

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner -
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Univ. Prof. Dr. S. Doering

**„Belastungserleben von Zahnärzten bei der
Behandlung von Angstpatienten“**

INAUGURAL – DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae dentium

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Jarleton, Dorothee Rosemarie Cyrielle Jeanne
aus Clermont-Ferrand, Frankreich

2012

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

Dekan: Univ. –Prof. Dr. Dr. h.c. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Benjamin Ehmke

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Stephan Doering

Tag der mündlichen Prüfung: 22.11.2012

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner -
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Univ.-Prof. Dr. S. Doering
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Benjamin Ehmke
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering

ZUSAMMENFASSUNG

„Belastungserleben von Zahnärzten bei der Behandlung von Angstpatienten“
Jarleton, Dorothee Rosemarie Cyrielle Jeanne

In der vorliegenden Dissertation wird die subjektiv erlebte Arbeitsbelastung von Zahnärzten untersucht, wobei besonderes Augenmerk auf die Belastung durch Angstpatienten gelegt wird. Im Rahmen einer telefonischen Befragung wurden 114 Zahnärzte unter Verwendung eines selbst erstellten Interviewleitfadens befragt.

Ursächlich für die allgemeine Arbeitsbelastung, werden seitens der Zahnärzte an erster Stelle die Angstpatienten genannt, wobei es sich in erster Linie um eine psychische Belastung handelt. 33,3% der befragten Zahnärzte gaben an, selbst Angst vor der Behandlung von Angstpatienten zu haben. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass weibliche Zahnärzte pro Tag signifikant mehr Angstpatienten behandeln als ihre männlichen Kollegen und sich dabei signifikant stärker durch Angstpatienten belastet fühlen und selbst Angst empfinden. Keine Geschlechtsunterschiede fanden sich bezüglich der Patientenanzahl pro Tag, Stress, Zeitdruck und Überlastungserleben.

Lediglich 2,6% der befragten Zahnärzte gaben an, während ihres Zahnmedizinstudiums an psychosomatisch-psychotherapeutischen oder klinisch-psychologischen Seminaren teilgenommen zu haben. Der Bedarf an derartigen Aus- und Weiterbildungsangeboten wurde seitens der Zahnärzte als sehr hoch eingeschätzt.

Angesichts des hohen Belastungserlebens bei der Behandlung von Angstpatienten sowie dem Bedarf an spezifischer Qualifikation ist eine verstärkte Berücksichtigung psychosomatisch-psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Inhalte im Zahnmedizinstudium und in der postgraduellen Weiterbildung wünschenswert.

Tag der mündlichen Prüfung: 22.11.2012

Eidesstattliche Erklärung

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

„Belastungserleben von Zahnärzten bei der Behandlung von Angstpatienten“

in der/im: Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und
Biomaterialien
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde

unter Anleitung von: Univ.-Prof. Dr. S. Doering

-
1. selbstständig angefertigt,
 2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeit angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
 3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
 4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Köln, den 22.11.2012

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

<u>1. Einleitung</u>	6
1.1 Allgemeine Arbeitsbelastung bei Zahnärzten	6
1.2 Belastungen durch den Angstpatienten	12
1.3 Zahnbehandlungsangst	14
1.4 Wissen und Einstellung des Zahnarztes zu seinem Angstpatienten	17
1.5 Zielsetzung	20
<u>2. Material und Methodik</u>	21
2.1 Untersuchungsaufbau	21
2.1.1 Rekrutierung der Probanden	21
2.1.2 Befragung	21
2.2 Aufbau des Interviewleitfadens	23
2.3 Statistik	25
<u>3. Ergebnisse</u>	26
3.1 Auswertungen der Zahnarztfragebögen	26
3.1.1 Beschreibung der Stichprobe	26
3.1.2 Auswertung der allgemeinen Arbeitsbelastung	28
3.1.3 Auswertung des Belastungserleben bei der Behandlung von Angstpatienten	31
3.1.4 Psychologische Schulung	34

3.2 Zusammenhänge zwischen Berufserfahrung und Belastung	35
3.3 Belastungserleben und Geschlecht	36
<u>4. Diskussion</u>	39
4.1 Allgemeine Arbeitsbelastung bei Zahnärzten	39
4.1.1 Ursachen und Folgen der allgemeinen Arbeitsbelastung	40
4.2 Angstpatienten im zahnärztlichen Alltag	42
4.2.1 Reaktionen und Empfindungen des Zahnarztes	43
4.2.2 Belastung und Angst des Zahnarztes vor seinem Angstpatienten	44
4.2.3 Psychologische Kenntnisse über den Angstpatienten	45
<u>5. Abbildungsverzeichnis</u>	49
<u>6. Literaturverzeichnis</u>	50
<u>7. Danksagung</u>	56
<u>8. Lebenslauf</u>	57
<u>9. Anhang</u>	I
9.1 Interviewleitfaden	I

1. Einleitung

1.1 Allgemeine Arbeitsbelastung bei Zahnärzten

Ausgehend vom aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der Zufriedenheit der Zahnärzte an ihrem Arbeitsplatz befassen sich zahlreiche Studien mit der allgemeinen Arbeitsbelastung der Zahnärzte und deren Folgen. Die zahnärztliche Tätigkeit zeigt bei näherer Betrachtung ein hohes Maß an Belastung. Untersuchungen ergaben, dass drei von vier Zahnärzten sich durch ihre berufliche Tätigkeit belastet fühlen [50]. Diese dauerhafte Belastung des Zahnarztes stellt eine wichtige Form der Beanspruchung dar und führt zu einer Stressempfindung. Nach einer Umfrage von Moore et al. empfinden annähernd 60% der befragten Zahnärzte ihren Beruf stressvoller als andere Berufe [46]. Offenbar ist der Zahnarzt zahlreichen Belastungen ausgesetzt und es stellt sich die Frage nach den Ursachen für dieses Belastungserleben. Anlässlich einer Jahrestagung der American Dental Association in Las Vegas im Jahre 1982 wurden Zahnärzte gebeten, die Gründe ihrer allgemeinen Arbeitsbelastung zu nennen. Zusammenfassend wurden sechs ausschlaggebende Faktoren, die den berufsbedingten Stress verursachen, erfasst [50]:

- Schwierigkeiten mit der Zusammenarbeit des Patienten (Compliance) und mit Angstreaktionen der Patienten
- interpersonelle Beziehungen
- körperliche Belastungen durch die Arbeit
- wirtschaftlicher Druck
- Zwänge durch äußere Einflüsse (z.B. Versicherungsgesellschaften)
- berufsbedingter Perfektionismus

Micheelis setzte sich mit den Charakteristika der zahnärztlichen Arbeitsbeanspruchung auseinander und definierte drei wesentliche Stressdimensionen [43]:

1. Kognitive Arbeitssituation

Das prinzipielle Merkmal der zahnärztlichen Arbeitsbeanspruchung stellt die kognitive Arbeitssituation dar: „Das zahnärztliche Arbeiten in dem engen Raum der Mundhöhle unter Verwendung potentiell nicht ungefährlicher Arbeitsinstrumente erfordert eine außerordentlich hohe fixierende Situationsaufmerksamkeit mit entsprechend psychischer Anspannung“ (S.55).

2. Patientenängste

Die stetige Auseinandersetzung des Zahnarztes mit den verschiedenen Ängsten und Verhaltensweisen der Patienten, stellen Reize der Belastung dar. Weiterhin rechnet der Zahnarzt mit einem mittleren Compliancenniveau seiner Patienten und steht dennoch „ vor jeweils spezifischen Führungsproblemen in Abhängigkeit unterschiedlicher Patientengruppen (z.B. Kinderbehandlung)“ (S.56).

3. Körperliche Belastungen

Der Zahnarzt nimmt aufgrund seiner typischen Arbeitshaltung, Belastungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates wahr. Durch die statische Muskelanspannung werden Erkrankungen provoziert, „die unter dem Komplex der degenerativen Wirbelsäulenleiden zusammengefasst werden können“ (S.56).

Im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung wird oftmals der Zeit- und Termindruck als weitere Form der täglichen Beanspruchung erwähnt. Um dem Patienten keine allzu lange Wartezeiten zuzumuten, ist der Zahnarzt verpflichtet seinen Terminplan zeitlich einzuhalten. Dieser dauerhafte Druck erfordert eine hohe Beanspruchung des Zahnarztes [3, 7, 46, 48, 66].

Eine weitere Belastungsquelle stellen schwierige und unkooperative Patienten dar. Das gestörte Vertrauensverhältnis führt unweigerlich zu einer angespannten Arzt-Patienten-Beziehung. Der Zahnarzt gibt sich Mühe, die Haltung seiner Patienten zu verstehen. Doch die tägliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Verhaltensmustern belastet ihn und erfordert von ihm kein

alltägliches Verhalten. Er muss seine Umgangsweise den individuellen Gegebenheiten des Patienten adaptieren und sollte beachten, dass solche Patienten mehr Zeit in Anspruch nehmen. Bei Nichtbeachtung dieses Aspektes droht folglich die Konsequenz, dass der Terminplan in Verzug gerät, mehr Zeitdruck entsteht und folglich eine neue Belastung zum Ausdruck kommt [2, 4, 31, 33, 66]. Bei der Betrachtung dieser Patientengruppe erreichen die Angstpatienten einen hohen Stellenwert [46, 62]. Die Einschätzung der Angst, stellt sich für den Zahnarzt als besonders schwierig dar, da eine Vielzahl der Angstpatienten versuchen, ihre Gefühle zu verbergen [24]. Neben den schwierigen und ängstlichen Patienten, stellt sich die Kinderbehandlung als weitere Form der Belastung im Alltag des Zahnarztes dar [3, 31, 44]. Die Schwierigkeit im Kindesalter Ängste zu überwinden und unangenehme Situationen zu dulden, resultiert „aus deren Egozentrität und mangelnder Ichstärke“ (S.26) und führt unweigerlich zu Problemen während der Behandlung [58].

Die ständige Konfrontation des Zahnarztes mit dem negativen Bild der Patienten hinsichtlich seiner Arbeit [7] und der Aspekt Schmerzen zu verursachen, empfinden Zahnärzte als belastungsreich [46].

Heutzutage lassen sich Veränderungen hinsichtlich der psychomentalen Belastung im Arbeitssystem der Zahnärzte darstellen. Die zahnärztliche Tätigkeit ist durch eine starke Zunahme der konzentrativen Anforderungen geprägt. Der moderne Trend zu aufwendigen Gerätschaften in Kombination mit minimal-invasiven Behandlungstechniken und zunehmenden Qualitätsansprüchen an die Behandlungsergebnisse des Zahnarztes, erfordern eine Steigerung der Konzentration [45]. Weiterhin stellen die wachsenden Anforderungen und Erwartungen seitens der Patienten aufgrund der sich stetig verbessernden Technik, einen neuen Belastungsfaktor für den Zahnarzt dar [23]. Zusammenfassend lässt sich allerdings feststellen, dass die berufliche Zufriedenheit der Zahnärzte trotz der zahlreichen Belastungen, denen ein Zahnarzt ausgesetzt ist, sehr hoch einzustufen ist [49, 52].

Die physischen Stressoren der zahnärztlichen Tätigkeit stellen, neben den bereits schon erwähnten psychischen Belastungsfaktoren, eine weitere äußerst wichtige Beanspruchung des Zahnarztes dar. Eine Untersuchung ergab, dass nahezu zwei Drittel der Zahnärzte körperliche Beschwerden verspüren, die sie auf ihre zahnärztliche Tätigkeit zurückführen. Diese körperlichen Beschwerden traten vor allem im Bereich des Halte- und Stützapparats in Form von Verspannungen, Rückenschmerzen und Wirbelsäulenverkrümmungen auf [44]. Des Weiteren nennen Zahnärzte Wirbelsäulenleiden vor allem im Bereich der Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule. Diese Schmerzen führen zu Muskelverspannungen im Nackenbereich und bereiten infolgedessen dem Zahnarzt Schwierigkeiten in der Ausübung seines Berufes [6]. Eine Verbindung zwischen den empfundenen Belastungsfaktoren und den körperlich auftretenden Symptomen ist zu erwarten. Die Stressempfindung führt zu einer Steigerung der Schmerzintensität bis hin zur Unterbrechung der Behandlung [42, 49].

Aus der Konfrontation mit den erwähnten Arbeitsbelastungen ergibt sich als Konsequenz die Fragestellung der Folgen für den Arbeitsalltag und die Gesundheit des Zahnarztes. Einige davon wurden bereits empirisch untersucht. Die psychische Beanspruchung des Zahnarztes kann zu Nervosität, Abgespanntheit und Depression führen [11, 32, 48]. Der Genuss von Alkohol hilft zur Stressminderung [48]. Bei dem Gefühl unter Belastung zu stehen, zeigt sich der Zahnarzt gereizt und psychosomatische Manifestationen wie Parafunktionen, Tremor und Schweißausbrüche werden hervorgerufen [32]. Folglich kann die Behandlung in ihrer Qualität und Atmosphäre beeinträchtigt werden. Das Vertrauen des Patienten zu seinem Zahnarzt und die Arzt-Patient-Beziehung kann negativ beeinflusst werden [4, 24]. Es bleibt nicht aus, dass der Zahnarzt selber durch die Belastungen in Mitleidenschaft gezogen wird. Umso wichtiger erscheint es, dass der Zahnarzt spezifische Bewältigungsstrategien erlernen sollte, um besser mit dem Stress umgehen zu können. Er sollte auf seine eigenen persönlichen Bedürfnisse achten und sich Zeit nehmen für sich selbst, denn die bestmögliche Versorgung seiner

Patienten kann er nur erzielen, wenn er selbst in guter physischer als auch psychischer Verfassung ist [54].

Entscheidend ist der Umgang des Zahnarztes mit Stressoren, seien sie psychischer oder physischer Natur. Die Schweizer Studie von Heim und Augustiny bei über 1700 Schweizer Zahnärzten beschäftigte sich mit spezifischen Methoden zur Bewältigung von berufsbezüglichen Stressoren und ergab anhand einer Korrelationsanalyse zwischen Stressoren und Stressbewältigungsarten demzufolge vier verschiedene Muster [22]:

1. „Stressoren, die sich auf berufliche Erwartungen und auf den Umgang mit Problempatienten beziehen, werden mit Vermeiden und Internalisieren bewältigt“ (S.1057).
2. „Stressoren der Routinearbeit mit Verleugnen“ (S.1057).
3. „Stressoren der zwischenmenschlichen Beziehung mit Zuwendung Suchen“ (S.1057).
4. „Stressoren des Praxismanagements mit Zupacken“ (S.1057).

Es konnte festgestellt werden, dass die langfristigen Folgen der ständigen Auseinandersetzung des Zahnarztes sowohl mit psychischen als auch mit physischen Belastungsfaktoren, den frühzeitigen Ruhestand bei Zahnärzten fördern. In erster Linie ist die Kombination aus beruflichem Stress und körperlichen Beschwerden ursächlich für den Rückzug bei Zahnärzten. Als Ursachen für den frühzeitigen Ruhestand werden mehrfach Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie kardiovaskuläre Erkrankungen und neurotische Symptome genannt [5, 57].

Unter den Beanspruchungsformen nehmen die psychischen Belastungen jedoch einen relativ höheren Stellenwert ein als die physischen und können „zu zahlreichen akuten wie chronischen psychosomatischen Manifestationen“ (S. 29) führen [31].

In Hinblick auf die verschiedensten Reaktionen der Zahnärzte auf berufsbedingte Stressoren wird in der Literatur das Gefühl des „Ausgebranntseins“ erörtert.

Nach der „Internationalen Klassifikation der Erkrankungen“ (ICD 10) zählt das Gefühl des „Ausgebranntseins“ zu den Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Unter dem Faktor „Ausgebranntseins“ werden Burnout und das Gefühl totaler Erschöpfung zusammengefasst. Maslach definiert diesen Zustand als emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit. Diese Art des Allgemeinbefindens führt zu einer beruflichen Überforderung und häufig zu einem Rückzug aus den beruflichen Pflichten [40]. Mehrere Autoren beschreiben diese Ausprägung einer dauerhaften negativen Arbeitseinstellung, welche charakterisiert ist durch Erschöpfung, Leidensdruck, verminderter Effektivität, sinkende Motivation und dysfunktionalen Verhaltensweisen bei der Arbeit, als „Burn-out Syndrom“ [56, 60]. Anpassungsstörungen wie das sogenannte „Burn-out“ gehen sowohl mit psychischen Belastungen als auch körperlichen Unannehmlichkeiten einher [18]. In einer Studie von Denton et al. an 500 Zahnärzten in England wurde das Burnout Risiko anhand eines Fragebogens bestehend aus der Utrecht Work Engagement Scale (UWES- 17) und der Maslach Burnout- Inventory Human Services Survey (MBI- HSS) erörtert. 8% der praktizierenden Zahnärzte zeigen ernsthafte Anzeichen eines Burn-out Syndroms und weitere 18,5% weisen erste Anzeichen der totalen Erschöpfung auf [11].

1.2 Belastungen durch den Angstpatienten

Das Gefühl der Angst seitens der Patienten vor dem zahnärztlichen Besuch ist weit verbreitet. Manche Patienten sind in der Lage, sich der Angst zu stellen. Viele andere Patienten befürchten bei der Konfrontation mit der Angst die Kontrolle zu verlieren. Folglich kann die Behandlung erschwert oder gar verhindert werden [47].

Bei der Frage nach auftretenden Schwierigkeiten in Praxen lässt sich feststellen, dass Verhaltensprobleme den zahnärztlichen Alltag komplizieren. Das Verhalten bei Angst führt die Patienten meistens dazu, Behandlungen abubrechen, unpünktlich zu erscheinen oder eventuell Termine abzusagen. Aufgrund dieser Haltung schildern Zahnärzte häufig Probleme mit der Terminplanung und erleben erhebliche Enttäuschungen und Frustrationen [24]. Nach Tönnies und Heering-Sick wird seitens der Zahnärzte jeder dritte Patient als ängstlich beschrieben. Schließlich führt die tägliche Auseinandersetzung des Zahnarztes mit dem Thema Angst zu erheblichen Belastungen und Einschränkungen einerseits bei der Behandlung seiner Angstpatienten, andererseits bei ihm selbst [62]. Infolgedessen stellt die Behandlung ängstlicher Patienten ein Belastungsfaktor für den Zahnarzt dar. Die Zahnbehandlung beinhaltet Manipulationen mit unangenehmen Empfindungen und steht oft für den Patienten in direkter Verbindung mit Schmerz und Angst. Demnach wird vom Zahnarzt ein hohes Maß an Konzentration gefordert. Die Behandlung erweist sich als schwierig und belastend. Des Weiteren fällt es dem Behandler schwer in solchen Situationen entspannt zu wirken und folglich sich im Gespräch dem Patienten locker zuzuwenden [58].

Aufgrund des unkooperativen und mehr oder minder störenden Verhaltens seitens der Angstpatienten, lässt sich eine negative Einstellung der Zahnärzte feststellen hinsichtlich der Behandlung dieser Patienten. Für viele Zahnärzte steht die Behandlung ängstlicher Patienten in direktem Zusammenhang mit einer Stressempfindung [65]. Es resultieren Reaktionen und Empfindungen des Zahnarztes, woraus folglich die Behandlung auch beeinflusst wird.

Abgespanntheit, Müdigkeit, Übervorsichtigkeit sowie sinkende Konzentrationsfähigkeit sind Auswirkungen dieser Belastung. Körperliche Symptome wie muskuläre Verspannungen im Bereich des Nackens und der Schultern führen zu Schmerzen während der Behandlung. Die entstehende Frustration und Gereiztheit führt den Zahnarzt des Öfteren zum Abbruch der Behandlung und soll „als Schutz des ängstlichen Patienten vor möglichen Beeinträchtigungen“ (S.72) dienen [62]. Die Angstreaktionen der Patienten während der Behandlung lösen beim Zahnarzt starke Gefühle der Nervosität aus. Eine Vielzahl von Zahnärzten erkennen außerdem, dass sie selber von einer Angst geplagt sind bei der Behandlung von Angstpatienten [8]. Die intensive personelle Nähe und Grundhaltung des Zahnarztes hinsichtlich seines Angstpatienten sowie die erforderlichen stark psychosomatisch orientierten Gespräche können oftmals angstausslösend wirken [16].

1.3 Zahnbehandlungsangst

Die Angst vor der Zahnbehandlung ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. 60-80% der Allgemeinbevölkerung geben an, eine Angstepfindung vor dem Zahnarztbesuch zu verspüren. 20% aller Deutschen sind als hoch ängstlich einzustufen und weitere 5% der Bevölkerung vermeiden den Besuch beim Zahnarzt über Jahre hinweg vollkommen [27].

Nach Jöhren und Sartory ist die Zahnbehandlungsangst Ausdruck eines mehr oder minder starken Gefühls welcher durch unterschiedlich starken psychologischen sowie auch physiologischen Charakteristika geprägt ist. Allerdings treten diese Gefühle bei einer „vermeintlichen oder tatsächlichen Bedrohung im Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung oder mit ihr verbundene Stimuli“ (S. 15) auf [28].

Es ist von großer Wichtigkeit, dass Zahnärzte ihre Patienten mit Angstreaktionen erkennen und auch verstehen, denn das Verständnis stellt die Voraussetzung für jede Diagnostik dar [10]. Zur adäquaten Erfassung der Angst empfiehlt der Leitfaden der Bundeszahnärztekammer folgende Ausdrucksebenen der Angst zu beobachten [36]:

- Physiologie
- Verhalten
- psychische Prozesse des Patienten

Physiologische Symptome wie Verkrampfungen der Hände, die den Behandlungsstuhl umklammern, Schweißausbrüche und Zittern sind typische Anzeichen der Angst. Körperliche Merkmale gelten dennoch nicht als alleinige Erscheinungen der Angst. Die Starrheit der Mimik, schreckerweiterte Augen mit weiten Pupillen, in Kombination mit einer extremen Blässe sind charakteristische Gesichtsausdrücke der Angst [10, 47, 58]. Darüber hinaus nutzen viele Patienten die Sprache, im Sinne von Redefluss zur Angstkompensation [20]. Die Unruhe und Nervosität des Patienten ruft des Öfteren ein Abwehrverhalten hervor und führt gelegentlich zu einer

Behandlungsweigerung [44]. Es ist ersichtlich, dass jeder Patient seine Angstempfindung verschieden äußert. So erklären manche Patienten dem Zahnarzt unmittelbar vor der Behandlung, welche Maßnahmen ihnen Angst bereiten. Wiederum sind andere Patienten dankbar, wenn ihnen Vorschläge zum Angstabbau angeboten werden. Stark ängstliche Patienten können hingegen durch ihr auffälliges Verhalten ausgemacht werden und manch andere überfordert es, die unangenehmen Gefühle mit Angst zu verbinden und wirken abweisend. Diese Patienten unterdrücken und verbergen ihre Gefühle [24, 39]. Aufgrund dieser unterschiedlichen Arten vom Umgang mit Ängsten, werden vom Zahnarzt nicht nur fachliches Wissen und technische Fertigkeiten abverlangt. Vielmehr sind hier psychosomatische Kenntnisse erforderlich. Er muss im Stande sein die Handlungsweisen seiner Patienten zu verstehen, um „ ihr Verhalten durch gezielte Kommunikation in die gewünschte Richtung zu lenken“ (S.10) [4]. Umso bedeutender erscheint es, „das Angstmotiv im Hintergrund zu erkennen“ (S.19) [58]. Er sollte auf den Patienten zukommen und versuchen ihm die Angst zu nehmen [58]. Zu diesem Zweck dient das ärztliche Gespräch. Bei der ersten Begegnung wird die Anamnese des Patienten erhoben. Demzufolge ist es ratsam, die biographische Anamnese zu vertiefen, um weitere Informationen zu erhalten, die für den Umgang mit dem Angstpatienten relevant sind. Anhand der biographischen Anamnese kann der Zahnarzt in Erfahrung bringen, „ob die jetzt beobachtete Angstreaktion einigermaßen isoliert in einer sonst geordneten und tüchtigen Lebensführung steht, ob nur der zahnärztliche Bereich für den Patienten angstbesetzt ist, oder ob Angst mehrere oder alle Bereiche des Lebens seit langer Zeit schon beherrscht“ (S.75) [47]. Diese Informationen sind entscheidende Voraussetzungen für die Gestaltung des Behandlungsverlaufs und beeinflussen demzufolge den Behandlungserfolg [47]. Der Zahnarzt sollte dem Patienten die Möglichkeit geben, offen über seine Ängste sprechen zu können und kann mithilfe von direkten Anfragen bezüglich der Ängstlichkeit, dem Patienten Aufmerksamkeit und Verständnis signalisieren [24]. Andererseits sollte hier Vorsicht geboten sein, denn „ein frontaler Angriff auf die Angstbarriere und ihr gewaltsames Durchbrechen ist dem Zahnarzt nicht zu empfehlen“ (S. 75) [47].

Diese Vorgehensweise kann durchaus die Angst vergrößern und dem Ziel des Angstabbaus entgegen wirken [47]. Grundsätzlich ist das Gespräch eine ausgezeichnete Möglichkeit, Ängste zu reduzieren, denn es ist „die geeignete Situation, um den Patienten adäquat aufzuklären, ihm Zuwendung zu signalisieren und Vertrauen zu vermitteln“ (S.13) [4].

Des Weiteren sollte der Zahnarzt sowohl ein geduldiges und wohlwollendes Verhalten äußern als auch eine entschlossene Führung. Er sollte sich nicht emotional verleiten lassen und das „Mitfühlen darf jedoch nicht bis zum Mitleiden gehen“ (S.23) [58]. Eine solche Verhaltensweise und Aufmerksamkeit des Zahnarztes stellt die Grundlage für den richtigen Umgang mit dem Patienten dar und dient zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnis [58, 62]. Darüber hinaus stehen dem Zahnarzt weitere Maßnahmen zur Verfügung, um den Einfluss der Angst bei seinen Patienten zu mindern. Um die Furcht vor dem Unbekannten zu lindern, können zahnärztliche Instrumente dem Patienten im Voraus erklärt und gezeigt werden [47]. Zusätzlich bereitet die Erwartung von Schmerz während der Behandlung dem Patienten Ängste. Die Anwendung von mehr Lokalanästhetika versichert ihm eine schmerzfreie Sitzung [44, 62]. Zu weiteren Maßnahmen, die helfen könnten Ängste zu reduzieren, wurden sowohl Zahnärzte als auch Patienten in einer Studie von Janke befragt. Abgesehen von aufklärenden Gesprächen nennen die Zahnärzte eine freundlich eingerichtete Praxis wie auch die eigene psychologische Fortbildung. Seitens der Patienten hat ein nettes und höfliches Personal sowie Entspannungsmusik und bessere Information über die Behandlung eine angstreduzierende Wirkung [25].

1.4 Wissen und Einstellung des Zahnarztes zu seinem Angstpatienten

Im vorherigen Kapitel wurden Möglichkeiten des Umgangs mit dem Angstpatienten aufgezeigt. Im folgenden Abschnitt soll dargestellt werden, mit welchen spezifischen Maßnahmen Zahnärzte eine Angstreduktion erzielen können.

Zunächst stellt sich die Frage, auf welche Art und Weise Zahnärzte ihre Angstpatienten behandeln. Es wird deutlich, dass Zahnärzte das offene Gespräch bevorzugen [8, 46, 62, 65]. Aufklärende und beratende Gespräche des Zahnarztes stellen die optimale Möglichkeit dar, Ängste der Patienten zu reduzieren [62]. Das ärztliche Gespräch gibt dem Patienten die Gelegenheit, seine Gefühle auszudrücken [65], so dass der Zahnarzt die Verhaltensmuster erkennen, beobachten und interpretieren kann. Anschließend sollte er seinen Umgang den individuellen Patientenbedürfnissen anpassen [14]. Er darf den Patienten nicht drängen und sollte ihm eine Eingewöhnungszeit lassen [46]. Es erweist sich, aufgrund der zuvor genannten Aspekte, dass die Behandlung des Angstpatienten zeitaufwendig ist. Demzufolge plant der Zahnarzt mehr Zeit ein, um dem Patienten eine adäquate Behandlung zu garantieren [8, 46]. Eine weitere Maßnahme zur Angstminderung ist die Sicherung der Schmerzfreiheit. Die Anwendung von mehr lokalanästhetischen als auch sedierenden Maßnahmen ist zur Beruhigung des Patienten von großer Bedeutung, denn die Ängste der Patienten beruhen meist auf die Ängste vor Schmerzen [8, 46, 62]. Der Zahnarzt sollte versuchen ein ruhiges Auftreten beizubehalten und durch beruhigendes Zureden Einfluss auf den Angstpatienten zu nehmen. Gelegentlich hilft eine detaillierte Erklärung des Behandlungsablaufs zur Angstminderung. Sofern es zu keiner Besserung kommt, bevorzugen manche Zahnärzte den Abbruch der Behandlung [44]. Anderen erscheint es gelegentlich besser, die Ängste ihrer Patienten zu ignorieren. Womöglich fühlen sie sich auch unsicher im Umgang mit dem Angstpatienten [39, 65]. Zusammenfassend erweist es sich für den Zahnarzt schwierig, psychosomatische

Zusammenhänge zu erkennen und mit ihnen umzugehen [14]. Untersuchungen ergaben, dass Zahnärzte sich bemühen, Ängste der Patienten zu erkennen, sich aber bei der endgültigen Diagnose „Angstpatient“ unsicher sind [8]. Des Öfteren schätzen die Zahnärzte ihre Patienten falsch ein [67]. In einer Studie von Janke stellte sich heraus, dass zwei von 12 Zahnärzten die Angst bei ihren Patienten annähernd richtig einschätzen. Die Zahnärzte tendieren eher zur Unterschätzung der Angst bei ihren Patienten. Demzufolge liegt die Begründung der Unterschätzung darin, dass die Thematisierung der Ängste den Patienten belastet [25]. Es ist bei einem Teil der Patienten relativ einfach, Angstreaktionen mit dem Patienten zusammen zu überwinden und ihn u.U. sogar von diesen Ängsten zu befreien. Es erweist sich nur als zeitintensiv, wenn der Zahnarzt keine psychologischen Techniken zum Umgang mit der Angst beherrscht [41]. Folglich offenbart sich die Behandlung des Angstpatienten als psychische Belastung für den Zahnarzt [62]. Des Öfteren muss der Zahnarzt psychosomatische Zusammenhänge anhand von speziellen Beschwerdebildern erkennen und ist verpflichtet, das Gesamtbild seines Patienten zu betrachten [14]. Demzufolge sind manche Zahnärzte der Ansicht, dass die eigene psychotherapeutische Fortbildung ein erfolgversprechendes Mittel zur Angstreduzierung ist [62]. Der hohe Anteil an ängstlichen Patienten im Alltag des Zahnarztes betont die Unerlässlichkeit von Gesprächsführungskompetenz und psychosomatischem Grundverständnis in der Zahnmedizin [33]. Diese geben dem Zahnarzt die Möglichkeit, das Verhalten und die Gefühle seines Patienten besser nachzuvollziehen, Verständnis aufzubringen und stellt Kriterien zur Diagnose von schwierigen Patienten dar [26]. Gute Kommunikationsfertigkeiten, um Gespräche optimal gestalten zu können sind jedoch erforderlich und können grundsätzlich erlernt werden [14, 38].

Eine gute Gesprächsführung führt nahezu zu einer verbesserten Zahnarzt-Patienten-Beziehung und erleichtert ihm, in Bezug auf Angst, die Behandlung [14, 41]. Nach einer Umfrage von Tönnies und Heering-Sick erwies sich, dass 78% der befragten Zahnärzte sich kaum während des Studiums mit der Problematik „Angst“ auseinandergesetzt hatten [62]. Psychosomatische

Kenntnisse sollten während des Studiums erworben werden. Doch es zeigt sich, dass weder die zahnärztliche Gesprächsführung noch die Psychosomatik von großer Bedeutung im Studium sind, da sie nicht Teil der Approbationsordnung der Zahnärzte ist [10, 12]. Weiner et al. konnten in einer Untersuchung feststellen, dass 85% der befragten Zahnärzte eine Weiterbildung hinsichtlich Verhaltensbeobachtungen und Führungsqualitäten, begrüßen würden [65].

Die ständige Konfrontation des Zahnarztes mit Angstpatienten und die daraus resultierenden Belastungen erfordern, aufgrund der nachgewiesenen Mängel im Bereich der Psychosomatik, effiziente Aus- und Weiterbildungen im Bereich „Psychologie in der Zahnmedizin“ [10, 33].

1.5 Zielsetzung

Zahlreiche Studien widmeten sich der hohen Arbeitsbeanspruchung von Zahnärzten und machten allgemeine Belastungsfaktoren des zahnärztlichen Alltags ausfindig. Die daraus resultierende Stressempfindung, belastet den Zahnarzt körperlich, geistig und auch emotional. Unter den Belastungsfaktoren findet sich gehäuft die Gruppe der Angstpatienten. Hier wird vom Zahnarzt erwartet, die Angstreaktionen dieser Patienten frühzeitig zu erkennen und sein Verhalten zu adaptieren um folglich den richtigen Umgang mit dem Angstpatienten gewährleisten zu können. Dieses spezielle und nicht alltägliche Verhalten des Zahnarztes verlangt psychosomatische Kenntnisse, die zumeist nicht während des Studiums vermittelt werden.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien setzt sich mit der Angst der Patienten vor dem Zahnarzt auseinander. Dabei schenkte man jedoch weniger Beachtung den Ängsten und Belastungen des Zahnarztes bei der Behandlung von Angstpatienten.

In der vorliegenden Studie werden zunächst die allgemeinen Arbeitsbelastungen und die Folgen der Arbeitsbeanspruchung die ein Zahnarzt empfindet und wahrnimmt, erfasst, um anschließend das Hauptaugenmerk auf die Bedeutung des Angstpatienten für den Zahnarzt zu legen. Dabei wird auch nach der Inanspruchnahme psychosomatischer Fortbildungsangebote gefragt.

2. Material und Methodik

2.1 Untersuchungsaufbau

2.1.1 Rekrutierung der Probanden

Die Zahnärzte und Zahnärztinnen für diese Studie rekrutieren sich aus einer Auswahl von Zahnarztpraxen des Landes Nordrhein- Westfalen speziell der Region Westfalen- Lippe. Zur Selektion der Probanden stand die Zahnärztekammer Westfalen- Lippe mit ihrem Praxissuchdienst zur Verfügung. Die Auswahl von n=151 Zahnärzten erfolgte über eine Stichprobenziehung nach dem Zufallsprinzip.

2.1.2 Befragung

Die Kontaktierung der Probanden erfolgte in 3 Schritten.

1. Vorankündigung
2. Terminvereinbarung
3. Telefoninterview mittels eines Fragebogens

Zunächst erhielten die Zahnärzte und Zahnärztinnen per Post eine schriftliche Vorankündigung, indem der Studienzweck erläutert und eine Ankündigung zu einer Terminvereinbarung mit anschließendem Telefoninterview gemacht wurde. Zur Beantwortung des Fragebogens wurden etwa 10 Minuten benötigt.

Im Zeitraum von September 2009 bis Juli 2010 wurde die Befragung durchgeführt. Insgesamt wurden n=151 Zahnärzte und Zahnärztinnen kontaktiert.

75,5 % (n = 114) nahmen an der Befragung teil, davon 67 männlichen und 47 weiblichen Geschlechts. Das durchschnittliche Alter lag bei 48,61 Jahre mit einer Standardabweichung von 10,057.

Die Berufserfahrung betrug im Durchschnitt 21,89 Jahre mit einem Minimum von 5 Jahren und einem Maximum von 56 Jahren.

112 der Probanden waren selbstständig tätig und nur 2 Probanden waren angestellt.

2.2 Aufbau des Interviewleitfadens

Für den Interviewleitfaden wurden die Fragebögen nach Micheelis (1984) und Dürr (1996) als Grundlage genommen, die für die zu untersuchende Fragestellung ergänzt und überarbeitet werden mussten. Der vollständige Leitfaden findet sich im Anhang.

Auf der Basis der Kenntnisse aus der Einleitung wurde ein strukturierter Interviewleitfaden, welcher 14 Fragen umfasst, erstellt. Es erschienen sowohl offene Fragen, die den Probanden eine freie Beantwortung ermöglichten, als auch geschlossene. Diese geschlossenen Fragen wurden entweder mit ja oder nein beantwortet oder durch Mehrfachnennungen bei Auswahlfragen. 3 Fragen waren innerhalb einer Skaleneinteilung von 0 - 10 (0= gar nicht bis 10= sehr stark) zu beantworten.

Der Interviewleitfaden gliedert sich in 3 Abschnitte.

Der erste Teil beinhaltet soziodemographische Daten. Darin sind Angaben zu Alter, Geschlecht, Praxisstandort, Approbationsjahr, Position innerhalb der Praxis und Größe der Praxis enthalten. Der somit vorliegende Status ermöglichte eine Kategorisierung der einzelnen Zahnärzte zu verschiedenen Probandengruppen.

Die Frage nach der Anzahl der pro Tag durchschnittlich behandelten Patienten und die Einschätzung der Zahnärzte, wie viele Patienten davon als Angstpatienten einzustufen sind, ermöglichte einen Übergang zu den darauffolgenden Fragestellungen.

Der zweite Teil beschreibt die allgemeine Arbeitsbelastung bei Zahnärzten.

Zum Einstieg in die Thematik wurde der Proband gebeten, sein Empfinden häufig unter Zeitdruck und Stress zu stehen, zu beurteilen. Des Weiteren wurden, im Rahmen einer offenen Frage, die persönlichen Gründe für die allgemeine Arbeitsbelastung erfragt. Die genannten Antworten konnten sortiert werden und somit entstanden 14 verschiedene Kategorien.

Weiterhin wurde erfragt, inwiefern sich diese Arbeitsbelastung körperlich bemerkbar macht. Bei dieser Frage waren freie Antworten möglich, welche wiederum kategorisiert werden konnten.

Der letzte Abschnitt des Interviews befasst sich ausschließlich mit Fragen zum Belastungserleben der Zahnärzte bei der Behandlung von Angstpatienten. Zunächst wird die Reaktion des Zahnarztes auf den Angstpatienten mittels mehrerer Antwortmöglichkeiten erfragt, um anschließend seine Reaktionen und Empfindungen während der Behandlung zu erörtern.

Die nächste Frage befasst sich mit der psychischen Belastung des Zahnarztes während der Behandlung des Angstpatienten und in einer weiteren Frage erhält man Antwort darauf, ob der Zahnarzt selber Angst bei manchen Angstpatienten-Behandlungen hat.

Der abschließende Teil des Interviews sollte Aufschluss darüber geben, ob die Zahnärzte an psychosomatisch-psychotherapeutischen oder klinisch-psychologischen Vorlesungen oder Seminaren zum Thema Zahnbehandlungsangst teilgenommen haben, und ob sie in der Lage sind, Angstpatienten anhand von bestimmten Erkennungsmerkmalen zu identifizieren.

2.3 Statistik

Als statistische Auswertungssoftware wurde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, USA, Version 19) verwendet. Die Häufigkeitsverteilungen einer Variable wurden als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Für die Ergebnisse der deskriptiven Statistik wurden Anzahl/Prozent bzw. Mittelwert und Standardabweichung ermittelt.

Anhand einer Korrelationsanalyse wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht. Zur Testung der Korrelation diente der Pearson'sche Korrelationskoeffizient r .

Der T-Test wurde verwendet, um die Mittelwerte einer Variablen für zwei unabhängige Stichproben zu vergleichen.

Zusammenhänge zwischen dichotomen Variablen wurden anhand des Chi-Quadrat Tests überprüft.

Das Signifikanzniveau lag für alle Tests bei $p < 0,05$.

3. Ergebnisse

3.1 Auswertungen der Zahnarztfragebögen

3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Zum Zeitpunkt der Analyse wurden n= 151 Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen kontaktiert. Davon nahmen insgesamt 75,5% (n=114) teil. 37 Probanden partizipierten nicht an der Studie und nannten Zeitmangel und Desinteresse als Begründung. In dieser Studie zeigte die Geschlechtsverteilung ein Überwiegen männlicher Zahnärzte mit 58,8% (n=67). Lediglich 41,2% (n=47) Frauen nahmen an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter aller Probanden lag im Mittelwert bei 48,61 Jahren mit einer Standardabweichung von 10,057. Der jüngste Proband war 30 Jahre, der älteste 85 Jahre alt.

Abbildung 3-1 veranschaulicht die Verteilung der Praxisstandorte der Zahnärzte und Zahnärztinnen in der Region Westfalen- Lippe.

Praxisstandort	n	Prozent (%)
Bielefeld	19	16,7
Coesfeld	3	2,6
Hagen	1	0,9
Hamm	4	3,5
Lippstadt	22	19,3
Münster	61	53,5
Paderborn	4	3,5
Gesamt	114	100,0

Abb. 3-1: Praxisstandorte

Die Anzahl der Berufsjahre seit der Approbation zeigte eine durchschnittliche Tätigkeit von $21,89 \pm 9,902$ Jahren (Range 5-56 Jahre).

98,2% (n=112) der Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen waren selbstständig, nur 1,8% (n=2) waren als Angestellte tätig.

Die durchschnittliche Praxisgröße ausgedrückt in Scheinen pro Quartal lag bei knapp drei Vierteln der befragten (73,7%) bei 200 bis 800 Scheinen pro Quartal (Abbildung 3-2).

Praxisgröße (Scheine pro Quartal)	n	Prozent (%)
unter 200 Scheine	5	4,4
200- 800 Scheine	84	73,7
mehr als 800 Scheine	25	21,9
Gesamt	114	100,0

Abb. 3-2: Praxisgröße in Scheinen pro Quartal

3.1.2 Auswertung der allgemeinen Arbeitsbelastung

Bei der Beurteilung der allgemeinen Arbeitsbelastung gaben 52,6% (n=60) der Zahnärzte an, durchschnittlich 21 bis 30 Patienten am Tag zu behandeln. Weitere 35,1% (n=40) der Probanden untersuchten bis zu 20 Patienten am Tag und ausschließlich 12,3% (n=14) der Zahnärzte behandelten mehr als 30 Patienten pro Tag.

Nachfolgend wurden die Probanden gefragt, wie viele dieser Patienten am Tag als Angstpatienten einzustufen wären. Die Anzahl der Angstpatienten pro Tag lag im Schnitt bei $6,22 \pm 3,908$ (Range 1-18 Angstpatienten).

Zur weiteren Einschätzung der allgemeinen Arbeitsbelastung wurde der erlebte Zeitdruck auf der Skala von 0 bis 10 mit durchschnittlich $5,77 \pm 2,013$ angegeben.

Gleichermaßen wurde die Empfindung von Stress und Überbelastung auf der Skala 0 bis 10 mit durchschnittlich $5,36 \pm 1,750$ angegeben.

Wie in Abbildung 3-3 dargestellt, gaben 50,0% (n=57) der Probanden an, Angstpatienten als hauptsächliche Ursache der allgemeinen Belastung zu empfinden. 30,7% (n=35) gaben die Kinderbehandlung als Belastungsfaktor an, sowie weitere 30,7% (n=35) die Abrechnung. Bei 29,8% (n=34) hat das Gefühl, unter Zeitdruck zu stehen, eine überlastende Wirkung.

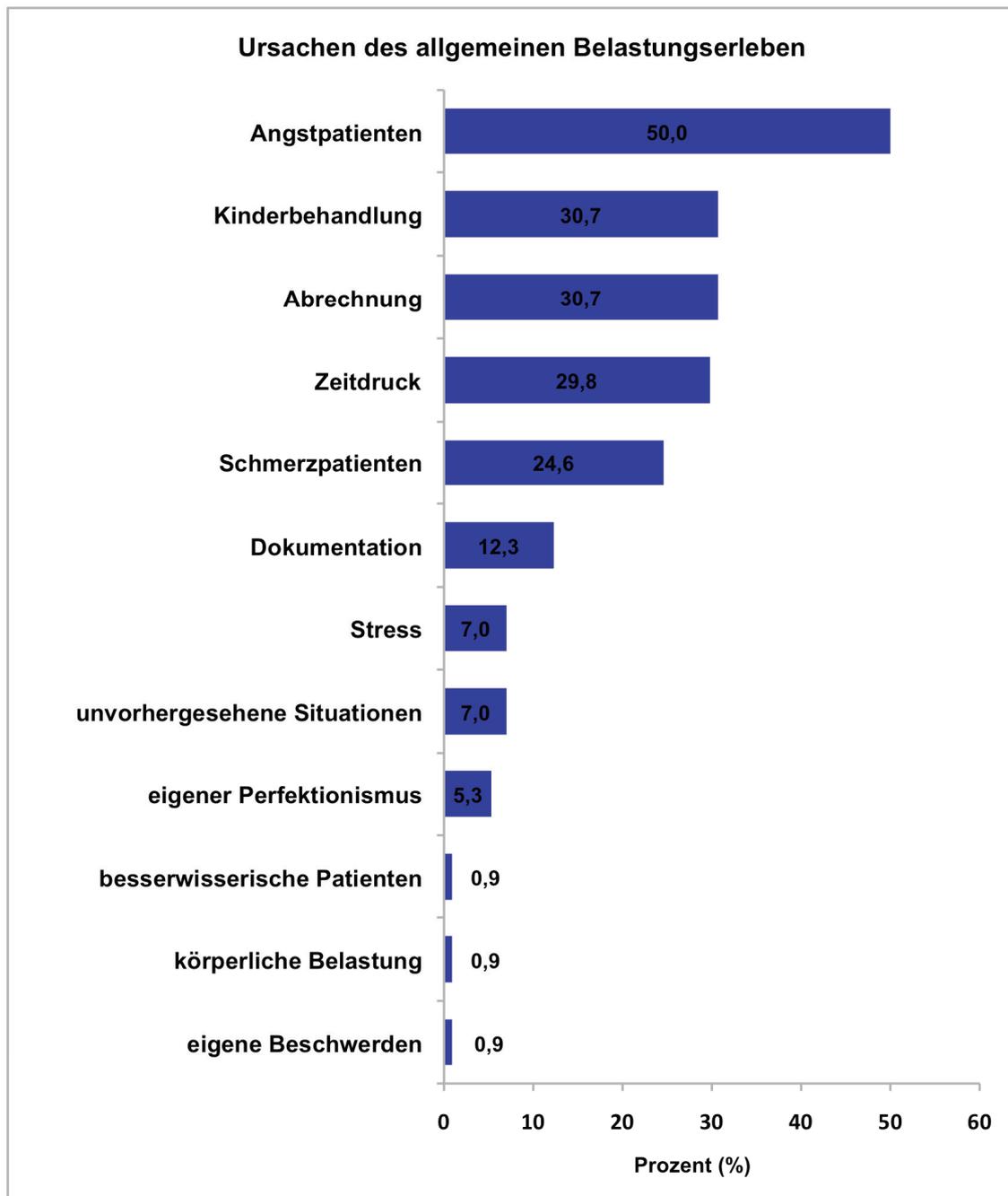


Abb. 3-3: Ursachen des allgemeinen Belastungserleben

Abbildung 3-4 zeigt die Häufigkeitsverteilung der auftretenden Symptome durch die Belastung. 52,6% (n=60) gaben Muskelverspannungen als Hauptsymptom an, dicht gefolgt von Ärger und Reizbarkeit mit 51,8% (n=59). Ferner wurde das Gefühl der Nervosität/Anspannung zu 29,8% (n=34) sowie die Empfindung einer inneren Unruhe zu 26,3% (n=30) erwähnt.

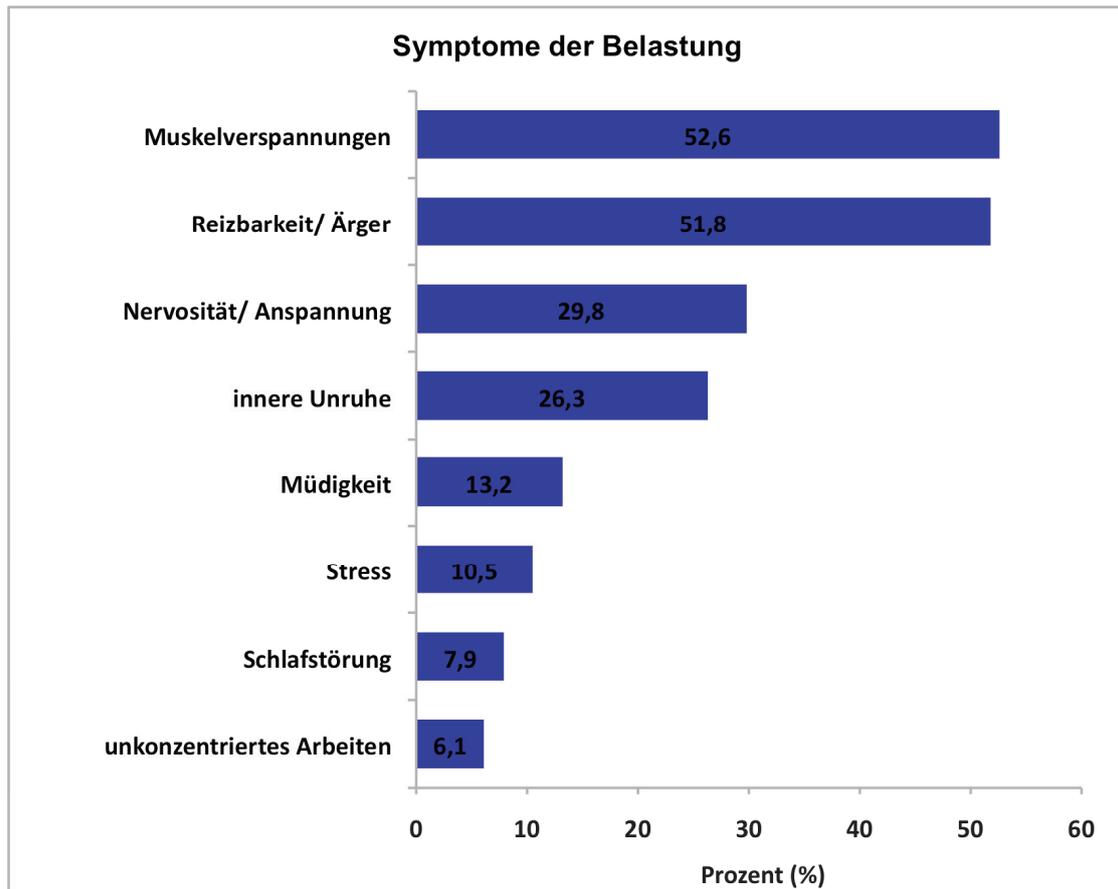


Abb. 3-4: Symptome der Belastung

3.1.3 Auswertung des Belastungserleben bei der Behandlung von Angstpatienten

Der folgende Teil des Interviews befasste sich mit dem Belastungserleben der Zahnärzte und Zahnärztinnen speziell bei der Behandlung von Angstpatienten. Aus Abbildung 3-5 wird der Umgang des Zahnarztes mit dem Angstpatienten ersichtlich. 91,2% (n=104) bevorzugen die Beruhigung sowie das Versprechen vorsichtig zu arbeiten. An zweiter Stelle wurden zu 82,5% (n=94) Gespräche erklärender und beratender Art erwähnt. Von einem geringen Prozentsatz (5,3%; n=6) wurde das Hinzuziehen eines Psychotherapeuten als Mittel der Wahl zum besseren Umgang mit dem Angstpatienten genannt.

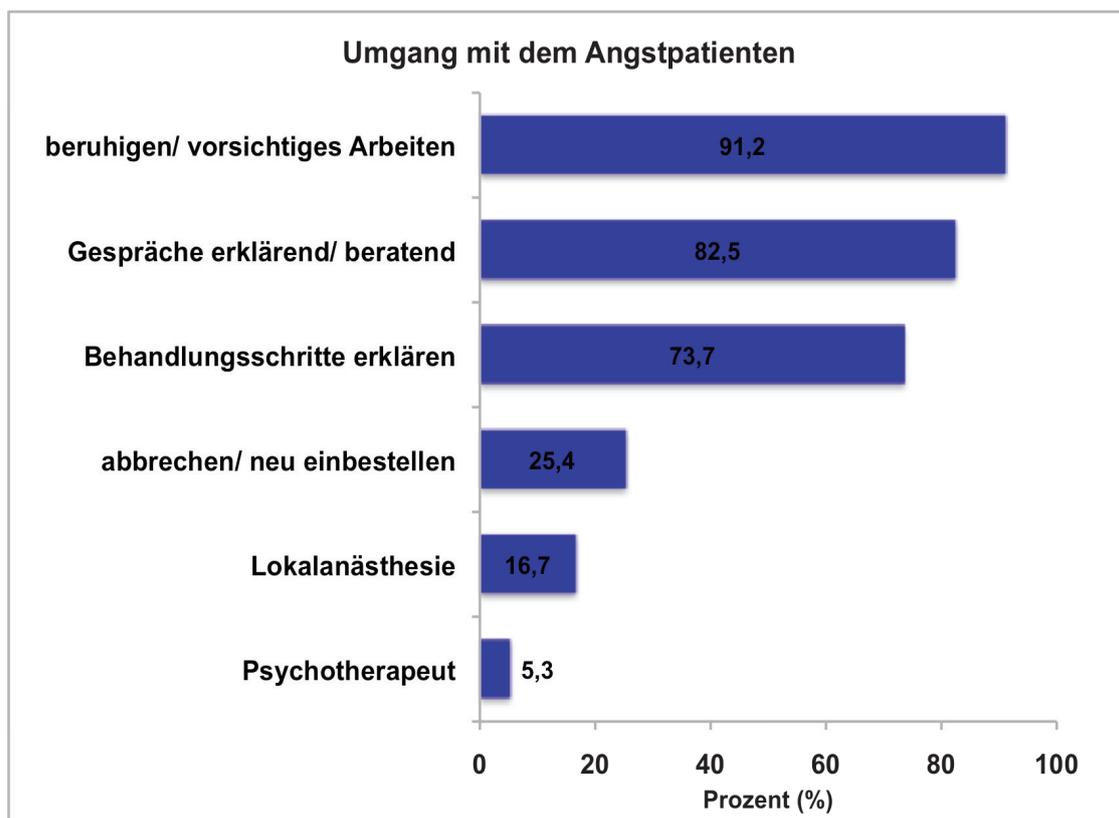


Abb. 3-5: Umgang mit dem Angstpatienten

Bei der Beurteilung der Befindlichkeit während der Behandlung von Angstpatienten, waren 37,7% (n=43) der Meinung, keinerlei Veränderungen zu

verspüren. 17,5% (n=20) gaben an, in ihrer Tätigkeit übervorsichtig zu werden und 16,7% (n=19) fühlten sich abgespannt und müde (Abbildung 3-6).

Befindlichkeit während der Behandlung	n	Prozent (%)
übervorsichtig	20	17,5
abgespannt, müde	19	16,7
nervös	18	15,8
gereizt	14	12,3
keine Veränderung	43	37,7
Gesamt	114	100,0

Abb. 3-6: Befindlichkeit während der Behandlung von Angstpatienten

Des Weiteren wurde die erlebte Belastung während der Behandlung von Angstpatienten auf der Skala von 0 bis 10 mit durchschnittlich $5,19 \pm 2,069$.

Daran anschließend bejahten 33,3% (n=38) der Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen, dass sie bei manchen Angstpatienten Behandlungen selber Angst haben.

100,0% (n=114) der Probanden stimmten der Wahrnehmung des Angstpatienten durch spezifische Erkennungsmerkmale zu.

Aus Abbildung 3-6 wird deutlich, dass die verschlossene Körperhaltung mit 58,8% (n=67) Hauptkennungsmerkmal des Angstpatienten ist. Für weitere 49,1% (n=56) der Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen sind schwitzende Hände und Stirn sowie zu 28,9% (n=33) die Logorrhoe ein Anzeichen der Angst.

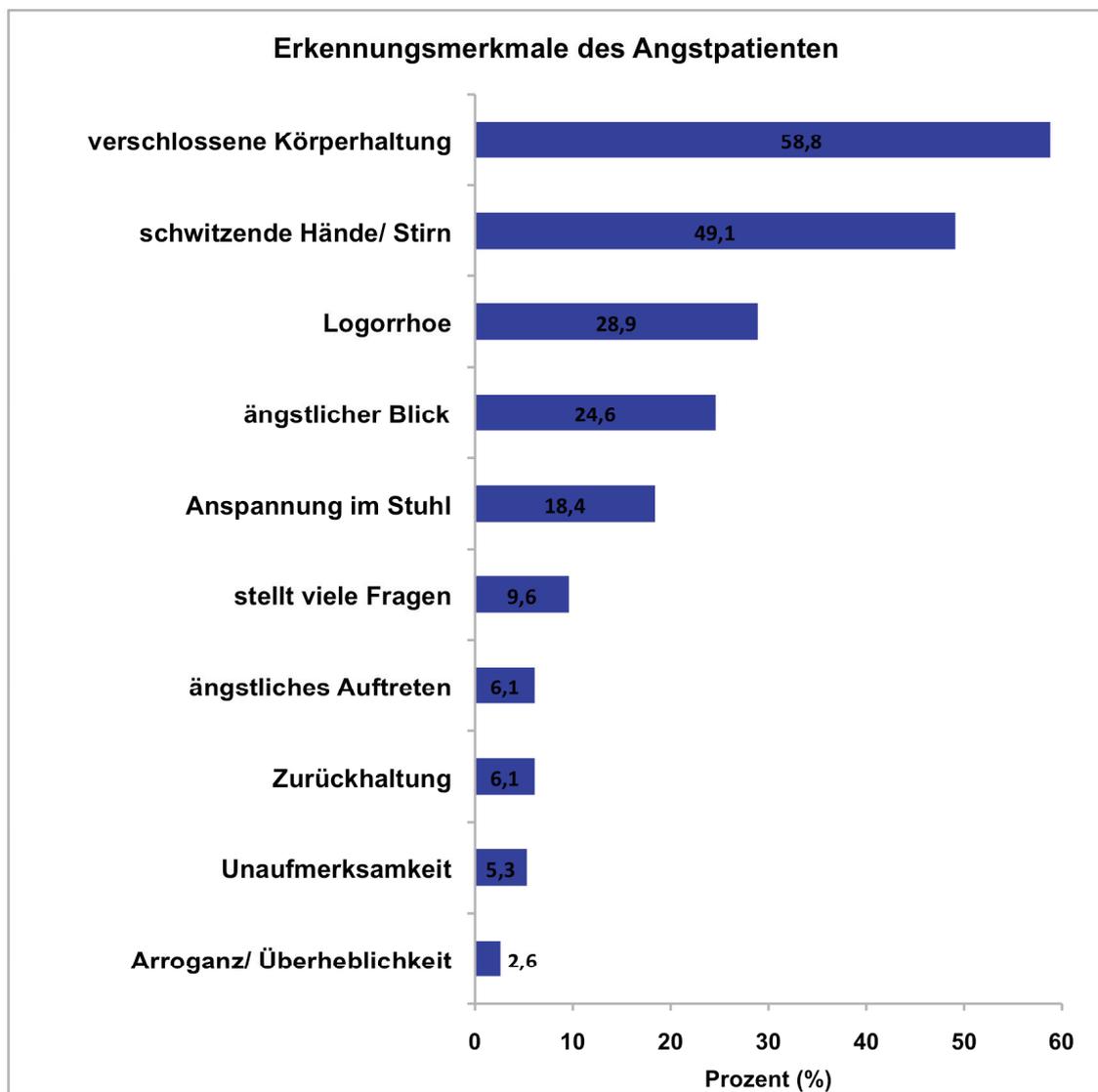


Abb. 3-7: Erkennungsmerkmale des Angstpatienten

3.1.4 Psychologische Schulung

Die überwiegende Mehrheit der Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen (66,7%, n=76) würden eine psychologische Schulung in Richtung „Angstpatient“ begrüßen.

57,9% (n=66) der Probanden waren der Meinung, dass die zahnmedizinisch-psychologische Schulung während des Studiums am effizientesten erscheint. Weitere 24,6% (n=28) sahen die postgraduelle Fortbildung als Möglichkeit. Lediglich ein Proband sah eine Hypnoseausbildung als Mittel der Wahl.

Die eigene Teilnahme an psychologischen Schulungen während des Studiums ergab, dass 97,4% (n=111) der Probanden, nie an solchen Vorlesungen, Seminaren oder Kursen während ihrer universitären Laufbahn teilgenommen haben. Lediglich 2,6% (n=3) der Probanden hatten psychologische Vorlesungen speziell zum Umgang mit Angstpatienten während des Studiums besucht.

3.2 Zusammenhänge zwischen Berufserfahrung und Belastung

Im folgenden Untersuchungsteil wurde die Korrelation zwischen der Anzahl der Berufsjahre seit der Approbation und der Empfindung von Stress analysiert.

Es zeigte sich eine negative Korrelation von $r = -0,156$.

Obwohl der Wert $p = 0,097$ nicht als signifikant einzustufen ist, lässt sich aus diesem Wert eine Tendenz erkennen.

Die positive Korrelation ($r = 0,163$) zwischen der Anzahl der Berufsjahre seit der Approbation und der Befindlichkeit während der Behandlung von Angstpatienten ist mit $p = 0,083$ nicht als signifikant einzustufen, kann jedoch ebenfalls als eine Tendenz interpretiert werden.

3.3 Belastungserleben und Geschlecht

Im folgenden Teil wurde analysiert inwieweit das Geschlecht mit dem Belastungserleben korrelierte. Folgende Belastungsfaktoren wurden in Abhängigkeit des Geschlechts analysiert:

- Belastung durch den Angstpatienten
- Anzahl der Angstpatienten pro Tag
- Zeitdruck
- Stress/ Überlastung

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Belastung durch den Angstpatienten ($T=2,239$, $df=112$, $p=0,027$).

So fühlten sich Frauen mit einem Mittelwert von $5,70 \pm 2,115$ mehr durch den Angstpatienten belastet als Männer mit einem Mittelwert von $4,84 \pm 1,974$.

Ebenso stellte sich eine statistische Signifikanz zwischen dem Geschlecht und der Anzahl der zu behandelnden Angstpatienten pro Tag ($T=2,110$, $df=112$, $p=0,037$) dar. Bei den Frauen ergab dieser Vergleich einen Mittelwert von $7,13$ mit einer Standardabweichung von $4,271$ und bei den Männern einen Mittelwert von $5,58$ mit einer Standardabweichung von $3,525$. Daraus wird ersichtlich, dass Frauen pro Tag mehr Angstpatienten behandeln als Männer.

Im Nachfolgenden wurde der zu verspürende Zeitdruck mit dem Geschlecht in Beziehung gesetzt. Dieser Vergleich ergab bei den weiblichen Zahnärzten einen Mittelwert von $6,00 \pm 2,126$ und bei den männlichen Zahnärzten einen Mittelwert von $5,61 \pm 1,930$. Die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtsgruppen sind nicht signifikant ($T=1,013$, $df=112$, $p=0,313$).

Schließlich wurde der Faktor „Stress und Überlastung“ mit dem Geschlecht gegenübergestellt. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge ($T=0,661$, $df=112$, $p=0,528$). Daraus wird ersichtlich, dass sowohl Frauen mit

einem Mittelwert von $5,49 \pm 1,999$ als auch Männer mit einem Mittelwert von $5,27 \pm 1,563$ ähnlich intensive Stressempfindungen zeigen.

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Zahnarztes und der Patientenzahl pro Tag findet sich in Abbildung 3-8.

		Patientenzahl pro Tag			
		< 21	21-30	> 30	Gesamt
Geschlecht	weiblich	20	21	6	47
	männlich	20	39	8	67
Gesamt		40	60	14	114

Abb. 3-8: Vergleich zwischen Zahnarztgeschlecht und Patientenzahl pro Tag

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Patientenzahl pro Tag ($\chi^2=2,246$, $df=2$, $p=0,325$).

Aus Abbildung 3-9 wird darüber hinaus deutlich, dass 51,1% ($n=24$) der weiblichen Zahnärzte signifikante Angstgefühle während der Behandlung von Angstpatienten empfinden, wogegen dies lediglich 20,9% der männlichen Zahnärzte ($n=14$) angaben ($\chi^2=11,313$, $df=1$, $p=0,001$).

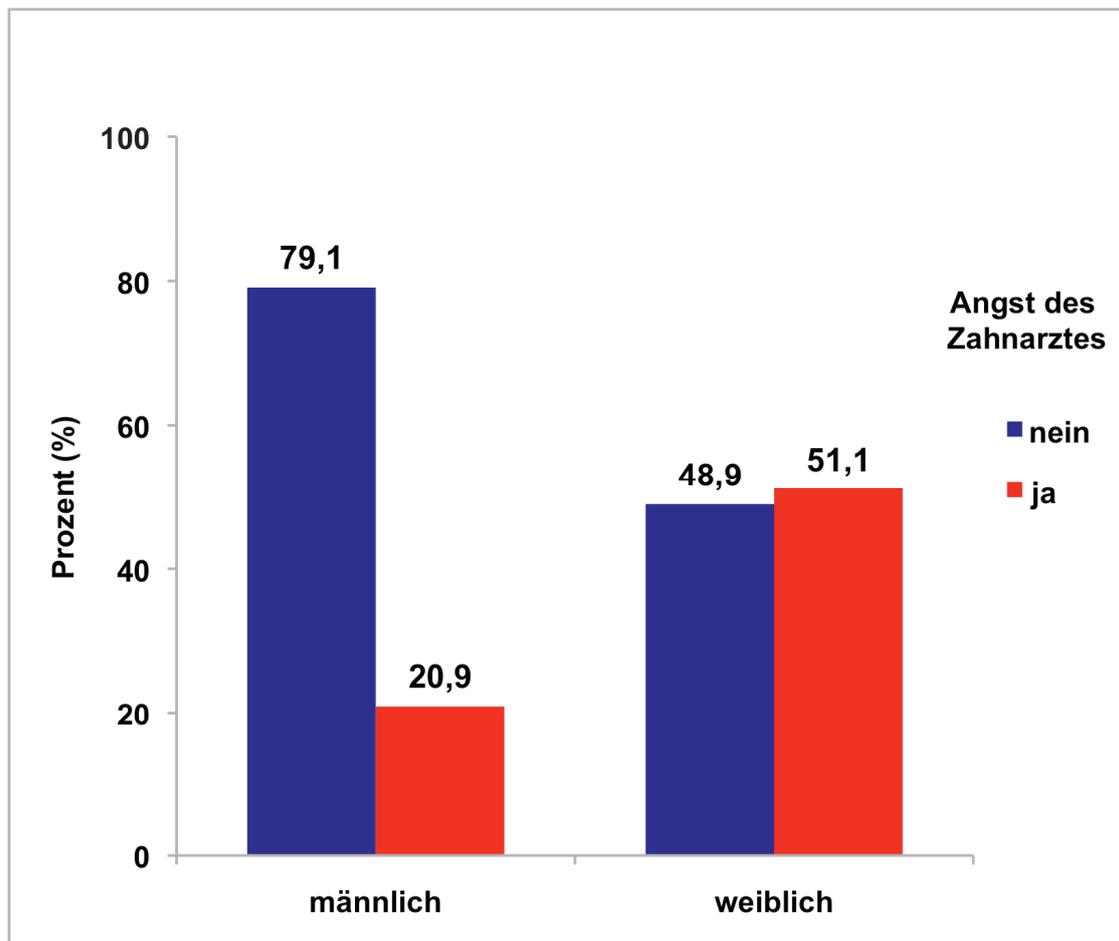


Abb. 3-9: Vergleich zwischen Zahnarztgeschlecht und Angst vor der Behandlung von Angstpatienten

4. Diskussion

4.1 Allgemeine Arbeitsbelastung bei Zahnärzten

In dieser Studie ist die Mehrheit der Zahnärzte der Auffassung, dass die zahnärztliche Tätigkeit im Zusammenhang mit Stress und Zeitdruck steht und der Beruf als solcher oftmals eine Belastung darstellt. Dieses Ergebnis stimmt mit den Erkenntnissen von O'Shea et al. überein, in der drei von vier Zahnärzten ihren Beruf belastender als andere Berufe einstufen [50]. Häufig auftretende stressbeladene Situationen beanspruchen den Zahnarzt kontinuierlich [7]. Ähnliches belegt die Studie von Moore et al., in der 60% der Zahnärzte ihren Beruf als stressbelastet einstufen [46]. Verstärkend auf die erlebte Arbeitsbeanspruchung wirkt der Zeit-, und Termindruck, der mehrfach den zahnärztlichen Alltag bestimmt [21, 66]. Laut Micheelis ist dieser ursächlich für die tägliche Anspannung des Zahnarztes und führt zwangsläufig zu einer hohen Arbeitsbelastung [45]. In dieser Studie wurde der Einfluss der Berufserfahrung auf das Stresserleben ermittelt. Der Tendenz nachweisen berufserfahrene Zahnärzte weniger Stress und Belastungserleben auf. Auch dieses Ergebnis wird durch die Literatur gestützt [44]. In Anbetracht des hohen Belastungsempfindens, erscheint dagegen die in vorangegangenen Untersuchungen postulierte berufliche Zufriedenheit der Zahnärzte erstaunlich [49, 52]. Demzufolge wäre es durchaus interessant, der beruflichen Zufriedenheit im Zusammenhang mit der allgemeinen Arbeitsbelastung in weiteren Studien nachzugehen. Dennoch stellt sich die Frage, welche Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit, abgesehen von Zeit-, und Termindruck, das Belastungserleben der Zahnärzte prägen.

4.1.1 Ursachen und Folgen der allgemeinen Arbeitsbelastung

Als Ursachen der allgemeinen Arbeitsbelastung werden an den ersten zwei Stellen in dieser Studie „Angstpatienten“, gefolgt von „Kinderbehandlung“ genannt. Für ein Drittel der befragten Zahnärzte stellen „Abrechnung“ und „Zeitdruck“ weitere Belastungen dar. „Körperliche Belastung“ und „eigene Beschwerden“ werden an letzter Stelle erwähnt. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse fällt auf, dass der sogenannte „Problempatient“ bei der Entstehung des Belastungserlebens eine große Rolle spielt. Nach Kreyer gibt es nur „wenige, relativ genau umschriebene Patientengruppen“ (S.28), die für den Zahnarzt eine Belastung darstellen [31]. Hierzu zählen zum einen die Non-Compliance Patienten und zum anderen die Angstpatienten und die Kinder [31]. Zu diesem Ergebnis kamen auch Studien von Ayers et al. und Tönnies und Heering-Sick [3, 62]. Die Behandlung speziell von Angstpatienten und Kindern wird als belastungsauslösender Faktor angesehen [44, 63, 64]. Die Kinderbehandlung erfordert ein hohes Maß an Konzentration, da die kindliche Anspannung und Unruhe, meist aus der Angst vor dem Zahnarzt resultiert [64]. Diese Patientengruppen stellen eine hohe Belastung dar, da sie zum einen häufig Situationen hervorrufen, die mit unangenehmen bzw. unbehaglichen Gefühlen einhergehen [13, 37], und zum anderen keine alltäglichen Verhaltens-, und Umgangsweisen des Zahnarztes erfordern [44]. Durch das Zusammenwirken diverser Belastungsfaktoren, steigt das Gefühl der Beanspruchung zweifellos an [64]. So mag, wie bereits vorhergehend erwähnt, der tägliche Zeitdruck in dieser Untersuchung eine weitere Ursache für die allgemeine Arbeitsbelastung sein. Dieses Ergebnis stimmt mit den Erkenntnissen von Ayers et al. und Wilson et al. überein [3, 66]. Darüber hinaus wird der zahnärztliche Alltag durch die Verwaltungsarbeit in negativer Weise geprägt. Laut Micheelis fühlen sich mehr als die Hälfte der Zahnärzte stark, durch die täglich auftretenden Verwaltungsaufgaben belastet [44].

In Anbetracht der allgemeinen Arbeitsbelastung von Zahnärzten scheint vor allem die soziale Interaktion mit sogenannten „Problempatienten“ von besonderem Gewicht zu sein. Quast erklärt, dass der Zahnarzt sich „in einem komplexen Beziehungsnetz vielfältiger beruflicher Anforderungen“ (S.61) befindet, in der berufsspezifische Belastungen wie Kinderbehandlungen und Patientenängste, den Belastungsgrad des Zahnarztes bestimmen [63]. Dabei wird deutlich, dass nicht die zahnmedizinischen und technischen Fertigkeiten dem Zahnarzt Schwierigkeiten bereiten, sondern vielmehr der Umgang mit diversen Patientenreaktionen eine Belastung darstellt.

Die zuvor genannten Belastungsfaktoren, können an der Entstehung sowohl von psychischen als auch von physischen Beeinträchtigungen beteiligt sein. Körperliche Folgen in Form von „Muskelverspannungen“ und psychische in Form von „Reiz und Ärger“ wurden in dieser Untersuchung fast genauso häufig genannt. In absteigender Reihenfolge folgten anschließend die Empfindung von „Nervosität/Anspannung“ und „innere Unruhe“. Zahlreiche Studien kamen in früheren Untersuchungen zu einem vergleichbaren Ergebnis [1, 21, 30]. Aus der hohen allgemeinen Arbeitsbelastung entsteht nach Myers et al. primär ein Gefühl der Angespanntheit und Nervosität. Zahnärzte klagen über physische Beeinträchtigungen, in Form von Rückenschmerzen (68,3%) und Kopfschmerzen (58,3%) [48]. Nach Perez-Padron et al. steht die psychische Belastung in direktem Zusammenhang mit den somatischen Begleiterscheinungen. So entwickeln Zahnärzte mit psychischen Belastungen, mehr körperliche Beschwerden, als welche die keine psychischen Besonderheiten aufweisen [51]. Folglich können psychosomatische Manifestationen wie Bruxismus, Tremor und Muskelverspannungen auftreten [32]. „Schlafstörungen“ (7,9%) und der subjektive Zustand der „Müdigkeit“ (13,2%), der meist aufgrund von Schlafmangel entsteht, machen im Vergleich zu den bereits erwähnten Symptomen der Arbeitsbelastung nur einen geringen Prozentsatz aus. Dieser geringe Prozentsatz ist erstaunlich und stimmt nicht mit dem Ergebnis von Myers et al. überein. Dort gaben 60% der Zahnärzte an, unter Schlafstörungen zu leiden und weitere 48,2% verspürten eine unübliche

Müdigkeit [48]. Dieser Unterschied mag an der unterschiedlichen Auffassung und Einstellung der Zahnärzte zur Erholung liegen, denn die fehlende Erholung kann in der Folge die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und zu Müdigkeit führen. Hervorzuheben ist Alkoholkonsum der in anderen Studien eine wesentliche Folge der Belastung darstellte [1, 17]. So konnte eine positive Korrelation zwischen Stress und Alkoholkonsum bei Zahnärzten gezeigt werden [48]. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Alkoholkonsum nicht erfasst.

4.2 Angstpatienten im zahnärztlichen Alltag

Der Zahnarzt sieht sich täglich einer Vielzahl von ängstlichen Patienten gegenüber. In dieser Studie sind die Zahnärzte der Auffassung, dass 1/3 aller untersuchten bzw. behandelten Patienten, als Angstpatienten einzustufen sind. Untersuchungen von Tönnies und Heering-Sick bestätigen dieses Ergebnis [62]. Trotz minimal-invasiver Techniken und schmerzreduzierender Mitteln, wird in vielen Studien über einen fortbestehenden beachtlichen Anteil von Angstpatienten in der zahnärztlichen Praxis berichtet [15, 19, 34]. Bei der Einschätzung durch die Zahnärzte selbst, stellt sich allerdings die Frage, ob Zahnärzte die Ängste ihrer Patienten richtig einzuschätzen vermögen. Janke et al. führten eine Patientenbefragung durch, in der das Angstgefühl vor dem Zahnarzt erfasst werden sollte. 36% der befragten Patienten gaben an, Ängste vor der zahnärztlichen Behandlung zu empfinden. Im Gegensatz dazu stehen die Einschätzungen der Zahnärzte. So wurden lediglich 23,4% der Patienten von den Zahnärzten als ängstlich eingeschätzt [25]. Die Unterschätzung der Angst seitens der Zahnärzte unterstreicht die Notwendigkeit einer zahnmedizinisch-psychologischen Weiterbildung zum Thema „Angst“. Diese Weiterbildung soll dem Zahnarzt vorerst ermöglichen den Angstpatienten zu erkennen, um anschließend richtige Umgangsweisen anzuwenden und ihn schließlich positiv beeinflussen zu können.

4.2.1 Reaktionen und Empfindungen des Zahnarztes

Bei der Behandlung von Angstpatienten sind 91,2% der Zahnärzte der Meinung, dass beruhigendes und vorsichtiges Arbeiten, Ängste reduzieren kann. Erklärende und beratende Gespräche werden zu 82,5% genannt. Weitere 73,7% der Zahnärzte sind davon überzeugt, dass die Erklärung von Behandlungsschritten ebenfalls Wirkung auf Patientenängste hat. 25,4% der Zahnärzte brechen die Behandlung ab. An fünfter Stelle wird die Anwendung von mehr Lokalanästhesie genannt und die Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten ist nur von geringer Bedeutung. Ähnliche Ergebnisse werden von Micheelis berichtet [44]. Die Erklärung der Behandlungsabfolge sowie ein ruhiges Auftreten in Kombination mit einer beruhigenden Zurede, helfen Ängste des Patienten zu reduzieren. Eine Angstminderung durch mehr Lokalanästhesie zu erzielen wird schließlich nur an vierter Stelle genannt [44]. In einer Untersuchung von Tönnies und Heering-Sick nimmt die Lokalanästhesie jedoch einen höheren Stellenwert ein. Dort heißt es, dass 45% der Zahnärzte eine Angstreduzierung durch mehr Medikation erzielen [62]. Dennoch unterstützen Tönnies und Heering-Sick die gewonnene Erkenntnis, in der die soziale Interaktion mit dem Angstpatienten sinnvoller erscheint als die Medikation [62]. Die Befürchtung, Schmerzen zu erleiden, verstärkt zumeist das Angstgefühl seitens der Patienten. Die Anwendung von mehr Lokalanästhesie kann hinsichtlich dieser Empfindung von Schmerz, eine angstmindernde Wirkung ausüben. Im Gegensatz hierzu ermöglicht jedoch das Gespräch dem Patienten zum einen seine früheren Erfahrungen auszudrücken und zum anderen seine Befürchtungen und Erwartungen mitzuteilen [8, 25, 31, 46, 65]. Dies bestätigt die unverzichtbare Bedeutung des zahnärztlichen Gesprächs, in der die Voraussetzung für den richtigen Umgang speziell mit dem Angstpatienten geschaffen wird. Nach Rafique kann nicht nur die verbale Kommunikation, sondern auch die non-verbale Äußerung des Zahnarztes zu einer Minderung des Gefühls „Angst“ führen. So sollte dem Patienten gegenüber Empathie gezeigt werden [53]. In manchen Fällen reicht das Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient aus, manchmal ist es aber auch

sinnvoll, einen Psychotherapeuten hinzuzuziehen [26]. Laut dieser Untersuchung ziehen nur wenige Zahnärzte einen Psychotherapeuten hinzu. Daraus könnte man ableiten, dass Zahnärzte darum bemüht sind, die psychologischen Besonderheiten ihrer Patienten zu verstehen, um mit ihnen gemeinsam anschließend eine Lösung zu erarbeiten. Eine motivierende Gesprächsführung muss zunächst einmal erlernt werden, damit sie anschließend im Alltag des Zahnarztes Anwendung finden kann. Dies betont, die Erfordernis von psychologischen Weiterbildungen für Zahnärzte.

Die individuell, an den Angstpatienten adaptierten Umgangsweisen, rufen des Öfteren spezifische Reaktionen und Empfindungen beim Zahnarzt hervor. In dieser Studie empfinden 37,7% der Zahnärzte keinerlei emotionale Veränderungen bei der Behandlung von Angstpatienten. In absteigender Reihenfolge werden anschließend Empfindungen wie „überevorsichtig“ (17,5%), „abgespannt/müde“ (16,7%), „nervös“ (15,8%) und „gereizt“ (12,3%) genannt. Ferner wurde auch hier die Bedeutung der Berufserfahrung ermittelt. Der Tendenz nach weisen berufserfahrene Zahnärzte eine bessere Befindlichkeit während der Behandlung von Angstpatienten auf. Dieses Ergebnis stimmt mit den Erkenntnissen von Corah et al. und Tönnies und Heering-Sick überein [8, 62]. Weiner et al. beschreiben außerdem ein Gefühl des Aufgebrachtseins bis hin zu Ärger und Frustration. 63% der Befragten versuchen, eine gewisse Distanz zum Patienten einzuhalten, um nicht emotional beeinflusst zu werden [65].

4.2.2 Belastung und Angst des Zahnarztes vor seinem Angstpatienten

Die Zahnärzte dieser Studie erleben bei der Behandlung von Angstpatienten eine erhebliche Belastung und verspüren zu 33,3% selbst „Angst“ bei der Behandlung dieser Patientengruppe. In der Tat wird in der Literatur des Öfteren über das Ausmaß der Belastung durch die Behandlung von Angstpatienten

berichtet [3, 31, 62, 63]. Eine Untersuchung von Micheelis ergab, dass sich 64% der Zahnärzte durch Angstpatienten belastet fühlen [44]. Zu diesem Ergebnis kommen Tönnies und Herring-Sick ebenfalls [62]. Darüber hinaus vermeiden manche Zahnärzte die Konfrontation mit dem Angstpatienten und lehnen die Behandlung sogar vollkommen ab [65]. Der Aspekt der Angst seitens des Zahnarztes wurde in einer Fragebogenuntersuchung von Corah et al. bestätigt. Hier geben sogar 80% der Zahnärzte Ängste an [8]. Kreyer berichtet, dass 13% der Zahnärzte, als Ursache für ihre Ängste, die Behandlung von Angstpatienten sehen und verweist auf die Bedeutung von Übertragungsprozessen [33]. Die Tatsache, dass Angstpatienten häufig unkooperative und störende Verhaltensweisen zeigen [65], kann durchaus ein umfangreiches Problem bei der Behandlung darstellen. Die in solchen Fällen starke interpersonelle Nähe zwischen Zahnarzt und Patient und der damit verbundene größere Zeitaufwand, wirken oftmals für den Zahnarzt belastend [16, 20, 58]. Diese Erkenntnisse verdeutlichen zum einen das Ausmaß der „Angst“ als Belastungsfaktor und zum anderen die zentrale Bedeutung einer zahnmedizinisch-psychologischen Ausbildung in diesem speziellen Bereich.

4.2.3 Psychologische Kenntnisse über den Angstpatienten

Der hohe Anteil an Angstpatienten und die damit erhöhte Gefahr, Ängste der Patienten zu unterschätzen und zu übersehen unterstreicht die Notwendigkeit, dass psychologische Kenntnisse für Zahnärzte unerlässlich sind. Zahnärzte dieser Studie vertreten die Auffassung, dass der Angstpatient sich durch Erkennungsmerkmale erfassen lässt. Für die Zahnärzte stehen dabei körperliche Merkmale, wie „verschlossene Körperhaltung“ und „schwitzende Hände/Stirn“ an erster Stelle. Psychologische Besonderheiten und Verhaltensweisen des Patienten, wie „Logorrhoe“, „ängstlicher Blick“, „stellt viele Fragen“ und „Unaufmerksamkeit“ werden nur selten erwähnt. Des Weiteren berichten die Zahnärzte, dass eine universitäre psychologische

Ausbildung nur wenig bis gar nicht stattgefunden hat. Nur 2,6% der Befragten nahmen an psychologischen Vorlesungen während des Studiums teil. Ferner hätten 57,9% der Zahnärzte eine psychologische Schulung in Richtung „Angstpatient“ während des Studiums begrüßt. Eine postgraduelle Weiterbildung wurde von 24,6% der Zahnärzte befürwortet.

Die Identifizierung des Angstpatienten ist hinsichtlich des richtigen Umgangs mit ihm, von großer Bedeutung [53]. Zahnärzte bemühen sich zwar die Ängste zu erkennen, sind sich bei der endgültigen Diagnose jedoch unsicher [8]. Aufgrund dieser Unsicherheit bevorzugen manche Zahnärzte, die Angstreaktionen-, und Empfindungen der Patienten zu ignorieren, ohne darauf bedacht zu sein, dass das Meiden und Übersehen der Ängste, die zahnärztliche Behandlung noch belastender erscheinen lässt [39, 65]. Trotz allem sollte die Behandlung von der Forderung bestimmt sein, den Angstpatienten nach der gleichen zahnärztlichen Grundhaltung zu behandeln wie nicht ängstliche Patienten [28]. Somit wird deutlich, dass die heutige Ausübung des Zahnarztberufes nicht nur aus manuellen und technischen Fertigkeiten besteht, sondern für die Gestaltung einer positiven Zahnarzt-Patient-Beziehung spezifische psychosoziale Kompetenzen erforderlich sind. Psychosomatik und Psychologie sind somit Teil des Berufes [59]. In ihrer Studie bestätigen Tönnies und Heering-Sick die fehlende Auseinandersetzung der Zahnärzte während des Studiums mit der Problematik „Angst“ [62]. Diese Ergebnisse sind nicht verwunderlich, da Psychosomatik und Psychologie in der Zahnheilkunde nicht Teil der Approbationsordnung sind [12, 31]. Sowohl in dieser Studie als auch in anderen Untersuchungen scheint das Thema „Angst“ eine große Rolle zu spielen, denn es besteht oftmals der Wunsch seitens der Zahnärzte, die zahnmedizinische Ausbildung um psychologische Kenntnisse zu erweitern beziehungsweise postgraduell psychosoziale Kompetenzen zu erwerben [9, 10, 62, 65]. Eine zahnmedizinisch-psychologische Aus-, und Weiterbildung würde dem Zahnarzt ermöglichen, zum einen den emotionalen Anteil seines Berufes distanzierter gegenüber zu treten und zum anderen seinen Angstpatienten auf psychologischer Ebene gerechter zu werden sowie insgesamt die Zahnarzt-Patient-Beziehung zu optimieren.

4.3 Belastungserleben unter geschlechtsspezifischen Aspekten

Der vorliegenden Untersuchung lag die Annahme zugrunde, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, die das Belastungserleben von Zahnärzten betreffen. Es fanden sich signifikante Unterschiede in der Anzahl der pro Tag behandelten Angstpatienten: weibliche Zahnärzte behandeln mehr Angstpatienten pro Tag als ihre männlichen Kollegen. Erstaunlicherweise ließen sich geschlechtsabhängige Unterschiede in der Belastung des Zahnarztes durch den Angstpatienten nachweisen, wobei sich weibliche Zahnärzte signifikant belasteter durch den Angstpatienten fühlen, als ihre männlichen Kollegen. Gleichermaßen konnte festgestellt werden, dass weibliche Zahnärzte, signifikant mehr Ängste bei der Behandlung des Angstpatienten erleben. Keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede fanden sich bezüglich der Anzahl behandelter Patienten pro Tag, als auch hinsichtlich der Empfindung von Zeitdruck, Stress und Überlastung.

In der Literatur ist dieses Gebiet kaum erforscht. In einer Studie von Micheelis wurde nach geschlechtsspezifischen Unterschieden bezüglich der Beurteilung der Patientenmitarbeit gesucht [44]. Allerdings beschränkte sich diese Untersuchung nur auf wenige Teilaspekte des Themas. Es stellte sich heraus, dass männliche Zahnärzte die Mitarbeit ihrer Patienten prinzipiell deutlich kritischer einordnen als ihre Kolleginnen. Dieser geschlechtsabhängige Unterschied liegt nach Micheelis darin begründet, dass weibliche Zahnärzte durch ihre stärkere sozio-emotionale Berufssicht, größeres Einfühlungsvermögen in auftretende Patientenprobleme beweisen. So kann wiederum, durch mitfühlende Anteilnahme und emotionales Engagement, eine Reduktion von Konflikten mit dem Patienten erreicht werden [44]. Die Auffassung, dass Männer und Frauen emotional unterschiedlich reagieren und Emotionen unterschiedlich verarbeiten, wird durch zahlreiche Studien unterstützt [29, 35]. Emotionen wie Angst, ergeben sich aus der Wahrnehmung und Verarbeitung von Situationen [55]. Laut Töltsch wird Frauen mehr Emotionalität und emotionale Expressivität zugeordnet, dem männlichen Geschlecht hingegen eine objektive Rationalität [61]. Ferner erscheint es

naheliegender, die festgestellte geschlechtsspezifische Differenzierung hinsichtlich der Anzahl behandelter Angstpatienten pro Tag, vor dem Hintergrund der zuvor erwähnten geschlechtsunterschiedlichen interpersonellen Ebene zum Patienten zu sehen. Aufgrund der nicht signifikanten Geschlechtsunterschiede bezüglich der Wahrnehmung von Zeitdruck, Stress und Überlastung kann nicht davon ausgegangen werden, dass weibliche Zahnärzte auf Grund einer eventuell niedrigeren Patientenanzahl und weniger Zeitdruck, dem Angstpatienten mehr Aufmerksamkeit widmen können. In gleicher Weise könnte die höhere Zulauftrate von Angstpatienten darin begründet sein, dass ängstliche Patienten mehr Verständnis und Mitgefühl bei weiblichen Zahnärzten auffinden als bei männlichen.

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass weibliche Zahnärzte trotz ihrer intensiveren Angst- und Belastungswahrnehmung mehr Angstpatienten in ihrem Patientenkollektiv aufweisen als ihre männlichen Kollegen. Die hohe Anzahl von Angstpatienten und die zuvor genannten Empfindungen seitens der Zahnärzte, stellen nochmals die Unerlässlichkeit von Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin heraus. Der geschlechtsspezifische Unterschied, angesichts der Empfindung von Angst und Belastung bei der Behandlung ängstlicher Patienten, ist bisher kaum erforscht worden und sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

5. Abbildungsverzeichnis

Abb. 3-1: Praxisstandorte	26
Abb. 3-2: Praxisgröße in Scheine pro Quartal	27
Abb. 3-3: Ursachen des allgemeinen Belastungserleben	29
Abb. 3-4: Symptome der Belastung	30
Abb. 3-5: Umgang mit dem Angstpatienten	31
Abb. 3-6: Befindlichkeit während der Behandlung von Angstpatienten	32
Abb. 3-7: Erkennungsmerkmale des Angstpatienten	33
Abb. 3-8: Vergleich zwischen Zahnarztgeschlecht und Patientenzahl pro Tag	37
Abb. 3-9: Vergleich zwischen Zahnarztgeschlecht und Angst vor der Behandlung von Angstpatienten	38

6. Literaturverzeichnis

1. Atkinson JM, Millar K, Kay EJ et al. (1991) Stress in dental practice. Dent Update 18(2):60-64
2. Augustiny KF (1983) Beruflicher Stress und seine Bewältigungsformen - eine Untersuchung an Schweizer Zahnärzten. SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 93(786-803
3. Ayers KM, Thomson WM, Newton JT et al. (2008) Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. Occup Med (Lond) 58(4):275-281
4. Bartsch A, Witt E (2003) Patientencompliance in der Zahnheilkunde. Schlütersche Verlag, Hannover, S 9-13
5. Burke FJ, Main JR, Freeman R (1997) The practice of dentistry: an assessment of reasons for premature retirement. Br Dent J 182(7):250-254
6. Castro WHM (2001) Wirbelsäulenbelastungen bei Zahnärzten. In: Meyer VP, Brehler R, Castro WHM, Nentwig CG (Hrsg) Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln München, Bd. 24 S 57-70
7. Cooper CL, Watts J, Kelly M (1987) Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK. Br Dent J 162(2):77-81
8. Corah NL, O'Shea RM, Ayer WA (1985) Dentists' management of patients' fear and anxiety. J Am Dent Assoc 110(5):734-736
9. Cordula B (2006) Bedarf an Medizinischer Psychologie in der Zahnheilkunde- eine wissenschaftliche Untersuchung unter Zahnärzten und Zahnmedizinstudenten. Diss., Universität Münster, Deutschland
10. Demmel HJ (2006) Der "merkwürdige" Patient in der zahnärztlichen Praxis. zm 96(1):29-31
11. Denton DA, Newton JT, Bower EJ (2008) Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. Br Dent J 205(7):E13; discussion 382-383
12. Doering S (2006) Balintgruppenarbeit. zm 96(22):82-83

13. Dürr K (1996) Unbehagen bei der Zahnbehandlung- eine medizin-psychologische Untersuchung zur Angst des Zahnarztes vor schwierigen Patienten und anderen Belastungsfaktoren des Praxisalltags. Diss., Universität Leipzig, Deutschland
14. Engen E, Birner U (1991) Wie erkenne ich psychosomatische Zusammenhänge beim Patienten? *zm* 81(20):2020-2022
15. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P (2006) Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin Oral Investig* 10(1):84-91
16. Fleischer-Peters A, Zschiesche S, Fischer de Menéndez G (1989) Die Angst des Arztes in der Konfrontation mit Problempatienten. In: Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg) *Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin*. Quintessenz-Verlag, Berlin Chicago London São Paulo Tokio, S 77-81
17. Frazer M (1992) Contributing factors and symptoms of stress in dental practice. *Br Dent J* 173(3):111
18. Gorter RC, Eijkman MA, Hoogstraten J (2000) Burnout and health among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci* 108(4):261-267
19. Hakeberg M (1992) Dental anxiety and health. Diss., Universität Göteborg, Schweden
20. Hakeberg M, Klingberg G, Noren JG et al. (1992) Swedish dentists' perceptions of their patients. *Acta Odontol Scand* 50(4):245-252
21. Hastings A (1982) Stress in dental practice. *J Am Soc Psychosom Dent Med* 29(4):111-120
22. Heim E, Augustiny KF (1988) Umgang der Zahnärzte mit Berufsstress. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 98(10):1057-1066
23. Humphris GM, Cooper CL (1998) New stressors for GPs in the past ten years: a qualitative study. *Br Dent J* 185(8):404-406
24. Ingersoll BD (1987) Ein Überblick über die psychologischen Aspekte der Zahnmedizin. In: Ingersoll BD (Hrsg) *Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde*. Quintessenz Verlag, Berlin Chicago London São Paulo Tokio, S 17-28

25. Janke FB, Wietersheim J (2009) Angst vor dem Zahnarzt - eine Fragebogenuntersuchung an Patienten und deren Zahnärzten. Dtsch Zahnärztl Z 64(7):420-427
26. Johnke G (1994) Zahnärzte und Psychologen müssen besser zusammenarbeiten. zm 84(4):35
27. Jöhren P, Margraf-Stiksrud J (2002) Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen. Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 57(1):9-10
28. Jöhren P, Sartory G (2002) Zahnbehandlungsangst-Zahnbehandlungsphobie. Schlütersche Verlag, Hannover, S 15-24
29. Kemp AH, Silberstein RB, Armstrong SM et al. (2004) Gender differences in the cortical electrophysiological processing of visual emotional stimuli. Neuroimage 21(2):632-646
30. Kierklo A, Kobus A, Jaworska M et al. (2011) Work-related musculoskeletal disorders among dentists - a questionnaire survey. Ann Agric Environ Med 18(1):79-84
31. Kreyer G (1990) Die Angst des Zahnarztes vor seinem schwierigen Patienten. ÖZZ 41(6):24-29
32. Kreyer G (1992) Zur Inzidenz und Wertigkeit von psychischen, somatischen und psychosomatischen Belastungsfaktoren bei österreichischen Zahnbehandlern. Z. Stomatol 89(6):319-331
33. Kreyer G (2004) Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie. Facultas, Wien, S 18-35
34. Kunzelmann KH, Dunninger P (1990) Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. Community Dent Oral Epidemiol 18(5):264-266
35. Lang PJ, Bradley MM, Cuthbert BN (1997) International Affective Picture System: NMH Center for the Study of Emotion and Attention.
36. Leitfaden (2006) Zahnbehandlungsangst / Zahnbehandlungsphobie. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg) Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Bundeszahnärztekammer, Berlin, S 20-21
37. Makuch A, Reschke K, Dürr K (2001) Das Unbehagen von Zahnärzten bei der Zahnbehandlung- Emotionale, kognitive und körperliche Belastungsfaktoren. In: Sergl HG, Huppmann G, Kreyer G (Hrsg)

- Jahrbuch der Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Hänsel-Hohenhausen, Engelsbach Frankfurt a.M. München New York, Bd. 7 S 44
38. Margraf-Stiksrud J (1991) Zahnärzten wird Unterrichtsprogramm in Psychologie vorgestellt. *zm* 81(2):122-125
39. Margraf-Stiksrud J (1996) Angst und Angstabbau. In: Sergl HG (Hrsg) Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 87-116
40. Maslach C (1979) Burned-out. *Can J Psychiatr Nurs* 20(6):5-9
41. Mehrstedt M, Tönnies S (2002) Vorbeugung und Therapie bei Patienten mit Zahnbehandlungsängsten. *Zahn Prax* 5(3):172-176
42. Meyer VP (2001) Zusammenfassung. In: Meyer VP, Brehler R, Castro WHM, Nentwig CG (Hrsg) Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln München, Bd. 24 S 107-114
43. Micheelis W (1984) Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2. unveränderte Aufl. S 55-56
44. Micheelis W (1984) Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2. unveränderte Aufl. S 14-54
45. Micheelis W (2010) Zahnärzte im Arbeitsstress. *zm* 100(9):18-23
46. Moore R, Brodsgaard I (2001) Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 29(1):73-80
47. Müller-Fahlbusch H (1981) Der Patient mit übergroßer Angst. In: Müller-Fahlbusch H, Marxkors R (Hrsg) Zahnärztliche Psychagogik: vom Umgang mit dem Patienten. Hanser Verlag, München Wien, S 74-79
48. Myers HL, Myers LB (2004) 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J* 197(2):89-93; discussion 83; quiz 100-101
49. Nentwig CG (2001) Interdependenzen zwischen Stressbelastung, Berufsdermatosen und Wirbelsäulenbelastungen. In: Meyer VP, Brehler R, Castro WHM, Nentwig CG (Hrsg) Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln München, Bd. 24 S 91-100

50. O'Shea RM, Corah NL, Ayer WA (1984) Sources of dentists' stress. *J Am Dent Assoc* 109(1):48-51
51. Perez-Padron M, Bernabe E, Gomez-Santos G et al. (2010) Healthy mind and body in a healthy work environment. *Int Dent J* 60(6):395-398
52. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J et al. (2008) Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists. *Ind Health* 46(3):247-252
53. Rafique S, Banerjee A, Fiske J (2008) Management of the petrified dental patient. *Dent Update* 35(3):196-206
54. Rogers C, Malone KM (2009) Stress in Irish dentists: developing effective coping strategies. *J Ir Dent Assoc* 55(6):304-307
55. Schachter S, Singer JE (1962) Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev* 69(379-399)
56. Schaufeli WB, Enzmann D (1998) *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor & Francis, London, S 19-99
57. Schofield D, Fletcher S, Page S et al. (2010) Retirement intentions of dentists in New South Wales, Australia. *Hum Resour Health* 8(9)
58. Sergl HG (1996) Der Zahnarzt und sein Patient - Zahnarzt-Patient-Beziehung. In: Sergl HG (Hrsg) *Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde*. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 11-29
59. Staehle I (1993) Psychosomatisches Denken in der Zahnmedizin. *zm* 4:47-48
60. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM et al. (2008) Burnout development among dentists: a longitudinal study. *Eur J Oral Sci* 116(6):545-551
61. Töltsch C (2002) Aggression und Gewalt unter geschlechtsspezifischem Aspekt. Grin Verlag, S 25-35
62. Tönnies S, Heering-Sick H (1989) Patientenangst im Erleben von Zahnärzten mit unterschiedlichen Persönlichkeitshaltungen. In: Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg) *Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin*. Quintessenz-Verlag, Berlin Chicago London São Paulo Tokio, S 71-76

63. von Quast C (1996) Streß bei Zahnärzten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, Materialienreihe Bd 17
64. von Quast C (1996) Streß bei Zahnärzten. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, Materialienreihe Bd 17, S 18
65. Weiner AA, Weinstein P (1995) Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study. *Gen Dent* 43(2):164-168
66. Wilson RF, Coward PY, Capewell J et al. (1998) Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *Br Dent J* 184(10):499-502
67. Woeller W, Alberti L, Bachmann M et al. (1989) Die Angst vor dem Zahnarzt - eine Befragung von Patienten. In: Serogl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg) *Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin*. Quintessenz-Verlag, Berlin Chicago London São Paulo Tokio, S 57-62

7. Danksagung

Besonders danken möchte ich Herrn Univ.- Prof. Dr. Stephan Doering, der mir dieses interessante Dissertationsthema bereitgestellt und mich stets während meiner Tätigkeit engagiert unterstützt hat. Vielen Dank für die hervorragende wissenschaftliche Betreuung, die vielen Empfehlungen und wertvollen Hilfestellungen, besonders bei den Auswertungen, die ohne seine Hilfe wesentlich zeitintensiver und schwieriger verlaufen wären.

Ein herzliches Dankeschön richte ich an alle teilnehmenden Zahnärzte, die sich für das Telefoninterview Zeit genommen haben und somit zu meiner Datenerhebung beigetragen haben.

Nicht zuletzt möchte ich ganz besonders Dr. Wolfgang Micheelis danken, der stets einen Rat hatte, besonders wenn es um die Arbeitsbelastung bei Zahnärzten ging.

Widmen möchte ich diese Dissertation meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Giselle und Stephan Seidel- Jarleton und meiner Großmutter Rosemarie Seidel. Sie ermöglichten und animierten mich Zahnmedizin zu studieren und brachten mir während des Studiums und der Dissertation ihre unermüdliche und tatkräftige Unterstützung entgegen.

8. Lebenslauf

9. Anhang

9.1 Interviewleitfaden



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster



Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor: Univ.- Prof. Dr. Dr. L. Figgenger

Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Univ.- Prof. Dr. med. Stephan Doering

Waldeyerstr. 30
48149 Münster
Telefon: (0251) 83- 47074
Fax: (0251) 83- 45730

„ Belastungserleben von Zahnärzten bei der Behandlung von Angstpatienten“

INTERVIEWLEITFADEN

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____

Ort: _____

Approbationsjahr: _____

Position: selbstständig angestellt

Intervieweinleitung

Mein Name ist Dorothee Jarleton. Ich bin Zahnmedizinstudentin an der Universität Münster und absolviere meine Doktorarbeit bei Prof. Doering an der Universitätszahnklinik Münster.

Wie wir Ihnen schriftlich angekündigt haben, würden wir Ihnen gerne einige Fragen zum Belastungserleben von Zahnärzten bei der Behandlung von Angstpatienten stellen.

Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie an dieser Befragung im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung teilnehmen würden und mir zu diesem Thema am Telefon für die Dauer von ca. 10 min. einige Fragen beantworten könnten.

Partizipation

Der Zahnarzt/ die Zahnärztin erklärt sich mit der Befragung einverstanden

Der Zahnarzt/ die Zahnärztin lehnt die Teilnahme am Interview ab

Der Zahnarzt/ die Zahnärztin ist telefonisch nicht zu erreichen

Fragen zur allgemeinen Arbeitsbelastung

1. Wie groß ist Ihre Praxis? (auf das Quartal gesehen)

- unter 200 Scheine
 200 bis 800 Scheine
 mehr als 800 Scheine

2. Wie viele Patienten behandeln Sie persönlich durchschnittlich pro Tag?

- bis 20
 bis 30
 mehr als 30

3. Wie viele Patienten sind davon Angstpatienten? _____

4. Stehen Sie als Zahnarzt häufig unter Zeitdruck?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Fühlen Sie sich häufig gestresst und überlastet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Wodurch fühlen Sie sich im allgemeinen am meisten belastet?

7. Wie macht es sich bei Ihnen bemerkbar?

Zum Beispiel: Muskelverspannungen
Reizbarkeit
Nervosität/ Unruhe

Fragen zum Belastungserleben bei der Behandlung von Angstpatienten

8. Wie reagieren Sie auf Angstpatienten?

- Sie beruhigen und versprechen vorsichtiges Arbeiten
- Sie erklären jeden Behandlungsschritt
- Sie führen mehr Gespräche erklärender und beratender Art
- Sie wenden mehr Lokalanästhetika an
- Sie ziehen einen Psychotherapeuten hinzu
- Sie brechen ab und bestellen den Patienten neu
- sonstige Reaktionen

9. Welche Reaktionen/ Empfindungen haben Sie während der Behandlung von Angstpatienten?

- Ich werde übervorsichtig
- Ich werde abgespannt und müde
- Ich werde nervös
- Ich werde gereizt
- Meine Arbeit wird ungenauer

10. Wie stark fühlen Sie sich selbst durch den Angstpatienten während der Behandlung belastet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Würden Sie sagen, dass Sie bei manchen Angstpatienten- Behandlungen selber Angst haben?

- Ja
- Nein

12. Gibt es Erkennungsmerkmale für den Angstpatienten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? _____

13. Halten Sie eine psychologische Schulung des Zahnarztes gerade in Richtung „Angstpatient“ für notwendig?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? _____

14. Haben Sie im Studium an psychologischen Vorlesungen, Seminaren oder Kursen teilgenommen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? _____