lernen möchten. Hier wurde auffällig oft die "Behandlung von Angstpatienten" genannt (10 x). Relativ häufig genannt wurden "Motivation", "Compliance" und "Kostenaufklärung" (je 4 x), etwas seltener "Umgang mit ungedulden/fordernden oder auch aggressiven Patienten" sowie "Aufbau einer Vertrauensbasis" (je 3 x). Weniger Nennungen gab es zu Problemkomplexen wie "Termineinhaltung des Patienten", "Gefahrensituation bei psychisch Kranken", "Nähe/Distanz-Probleme" und "Überzeugung von bestimmten Behandlungsmethoden". Es gab noch einzelne Nennungen zu "Problemen bei der Behandlung von Kindern, Schwer- und Todkranken und klagenden Patienten". Einzelne betonen auch typische Konfliktsituationen wie "Angst" und "Würgereiz". Ebenso vereinzelt angesprochen wurden "geschäftliche Gespräche", das "Auftreten als Autoritätsperson" und der Wunsch, "Zeichen des Patienten deuten zu lernen".

Die Studenten wurden aufgefordert, Vorschläge zu der Arbeit in Kleingruppen zu machen, die sie nach dem Anteil der einzelnen Arbeitsformen einteilen sollten (vgl. Tab. 11). Hier wurde besonders häufig das "praktische Üben (z.B. Gesprächsführung)" genannt. Für 53% der Studenten ist dieser Aspekt ein viel genannter Punkt. Es folgen in abnehmender Häufigkeit im mittleren Bereich Antworten wie "Diskussionen der Gesamtgruppe" (nur noch von 33% "stark" gewünscht), "Einsatz von Video" (24%) sowie "Kleinstgruppenarbeit (2 - 4 Teilnehmer)" (22%). Etwas unterdurchschnittliches Interesse fanden "Rollenspiele" (nur noch 14% der Studenten hegen daran großes Interesse).

Tab. 11: **Vorschläge für die Arbeit in Kleingruppen**

(n = 78)

Vorgegebene Kategorien	Häufigkeiten in %					
	wenig	mittel	viel	MW	s	k.A.
Kleinstgruppenarbeit (2 - 4 Teilnehmer)	18	59	22	2,04	0,64	1
Diskussionen der Gesamtgruppe	10	55	33	2,23	0,63	1
Rollenspiele	51	33	14	1,62	0,73	1
praktisches Üben (z.B. Gesprächsführung)	10	36	53	2,43	0,68	1
Einsatz von Video	21	53	24	2,04	0,68	3

Eine deutliche Mehrheit der Studenten (60%) wünscht sich eine Mischung aus Übungs- und Seminarstil (vgl. Tab. 12). Ebenso deutlich fällt die Ablehnung einer Scheinpflcht aus (63%).

Tab. 12: **Art der Arbeit** (n = 78)

Seminarstil: (vorwiegend Referate und Diskussion)	10%
Übungsstil: (vorwiegend praktische Übungen)	28%
Mischung aus beidem	60%
Scheinpflcht: ja = 31% nein = 63% k.A. = 6%	

3.2.6 Psychologische Schulung

Abschließend kann man beurteilen, dass die überwiegende Mehrheit der Studenten eine psychologische Schulung eines Zahnarztes für wichtig bzw. sehr wichtig (89%) hält (vgl. Tab. 13).

Fast ausnahmslos alle Zahnmedizinstudenten (91%) würden die Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in ihr Studium begrüßen.

Tab. 13: **Wichtigkeit der Psychologischen Schulung für den Zahnarzt** (n = 78)

gar nicht	wenig	mittel	wichtig	sehr wichtig	MW	s	k.A.
0%	1%	9%	53%	36%	4,25	0,67	1%
Einführung des Faches "Medizinische Psychologie":							
ja = 91%		nein = 5%		k.A. = 4%			

Hierzu wurde bemerkt, dass die Vorklinik evtl. zu früh hierfür wäre. Einige betonten auch das Problem, dass der Stundenplan der Zahnmedizinstudenten schon voll genug sei. Trotzdem gibt es Anmerkungen, dass die Einführung des Faches Psychologie sinnvoll sei, aber es sollte keine Schein- und Anwesenheitspflicht bestehen. Es gibt einzelne Nennungen, dass die Einführung einer Psychologievorlesung längst überfällig sei, eine ideale Ergänzung darstelle. Der Bezug zur Praxis wurde nochmals betont (vgl. Anhang 7.4).

4. DISKUSSION

4.1 Allgemeines

Hintergrund dieser Arbeit ist das zunächst subjektiv empfundene Defizit psychologischen Hintergrundwissens innerhalb der universitären zahnmedizinischen Ausbildung. Zielvorstellung ist die Objektivierung dieser These anhand einer Studie, die durch Befragung von Personengruppen (Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten) durchgeführt wurde, die zu dieser Schlüsselfrage durch ausreichende Erfahrungen konkrete Aussagen machen konnten.

Darüber hinaus soll es jedoch nicht nur bei dem vielfach geäußerten Wunsch bleiben, die zahnmedizinische Ausbildung um psychologische Kenntnisse zu erweitern. Eine wesentliche Intention bestand auch darin, herauszufinden, welche psychologischen Themenkomplexe für den später praktizierenden Zahnarzt besondere Bedeutung haben und in welcher Form das Fach "Medizinische Psychologie" in das zahnmedizinische Studium integriert werden soll.

Neben einer besseren praxisorientierten studentischen Ausbildung hinsichtlich der späteren Anforderungen im Beruf kann diese Arbeit vielleicht auch ein Anreiz für alle klinisch-praktisch tätigen Zahnärzte sein, sich berufsbegleitend Kenntnisse über zahnmedizinische Psychologie anzueignen.

Eine entsprechend optimierte Aus- und Weiterbildung, die dem Zahnarzt ermöglicht, seinen Patienten auch psychosozial gerecht zu werden, wird sich letztlich auch durch positive Veränderungen hinsichtlich des Arzt-Patienten-Verhältnisses vorteilhaft auswirken.

4.2 Psychologische Vor- und Weiterbildung

Eine Auseinandersetzung mit Psychologie fand sowohl bei Zahnärzten als auch bei Zahnmedizinstudenten anlässlich meiner Stichprobenziehung in eher geringem Ausmaß statt, diese hauptsächlich durch Bücher und Zeitschriften, teilweise auch durch diverse Fortbildungen oder Vorlesungen. Eine Bestätigung findet dies in einer Studie, die u.a. die "Bedeutung psychologischer Kenntnisse für den Umgang mit Belastungsfaktoren" untersuchte.

Nur ca. ein Viertel der Zahnärzte nehmen demnach an psychologischen Vorlesungen und/oder Weiterbildungen teil. Interessant ist hier ein Vergleich zwischen den alten und

neuen Bundesländern [85]. Bedingt durch eine teilweise Vorlesungspflicht in Sachsen waren fast 50% der Zahnärzte dort durch das Studium psychologisch vorgebildet, was immerhin dem Vierfachen der Zahnärzte in Baden-Württemberg entsprach. Interessanterweise kehren sich die Zahlen hinsichtlich einer psychologischen Weiterbildung um: Hier standen in Baden-Württemberg 35% einer Anzahl von 13% in Sachsen gegenüber.

Eine Erhebung unter Zahnärzten in Unterfranken [25] belegt ebenfalls, dass sich 25% der niedergelassenen Zahnärzte explizit zum Thema "Patientenangst" fortgebildet hatten. Während diese und ähnlich angelegte Studien zu dem Ergebnis kommen, dass (bezüglich des Angstabbaus und der Kinderbehandlung) doch erhebliche Grundkenntnisse vorhanden zu sein scheinen [25, 97, 148], wobei der tägliche Patienten Umgang hier Lehrmeister spielt, halten sich die befragten Zahnärzte in meiner Studie nur für wenig bis durchschnittlich gerüstet, mit schwierigen, beruflichen Situationen umzugehen. Erstaunlicherweise schätzen sich die befragten Zahnmedizinstudenten für durchschnittlich gut gerüstet ein, also ein wenig besser als die niedergelassenen Kollegen. Dies ist jedoch aufgrund der noch mangelnden beruflichen Erfahrungen eher als eine fragwürdige Aussage zu betrachten.

Eine andere empirische Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass viele Zahnärzte zwar über Möglichkeiten einer psychologisch angemessenen Patientenführung verfügen [24], umfassende Ansätze jedoch nicht vorhanden sind. Zumindest in den alten Bundesländern (von mir untersucht: Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen) findet eine universitäre psychologische Ausbildung wenig bis gar nicht statt. Die neuen Bundesländer (hier untersucht: Sachsen) messen dieser Thematik bisher auffallend mehr Bedeutung bei [85].

4.3 Praktische Erfahrungen im Umgang mit Problempatienten

Die befragten Zahnärzte meiner Studie haben den Umgang mit Problempatienten vor allem durch eigene Erfahrungen gelernt. Zusatzkenntnisse wurden am ehesten mittels Büchern und Zeitschriften, weniger durch Kollegengespräche und nur geringfügig durch Fortbildungen erworben. Der Zahnarzt scheint also in seiner Konfrontation mit dem Problempatienten auf sich allein gestellt zu sein. Das mag überraschen, betrachtet man Ergebnisse von Untersuchungen von stressauslösenden Faktoren im zahnärztlichen Berufsleben, die, wie z.B.

Johnke [62] zu dem Ergebnis kommen, dass die Behandlung von Problempatienten Hauptstressor ist. Ähnliches belegen Weineck [140] und Friel [34]. Der Psychoanalytiker Roth [111] erklärte sogar 1992 auf der 5. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik: "Ärzte und Zahnärzte haben ein erhebliches Risiko psychischer Erkrankungen..., wenn die Kräfte, die sich psychisch zwischen Patient und Zahnarzt abspielen, vom Zahnarzt nicht wahrgenommen werden, dann steigt beim Zahnarzt das psychische Erkrankungsrisiko". In der Literatur findet man sogar den Begriff des sog. "Burnout-Syndroms" bei Zahnärzten [119, 132, 141]. Dies ist definiert als das Ergebnis eines schnelleren Abfließens von Energie, verglichen mit dem Tempo der Regeneration von Kräften. "Es gibt kein Ausgebranntsein ohne ein starkes, sich selbstverzehrendes Feuer. Nur wenn deutlich wird, dass der Betreffende als Angehöriger einer helfenden Profession einst mit großem Idealismus an seine Aufgaben herangegangen ist und sich mit hohem Engagement und permanent hohem Einsatz bis zum Eintritt der Krise dem Dienst an Kranken oder Hilfsbedürftigen gewidmet hat, sollte man von einem Burnout-Syndrom ausgehen. Das könnte auch für den einen oder anderen Zahnarzt zutreffen" [132, 141]. Eine hohe berufsbedingte psychophysische Belastung der betroffenen Berufsgruppe steht außer Frage [26, 27, 28]. Erschreckend ist eine festgestellte, hohe Suizidrate unter Zahnärzten [112]. Auch derlei Studien werfen die Frage auf, ob einer solchen Entwicklung nicht durch eine bessere universitäre Ausbildung unter Einbindung der Vermittlung psychologischer Kenntnisse vorgebeugt werden kann.

Die zuvor erwähnte Studie, die sich u.a. mit psychologischen Kenntnissen und Umgang mit Belastungsfaktoren beschäftigte [85], hob hinsichtlich des Weiterbildungsinteresses von Zahnärzten hervor, dass die Intention besonders darin lag, etwas im Umgang mit dem Patienten dazuzulernen. Offenbar wird hier doch ein Defizit empfunden. Weiterbildende Veranstaltungen wurden hier häufiger besucht, während Anstöße durch Zeitungen oder Kollegen kaum erwähnt wurden.

Als Strategien im Umgang mit schwierigen Patienten erwähnten die Probanden unserer Stichprobe v.a. das ausführliche Gespräch. Mehrere Pausen während einer Sitzung, Einplanung von mehr Zeit, manchmal aber auch von kürzeren Sitzungen oder mit zwei Helferinnen zu behandeln sind weitere Punkte, Problempatienten zu begegnen. Die Bedeutung des Arzt-Patienten-Gesprächs deckt sich mit dem Ergebnis einer anderen Befragung unter Zahnärzten [85], in dem 68% aller Zahnärzte angaben, Problemfällen durch

ein "ausführliches Gespräch" entgegenzutreten, 38% bereiteten sich speziell vor, wenige mieden den Kontakt durch "Überweisungen" oder neigten zu Verharmlosungen, indem sie der Meinung waren, "richtig schwierige Patienten gibt es nicht". In dieser Studie [85] ergaben sich Unterschiede im Vergleich zu älteren und jüngeren Kollegen. Bewältigungsvarianten emotionaler Belastung bei jüngeren Zahnärzten waren vor allem "ausreichend Zeit einzuplanen", während die erfahreneren Kollegen bevorzugten, "sich auf das Wichtigste zu konzentrieren" und "lange Unterhaltungen zu vermeiden".

In der Beantwortung der Frage, welche Patientengruppen als Problemfälle empfunden werden, herrschte in der Literatur [75, 85] und meiner Befragung große Übereinstimmung. Neben Kindern, Risikopatienten (Chronisch- bzw. Schwerkranken) und Behinderten nennt meine Studie noch Senioren, während die beiden anderen empirischen Untersuchungen noch Angst- und Schmerzpatienten erwähnen. Wichtig erscheint auch die Hervorhebung von "Non-Compliance-Patienten" bzw. Patienten mit bestimmten Charaktereigenschaften (überbeanspruchend, dramatisierend), die in meiner Erhebung nicht abgefragt wurden, in den Untersuchungen [75, 85] aber einen erheblichen Teil der Problemfälle ausmachten. Interessanterweise wurden sowohl in meiner Arbeit als auch in einer der beiden anderen Erhebungen [75] Lehrer als Berufsgruppe, die Probleme bereitet, explizit aufgeführt.

Meine statistische Erhebung kommt zu dem Ergebnis, dass in Anlehnung der recht geringen Schulung der Zahnärzte (ca. ein Viertel) auch nur 19% des Personals im Umgang mit schwierigen Patienten geschult ist. Dieses erfolgte meist durch den Zahnarzt selbst, meist in Form von Gesprächsführung oder Fallbeispielen.

4.4 Erwartungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung

Bei den von mir befragten Studenten bezüglich der Erwartungshaltung an eine zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung fällt auf, dass die vorgeschlagenen Lehrinhalte nur mit durchschnittlicher Bedeutung belegt werden. Auch hier sollte Berücksichtigung finden, dass die Studenten mangels entsprechender Erfahrungen die Bedeutung psychologischen Vorwissens nicht sicher einschätzen können, da sie noch nicht wissen können, vor welche Anforderungen sie der spätere Berufsalltag stellen wird. Eine Abfragung der

Erwartungshaltung unter Zahnärzten musste leider aufgrund der Intention unterbleiben, den Ärztebogen aufgrund des Zeitmangels der Kollegen möglichst knapp zu halten.

Die Forderungen nach einer Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zum Patienten und zur Arbeit und der Wunsch nach einer Gesprächsverbesserung mit den Patienten nehmen den breitesten Raum ein. Lehnt man sich an verschiedene Thesen innerhalb der Literatur an, die Stellung zu den Belastungen des Zahnarztes im Rahmen seiner Tätigkeit nehmen [73, 95, 96], sind diese Wünsche absolut begründet. Interessant ist, dass die größten Belastungen auf der emotionalen und sozial-interaktiven Ebene, also bei psychischen Faktoren liegen [21, 30, 32], nicht etwa auf der berufsbedingten körperlichen Beanspruchung.

Insofern findet auch die Forderung nach entsprechenden psychologischen Qualifikationen und Kenntnissen ihre Unterstützung.

Das Arzt-Patienten-Gespräch hat eine ganz zentrale Bedeutung. Garfunkel [36] sowie Rankin und Harris [108] konnten zeigen, dass bei der Mehrzahl der Patienten der Wunsch nach einer ausführlichen Information über mögliche Behandlungswege zu verzeichnen ist. Barker [10] stellte in seiner Studie heraus, dass eine gute Aufklärung erheblich zu einer Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins der Patienten beitragen könnte. Eine gute Informationsvermittlung und positiv erlebte allgemeine Kommunikation scheint ebenso mit deutlich höheren Zufriedenheitswerten zu korrelieren [142]. Wie vielfältige Ergebnisse aus der Medizinischen Psychologie und der Zahnheilkunde gezeigt haben, ist die Gesprächsführung mit dem Patienten der entscheidende arztseitige Wirkfaktor, der die Mitarbeit des Patienten beeinflusst und damit mitentscheidend für den Behandlungserfolg ist [146]. Als entscheidende Gesprächsdimensionen werden der Informationsaustausch und das kommunikative Engagement des Behandlers bei der verbalen und nonverbalen Zuwendung zum Patienten hervorgehoben [147].

Die Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene scheint einen direkten Zusammenhang nicht nur mit der Zufriedenheit des Patienten zu haben, sondern auch mit seinem Verstehen und dem Erinnern an Informationen [14, 19, 22, 23, 72, 81, 82, 83, 110, 133, 139]. Die Bedeutung des nonverbalen Verhaltens des Behandlers und sein Einfluss auf Zufriedenheit, Einsicht und Compliance des Patienten hob auch Larsen in seiner Studie hervor, indem er

nachwies, dass Patienten höhere Zufriedenheit und besseres Verständnis bekundeten, wenn der Arzt sich ihnen direkt zuwandte, also vorbeugte und den Körper zudrehte, als wenn er sich entspannt zurücklehnte [79].

In einem Modell von Witt und Bartsch [145] wird die Zahnarzt-Patienten-Kommunikation in drei wesentliche Bereiche aufgeteilt: die fachliche Stellungnahme, die persönliche Zuwendung und die Informationsvermittlung. Zu Letzterer wird empfohlen, entsprechend der sog. "Tell-Show-Do-Methode" [1, 149] (insbesondere in der Kinderbehandlung), Demonstrationsmittel zur Veranschaulichung im Gespräch hinzuzunehmen. Eine positive, sozial-emotionale Beziehung scheint in der Interaktion zwischen Zahnarzt und Patient zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses bedeutsam, hierbei insbesondere die nonverbale Zuwendung durch Blick- und Körperkontakt sowie eine angenehme Behandlungsatmosphäre [12, 138]. Eine Erhebung unter niedergelassenen Zahnärzten [25] weist zum Thema "Kommunikatives Praxismanagement" der Arzt-Patienten-Kommunikation zukünftig weiter steigende Bedeutung zu, insbesondere, weil auch Zahnärztdichte und Mobilität der Patienten zunehmen. Da der Patient die technischen Qualitäten zahnärztlicher Behandlung objektiv kaum beurteilen kann, gewinnen Kriterien aus dem Behandlungsumfeld wie Terminvergabe, Praxisklima, vor allem aber auch das Eingehen auf den Einzelnen und das Einfühlungsvermögen des Behandlers an Priorität. Diesen steigenden Anforderungen an psychologische und kommunikative Fähigkeiten der Zahnärzteschaft lässt sich nur durch bessere Aus- und Weiterbildung begegnen.

Von einer zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung wird weiterhin seitens der Zahnmedizinstudenten erwartet, dass Strategien erlernt werden, wie Konflikte mit dem Patienten, aber auch mit dem Team, besser bewältigt werden können. Einer Studie über "Das Unbehagen von Zahnärzten bei der Zahnbehandlung (...)" [85] zufolge, ist die Konfrontation mit dem Problempatienten in einer Skala der "Ursachen für Unbehagen" seitens des Zahnarztes sofort nach emotionalen Belastungsfaktoren (Stress, z.B. durch Patientenzahl oder selbständige Tätigkeit) genannt. Studien zum Betriebsklima sind in der Literatur wenig zu finden. Eine Erhebung unter niedergelassenen Zahnärzten von Dünninger [25] ergab zu diesem Thema eine sehr hohe Zufriedenheit. 84% der befragten Zahnärzte schätzten das Betriebsklima mit ausgezeichnet ein. Hierzu ist anzumerken, dass leider Vergleichsdaten der Praxisangestellten bzw. Patienten fehlen. Die gleiche Studie besagt aber auch, dass ein knappes Drittel der Zahnärzte (30%) sich bei der Arbeit "überwiegend" bis "voll" gestresst

fühlt. Das würde die Bedeutung zweier weiterer zu erlernender Themenbereiche hervorheben, nämlich, sich mit der "eigenen Einstellung zur Arbeit" auseinander zu setzen und "eigene Gefühle und Schwierigkeiten" besser bearbeiten zu können. Neben dem Begriff "Stress" taucht in der Literatur ein weiterer auf, der des "Burnout-Syndroms" bei Zahnärzten [101, 119, 132, 141]. Eine hohe berufsbedingte, psychophysische Belastung steht außer Frage. Durch eine bessere Ausbildung erlernte Techniken und Strategien zu Stressabbau und Umgang mit beruflichen Belastungssituationen würden aber sicherlich helfen, einer großen Zahl von körperlichen, psychischen und sozialen Symptomen des sog. Burnout-Syndroms, wie z.B. Schlaflosigkeit, chronische Müdigkeit, hoher Blutdruck, Herz- oder Magenbeschwerden, Aggressivität, Versagensangst, Spannungen und Konflikte oder Rückzug aus sozialen Kontakten, rechtzeitig vorzubeugen bzw. in ihrer Ausprägung wenigstens zu mildern [33, 92, 101, 132].

Seitens der Studenten besteht natürlich eine hohe Erwartung an praktische Übungen und gute Prüfungsvorbereitung in Bezug auf die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung. Die Forderung der Entwicklung von psychologischen Qualifikationen und Kenntnissen durch Verknüpfung von psychologischem Grundlagenwissen und praktischer Erfahrung in der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung findet sich aber ebenso in der Literatur wieder [63, 115, 118].

4.5 Themeninhalte der zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung

Die Stichprobengruppen wurden zu Themeninhalten einer psychologischen Aus- bzw. Weiterbildung, die für angehende und auch schon niedergelassene Zahnmediziner bedeutsam erscheinen, befragt und auch gebeten, Themenkomplexe nach ihrer Wertigkeit einzuteilen.

Es stellte sich dabei heraus, dass sich die Einteilung der Themen nach ihrer Bedeutung innerhalb der Gruppen (Zahnärzte und Studenten) zwar ähnelte, sämtliche Inhalte von den Studenten aber höher bewertet wurden als von den Zahnmedizinern.

Von der Vielzahl herausgesuchter Themen (vgl. Kap. 3.1.5 und 3.2.4) lassen sich zunächst fünf herausstellen, denen eine herausragende Bedeutung beigemessen wurde. Das sind die Psychologie der Angst, die Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient (einschl.

psychologischer Grundlagen der Kommunikation), aber auch die Psychologie des Schmerzes und Themen, die die Arzt-Patienten-Beziehung betrifft, wie Compliance und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Interessanterweise scheinen ältere Statistiken den Faktor "Angst" nur selten berücksichtigt zu haben. Dies kritisierten Hall und Dornan [40], die herausfanden, dass nur drei Prozent der zwischen 1966 und 1986 über 200 veröffentlichten Studien zur medizinischen Zufriedenheit sich überhaupt mit psychosozialen Problemen der Patienten auseinandersetzen. Das mag überraschen, denn es erscheint vorstellbar, dass Angst, so wie Finch belegte [31], die größte Barriere gegenüber der Inanspruchnahme einer Zahnbehandlung darstellt. Befragungen zu Gründen einer Behandlungsvermeidung [69] ergaben als häufigste Antwort Zeitmangel und Angst. Die jüngere Literatur beschäftigt sich somit häufiger mit der Thematik der Angst. Umfragen zufolge gaben bei Neverlien [103] nur 9% der Patienten an, starke Angst vor dem Zahnarzt zu verspüren. Stouthard und Hoogstraten [134] ermittelten eine Zahl von 21,8%, während Hakeberg et al. wiederum von nur 5% starker Angstpatienten schreiben [39]. Klages et al. sprechen in ihrer epidemiologischen Untersuchung gar von 50% befragter Patienten, die Zahnarztangst verspüren [66]. Diese unterschiedliche Bewertung könnte mit der Inhomogenität der Gruppen und/oder verschiedener Nationalitäten, aber vielleicht auch Altersgruppen zusammenhängen. Ergebnisse von Neverlien [104], Locker et al. [84], Hakeberg und Berggren [39] und Stouthard und Hoogstraten [134] zeigen auf, dass ängstliche Patienten eher jünger sind. Man forschte weiterhin über Angstursachen und Möglichkeiten des Angstabbaus. Als Ursache der zahnärztlichen Behandlungsangst werden traditionell Schmerzerfahrungen angenommen [70]. Klepac et al. [71] stellten ebenso fest, dass hoch- und niedrig-ängstliche Patienten sich nicht hinsichtlich ihrer Schmerzschwelle und -toleranz unterscheiden. Kent [68] berichtet, dass ängstliche Patienten körperliche Symptome weniger gut beeinflussen können als nicht ängstliche Patienten. Ein Konzept, das die Entstehung von Angst unabhängig vom Ausmaß tatsächlicher Bedrohung erklären soll, ist das der "Angst vor der Angst" (Ehlers und Margraf [29]). Sicherlich finden aber auch noch weitere Variablen ihre Rolle bei der Entstehung von Angst. Interessant ist z.B. die Hypothese des sozialen Lernens von Angst, zu der allerdings bisher noch wenig Bestätigung in der Forschung zu finden ist [143]. Zustimmung findet die These, dass sich empathisch-einführendes Verstehen des Behandlers insbesondere im Umgang mit ängstlichen Patienten positiv auswirkt [136]. Zum Angstabbau finden sich verschiedenste Strategien in der Literatur, die Entspannungsverfahren

[64], ebenso Entspannungsmusik [20, 129, 130], Hypnoseverfahren [59, 114, 128] oder eine ansprechende Umgebungsgestaltung (z.B. Bilder, Stühle für die Begleitperson etc.) [25, 67] vorschlagen. Der wichtigste Angstantagonist mag aber sicherlich das Vertrauen in den Behandler [25] sein.

Als weiteres Thema zentraler Bedeutung lässt sich die Gesprächsführung (einschl. psychologischer Grundlagen der Kommunikation) herausstellen, die eine wichtige Basis der Arzt-Patienten-Beziehung darstellt und somit Einfluss auf zwei weitere empfehlenswerte Lerninhalte nimmt, Compliance und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Der Informationsaustausch zwischen Zahnarzt und Patient (Anamnese, Exploration, Aufklärung) sowie ihre durch den Grad der Zuwendung gekennzeichnete sozial-emotionale Beziehung stellen Grunddimensionen der Behandler-Patient-Kommunikation dar. Im Beratungsgespräch ist zu beachten, dass der Patient zwar ausreichend informiert und aufgeklärt [38, 109], jedoch nicht kognitiv oder (bei belastenden Informationen) emotional überfordert wird. Informationen sollen verständlich vermittelt werden, so dass sie auch nach gewisser Zeit noch korrekt erinnert werden [11, 145]. Wie Untersuchungen gezeigt haben, fördert eine effektive Informationsvermittlung die Zufriedenheit des Patienten und steigert seine Motivation und sein Vertrauen gegenüber den vom Behandler veranlassten Maßnahmen [86, 105]. Damit ist die Grundbedingung für nachfolgende Compliance geschaffen [23]. Verhaltensstudien an Kliniken in Würzburg und Mainz haben gezeigt, dass ein beratungsorientierter Gesprächsstil günstig ist für Patientenführung und Compliance [65, 87, 124]. Zahlreiche Studien belegen, dass das Maß der Zufriedenheit und Kooperationsbereitschaft des Patienten einerseits abhängig ist von der Wirkung erhaltener Informationen, andererseits von erfahrener nonverbaler Zuwendung in Form von Blickkontakt und Körperzuwendung [15, 61, 72]. Besonders abhängig von einer sozial-emotionalen Orientierung des Arztes, die sich in Freundlichkeit und Gesprächsbereitschaft äußern soll, erscheint die Zufriedenheit von Patienten aus weniger privilegierten Sozial- und Bildungsschichten [57, 108], wohl auch, weil diesen Patienten oftmals objektive Kriterien zur Kompetenzbeurteilung fehlen. Es bleibt also festzustellen, dass der Kommunikationsstil des Behandlers individuell auf den Patienten abzustimmen ist. Dies betrifft die Wahl einer stärker sachlich-informationsorientierten oder stärker sozial-emotional orientierten Gesprächsführung, angepasst an kognitives Niveau, Interesse und Belastbarkeit des Patienten [113]. Dünninger et al. [25] arbeitete in einer Patientenbefragung einzelne Punkte zur Technik

der Gesprächsführung heraus. Somit erscheint es 78% der Zahnärzte wichtig, beim Anamnesegespräch auf den Inhalt der Ausführungen des Patienten zu achten und Fragen nach unangenehmen Vorerfahrungen in der Vergangenheitsform zu formulieren (59%). Weiterhin achten 50% auf Kongruenz zwischen den Aussagen des Patienten und seinem Ausdrucksverhalten, 49% erwarten durch Fragen zur Therapie einen Zugang zum Patienten bzw. einen Eindruck seines Therapieverständnisses zu erhalten (44%). 36% der Behandler sollen auch auf die Wortwahl des Patienten achten, 4% scheinen sich bei Gesprächen über unangenehme Ereignisse anders als sonst zu verhalten.

Als weiterer wichtiger Punkt wird (von Zahnärzten und Studenten) die Psychologie des Schmerzes mit starkem Interesse belegt. Nach Untersuchungen von Gross, Klepac et al. und Vassend [37, 71, 137] äußert sich die Belastung durch zahnärztliche Behandlung in der Signalangst, der emotionalen Erregung und im Schmerz. Obwohl prinzipiell schmerzlose zahnärztliche Behandlungen möglich sind, klagen nach einer repräsentativen Untersuchung von Vassend [137] weiterhin 60% der Patienten über Schmerzen. Schmerzerfahrungen gelten als Hauptursache zahnärztlicher Behandlungsangst [70] und damit einem Vermeidungsverhalten stark ängstlicher Patienten [37].

Starkes Interesse zeigen Zahnärzte an der Psychologie des Alters. Meiner Befragung zufolge gehören Senioren zu den Patientengruppen, die Probleme bereiten können (vgl. Kap. 3.1.3). Nach einer Einteilung von Moers fängt die Klassifizierung als "älterer Patient" jenseits einer Grenze von 56/58 Jahren an, das späte oder sog. Greisenalter bezeichnet er ab 60/70 Jahren [98]. Die Altersdefinition der WHO weicht hiervon etwas ab [90]. Rein nach kalendarischem Alter wird der Mensch zwischen 50 und 60 Jahren als "alternder Mensch" bezeichnet, zwischen 61 und 75 Jahren als "älterer Mensch", zwischen 76 und 90 Jahren als "alter Mensch", zwischen 91 und 100 Jahren als "sehr alter Mensch" und ab 100 Jahren als "langlebiger Mensch". Studien zufolge wurde herausgestellt, dass der alte Mensch misstrauischer sei, häufiger unter Depressionen leide, was unangemessene Reaktionen auf Zahnverlust oder Zahnersatz nach sich ziehen könne, aufgrund größerer Rigidität der Einstellungen mehr zu Stabsinn, Rechthaberei, Nörgelei oder Kritiksucht neige, was zuweilen zu schwierigen Konfrontationen führen kann [116]. Als Charakteristika des biologisch alternden Menschens werden ein Nachlassen der Lernfähigkeit und Verminderung des Adaptationsvermögens bezeichnet [18, 94]. Oftmals kommt eine Polymorbidität hinzu, aus

der durch Multimedikation eine Veränderung der Mundschleimhaut und -flora resultiert, die eine vom Patienten als sehr unangenehm empfundene Xerostomie nach sich zieht [13]. Gerade beim älteren Patienten erscheint es ratsam, sich im Eingangsgespräch ausreichend Zeit zu nehmen [80]. Ebenso bei der anschließenden Therapiebesprechung sollte berücksichtigt bleiben, dass ältere Menschen langsamer lernen als jüngere und auf sie einströmende Informationen nicht mehr so schnell verarbeiten können [35]. Im Umgang mit älteren Patienten sollten aufgrund reduzierten Adaptationsvermögens Veränderungen des Zahnersatzes vorzugsweise klein gehalten werden [76, 88, 90]. Darüber hinaus lässt die Feinmotorik nach [94], so dass der Prothesen- und Oralhygiene mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte [89].

In die Gruppe der Problempatienten fallen neben den Senioren noch zwei weitere Gruppen, die bei der Einteilung nach Wichtigkeit der Themen von den Befragten mit noch starker Bedeutung belegt werden: klagende und aggressiv-fordernde Patienten. Nach einer Umfrage unter Zahnärzten [85] bilden Patienten mit schwierigen Charaktereigenschaften (z.B. überbeanspruchend, dramatisierend) am meisten Probleme. Meine Befragung berücksichtigt bestimmte Charaktereigenschaften als Stressfaktor nicht, weshalb hier kein Vergleich gezogen werden kann.

Als weitere wichtige Themen werden Personalführung, Verbesserung des Arbeitsklimas im Team und Praxisorganisation angesehen. Hierzu konnte in der Literatur nur wenig gefunden werden. In einer Studie von Dünninger et al. [25] gaben 84% der Zahnärzte an, ein ausgezeichnetes Betriebsklima zu haben und 88% sagten aus, keine Streitigkeiten im Personal schlichten zu müssen. Leider fehlen hierzu Vergleichsstudien bzw. Daten aus Befragungen des Praxispersonals oder auch der Patienten.

Die gleiche Studie beschäftigte sich auch mit der Organisation des Praxisablaufs und kam zu dem Ergebnis, dass 91% der Behandler möglichst kurze Wartezeiten und 88% ein kurzes Gespräch vor der Behandlung für wesentlich hielten. 72% bemühten sich, wartende Patienten keine Behandlungsgeräusche hören zu lassen und 36% Instrumente außerhalb des Sichtfeldes des Patienten abzulegen. 47% der Zahnärzte sprachen sich für besondere Behandlungszeiten für Problempatienten aus und 29% legten Wert darauf, ihre Patienten persönlich aus dem Wartezimmer abzuholen. Auffällig ist, dass Maßnahmen umso häufiger genannt wurden, je einfacher sie sich organisatorisch durchführen lassen.

Mit langsam etwas abnehmender, aber immer noch überdurchschnittlicher Bedeutung werden Inhalte wie Stressbewältigung, Probleme der Nähe/Distanz zum Patienten und Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes belegt.

Die zahnärztliche Behandlung wird nicht nur von den Patienten als Stress-Situation wahrgenommen. Auch der Zahnarzt erfährt Belastungen physischer und psychischer Art. Mit dieser Thematik setzen sich allerdings weniger Untersuchungen auseinander als mit der Patientenseite. Eine psychische Beanspruchung manifestiert sich vor allem in Form von Furcht vor Problempatienten, fachlicher Überforderung, Konzentrationsschwäche und Unsicherheit, was zu dem viel zitierten "Behandlungsstress" führt oder sich im Extremfall sogar in Form eines "Burnout-Syndroms" äußern kann [74, 93, 106]. Die verfügbaren Untersuchungsergebnisse zur psychischen Belastung von Behandlern basieren zumeist auf Selbstbeurteilungsskalen [102], weshalb hauptsächlich subjektive Daten vorliegen. Ursachen für eine erhöhte Belastung des Zahnarztes werden vor allem in emotionalen und mental-kognitiven Faktoren gesehen, erst dann folgen körperliche Anstrengung und sozial-interaktive Faktoren [85]. In einer Umfrage [25] gaben immerhin 30% der Behandler an, sich bei der Arbeit "überwiegend" bis "voll" gestresst zu fühlen. Die Studie von Makuch et al. [85] untersuchte auch Bewältigungsstrategien zu Stressfaktoren. Die Bewältigung emotionaler Belastung war besonders durch das Einplanen von ausreichend Zeit geprägt, körperlicher Belastung wurde v.a. mit "Sport" und einem "Suchen der bequemsten Behandlungsposition" begegnet, mental-kognitive Belastungsfaktoren wurden am häufigsten durch "Selbststudium" oder durch den "Besuch von Weiterbildungsveranstaltungen" herabgesetzt. Aufgrund vorliegender Daten und Statistiken über Suizidraten unter Ärzten bzw. Zahnärzten [3] erscheint es nicht unwichtig, Techniken des eigenen Selbstschutzes zu erlernen.

Dagegen verliert die Thematik der Umgebungsgestaltung, auch wenn ihr noch durchschnittliches Interesse gilt, an Bedeutung.

Der Studie von Dünninger et al. [25] zufolge achten viele Praxisinhaber auf im psychologischen Sinne "positive Einrichtungen" wie Stühle für Begleitpersonen in den Behandlungsräumen und Entspannungs- bzw. Ablenkungsmöglichkeiten durch Bilder an den Wänden, beruhigende Hintergrundmusik oder der Möglichkeit zur Benutzung eines Walkman.

Vor allem unter den Zahnärzten nur noch wenig Interesse (Studenten messen diesen Themenbereichen mehr Bedeutung bei) finden Lerninhalte, denen der Zahnmediziner im Alltag eher selten begegnet: Depression und Suizidalität, Umgang mit Schwer- und Todkranken und das Auseinandersetzen mit Tod und Sterben.

4.6 Ausbildungsgestaltung

Zu Art und Umfang der Gestaltung eines psychologischen Kurses innerhalb des Zahnmedizinstudiums gibt es bis dato keine Untersuchungen.

Die von mir befragten Studenten (vgl. Kap. 3.2.5) bevorzugten eine Gruppengröße von maximal 10 Studenten (Kleingruppen). Die Mehrheit (60%) wünschte sich eine Mischung aus Übungs- und Seminarstil, d.h. praktische Übungen und Referate bzw. Diskussionen sollten ungefähr gleichmäßig verteilt sein. 63% der Studenten lehnten eine Scheinpflcht ab.

Bei den Vorschlägen zu der Arbeit in Kleingruppen stand praktisches Üben (z.B. Gesprächsführung) im Mittelpunkt des Interesses. Eine Verknüpfung von psychologischem Grundlagenwissen und praktischen Erfahrungen innerhalb einer Aus- und Weiterbildung von Zahnmedizinern ist auch die Forderung einer Studie von Makuch et al. [85]. Die Thematik der Gesprächsführung bleibt dabei von zentraler Bedeutung.

Eine empirische Arbeit von Strippel [135] über die "Zufriedenheit der Bevölkerung mit der zahnärztlichen Betreuung" zeigt Bereiche der Zufriedenheit und Unzufriedenheit zahnärztlicher Patienten auf. Intention war die Optimierung der Praxisführung, indem diejenigen Bereiche herausgefiltert werden sollten, mit denen Patienten unzufrieden waren und die somit struktureller Verbesserung bedurften. Dies betraf vor allem die Informationsvermittlung und die Zahnarzt-Patienten-Kommunikation.

Weitere Vorschläge zu der Arbeit in Kleingruppen wurden seitens der Studenten zu folgenden Themen begrüßt: Diskussion der Gesamtgruppe, Einsatz von Video und auch Kleinstgruppenarbeit.

In der Einteilung der Ausbildungsgestaltung (Art der Arbeit) nach dem Maß ihrer Bedeutung schlägt sich der Wunsch nach einer Mischung aus praktischen Übungen und Seminarstil wider. Starke Praxisbezug haben dabei die vorrangig geforderten Themen des Gesprächstrainings und der Fallarbeit, eher in Form von Referaten würden sich die Themen "Konkrete Ratschläge

für die weitere Betreuung des Patienten" und "Schaffung von Möglichkeiten der eigenen Entlastung" vermitteln lassen. Letzteres fließt in Lerninhalte bezüglich Personalführung und Delegation und Stressabbau (z.B. durch Sport, Weiterbildung, Einplanen von ausreichend Zeit bei Problempatienten) ein. Insbesondere zur Thematik der Personalführung lässt sich der Literatur wenig entnehmen.

Im Übungsstil vermittelt werden sollten gewünschte Ausbildungsinhalte wie: Besprechung von Problemen innerhalb des Teams, Diskussion und gegenseitiger Erfahrungsaustausch, Durchspielen schwieriger Situationen in Rollenspielen, Einübung der Durchführung von Patientenschulung und Balintgruppen-Arbeit (Auseinandersetzen mit der eigenen Beziehung zum Patienten).

Theoretische Lehrinhalte stellen Referate eines Psychologen über den Umgang mit dem Patienten bzw. über Patientenprobleme dar.

Ich befragte ebenso die Zahnärzte, zu welchen Themen zusätzliche Angebote, z.B. in Form von Blockseminaren, gewünscht werden. Hier kristallisierte sich die Gesprächspsychologie eindeutig heraus, also wiederum ein kommunikatives Thema. Vielfache Studien belegen die Bedeutung der Gesprächsführung und setzen sie in unmittelbaren Zusammenhang zur Mitarbeit (Compliance) [146] bzw. der Zufriedenheit des Patienten [110, 133].

Ebenso Interesse findet die Thematik des Erlernens von Entspannungsverfahren und die Einführung in die Verhaltenstherapie. Entspannungstraining mag nicht nur in dem Bestreben wichtig sein, Behandlungsangst bei dem Patienten abzubauen [64], es hat auch eine Bedeutung bezüglich des Stressabbaus für den Behandler selbst. Eine Zusammenfassung vieler Studien lässt die Schlussfolgerung zu, dass der Zahnarzt während seiner Tätigkeit am Patienten objektiv messbaren Stress erfährt. Hendrix [58] unterteilt die stressauslösenden Faktoren in berufsspezifische, außerberufliche (z.B. familiäre) und individuelle (abhängig vom Persönlichkeitsprofil) Faktoren. Vorschläge zum Stressabbau formuliert die Studie von Makuch et al. [85]. Herausgestellt werden hier Strategien wie das "Einplanen von ausreichend Zeit" oder "Konzentration auf das im Moment Wichtigste" hinsichtlich der emotionalen Belastung, "Sport treiben" und "Suchen der bequemsten Behandlungsposition", auch "Einlegen kleiner Pausen" und "Massage" bezüglich körperlicher Belastung, "Selbststudium", "Besuchen von Weiterbildungsveranstaltungen" und auch der "Kontakt zu Kollegen" sind Strategien zur Verminderung einer mental-kognitiven Überlastung. Die gleiche Studie belegt, dass 68% aller

Zahnärzte schwierigen Patienten mit einem "ausführlichen Gespräch" begegnen, 38% mit "spezieller Vorbereitung", nur wenige durch "Überweisungen". Auch das stellt wieder die zentrale Bedeutung der Kommunikation und ihrer richtigen Technik in den Vordergrund.

Das gewünschte Thema der Einführung in die Verhaltenstherapie entspricht sicher dem Wunsch, Problempatienten adäquater begegnen zu können. Sie stellen nach einer Studie von Johnke [62] über stressauslösende Faktoren im Berufsleben zu 96% den Hauptstressor dar.

4.7 Bedeutung einer psychologischen Schulung für den Zahnarzt bzw. Zahnmedizinstudenten und Integration der Psychologie in das zahnmedizinische Studium

Die Auswertung der Daten der von mir befragten Personengruppen (52 Zahnärzte und 78 Studenten) ermittelte eindeutig den hohen Bedarf der Erwerbung psychologischer Kenntnisse durch Aus- bzw. Weiterbildung. 89% der Probanden (Zahnärzte und Studenten) hielten eine psychologische Schulung des Zahnarztes für wichtig.

Eine überwältigende Mehrheit von 91,5% meiner Stichprobengruppen würden das Fach "Medizinische Psychologie" als Lehrbestandteil des Zahnmedizinstudiums begrüßen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Makuch et al. [85] in ihrer Befragung von Zahnärzten, in der die Notwendigkeit einer psychologischen Schulung zu 82,4% bejaht wurde.

Dünninger et al. [25] untersuchten in ihrer Studie psychologische und kommunikative Kenntnisse und Fertigkeiten niedergelassener Zahnärzte und kamen zu dem Fazit, dass weiter ansteigende Anforderungen an psychologische und kommunikative Fähigkeiten der Zahnärzteschaft sich künftig nur noch mit verstärkten Fortbildungsbemühungen werden realisieren lassen.

4.8 Bewertung

Deutschsprachige Lehrtexte zum Thema "Psychologie in der Zahnmedizin" sind im Buchhandel derzeit in respektabler Anzahl zu finden [z.B. 16, 99, 107, 121, 144].

Der Begriff der "Zahnmedizinischen Psychologie" ist bereits seit 1932 formuliert und geht auf Erich Heinrich (1895 - 1982) zurück, einem tiefenpsychologisch versierten, praktizierenden Zahnarzt. 1932 Mitglied der "Studiengemeinschaft für zahnärztliche Psychologie" in Berlin geworden, diskutierte er derzeit schon Inhalte einer Zahnmedizinischen Psychologie und

bemühte sich gemeinsam mit den Kollegen der Studiengemeinschaft um eine Integration philosophischer, insbesondere aber geisteswissenschaftlich-psychologischer Aspekte in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Er entwarf stichwortartig sogar ein Konzept und wies der Zahnmedizinischen Psychologie folgende Hauptthematika zu [50]: "Der Zahnarzt", "Die Krankheit", "Der Kranke", "Die Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient", "Die Psychologie des Mundes und der Zähne" und "Psychotherapie".

Als 1972 die Ärztliche Approbationsordnung (1970) Gültigkeit erlangte, wurden die "Medizinische Psychologie" und "Medizinische Soziologie" sowie "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" Pflichtfächer der ärztlichen Ausbildung.

Auch bezüglich der "Zahnmedizinischen Psychologie" sind in Forschung und Lehre Ansätze zu einer Integration der Psychologie in das Zahnmedizinestudium gemacht worden, jedoch ist ein Gegenstandskatalog der "Zahnmedizinischen Psychologie" immer noch nicht formuliert. In der heute noch gültigen Approbationsordnung für Zahnärzte aus dem Jahre 1955 wird das Fach "Psychologie" mit keinem Wort erwähnt.

Wohl aber hat es an wenigen (west-)deutschen Hochschulen, vor allem der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz, sogar Vorlesungen im Fach "Medizinische Psychologie" für Zahnmediziner gegeben. Diese wurden vom Sommersemester 1967 bis 1980 von Langen gehalten, an ihn schlossen sich seit 1976 Veranstaltungen von Sergl an. Ihm ist es auch zu verdanken, dass der Lehrplan zum Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Mainz (1978) ein Seminar und eine Vorlesung "Medizinische Psychologie" als Wahlveranstaltung vorsieht. Sergl hat eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten zur Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde verfasst. Von ihm behandelte zahnmedizinisch-psychologische Themen sind die Behandlung älterer Menschen [116], die Angst kindlicher, jugendlicher oder erwachsener zahnärztlicher Patienten [122, 123], das Burnout-Syndrom bei Zahnärzten [119], psychosoziale Implikationen der kieferorthopädischen Behandlung [117] und die Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde [120]. Zusammen mit Hans Müller-Fahlbusch (1932 - 1992) hat er das "Jahrbuch für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde" (1990 ff.) herausgegeben.

In der ehemaligen DDR war das Pflichtfach "Psychologie für Stomatologen" seit 1966 in das Studium der Zahnmediziner integriert.

In der Approbationsordnung für Zahnärzte fehlt in der Ermangelung einer Formulierung der Lehrinhalte das Fach "Medizinische Psychologie" im Gegensatz zum Humanmedizinstudium noch immer.

Diese Arbeit könnte eine Basis darstellen, einen Gegenstandskatalog zur "Medizinischen Psychologie für Zahnmediziner" zu formulieren und somit die Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 neu zu fassen.

Meine Studie ermittelte nicht nur das starke Bedürfnis angehender und niedergelassener Zahnmediziner nach einer psychologischen Aus- und Weiterbildung, es konnten auch Themeninhalte und Erwartungshaltungen an die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung formuliert sowie Vorschläge zur Ausbildungsgestaltung gemacht werden.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Diese statistische Arbeit zu dem Thema "Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde" ist der erste Teil einer Gesamtumfrage unter 52 Zahnärzten, 78 Studenten und 96 Patienten.

Dieser erste Teil beleuchtet das Thema aus der Sicht der Zahnärzte und Zahnmedizinstudenten, wobei eine Mehrheit von 89% aller Befragten eine psychologische Schulung eines Zahnarztes für wichtig erachtet. Ein zweiter Teil wird von einem weiteren Doktoranden vorgelegt und liefert die Ergebnisse der Patientenbefragung.

Die teilnehmenden Stichprobengruppen (52 Zahnärzte, 78 Studenten) wurden zu dem Thema "Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde" befragt, wobei eine Mehrheit von 89% aller Befragten eine psychologische Schulung eines Zahnarztes für wichtig erachtet.

In Ermangelung einer ausreichenden psychologischen Vor- und Weiterbildung halten sich die befragten Zahnärzte und Studenten auch nicht für gut genug gerüstet, schwierige Situationen im Beruf adäquat zu meistern ("wenig bis durchschnittlich"). Folgerichtig ist die Forderung nach einer Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in das Studium der Zahnmedizin sehr hoch (92% der Zahnärzte und 91% der Studenten).

Wichtiges Ziel dieser Arbeit war in Ergänzung zu anderen zahnmedizinisch-psychologischen Studien, Lehrinhalte eines Faches "Medizinische Psychologie für Zahnmediziner" zu ermitteln und Erwartungshaltungen der Lernenden zur theoretischen und praktischen Lehre zu formulieren.

Im Mittelpunkt des Interesses fanden sich die Themenkomplexe "Gesprächsführung/ Psychologische Grundlagen der Kommunikation", "Psychologie der Angst und des Schmerzes" und Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung ("Compliance" und "Aufbau eines Vertrauensverhältnisses"). Weitere Lehrinhalte sollten die "Psychologie des Alters", die "Krankheitsbewältigung des Patienten" und der "Umgang mit Problempatienten" sein. Nicht unerheblich erschienen auch die Bereiche "Personalführung" und "Praxisorganisation" sowie "Stressbewältigung" bzw. "Eigener Selbstschutz".

Kleingruppen von maximal 10 Studenten wurde eindeutig der Vorzug gegeben und mehrheitlich eine Mischung aus Übungs- und Seminarstil gewünscht.

Trotz einiger Ansätze, die "Medizinische Psychologie" in das Studium der Zahnmedizin zu integrieren, besteht die Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 ohne eine psychologische Lehre bis heute.

Steigende Anforderungen an psychologische und kommunikative Fähigkeiten des Zahnarztes sollten aber durch eine optimierte Aus- und Weiterbildung in psychologischen, praktisch orientierten Kenntnissen und Fertigkeiten ihr Äquivalent finden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Adleston, H.: Child patient training.
Fortnightly Review of Chicago Dental
Society 38 (1959), S. 7-13.
2. Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde der DGZMK (1993). Votum für die Aufnahme des Faches
Psychologie und Psychosomatik in das Zahnmedizinstudium.
DGMP-Mitteilungen, 46, S. 16-17.
3. Bärmayr, A.; Feuerlein, W.:
Über den Selbstmord von 119 Ärzten und Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen
in Oberbayern von 1962 bis 1978.
Crisis 5 (1984), S. 91-107.
4. Balters, W. (1921):
Zur Psychotechnik der Zahnheilkunde.
Unveröff. Zahnmed. Diss., Bonn.
5. Balters, W. (1923):
Zur Psychotechnik der Zahnheilkunde.
Zahnärztliche Rundschau, 32, S. 304-307.
6. Balters, W. (1925): Psychotechnik.
In: Misch, J. (Hrsg.): Fortschritte der Zahnheilkunde. Bd. 1 (S. 193-724),
Thieme, Leipzig.
7. Balters, W. (1927): Psychotechnik.
In: Misch, J. (Hrsg.): Fortschritte der Zahnheilkunde. Bd. 3 (S. 689-703),
Thieme, Leipzig.
8. Balters, W. (1931): Psychotechnik.
In: Misch, J. (Hrsg.): Fortschritte der Zahnheilkunde. Bd. 7 (S. 727-746),
Thieme, Leipzig.
9. Balters, W. (1933): Psychotechnik.

- In: Misch, J. (Hrsg.): Fortschritte der Zahnheilkunde. Bd. 9 (S. 712-729),
Thieme, Leipzig.
10. Barker, T.: Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice.
Community Dentistry and Oral Epidemiology 22 (1994), S. 327-330.
 11. Bartsch, A.; Ulrich, S.; Witt, E.:
Behalten und Verstehen von Informationen aus kieferorthopädischen Beratungsgesprächen.
In: Sergl, H.G.; Müller-Fahlbusch, H. (Hrsg.):
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde , Bd. 2.
Quintessenz, Berlin, 1992, S. 171-178.
 12. Bartsch, A.; Witt, E.; Marks, M.:
Wirkung von Information und Kommunikation im kieferorthopädischen Beratungs- und Behandlungsgespräch. Fortschritte der Kieferorthopädie 56 (1995), S. 7-15.
 13. Becker, R.; Morgenroth, K.:
Pathologie der Mundhöhle.
Thieme, Stuttgart, 1986.
 14. Ben-Sira, Z.:
The function of professional's affective behavior in client satisfaction.
Journal of Health and Social Behavior 17 (1976), S. 3-11.
 15. Ben-Sira, Z.:
Affective and instrumental components in the physician patient relationship:
An additional dimension of interaction theory.
Journal of Health and Social Behavior 21 (1980), S. 170-180.
 16. Birner, U.:
Psychologie der Zahnmedizin.
Quintessenz, Berlin, 1993.
 17. Blum, B. (1992):

Die Zahnmedizinische Psychologie gehört ins Studium.

Der Artikulator, 39, S. 18-19.

18. Böning, J.:
Psychische Veränderungen im Alter: Neurobiologische, psychopathologische
und psychosomatische Aspekte.
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 44 (1989), S. 81-83.
19. Carter, W.; Inui, T.; Kukull, W.; Haigh, V.:
Outcome-based doctor-patient interaction analysis part 2:
Identifying effective provider and patient behavior.
Medical Care 20 (1982), S. 550-566.
20. Deuscher, J.; Dörner, M. (1987):
Subjektives Befinden und objektive Biosignale während zahnärztlicher
Behandlung mit Audio-Analgesie.
Medizinische Dissertation, Ulm.
21. Demmel, H.J.:
Der "einfache Patient" - kein Problemfall?
Zahnärztl. Mitt. 81 (1991), S. 1876-1877.
22. DiMatteo, M.; Taranta, A.; Friedman, H.; Prince, L.:
Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills.
Medical Care 18 (1980), S. 376-387.
23. DiMatteo, M.; DiNicola, D.:
Achieving Patient Compliance.
Pergamon, New York, 1982
24. Dünninger, P.; Leybach, A.; Einwag, J.:
Kommunikatives Praxismanagement - Ergebnisse einer empirischen
Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten.
IDZ 3/95, Köln, 1995

25. Dünninger, P.; Leybach, A.; Einwag, J, Münchberg:
Kommunikatives Praxismanagement - Eine Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten.
In: Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd.6.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 1998.
26. DZW-Redaktion:
Wird für viele Zahnärzte der Traumberuf zunehmend zum Alptraum?
Die Zahnarztwoche 21 (1996), S. 6-7.
27. DZW-Redaktion:
74 Prozent der antwortenden Zahnärzte sagten: "Ich würde meinen Beruf nicht mehr ergreifen!"
Die Zahnarztwoche 26 (1996), S. 1 und 8.
28. DZW-Redaktion:
Streßthematik in der Praxis von ungeahnter Brisanz.
Die Zahnarztwoche 28 (1996), S. 13.
29. Ehlers, A.; Margraf, J.:
"Angst vor der Angst". Ein neues Konzept in der Diagnostik von Angststörungen.
Verhaltenstherapie 3 (1993), S. 14-24.
30. Fahrenbach, W.:
Problempatienten in einer Zahnarztpraxis.
Universität Münster, 1987.
31. Finch, H.:
Barriers to the receipt of dental care.
Departement of Health Report. DHSS, London, 1988.
Und: Barriers to the receipt of dental care.
Summary. British Dental Journal (1988), S. 195-196.

32. Fleischer-Peters, A.:
Vom Umgang mit Problempatienten in der Kieferorthopädie.
In: Deutscher Zahnärztekalendar. Hanser, München, 1987.
33. Freudenberg, H.J.:
Staff burnout.
Journal of Social Issues 5 (1974), S. 159-165.
34. Friel, H.:
Die Psychologie hat einen festen Platz in der Zahnheilkunde.
Zahnärztl. Mitt. 15 (1992), S. 31-32.
35. Fromholt, P.:
Altern aus psychologischer Sicht.
In: P. Holm-Pedersen; H. Løe (Hrsg.):
Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen.
Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1992, S. 117-141.
36. Garfunkel, E.:
The consumer speaks. How patient select and how much they know about
dental health care persone.
The Journal of Prosthetic Dentistry 43 (1980), S. 380-384.
37. Gross, P.:
Is pain sensitivity associated with dental avoidance.
Behaviour Research and Therapy 30 (1992), S. 7-13.
38. Habeck, D.:
Bedürfnis und Befriedigung des Umgangs mit medizinischen Informationen.
Metamed 1 (1977), S. 237-265.
39. Hakeberg, M.; Berggren, U; Carlsson, S.G.:
Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden.
Community Dentistry and Oral Epidemiology 20 (1992), S. 97-101.
40. Hall, J.A.; Dornan, M.C.:

What patients like about their medical care and how often they are asked:
A meta-analysis of the satisfaction literature.
Social Science and Medicine 27 (1988), S. 935-939.

41. Heinrich, E. (1928 a):
Das Organum dentale und die Psychogenese der organischen Krankheiten.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, S. 81-90.
42. Heinrich, E. (1928 b):
Über neurologisch-zahnärztliche Grenzfälle.
Zahnärztliche Rundschau 37, S. 171-172.
43. Heinrich, E. (1930):
Träume von schlechten Zähnen.
Zahnärztliche Rundschau 39, S. 767-768.
44. Heinrich, E. (1931 a):
Zähne und Zahnheilkunde im Lichte der Psychoanalyse.
Psychoanalytische Praxis 1, S. 18-29.
45. Heinrich, E. (1931 b):
Die Bedeutung der Wechselbeziehungen von Körper und Seele für die
Ätiologie und Therapie der Parodontose.
Zahnärztliche Rundschau 40, S. 2265-2286.
46. Heinrich, E. (1931 c):
Subjektive Betrachtung über Zahnschmerz und seine Behandlung.
Zahnärztliche Rundschau 40, S. 618-619.
47. Heinrich, E. (1932 a):
Zur Psychogenese der Parodontose.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 50, S. 481-495.
48. Heinrich, E. (1932 b):
Psychische Hygiene des Zahnarztes.
Zahnärztliche Rundschau 41, S. 861-870.

49. Heinrich, E. (1932 c):
Probleme der personalen Zahnheilkunde.
Biologische Heilkunst 13, S. 559-561 u. S. 577-579.
50. Heinrich, E.:
Zahnärztliche Psychologie als System einer Wandlung.
Zahnärztliche Mitteilungen 23, (1932 d), S. 319-326.
51. Heinrich E. (1933):
Die Kunst der Menschenbehandlung.
Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift 36,
S. 66-70, S. 127-130, S. 159-163, S. 223-228, S. 301-305, S. 382-389, S. 407-411.
52. Heinrich, E. (1934):
Die Helferin des Zahnarztes.
Berlinische Verlagsanstalt, Berlin.
53. Heinrich, E. (1935):
Zahnärztliche Berufskunde.
Lehmann, München.
54. Heinrich, E. (1938):
Rationelles Arbeiten in der Zahnheilkunde.
Berlinische Verlagsanstalt, Berlin.
55. Heinrich, E. (1948):
Lebendige Prothetik.
Berlinische Verlagsanstalt, Berlin.
56. Heinrich, E. (1949):
Vom Erfolg in der zahnärztlichen Praxis.
Hanser, München.

57. Hendriks, J.; Schneller, T.:
Patientenführung, Beratung und Motivierung in der Zahnarztpraxis.
Quintessenz, Berlin, 1992.
58. Hendrix, W.H.:
Dental Stress Model and Assessment Questionnaire.
In: Christen, A.G.; McDonald, J.L. (eds.):
Management of stress in the dental practitioner.
Dental Clinics of North America 30, 1986, S. 5-10.
59. Hilgard, E.R.; Hilgard, J.R.:
Hypnosis in the relief of pain.
William Kaufmann, Los Altos, California, 1983.
60. Huppmann, G.:
Thesen zum Gegenstand der Medizinischen Psychologie.
In: G. Huppmann; S. Fischbeck (Hrsg.):
Psychologie in der Medizin.
Königshausen & Neumann, Würzburg (1992), S. 1-5.
61. Jaspers, J.; King, J.; Pendleton, D.:
The consultation: A social psychological analysis.
In: Pendleton, D.; Hasler, J. (eds.):
Doctor-patient-communication.
Academic Press, London, 1983, S. 139-157.
62. Johnke, G.:
Wenn der Streß zu viel wird.
Zahnärztl. Mitt. 15 (1992), S. 24-30.
63. Johnke, G.:
Zahnärzte und Psychologen müssen besser zusammenarbeiten.
Zahnärztl. Mitt. 84 (1994), S. 35-37.

64. Klages, U.; Serogl, H.G.; Barth, V.:
Untersuchungen über die Wirkung eines Entspannungstrainings auf die Angst vor zahnärztlicher Behandlung.
In: H.G. Serogl; H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.):
Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin.
Quintessenz, Berlin (1989), S. 107-110.
65. Klages, U.; Serogl, H.G.; Burucker, I.:
Relations between verbal behavior of the orthodontist and communicative cooperation of the patient in regular orthodontic visits.
American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 102 (1992), S. 265-269.
66. Klages, U.; Serogl, H.G.; Voth, W.:
Zur Beurteilung des zahnärztlichen Praxisumfeldes durch den Patienten.
In: H.G. Serogl; G. Kreyer; G. Huppmann (Hrsg.):
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Band 4:
Psychologische Aspekte der zahnärztlichen Behandlung von Kindern.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach (1994), S. 164-171.
67. Klages, U.; Serogl, H.G.; Voth, W.:
Das Praxisumfeld im Urteil des Patienten.
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Band 4.
(1995), S. 144-161.
68. Kent, G.:
Self-efficacious control over reported physiological, cognitive and behavioural symptoms of dental anxiety.
Behaviour Research and Therapy 25 (1987), S. 341-347.
69. Kleinknecht, R.A.; Klepac, R.K.; Alexander, L.D.:
Origins and characteristics of fear in dentistry.
Journal of the American Dental Association 86 (1973), S. 842-848.
70. Klepac, R.K.:
Fear and avoidance of dental treatment in adults.

- Annals of Behavioural Medicine 8 (1986), S. 17-22.
71. Klepac, R.K.; McDonald, M., Hauge, G.; Dowling, J.:
Reactions to pain among subjects high and low in dental fear.
Journal of Behavioural Medicine 3 (1980), S. 373-384.
72. Korsch, B.; Negrete, V.:
Doctor-Patient communication.
Scientific American 227 (1972), S. 66-74.
73. Kreyer, G.:
Die Angst des Zahnarztes vor seinen schwierigen Patienten.
Österr. Zahnärztl. Zschr. 41 (1990), S. 24-29.
74. Kreyer, G.:
Gedanken zur Integration lernpsychologischer Erkenntnisse in die
zahnmedizinische Fortbildung.
In: Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G. (Hrsg.):
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd 4.
Psychologische Aspekte der zahnärztlichen Behandlung von Kindern.
Hänsel-Hohenhausen, Egelbach, 1995.
75. Kreyer, G., Wien:
Der psychisch Behinderte als Problempatient in der Zahnmedizin.
In: Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 5.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 1997.
76. Landt, H.; Hedegard, B.:
Die orale Funktion beim alternden Menschen.
In: F. Schön, F. Singer (Hrsg.):
Europäische Prothetik heute.
Quintessenz, Berlin, 1985, S. 165-179.
77. Langen, D. (1967):
Die gestufte Aktivhypnose (2. Aufl.).

- Thieme, Stuttgart.
78. Langen, D. (1969):
Psychosomatische Aspekte beim Einfügen des Zahnersatzes.
Praxis der Zahnheilkunde 3, S. 1-10.
 79. Larsen, K.; Smith, C.:
Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview.
Journal of Family Practice 12 (3), (1981), S. 481-488.
 80. Lehr, U.:
Der Umgang mit alten Menschen in der Zahnarztpraxis.
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 44 (1989), S. 84-89.
 81. Ley, P:
Communication in the clinical setting.
Br. J. orthod. (1974), S. 173-177.
 82. Ley, P.:
Giving information to patients.
In: Eiser, J. (ed.):
Social psychology and behavioral medicine.
Wiley, New York (1982), S. 112-126.
 83. Ley, P.:
Patient's understanding and recall in clinical communication failure.
In: Pendleton, D.; Hasler, J. (eds.):
Doctor-Patient Communication.
Academic Press, London (1983), S. 249-271.
 84. Locker, D.; Liddel, A.; Burman, D.:
Dental fear and anxiety in an older adult population.
Community Dentistry and Oral Epidemiology 19 (1991), S. 120-124.
 85. Makuch, A.; Reschke, K.; Dürr, K., Leipzig:
Das Unbehagen von Zahnärzten bei der Zahnbehandlung - Emotionale,

kognitive und körperliche Belastungsfaktoren.

In: Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:

Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 7.

Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 2001.

86. Marks, M.; Witt, E.; Bartsch, A.:
Kommunikationsstil, Informationsvermittlung und Patientenzufriedenheit bei der kieferorthopädischen Erstberatung. Posterdemonstration anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Bremen, (1996).
87. Marks, M.:
Die Kommunikation zwischen Kieferorthopäde und Patient.
Medizinische Dissertation, Würzburg, (1994).
88. Marxkors, R.:
Besonderheiten bei der prothetischen Versorgung alter Menschen.
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 44 (1989), S. 17-19.
89. Marxkors, R.:
Gerontostomatologie - Wie älteren Patienten das Adaptieren von Zahnersatz erleichtert wird.
Phillip Journal für Restaurative Zahnmedizin 6 (1989), S. 217-223.
90. Marxkors, R.:
Gerontoprothetik.
Quintessenz, Berlin, 1994.
91. Marxkors, R., Müller-Fahlbusch, H. (1976):
Psychogene Prothesenunverträglichkeit.
Hanser, München.
92. Maslach, C.:
Burned out.
Human Behavior 9 (1976), S. 16-22.

93. Maslach, C.; Jackson, S.E.:
Burnout in health professions. A social psychological analysis.
In: Sanders, G.S.; Suls, J. (eds.):
Social psychology of health and illness.
L. Erlbaum Assocs, Hillsdale, (1983), S. 227-251.
94. Masoro, E.J.:
Physiologie des Alterns.
In: P. Holm-Pedersen, H. Loe (Hrsg.):
Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen.
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1992), S. 32-53.
95. Micheelis, W.:
Stress und Arbeitsbeanspruchung im zahnärztlichen Tätigkeitsfeld.
Zahnärztl. Mitt. 75 (1985), S. 683-686.
96. Micheelis, W.; Herber, R.:
Der Arbeitsstress des Zahnarztes hat ganz verschiedene Gesichter.
Zahnärztl. Mitt. 72 (1982), S. 351-356.
97. Micheelis, W.; Eder-Debye, R.; Bauch, J.:
Sozialwissenschaftlicher Teil: Am Beispiel der Dentalangst.
In: W. Micheelis, J. Bauch (Gesamtbearbeitung):
Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland.
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 11.1, Köln (1991)
S. 410-424.
98. Moers, M.:
Die Entwicklungsphasen des menschlichen Lebens.
Henn, Ratingen, 1953.
99. Müller-Fahlbusch, H.:
Ärztliche Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde.
Thieme, Stuttgart (1992).

100. Müller-Fahlbusch, H.; Marxkors, R. (1981):
Zahnärztliche Psychagogik.
Hanser, München.
101. Neidle, E.A.:
Faculty approaches to combating professional burnout.
Journal of Dental Education 48 (1984), S. 86-90.
102. Netter, P.:
Psychophysiologie.
In: Huppmann, G.; Wilker, F.-W. (Hrsg.):
Medizinische Psychologie - Medizinische Soziologie.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1994), S. 29-48.
103. Neverlien, P.O.:
Normative data for Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)
for Norwegian adult population.
Community Dentistry and Oral Epidemiology 18 (1990), S. 162.
104. Neverlien, P.O.:
Assessment of a single-item dental anxiety question.
Acta Odontologica Scandinavica 48 (1990). S. 365-369.
105. Petermann, F.; Stade, C.:
Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung.
Psychomed 5 (1993), S. 59-62.
106. Quast, Chr., von: Streß bei Zahnärzten.
Ergebnisse aus einer testpsychologischen Felduntersuchung.
Deutscher Ärzteverlag, Köln (1996).
107. Raith, E.; Ebenbeck, G.:
Psychologie für die Zahnärztliche Praxis.
Thieme, Stuttgart (1986).
108. Rankin, J.A.; Harris, M.B.:

- Patients' preferences for dentists' behaviours.
Journal of the American Dental Association 110 (1985), S. 323-327.
109. Raspe, H.-H.:
Compliance und Befindlichkeit.
In: Fischer, B., Lehl, S. (Hrsg.):
Patienten-Compliance.
Boehringer, Mannheim (1983).
110. Roter, D.L.:
Patient participation in the patient-provider interaction:
The effects of patient question asking on the quality of interaction,
satisfaction and compliance.
Health Education Monographs (1977), S. 281-315.
111. Roth, J.K.:
Vortrag auf der 5. Jahrestagung des Arbeitskreises "Psychologie und
Psychosomatik" in der DGZMK, zit. in: Friel, H.:
Die Psychologie hat einen festen Platz in der Zahnheilkunde.
Zahnärztl. Mitt. 15 (1992), S. 31-32.
112. Schmidbauer, W.:
Die hilflosen Helfer - Über die seelische Problematik der helfenden Berufe.
Rowohlt, Reinbeck (1977).
113. Schneller, T.; Mittermeier, D.; Schulte am Hülse, D.; Micheelis, W.:
Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis.
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1990).
114. Schneller, Th.; Zabel, D.:
Zum Umgang mit der Angst in der zahnmedizinischen Ausbildung.
In: Sergl, H.G.; Kreyer, G.; Graber, G. (Hrsg.):
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 3.
Quintessenz, Berlin (1983), S. 111-114.
115. Sergl., H.G.:

- Psychologie in der Zahnheilkunde - Bedeutung und Aufgaben.
Zahnärztl. Mitt. 63 (1973), S. 413-419.
116. Sergl., H.G.:
Psychologische Fragen bei der Behandlung alter Patienten.
Zahnärztliche Praxis 26 (1975), S. 170-172.
117. Sergl., H.G. (1990):
Psychologische Aspekte der kieferorthopädischen Behandlung.
In: G. Schmuth (Hrsg.):
Kieferorthopädie, Bd. 1 (2. Aufl.).
Urban & Schwarzenberg, München, S. 323-340.
118. Sergl, H.G.:
Entwicklungspsychologie - Was der Zahnarzt davon wissen sollte.
Zahnärztl. Mitt. 84 (1994), S. 1084-1086.
119. Sergl, H.G.:
Das Burn-out-Syndrom.
In: Kettel, W. (Hrsg.):
Deutscher Zahnärztekalendar.
Hanser, München, 1995, S. 195-208.
120. Sergl, H.G. (1996):
Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde.
Urban & Schwarzenberg, München.
121. Sergl, H.G. (Hrsg.):
Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde.
Urban & Schwarzenberg, München (1996).
122. Sergl., H.G.; Klages, U.; Geurtsen, W.:
Angst vor dem Zahnarzt - Fallbeschreibung (1989 a).
In: H.-G. Sergl, H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.):
Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin.

- Quintessenz, Berlin, S. 49-55.
123. Sergl, H.G.; Müller-Fahlbusch, H. (Hrsg.):
Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin.(1989 b).
Quintessenz, Berlin.
124. Sergl., H.G.; Klages, U.:
Kommunikationsanalysen in der kieferorthopädischen Beratung und Therapie.
In: Müller-Fahlbusch, H.; Sergl, H.G. (Hrsg.):
Der psychopathologische Fall in der zahnärztlichen Beratung und Behandlung.
Quintessenz, Berlin (1990), S. 109-116.
125. Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 5:
Psychologische Aspekte der Behandlung alter Menschen.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 1997.
126. Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 6:
Therapiestrategien.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 1998.
127. Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G.:
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 7:
Psychologische Aspekte des zahnärztlichen Berufes.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 2001.
128. Spanos, N.P.; Lush, N.I.; Gwynn, N.I.:
Cognitive skill-training enhancement of hypnotizability:
Generalization effects and trance logic responding.
Journal of Personality and Social Psychology 56 (1985), S. 795-804.
129. Standley, J.M.:
Music research in medical/dental treatment:
Meta-analysis and clinical applications.
Journal of Music Therapy 23 (1986), S. 56-122.

130. Stein, A.:
Horizont - Sanfte Musik zum Entspannen und Wohlfühlen (Musikkassette).
Verlag Therapeutische Medien, Iserlohn (1993).
131. Stern, E. (1925):
Psychologie und Medien.
Münchener Medizinische Wochenschrift 72, S 94-95.
132. Stevens, W.D.:
Burnout. Signs, symptoms, causes and cures.
Journal of Dental Practice Administration 1 (1984), S. 64-68.
133. Stiles, W., Putnam, S.; Wolf, M.; James, S.:
Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews.
Medical Care 17 (1979), 6; S. 667-679.
134. Stouthard, M.E.A.; Hoogstraten, J.:
Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. Community Dentistry and Oral
Epidemiology 18 (1990), S. 139-142.
135. Strippel, H.:
Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der zahnärztlichen Betreuung.
Entwicklung der "Zahnmedizinischen Zufriedenheitsskala (ZZS)" und
Befragungsergebnisse.
In: Sergl, H.G.; Huppmann, G.; Kreyer, G. (Hrsg.):
Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Bd. 7.
Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 2001.
136. Tönnies, S.; Heering-Sick, H.:
Patientenangst im Erleben von Zahnärzten mit unterschiedlichen
Persönlichkeitshaltungen.
In: Sergl, H.G.; Müller-Fahlbusch, H. (Hrsg.):
Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin.
Quintessenz Verlags GmbH, Berlin (1989), S. 71-76.

137. Vassend, O:
Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment.
Behaviour Research and Therapy 31 (1993), S. 659-666.
138. Watted, N.:
Gesprächsmerkmale bei kieferorthopädischen Erstberatungen.
Medizinische Dissertation, Würzburg, 1995.
139. Watzkin, H.; Stoeckle, J.:
The communication of information about illness.
Advances in Psychosomatic Medicine 8 (1972), S. 180-215.
140. Weineck, J.:
Der Zahnarzt im Spiegel seiner Gesundheit.
Quintessenz, Berlin (1989), S. 58-60.
141. Willis, G.P.:
Burning out.
Dental Assistent 53 (1983), S. 20-21.
142. Williams, S.J.; Calnan, M.:
Key determinants of consumer satisfaction with general practice.
Family Practice 8 (1991), S. 237-242.
143. Winer, G.A.:
A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings.
Childs Development 53 (1982), S. 1111-1133.
144. Winnberg, G.; Forberger, E.:
Psychologie in der Zahnarztpraxis (2. Aufl.).
Hüthig, Heidelberg, 1992.
145. Witt, E.; Bartsch, A.:
Wirkung von Information und Kommunikation im kieferorthopädischen
Beratungsgespräch. Teil 1:
Die Informationsvermittlung.

- Fortschritte der Kieferorthopädie 54 (1933), S. 187-195.
146. Witt, E.; Bartsch, A.:
Wirkung von Information und Kommunikation im kieferorthopädischen
Beratungs- und Behandlungsgespräch. Teil 3:
Optimierte Gesprächsführung.
Fortschritte der Kieferorthopädie 57 (1956), S. 154-167.
147. Witt, E.; Bartsch, A.:
Compliance-orientierte Gesprächsführung in der zahnärztlichen Praxis.
Zahnärztliche Mitteilungen 86 (1996), S. 1828-1834.
148. Wöller, W.; Alberti, L.; Bachmann, M.; Birkhoff, M:
Die Angst vor dem Zahnarzt - eine Befragung von Patienten.
In: H.G. Sergl, H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.):
Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin.
Quintessenz, Berlin, 1989, S. 57-62.
149. Wright, F.; McMurray, N.; Giebartowski, J.:
Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with
anxiety or behavior problem.
Journal of Dentistry for children 58 (1991), S. 223-229.

- Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiven Patienten	1	2	3	4	5
- Psychologie der Angst, Umgang mit ängstlichen Patienten		1	2	3	4
5					
- Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen		1	2	3	4
5					
- Umgang mit klagenden Patienten	1	2	3	4	5
- Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	1	2	3	4	5
- Umgang mit Schwer- und Todkranken	1	2	3	4	5
- Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes	1	2	3	4	5
- Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten	1	2	3	4	5
- Eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	1	2	3	4	5
- Compliance-Probleme (Patientenführung/-motivation)	1	2	3	4	5
- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses	1	2	3	4	5
- Personalführung	1	2	3	4	5
- Stressbewältigung/Entspannungstechniken		1	2	3	4
5					
- Umgebungsgestaltung (Aufenthaltsraum, Behandlungszimmer, Atmosphäre...)	1	2	3	4	5
- Eigene Vorschläge: _____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

12. Abschließend urteilen Sie bitte über folgende Fragen: (Bitte ankreuzen)

a) Halten Sie eine **psychologische Schulung** einer Zahnärztin/eines Zahnarztes für **wichtig?**

gar nicht	wenig	mittelmäßig	wichtig	sehr wichtig
1	2	3	4	5

b) Würden Sie die Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in Ihrem Studium begrüßen?

ja nein

Eventueller Kommentar: _____

Bitte geben Sie uns noch einige Angaben zu Ihrer Person für die anonyme statistische Auswertung: 1) männlich weiblich 2) Alter: _____ Jahre

3) Berufliche Situation: selbständig
 angestellt
 beamtet
 Ausbildungsassistent/-in
 übe meinen Beruf z.Z. nicht aus (Ruhestand, Mutterschaft)

4) Berufserfahrung: _____ Jahre

5) Falls Sie selbständig sind: Bilden Sie auch Assistenten/-innen aus? ja nein

Besten Dank!

7.2 Studentenfragebogen

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

1. Inwieweit haben Sie sich bereits mit "**Psychologie**" auseinandergesetzt (z.B. durch Bücher, Zeitschriften, Filme, evtl. auch durch gezielte Fortbildung)?

(Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Zahl an)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
1	2	3	4	5

Falls ja, skizzieren Sie bitte kurz (Art der Beschäftigung, zeitlicher Aufwand, Arbeitsweise, Themen...)

Falls ja, mit welchen generellen Erfahrungen? _____

Wie zufrieden waren Sie z.B. mit Organisation, Arbeitsweise, Inhalten und Übertragbarkeit auf die Alltagssituation?

2. Halten Sie sich auch ohne **psychologische Vorbildung** für ausreichend gerüstet, um in Ihrem Beruf mit schwierigen Situationen und Patienten umgehen zu können?

(Bitte zutreffende Zahl ankreuzen)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
1	2	3	4	5

3. Sind in irgendeiner Form während Ihres Studiums **psychologische Zusammenhänge/Themen**

vermittelt worden? (Bitte zutreffende Zahl ankreuzen)

gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
1	2	3	4	5

Wenn ja, welche? _____

4. Welche **Erwartungen** haben Sie an zahnmedizinisch-psychologische Lehre im Vorklinikum?

(Kurs/Vorlesung)? _____

a) Wieweit trifft das Folgende zu?

(Bitte zutreffende Zahl ankreuzen)

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
- gute Informationen bekommen	1	2	3	4	5
- genaue Handlungsanweisungen bekommen		1	2	3	4
5					
- sich mit der eigenen Einstellung zur Arbeit auseinander zu setzen	1	2	3	4	5
- sich mit der eigenen Einstellung zum Patienten auseinander zu setzen	1	2	3	4	5
- eigene Gefühle und Schwierigkeiten bearbeiten zu können		1	2	3	4
5					
- Verbesserung der Gespräche mit (belasteten) Patienten	1	2	3	4	5

- zu lernen, wie ich Konflikte mit Patienten besser bewältigen kann	1	2	3	4	5
- zu lernen, wie ich Konflikte im Team besser bewältigen kann	1	2	3	4	5
- Störungsbilder und ihre Auswirkungen besser einschätzen zu können	1	2	3	4	5
b) Die zahnmedizinisch-psychologische Lehre sollte:	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
- sich möglichst stark am Gegenstandskatalog orientieren	1	2	3	4	5
- eher viel Gelegenheit zum praktischen Üben geben	5	1	2	3	4
- gut auf evtl. Prüfungen vorbereiten	1	2	3	4	5
- an jedem Nachmittag ein neues Thema abhandeln	1	2	3	4	5
- lieber wenige Themen gründlich behandeln	5	1	2	3	4
- Möglichkeiten zur "Selbsterfahrung" anbieten	1	2	3	4	5
- psychologische Theorien behandeln	5	1	2	3	4
- Arbeitspapiere (ca. 3 Seiten pro Thema) bieten	1	2	3	4	5
- Sonstiges: _____					

5. Welche der folgenden **Themen** sollten im Kurs behandelt werden?
(Bitte zutreffende Zahl ankreuzen)

	gar nicht	wenig	mittel	viel	sehr viel
- Psychologische Messmethodik, Test und Experiment	1	2	3	4	5
- Psychophysiologie	1	2	3	4	5
- Emotion und Motivation	1	2	3	4	5
- Entwicklungspsychologie	1	2	3	4	5
- Lernen und Gedächtnis	1	2	3	4	5
- Wahrnehmung und Denken (Kognitionspsychologie)	1	2	3	4	5
- Verhaltensforschung		1	2	3	4
5					
- Persönlichkeitstheorien und -modelle	1	2	3	4	5
- Psychologische Grundlagen der Kommunikation	1	2	3	4	5
- Gesprächsführung	1	2	3	4	5
- Psychologie der Angst	1	2	3	4	5
- Psychologie der Depression und Suizidalität	1	2	3	4	5
- Psychologie der Aggression		1	2	3	4
5					
- Psychosoziale Aspekte der Sexualität	1	2	3	4	5
- Arzt-Patienten-Beziehung	1	2	3	4	5
- Krankheitsverarbeitung	1	2	3	4	5
- Gesundheits- und Krankheitsmodelle	1	2	3	4	5
- Grundprinzipien von Psychotherapie	1	2	3	4	5
- Psychosoziale Rehabilitation und "Lebensqualität"	1	2	3	4	5

- Gesundheitsverhalten und Prävention	1	2	3	4	5
- Psychologie des Alters	1	2	3	4	5
- Psychologie des Schmerzes	1	2	3	4	5

6. Welche Gruppengröße wünschen Sie sich für einen psychologischen Kurs?
(Bitte ankreuzen)

- max. 10 Studenten/-innen
- 11 - max. 20
- 21 - 30

7. Wie wichtig erscheinen Ihnen folgende **Themen** für die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung? (Bitte für jedes Thema ankreuzen)

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
- Krankheitsbewältigung des Patienten	1	2	3	4	5
- Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten	1	2	3	4	5
- Depression, Suizidalität, Umgang mit depressiven Patienten	1	2	3	4	5
- Psychologie der Angst, Umgang mit ängstlichen Patienten	1	2	3	4	5
- Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen		1	2	3	4
5					
- Umgang mit klagenden Patienten	1	2	3	4	5
- Verbesserung des Arbeitsklimas im Team	1	2	3	4	5
- Umgang mit Schwer- und Todkranken	1	2	3	4	5
- Möglichkeiten des eigenen Selbstschutzes	1	2	3	4	5
- Probleme der Nähe/Distanz zu Patienten	1	2	3	4	5
- Eigene Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	1	2	3	4	5
- Compliance-Probleme (Patientenführung/-motivation)	1	2	3	4	5
- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses	1	2	3	4	5
- Personalführung	1	2	3	4	5
- Stressbewältigung/Entspannungstechniken		1	2	3	4
5					
- Umgebungsgestaltung (Aufenthaltsraum, Behandlungszimmer, Atmosphäre ...)	1	2	3	4	5
- Eigene Vorschläge: _____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

8.a) Welche **Art der Arbeit** wünschen Sie sich für die zahnmedizinisch-psychologische Ausbildung? (Bitte für jede Art ankreuzen)

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
- "Fallarbeit", d.h. Besprechung problematischer Patienten	1	2	3	4	5
- "Balintgruppen"-Arbeit (Auseinandersetzung mit der eigenen Beziehung zum Patienten)	1	2	3	4	5
- Diskussion und gegenseitiger Erfahrungsaustausch		1	2	3	4
5					

- Besprechung von Problemen innerhalb des Teams	1	2	3	4
5				
- Training von Gesprächsführung mit Patienten	1	2	3	4
- Durchspielen schwieriger Situationen in Rollenspielen	1	2	3	4
- Referate eines Psychologen über Patientenprobleme	1	2	3	4
- Referate eines Psychologen über Umgang mit Patienten	1	2	3	4
- Konkrete Ratschläge für die weitere Betreuung der Patienten	1	2	3	4
- Schaffung von Möglichkeiten der eigenen Entlastung	1	2	3	4
- "Selbsterfahrung" (mehr über die eigene Person erfahren, vor allem im Hinblick auf den Umgang mit anderen)	1	2	3	4
- Einüben der Durchführung von Patientenschulung	1	2	3	4
5				
- Einsatz sog. Kreativer Medien (Malen, Kunst und Musik)	1	2	3	4
5				

Welche **Probleme im Umgang mit Patienten** würden Sie gerne besser meistern lernen?

8.b) Welche Vorschläge haben Sie für die **Arbeit in Kleingruppen**?

Welchen Anteil sollten die folgenden Arbeitsformen haben:	wenig	mittel	viel
- Kleinstgruppenarbeit (2-4 Teilnehmer)	1	2	3
- Diskussionen der Gesamtgruppe	1	2	3
- Rollenspiele	1	2	3
- praktisches Üben (z.B. Gesprächsführung)	1	2	3
- Einsatz von Video	1	2	3
- Sonstiges: _____	1	2	3

9. Welche **Art der Arbeit** würden Sie bei Wahlmöglichkeit im Kurs bevorzugen?
(vorausgesetzt, dass stets eine Einführung/Vorlesung von ca. 40 min. vorausgeht)
(Bitte ankreuzen)

- Seminarstil: vorwiegend Referate durch die Teilnehmer und Diskussion
- Übungsstil: vorwiegend praktische Übungen (Gesprächsführung, Übungen zu vorgegebenen/selbstentwickelten "Aufgaben", Rollenspiele, ...)
- Mischung aus beidem
- Sonstiges: _____

10. Sollte Scheinpflcht bestehen? (Bitte ankreuzen) ja nein

11. Abschließend urteilen Sie bitte über folgende Fragen: (Bitte ankreuzen)

a) Halten Sie eine **psychologische Schulung** einer Zahnärztin/eines Zahnarztes für **wichtig**?

gar nicht	wenig	mittelmäßig	wichtig	sehr wichtig
1	2	3	4	5

b) Würden Sie die Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" in Ihrem Studium begrüßen?

ja nein

Eventueller Kommentar: _____

Bitte geben Sie uns noch einige Angaben zu Ihrer Person für die anonyme statistische Auswertung:

- 1) Geschlecht: männlich weiblich
- 2) Alter: _____ Jahre
- 3) Semester: _____ vorklinisches Semester bzw. _____ klinisches Semester
- 4) Haben Sie vor Ihrem jetzigen Studium bereits eine andere Ausbildung absolviert? ja nein
- 5a) Haben Sie bereits praktische Erfahrungen in der Zahnmedizin gesammelt? ja nein
- b) Wenn ja, in welcher Form? Behandlungskurse Praktika
- c) Sonstiges: _____

Besten Dank!

7.3 Freie Antworten auf offene Fragen (Zahnärzte)

Welche **Patientengruppen** können Probleme bereiten? (freie Antworten)

alle Gruppen	12
Kinder	11
ältere Patienten	9
Lehrer/-innen	8
Behinderte	6
psychisch Kranke	5
Angstpatienten	5
Wichtigtuere	2
keine	10

Einzelnennungen: Teenager, Gutachterfälle, Grüne, Kollegen, Homöopathische

Welche **Probleme im Umgang mit Patienten** würden Sie gerne besser meistern lernen?

Angstproblematik	11
Phobien	2
Problematik bei Behandlung von Kindern	9
Gesprächsführung	8
Schmerz	5

mehr Geduld aufbringen	4
Compliance verbessern	2
Behandlung mit alten Patienten	2
Behandlungswilligkeit verbessern	2
überzeugen können	2
gar nichts, keine	12

Einzelnennungen: Stress abbauen, renitentes Verhalten, Motivation verbessern, leichtesten Weg finden, Patienten auch mal ablehnen, Verbesserung der Verkaufspsychologie, Akzeptanz bei außervertraglichen Leistungen

Ist **Personal** im Umgang mit schwierigen Patienten psychologisch geschult? Durch wen?

durch den Zahnarzt selbst	7
Fortbildung	2
Ausbildung	1

**Inwieweit ist das Personal über den Umgang mit "Problemfällen" instruiert?
In welcher Form?**

Gesprächsführung	7
Fallbeispiele	6
Besprechung vor Behandlung	3
eigene Schulung der Mitarbeiter	2
am Objekt	2
keiner	3

Einzelnennungen: Beispiele nach der Behandlung, Behandlungsablauf bei Kindern, Vermittlung eigener Erfahrungen, Geduld, Anweisungen, angenehmes Klima schaffen, freundlich bleiben, Probleme an den Chef weiterleiten, welche Instrumente, gute Lektüre, Termindauer länger, bestimmte Helferinnen für bestimmte Patienten

**Inwieweit ist das Personal über den Umgang mit "Problemfällen" instruiert?
Mit welchem Ergebnis?**

guter Erfolg	9
fraglich	4
zufriedenstellend	2
mit zunehmender Erfahrung besser	2
keinem	4

Einzelnennungen: ruhiger Umgang mit Patienten, schwierige Fälle besser behandeln, Abbau von Angst, negativ, nicht immer mit Erfolg

Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" im Studium:

warum nicht schon längst	5
mit Stellenwert eines Nebenfaches	2

Einzelnennungen: gute Idee, Zahnärzte sind sonst überlastet, auf freiwilliger Basis, nur mit praktischen Bezügen, Arbeitsbelastung darf dadurch nicht steigen, eigenes Fach nicht notwendig, im nächsten Leben

7.4 Freie Antworten auf offene Fragen (Studenten)

Wie zufrieden waren Sie z.B. mit Organisation, Arbeitsweise, Inhalten?

Einblicke in Verhaltensmuster	3
kann etwas nützen im Umgang mit Patienten	2
interessante Aspekte über Verhalten im Alltag erfahren	2
gute Vorlesung	4
positive	2
keine	9

Einzelnennungen: bringt was, theoretisch ist es auch nicht anders, Psychologie weltfremd, unzufrieden mit Therapiemöglichkeit, Psychologie für Zahnmediziner?, Intuition und Menschenverstand sind wichtig

Sind Ihnen in irgendeiner Form während Ihres Studiums psychologische Themen vermittelt worden? Wenn ja, welche?

Vorlesungen (Psychosomatik, Prothetik)	30
--	----

Einzelnennungen: allgemein, Zahnmedizin, Patientenführung, Mitarbeiterführung, im Medizinstudium, Krankheitsmuster, wenig

Welche Erwartungen haben Sie an eine zahnmedizinisch-psychologische Lehre im Vorklinikum?

mehr patientenbezogen	10
Patientenführung	5

Vorlesung Psychologie in der Zahnheilkunde	7
praxisnahe Vorlesung	5
Fallbeispiele	2
Rollenspiele	3
besserer Umgang mit schwierigen Patienten	9
gehört nicht in die Vorklinik	6
keine	7

Einzelnennungen: Stressbewältigung, Vermittlung von Grundlagen

Probleme im Umgang mit Patienten besser meistern lernen:

Angstpatienten behandeln	10	
Motivation	4	
Compliance	4	
über Kosten aufklären	4	
ungeduldige (fordernde) Patienten	3	
Aufbau einer Vertrauensbasis		3
aggressive Patienten	3	
Termineinhaltung der Patienten	2	
Gefahrensituation bei psychisch Kranken	2	
Nähe/Distanz-Probleme	2	
Überzeugung von bestimmten Behandlungsmethoden	2	

Einzelnennungen: Umgang mit klagsamen Patienten, Angst-Therapie vor Behandlung, Auftreten als Autoritätsperson, Vorlesung aber nur in Zahnklinik, Geschäftsgespräche, "Monetik vor Ethik", Zeichen des Patienten deuten, was tun bei starkem Würgereiz, Schwer- und Todkranke, Behandlung von Kindern

Einführung des Faches "Medizinische Psychologie" im Studium:

sehr sinnvoll	3
Stundenplan schon voll genug	4
aber wann, Vorklinik zu früh	4
aber ohne Scheinpflcht und Anwesenheit	3
gutes Verhältnis zum Patienten ist für die Behandlung gut	2
besser in der Vorklinik	2

Einzelnennungen: ideal zur Ergänzung, aber nahe am Zahnarztberuf bleiben, längst überfällig, aber Entlastung in anderen Fächern, mehr praktisch mit wenig Zeitaufwand, mehr Fallbeispiele

7.5 Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	-	Auflage
Bd.	-	Band
Behandlg.	-	Behandlung
Br. J. orthod.	-	British Journal orthodontic
bzw.	-	beziehungsweise
ca.	-	zirka
DAS	-	Dental Anxiety Scale
d.d.	-	dass der
d.h.	-	das heißt
depressiv.Pat.	-	depressiven Patienten
d.	-	der/des
DGZMK	-	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Diagn.	-	Diagnose
Diss.	-	Dissertation
DZW	-	Die Zahnarztwoche
ed.	-	editor (Herausgeber)
eds.	-	editors (" ")
einschl.	-	einschließlich
Empfehlg.	-	Empfehlung
et al.	-	et altera (und andere)
etc.	-	et cetera (und so weiter)
evtl.	-	eventuell
Fachkomp.	-	Fachkompetenz
ff.	-	folgende
freundl.	-	freundliche
geg.	-	gegenüber
Hrsg.	-	Herausgeber
IDZ	-	Institut Deutscher Zahnärzte
Kap.	-	Kapitel
k.A.	-	keine Angabe
kurzfrist.	-	kurzfristige
max.	-	maximal
med.	-	medizinisches

m.	-	mit
MW	-	Mittelwert
n	-	numerus (Anzahl)
N.N.	-	no name (ohne Angabe des Verfassers)
o.a.	-	oder andere
Österr.	-	Österreich
o.g.	-	oben genannte
origin.	-	Ursprung
Pat.	-	Patienten
Pat.führung/-motivation	-	Patientenführung/-motivation
Pat.probleme	-	Patientenprobleme
Psycholog.	-	"Psychologische..."
Rehabil.	-	Rehabilitaion
S.	-	Seite
s.	-	siehe
sog.	-	so genannten
s	-	Standardabweichung
Tab.	-	Tabelle
techn.	-	technische
Toxicol. Clin.	-	Journl Clinical Toxicology
u.	-	und
u.a.	-	unter anderem
unveröff.	-	unveröffentlicht
vgl.	-	vergleiche
v.a.	-	vor allem
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation
x	-	Mal
Zahnärztl. Mitt.	-	Zahnärztliche Mitteilungen
zahnmed.	-	zahnmedizinisch
zit.	-	zitiert
Zschr.	-	Zeitschrift
z.B.	-	zum Beispiel
z.	-	zur
z.Z.	-	zur Zeit
ZZS	-	Zahnmedizinische Zufriedenheitsskala

8. DANKSAGUNG

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F.A. Muthny danke ich für die Überlassung dieses interessanten Themas meiner Promotionsarbeit und für die Betreuung dieser Arbeit in ihrem Werdegang.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgener und Frau Univ.-Prof. Dr. U. Ehmer möchte ich für die Unterstützung bei der universitären Verteilung der Fragebögen danken sowie Herrn Küchenmeister bei der Auswertung der Statistik.

Ein Danke-schön richte ich auch an alle Teilnehmer, die meine Fragebögen ausgefüllt und somit zu meiner Datenerhebung beigetragen haben.

Nicht zuletzt soll mein Dank meinen Eltern gelten, die mein Studium durch ihre Unterstützung ermöglicht haben.

9. LEBENSLAUF
