

Aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
(Prof. Dr. med. Dr. med. dent. H. Schliephake)
im Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Vorbereitung und Durchführung eines evaluativ begleiteten
Lehrinhalte Psychologie und Kommunikation
am Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Göttingen als Pilotprojekt**

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
für Zahnheilkunde
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Esen Özkan (geb. Kaya)

aus
Northeim

Göttingen 2018

Dekan: Prof. Dr. Heyo Klaus Kroemer

Referentin: PD Dr. Sabine Sennhenn- Kirchner

Ko- Referentin: PD Dr. Tina Rödiger

Drittreferentin: Prof. Dr. Thomas Meyer

Datum der mündlichen Prüfung: 31. Mai 2018

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "*Vorbereitung und Durchführung eines evaluativ begleiteten Lehrinhaltes Psychologie und Kommunikation am Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen als Pilotprojekt*" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
TABELLENVERZEICHNIS.....	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	V
1. EINLEITUNG.....	1
1.1 THEORETISCHER HINTERGRUND.....	3
1.2 ALLGEMEINE KOMMUNIKATIONSTHEORIEN.....	5
1.3 ZAHNÄRZTLICHE KOMMUNIKATION.....	7
1.4 COMPLIANCE.....	8
1.5 PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG.....	12
1.6 SCHWIERIGE SITUATIONEN IN DER PATIENT-ARZT-KOMMUNIKATION.....	13
1.6.1 BREAKING BAD NEWS.....	13
1.6.2 UMGANG MIT SCHWIERIGEN PATIENTEN/ SITUATIONEN.....	14
1.7 DER ZAHNARZT ALS LEITER EINER PRAXIS.....	15
1.8 DAS KOLLEGIALE GESPRÄCH.....	17
1.9 STRESSOREN FÜR DEN ZAHNARZT.....	18
1.10 STRESS UND BETRIEBSKLIMA.....	21
1.11 CANMEDS.....	22
1.12 LERNSTUFEN NACH MILLER.....	23
1.13 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG.....	24
1.14 HYPOTHESEN.....	26
2. MATERIAL UND METHODE.....	28
2.1 VORUNTERSUCHUNG 1.....	32
2.2 VORUNTERSUCHUNG 2.....	32
2.3 VORUNTERSUCHUNG 3.....	32
2.4 GENUTZTE STATISTISCHE VERFAHREN.....	33
2.5 DURCHFÜHRUNG DES SEMINARS.....	34

3. ERGEBNISSE	37
3.1 ERGEBNISSE DER VORUNTERSUCHUNG 1.....	37
3.2 ERGEBNISSE DER VORUNTERSUCHUNG 2.....	38
3.3 ERGEBNISSE VORUNTERSUCHUNG 3.....	39
3.4 ERGEBNISSE OSCE.....	42
3.5 ERGEBNISSE DURCH ANREGUNGEN DER STUDIERENDEN WÄHREND DES SEMINARS	44
3.6 ERGEBNISSE DER LERNÜBERPRÜFUNG DES ERSTEN SEMINARWOCHEENENDES.....	45
3.7 ERGEBNISSE UND FAZIT	51
4. DISKUSSION	52
4.1 UNTERSCHIED t-TEST UND RAUPACH	54
4.2 LIMITATIONEN	55
4.3 VORSCHLÄGE ZUR WEITEREN FORSCHUNG.....	59
5. ZUSAMMENFASSUNG	62
6. ANHANG.....	63
6.1 ANHANG 1: RECHERCHE ONLINEINFORMATIONEN ALLER UNIVERSITÄTEN	63
6.2 ANHANG 2: AUSWERTUNG DER VORUNTERSUCHUNG 2.....	66
6.3 ANHANG 3: AUSWERTUNG DER VORUNTERSUCHUNG 3.....	68
6.4 ANHANG 4 : FLYER DES KOMMUNIKATIONSSEMINARS.....	69
6.5 ANHANG 5: AGENDA DES KOMMUNIKATIONSSEMINARS.....	70
6.6 ANHANG 6 : AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS ZUR LERNERFOLGSÜBERPRÜFUNG WOCHE 1..	71
6.7 ANHANG 7: AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS ZUR LERNERFOLGSÜBERPRÜFUNG WOCHE 2..	72
6.8 ANHANG 8: INSTRUKTIONEN / ROLLENBESCHREIBUNGEN DER SCHAUSPIELPATIENTEN	73
6.9 ANHANG 9: AUSGABE SPSS – OSCE- ERGEBNISSE GRUPPENVERGLEICHE.....	83
6.10 ANHANG 10: AUSGABE SPSS - LERNERFOLG SEMINAR BLOCK 1	93
6.11 ANHANG 11: AUSGABE SPSS - LERNERFOLG SEMINAR BLOCK2	96
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Bereich von Stressoren für Zahnärzte nach Quast 1996 (S.26)	19
Abbildung 2: Grafische Darstellung der CanMEDS nach Frank et al. 2015	23
Abbildung 3: Lernstufen nach Miller (1990)	24
Abbildung 4: Schematische Darstellung des Untersuchungsdesigns	30
Abbildung 5: Vorgehen der „Curriculumsentwicklung“ nach Kern und Kollegen (1998)	31
Abbildung 6: Darstellung der Stichprobe zu Voruntersuchung 1	37
Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums im Vergleich zu der Kontrollgruppe der einzelnen Kommunikationsstationen.....	43
Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums im Vergleich zu der Kontrollgruppe des Gesamt- OSCE, der Kommunikationsstationen insgesamt und der Stationen der praktischen Fertigkeiten	44
Abbildung 9: Grafische Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes	46
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmenden des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes (nach Raupach)	47
Abbildung 11: Grafische Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes.....	48
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes (nach Raupach).....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zahnärztinnen und Zahnärzte (Anzahl je 100.000 Einwohner, Einwohner je Arzt). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Art der zahnärztlichen Tätigkeit.	4
Tabelle 2: Vorschläge zu Verbesserung nach Baddack	11
Tabelle 3: Eigenschaften und Verhaltensweisen, die im Kontext ‘schwieriger Patienten’ häufig genannt werden nach Mehnert	15
Tabelle 4: OSCE- Stationen Wintersemester 2016	35
Tabelle 5: Inhalte des Curriculums nach den Millerstufen.....	40
Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes.....	45
Tabelle 7: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes.....	48
Tabelle 8: Vergleichbare Darstellung der Ergebnisse der Lernüberprüfung des ersten Seminarwochenendes.....	50
Tabelle 9: Vergleichbare Darstellung der Ergebnisse der Lernüberprüfung des zweiten Seminarwochenendes.....	50

Abkürzungsverzeichnis

AEZ	-	Aufklärung und Einwilligung zur Zahnextraktion
AG	-	Anamnesegespräch
AKWLZ	-	Arbeitskreis für die Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin
BAMF	-	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BLS	-	Basic Life Support
BZÄK	-	Bundeszahnärztekammer
d	-	Cohen-Koeffizient, Maß für die Effektstärke
DESTATIS	-	Statistisches Bundesamt
DGZMK	-	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
EU	-	Erstuntersuchung von Gesicht und Mundhöhle
GMA	-	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
IG	-	Interventionsgruppe
KFO	-	Kieferorthopädie
KG	-	Kontrollgruppe
KZBV	-	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LA	-	Lokalanästhesie
M	-	Mittelwert
MSH	-	Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen
N	-	Stichprobengröße
NKLZ	-	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin
OP	-	Operation
OSCE	-	Objective Structured Clinical Examination
p	-	Wahrscheinlichkeit
PEF	-	Partizipative Entscheidungsfindung
POA	-	Postoperative Aufklärung
SD	-	Standardabweichung
SINUZ	-	Studentisches Innovations- und Trainingszentrum Zahnmedizin
SP	-	Simulationspatient / Schauspielpatient
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
STÄPS	-	Studentisches Trainingszentrum Ärztlicher Praxis und Simulation
VHZMK	-	Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
VIFSG	-	Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen
ZF	-	Zahnfilm
ZMK	-	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZMK		Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Georg-August-Göttingen
Göttingen		Universität Göttingen
α	-	Cronbachs Alpha, Reliabilitätskoeffizient

1. Einleitung

Für den klinischen Abschnitt und das spätere Berufsleben sind einige Theorien aus dem Bereich der Kommunikation und Psychologie wesentlich und außerordentlich relevant. Dennoch sieht das zahnmedizinische Curriculum an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) derzeit keine psychologisch ausgerichteten Lehrinhalte vor. Auch extracurricular werden in der zahnmedizinischen Lehre derzeit keine Themen aus dem Bereich der Psychologie oder Kommunikation angeboten. Jedoch ist eine auf das Zahnmedizinstudium zugeschnittene Ausbildung im Bereich Psychologie - vorwiegend mit dem Schwerpunkt Kommunikation - für die Behandlung am Patienten und als Vorbereitung auf das spätere Berufsleben unabdingbar.

Diese Lücke soll mit diesem Projekt, das zunächst auf einem für die Zahnmedizin entwickelten Curriculum aufbaut und dies in seiner Umsetzung als Pilotprojekt überprüft, geschlossen werden. Hierbei sollen Studierende zum einen die Grundlagen der Kommunikation und der Gesprächsführung und zum anderen das Verhalten und die Kommunikation mit spezifischen Patientengruppen, wie ängstliche, multimorbide, geriatrische Patienten oder Kinder, nahe gebracht werden. Ferner stellt für Studierende der Zahnmedizin der Umgang mit dem eigenen Stress, d. h. dessen Bewältigung, schon im Studium eine wichtige Fähigkeit dar. Daher ist dieser Punkt neben einem Überblick über die Personalführung während der späteren beruflichen Tätigkeit ein Bestandteil des Projektes.

Die zahnärztliche Ausbildung umfasst ein Studium der Zahnheilkunde von zehn Semestern an einer wissenschaftlichen Hochschule, welches sich aus einem vorklinischen und einem klinischen Teil von je fünf Semestern zusammensetzt. Das Studium umfasst neben zeitlich sehr aufwändigen Vorlesungen, Kursen und Praktika auch zu Hause noch Vorbereitungszeit und nimmt dadurch mindestens vierzig Wochenstunden in Anspruch. Daher ist ein Teilzeitstudium nicht umsetzbar (It. §2(5) Studienordnung). Trotz des bislang schon hohen zeitlichen Aufwands sollten Themen wie die Kommunikation, die Arzt-Patient-Beziehung, der Umgang mit Angstpatienten, das Überbringen schlechter Nachrichten, das kollegiale Gespräch und das Selbstmanagement in der Lehre nicht fehlen.

Die Approbationsordnung der Zahnmediziner blieb seit dem Jahr 1955 unverändert. In der derzeit neu geplanten Approbationsordnung wird vorgesehen werden, dass

der Unterricht in der Psychologie zu einem festen Bestandteil der Ausbildung wird (Werner et al. 1998).

Bis in die 1970er Jahre stieß man im Bereich der Medizin noch auf Widerstände bei der Benutzung von Wörtern, in denen das Wort „Psycho“ enthalten war. Insbesondere Patienten konnten diese Begriffe nicht annehmen, da sie sich im Verdacht sahen, als „irre“ oder geistig krank zu gelten. Auch in der Zahnheilkunde konnten sich nur wenige einen Zusammenhang zwischen einem Stück Kunststoff (Prothese) und der Seele vorstellen (Marxkors 2010).

In den letzten Jahren hat sich jedoch viel verändert: die Erkenntnis, dass gute Kommunikation essenziell für den Zahnarzt ist, hat dazu geführt, dass es dahingehend viele Fort- und Weiterbildungsangebote gibt. Diese werden sowohl von Personalcoaches über Wirtschaftsinstitute als auch von Zahnärzten¹, Psychologen, Psychiatern angeboten. Die Bandbreite ist facettenreich: Über professionalisierte Kommunikation mit den Patienten und dem Praxisteam soll das Vertrauensverhältnis gestärkt und die Patientenzufriedenheit erhöht werden, was den Behandlungserfolg, den wirtschaftlichen Erfolg und Verbesserung des Betriebsklimas bewirken kann.

Bisher beinhaltet das Zahnmedizinstudium in Göttingen keine strukturierte und objektivierbare curriculare Einbindung kommunikativer Lehrinhalte. Ein Vorschlag, der von einer Göttinger Zahnmedizinierenden für die Entwicklung und Etablierung eines Unterrichtskonzepts „Psychologie in der Zahnmedizin“ beim studentischen Ideenwettbewerb der Georg-August-Universität eingereicht wurde, bekam Zuspruch und wurde in der Folge ausgezeichnet.

Dieses Projekt wurde dadurch im Rahmen des gemeinsamen Bund-Länder-Programms für bessere Studienbedingungen und mehr Qualität in der Lehre aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Aktenzeichen 01PL11061 gefördert.

Die Erarbeitung des Curriculumsinhaltes, Vorbereitung und Durchführung des Seminars waren Teil des geförderten Projekts mit der Autorin als studentische Hilfskraft. In dem Prozess der Erarbeitung des Seminars wurden

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

Lernerfolgskontrollen implementiert. Im weiteren Verlauf ergab sich die Möglichkeit, die Ergebnisse einer Semesterabschluss-OSCE (Objective structured clinical examination – Ausführungen hierzu im Abschnitt Hypothesen) auf mögliche Einflüsse durch das Seminar zu überprüfen. Die im OSCE überprüften Lernziele werden in den Operationskursen I und II (6.-8. Semester) vermittelt. Hier sollte ausdrücklich erwähnt werden, dass die Inhalte des entwickelten Curriculums nicht an die OSCE-Stationen angepasst wurden.

Zur Untersuchung der erwünschten Notwendigkeit psychologischer Inhalte im Zahnmedizinstudium wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit alle zahnmedizinischen Studiengänge der Universitäten Deutschlands zu ihrer Lehre in Bezug auf psychologische Inhalte der Lehre befragt. Auf der Basis dieses Wissens wurde ein entsprechendes Curriculum für ein Blockseminar zur Vermittlung der erwarteten Lehrinhalte mit notwendigen Ergänzungen aus wissenschaftlicher Recherche erstellt. Zur Evaluation wurde dieses als Pilotprojekt am Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universitätsmedizin der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt.

1.1 Theoretischer Hintergrund

Die theoretische Grundlage dieser Arbeit wird in einem Zitat von Johnke (1997) trefflich bezeichnet: „Der Zahnarzt wird medizinisch - technisch ausgebildet. Er versteht es, mit Materialien, technischen Geräten und präzisen Herstellungsverfahren umzugehen. Auf anatomischen und physiologischen Gebieten wurde er bestens ausgebildet und kann auch pharmazeutisch seinen Patienten behilflich sein. Führt er aber mit seinem Patienten ein Gespräch, fehlen ihm die Grundlagen dazu, auf der anderen Seite bekommt er diese Bemühungen nicht honoriert.“ (Johnke 1997, S. 14). Das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient ist eine notwendige Voraussetzung für die Behandlung, ebenso wie das Gespräch für den Aufbau einer guten Zahnarzt-Patienten-Beziehung unabdingbar ist. Eine gut funktionierende Zahnarzt-Patienten-Beziehung ist maßgeblich für das Gelingen oder Scheitern einer Behandlung verantwortlich. Die essenzielle Bedeutung von Kommunikation in der Zahnmedizin ist seit langen bekannt, wie auch obiges Zitat verdeutlicht - betrachtet man jedoch die aktuellen Curricula des Studienfaches der Zahnmedizin anderer Universitäten, wird diese Kompetenz nach wie vor meist vernachlässigt.

Nach Noak (2007) zeigt eine Untersuchung des Robert Koch- Institutes, dass 77% aller Deutschen mindestens einmal im Jahr zum Zahnarzt gehen, womit die Frequenz im Vergleich zu dem Aufsuchen des Hausarztes deutlich höher ist. Dem Zahnarzt kommt somit eine „strategisch wichtige Rolle im Gesundheitswesen zu“ (Noak 2007, S. 1037), denn ohne eine Beteiligung der Zahnmedizin seien integrative Versorgungskonzepte unvollständig, da präventive und kausaltherapeutische zahnmedizinische Interventionen sich synergetisch zu den Interventionen anderer medizinischer Disziplinen auswirken würden. Mehr als 71.400 Zahnärztinnen und Zahnärzte in über 43.600 Praxen gewährleiten aktuell eine flächendeckende, wohnortnahe qualitätsorientierte Versorgung der Patienten. Laut Stand 31.12.2015 versorgt jeder Zahnarzt derzeit (statistisch gesehen) mehr als 1.100 Patienten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017).

Tabelle 1: Zahnärztinnen und Zahnärzte (Anzahl je 100.000 Einwohner, Einwohner je Arzt). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Art der zahnärztlichen Tätigkeit.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zahnärzte insgesamt	86.428	87.539	88.882	89.920	91.371	92.678
Zahnärztlich tätige Zahnärzte	67.820	68.502	69.236	69.886	70.779	71.425
Niedergelassene Zahnärzte in eigener Zahnarztpraxis	54.684	54.286	53.767	53.459	53.196	52.729
In Zahnarztpraxen angestellte Zahnärzte	10.295	11.216	12.390	13.263	14.357	15.541
Außerhalb von Zahnarztpraxen zahnärztlich tätige Zahnärzte	2.841	3.000	3.079	3.164	3.226	3.155
Nicht zahnärztlich tätige Zahnärzte	18.608	19.037	19.646	20.034	20.592	21.253

Im Normalfall wird die Mundhöhle nur in sehr intimen Situationen wie dem Küssen berührt und in der Regel nicht durch den Körperkontakt mit einem Finger eines anderen Menschen. Daher kann der Besuch beim Zahnarzt für manche Menschen einen Eingriff in die Intimsphäre bedeuten und emotionalen Druck erzeugen. Nicht zuletzt kann es bei einer unzureichenden Mundhygiene zu Scham oder

Schuldgefühlen bei Patienten kommen (Ohrn et al. 2008). Daher spielt das Vertrauen zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt eine wichtige Rolle. Nach Yamalik (2005) drückt sich Vertrauen im medizinischen Kontext vor allem als Respekt vor der Autonomie des Patienten aus. Vertrauen bildet sich durch unsere Emotionen und Wahrnehmung, in diesem Sinne durch unsere Erwartungen, Hoffnungen, gute Kommunikationsfähigkeit, Erfahrungen und gemeinsame Werte (Rogers 2002; Yamalik 2005).

1.2 Allgemeine Kommunikationstheorien

Im Weiteren werden zunächst allgemeine Kommunikationstheorien erläutert, um auf dieser Basis im darauffolgenden Abschnitt auf die zahnärztliche Kommunikation einzugehen. Nach Paul Watzlawick unterliegt die menschliche Kommunikation bestimmten Axiomen. Das wohl bekannteste Axiom *man kann nicht nicht kommunizieren* drückt den Umstand aus, dass „Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen (...) alle Mitteilungscharakter“ haben (Watzlawick et al. 1969, S. 51). Zudem beinhaltet laut Watzlawick jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt. Dies impliziert, dass eine rein informative Kommunikation nicht stattfinden kann. Der Inhaltsaspekt repräsentiert die Vermittlung von Informationen, wohingegen der Beziehungsaspekt die Übermittlung der Sicht auf die Beziehung zum Kommunikationspartner darstellt. Ein weiteres Axiom besagt, dass die Natur einer Beziehung durch Interpunktionsabläufe seitens der Partner bedingt wird. Dies bedeutet, dass jeder Interaktionspartner dem Kommunikationsverlauf eine Struktur aus seiner Sicht gibt und auf jeden Reiz eine Reaktion folgt. Deshalb ist jede Antwort eine Reaktion und ein Reiz zugleich. Watzlawick stellt ebenfalls heraus, dass zwischenmenschliche Beziehungsabläufe entweder symmetrisch oder komplementär sind. Bei einer symmetrischen Beziehung handelt es sich um zwei gleichstarke Partner, die danach streben, mögliche Unterschiede zu mindern. Hingegen beruht die komplementäre Beziehung auf der Unterschiedlichkeit der Kommunikationspartner, sodass einer den superioren und der andere den inferioren Partner darstellt (Heringer 2014).

Schulz von Thun beschreibt in seinem Kommunikationsmodell vier Seiten und Ebenen einer Nachricht, die bei jeder Kommunikation vom Sender gestaltet und vom

Empfänger interpretiert werden. Die Sachebene vermittelt die reine Information aus Daten, Fakten und Sachverhalten. Diese können vom Empfänger auf den Wahrheitsgehalt, die Hinlänglichkeit und die Relevanz hin bewertet werden. Jede Botschaft hat auch eine Selbstoffenbarungsebene, auf welcher der Sender etwas von sich preisgibt. Diese kann gewollt oder auch ungewollt Erwartungen, Gefühle, Bedürfnisse oder auch Werte enthalten. Diese können explizit in Form von Ich-Botschaften geäußert werden oder implizit, also indirekt. Auf der Beziehungsebene vermittelt der Sender, wie er zum Kommunikationspartner steht und wie er sein Verständnis der Beziehung sieht. Diese Ebene wird durch die Formulierung der Botschaft, den Tonfall oder die Mimik und Gestik transportiert. Jede getätigte Aussage hat ein Ziel und somit auch eine Appellebene, auf welcher der Sender Wünsche, Appelle, Ratschläge oder Handlungsanweisungen ausdrückt. Auch diese können offen oder verdeckt formuliert werden. Der Grad an Offenheit bzw. Direktheit der jeweiligen Nachricht sind Maßstab für den Empfänger, eine Nachricht zu verstehen, misszuverstehen und/oder zu interpretieren (Schulz von Thun 2010).

Rogers hat ein Konzept der Personenzentrierten Gesprächstherapie entwickelt, deren Grundaussagen sich auch auf eine Kommunikation zwischen einem Patienten und einem Arzt übertragen lassen. Die Hauptkomponenten einer erfolgreichen Kommunikation sind laut Rogers Kongruenz, Empathie und Wertschätzung. Um eine kongruente Haltung einnehmen zu können, dürfen eigene Gefühle und Reaktionen nicht verstellt werden. Nur mit einer höchstmöglichen Transparenz auf Seiten des Arztes kann der Patient Vertrauen zu ihm aufbauen. Wenn der Patient durch verbale und nonverbale Signale eine Inkongruenz wahrnimmt und fühlt er sich daraufhin nicht verstanden und verschließt sich. Der Arzt sollte ebenfalls empathisch und ein echtes Verständnis für den Patienten aufbringen. Dieses einführende Verstehen sollte stets wertfrei bleiben. Die Wertschätzung des Patienten umfasst die Akzeptanz und eine bedingungslos positive Zuwendung. Der handelnde Arzt sollte dem Gegenüber keine eigenen Wert, Meinungen oder Gefühle aufzwingen (Kreuziger o.J.).

Aktives Zuhören bedeutet, in der Lage zu sein, den Patienten kommunikativ 'abholen' zu können und zu spiegeln. Beim aktiven Zuhören bemüht sich ein zuhörender Arzt um ein, soweit dies möglich ist, umfassendes Verstehen der Aussage des Patienten. Nicht nur im Dialog zwischen Zahnarzt und Patient ist diese Fähigkeit eine Hilfe, sondern auch im Umgang mit Kollegen und Angestellten oder im privaten Leben. Dementsprechend handelt es sich hierbei um eine Basisqualifikation (Emmerling

2015). Hierbei ist die eingenommene Haltung des zuhörenden Menschen entscheidend. Beispiele für diese Haltung sind: sich auf das Gegenüber einlassen und dies auch durch die eigene Körperhaltung ausdrücken, bei Unklarheiten nachfragen. Blickkontakt halten, Geduld zeigen und das Gegenüber nicht unterbrechen, die Gefühle des Gegenübers erkennen und ansprechen, sich nicht durch Vorwürfe und Kritik aus der Ruhe bringen lassen, Empathie üben und sich innerlich in die Situation des Gegenübers versetzen (Kreuziger o.J.).

1.3 Zahnärztliche Kommunikation

Nach Emmerling 2015 gilt für die zahnärztliche Kommunikation, dass sie für den Bestandteil des Heilungsprozesses unverzichtbar ist und deshalb in der ärztlichen Ausbildung optimiert werden sollte. Kranke Patienten sind besonders empfindlich und interpretieren verschiedenste Bedeutungen in jede Geste, Mimik und in jedes Wort hinein. Da die ärztliche Heilkunst für den Menschen so wichtig ist, bedarf es der bestmöglichen Kommunikationstechniken. Daher stellte Emmerling 2015 (S.3f) fünf Thesen zur Kommunikation auf:

1. Gute Kommunikation ist erlernbar
2. Erfolgreiche Kommunikation spart Zeit und Geld
3. Eine profitable Zahnmedizin kommt ohne Kommunikation nicht mehr aus
4. Positive Kommunikation macht Spaß
5. Gute Kommunikation steigert Adhärenz

Wenn Patienten den Grund ihrer Behandlung verstehen, zeigen sie eine höhere Compliance (Klemperer und Rosenwirth 2005).

Durch die Befragung von Patienten konnte herausgefunden werden, dass Schweigen von Patienten oftmals nicht als Zeichen von Konzentration und Kompetenz gewertet wurde, sondern eher als Desinteresse, Arroganz, Anspannung oder als Zeichen für einen problematischen Behandlungsverlauf. Daher sollte das Ziel des Zahnarztes sein, dem Patienten aktiv durch Zuwendung und sprachliche Kommunikation Kompetenz zu vermitteln (Köllner et al. 2010). In der patientenzentrierten Kommunikation begehen Zahnärzte oft typische Fehler, wie beispielsweise in dem offenen Konfrontieren des Patienten mit Fakten, wodurch sich der Patient oft 'überrollt' fühlt.

Zahnärzte neigen ebenfalls dazu, zu monologisieren und sprechen viel und ohne Unterbrechungen. Sie generalisieren, dogmatisieren oder bagatellisieren. Oftmals passen sich die Zahnärzte nicht an das Sprachniveau des Patienten an und abstrahieren oder rationalisieren die Inhalte, sodass sich der Patient durch das Fachgespräch überfordert und nicht verstanden fühlt. Nicht selten projizieren sie auch ihre eigenen Gefühle auf den Patienten oder treten mit vorherigen Behandlern in Konkurrenz (Wolowski et al. 2009).

1.4 Compliance

Eine gute Anpassungsfähigkeit an den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland impliziert die Herausforderung, jetzt schon auf die Veränderung vorbereitet zu sein. Bis zum Jahre 2050 verringert sich die deutsche Bevölkerung schätzungsweise auf 66,8 Millionen, wobei sich der Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre um 38% steigert und damit auch der Anteil der nicht mehr erwerbstätigen Personen. In diesen Altersgruppen ist die Prävalenz von Erkrankungen, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, in fast allen Krankheitsfeldern erhöht. Dies bedeutet allein im Fall der Demenz, dass diese von 1,1 Millionen auf 2,2 Millionen im Jahre 2050 steigt (Beske et al. 2009).

In den zahnärztlichen Praxisalltag übertragen, haben diese Zahlen eine immense Bedeutung. Der ältere Patient bringt oft Handicaps, die der behandelnde Arzt bei der Therapieplanung berücksichtigen muss. Hinzu kommen bei älteren Personen oft Multimedikationen. Es muss geprüft werden, ob und wie die medikamentöse Behandlung einen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nimmt.

Diese Personengruppe ist über ihre Gesundheitssituation oft wenig und nicht gut aufgeklärt. Diese Unwissenheit kann sich im häuslichen Rahmen als gegenläufig auf die Compliance des Patienten auswirken. Es können Gefühle der Frustration entstehen weil der Patient trotz seines Interesses und Engagements an seinem Wohlbefinden, seine Situation sich verschlechtert und sieht seine Erkrankung als therapieresistent. Bei der Zunahme der älteren und erkrankten Menschen wird die Gesundheitspolitik kaum andere Möglichkeiten haben, als die Behandlungen zu

rationalisieren oder zu priorisieren. Daher wird es umso wichtiger werden, den Patienten und die Prävention als Hilfe zur Selbsthilfe zu implementieren.

Zugleich steigt die Anzahl der in Deutschland lebenden Migranten, insbesondere durch die hohen Flüchtlingszahlen (BAMF 2016). Auch diese Personengruppe hat ein Recht auf eine gute gesundheitliche Versorgung. Jedoch erfordert die Kommunikation mit Patienten, die unsere eigene Sprache nicht so gut oder gar nicht verstehen, und unserer Kultur fremd sind, ein besonderes Verständnis und sensibles Handling der nonverbalen Kommunikation. In diesem Sinne trifft Watzlawick die richtigen Worte: „Man kann nicht *nicht* kommunizieren.“ (Watzlawick et al. 1969, S.53). Neben der Bedeutungsgebung der nonverbalen Kommunikation sollte ein gewisses Maß an Kultursensibilität und Verständnis und Offenheit bei der Begegnung mit dem Fremden mitgebracht werden.

Unabhängig davon, wie krank der Patient ist, welcher Soziogruppe er angehört, welcher Kultur, welches Temperament oder welchen Intellekt er besitzt ist, sollte es eine Maxime des Behandelnden sein, die wichtigen Elemente der Behandlung und des Gesundheitszustandes dem Patienten so zu erklären, dass dieser folgen kann und das Gesagte versteht. Das Verständnis wiederum soll die Bereitschaft und die Motivation des Patienten zur Mitarbeit erhöhen.

Diese Bereitschaft, die Anweisungen des Arztes zu befolgen, ist ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Patienten und wird daher im nächsten Abschnitt aufgegriffen und ausführlich erläutert.

Compliance bedeutet übersetzt ins Deutsche Gehorsam oder Befolgen. Auf den zahnmedizinischen Kontext übertragen versteht man unter dem Begriff das Befolgen von therapeutischen Regeln und Maßnahmen durch den Patienten. Die Maßnahmen und Regeln umfassen Verhaltensänderung, wie beispielsweise gründlicheres und systematisches Zähneputzen, die richtige Benutzung von Zahnseide oder die sorgfältige Einnahme und Anwendung von Medikamenten oder anderen Medizinprodukten. Damit ist das Konzept der Compliance stark mit der Therapiemotivation des Patienten verknüpft.

Die WHO (nach Sabate 2003) definiert fünf miteinander verknüpfte Ebenen, die die Therapietreue beeinflussen:

1. sozio-ökonomische Faktoren (Armut, Ausbildungsstand, Arbeitslosigkeit)
2. patientenabhängige Faktoren (Fähigkeit zur Selbstorganisation, Vergesslichkeit, Wissen)
3. krankheitsbedingte Faktoren (Symptome, gefühlter Nutzen, gleichzeitige Depression)
4. therapiebedingte Faktoren (Nebenwirkungen, Komplexität der Verabreichung)
5. gesundheitssystem- und therapeutenabhängige Faktoren (Kostenübernahme, Behandlungsmöglichkeiten, Kommunikation).

Über eine hohe Transparenz bezüglich der Folgen, Umsetzung oder Vernachlässigung der Ratschläge des Therapeuten und den Einbezug des Patienten in Entscheidungen über die Behandlung kann die Compliance des Patienten erhöht werden. Die Nebenwirkungen eines Präparates, die Vereinbarkeit der ärztlichen Anordnung mit dem Tagesablauf des Patienten und die Reaktionen des nahen Umfeldes des Patienten auf die Krankheit und Behandlung haben insbesondere bei chronischen Krankheiten einen hohen Einfluss auf die Compliance und sollten daher besonders berücksichtigt werden (med.de 2013).

Eine Compliance ist also nur möglich, wenn der Patient die Anforderungen an ihn versteht und er sie in seinem Leben umsetzen kann.

Baddack (2012) fasst nach LaRosa und LaRosa (2000) Ansätze zur Verbesserung der Compliance durch Ärzte zusammen:

Tabelle 2: Vorschläge zu Verbesserung nach Baddack (2012, S. 18f)

Vorschläge zur Verbesserung der Compliance durch Ärzte
<ul style="list-style-type: none">• verständliche und deutliche Erklärungen, damit Patienten erkennen und verstehen, wie wichtig und förderlich ihre Medikamente sind• klare mündliche und schriftliche Anwendungsaufgaben über den Zeitpunkt und die Häufigkeit der Einnahme und Hinweise darauf, wie bei Vergessen einer Dosis zu verfahren ist• Anpassung des Behandlungsplans an die individuellen Lebensumstände und auch eventuelle weitere Medikamente, z. B. passende und unpassende Zeitpunkte für die Einnahme bestimmen• Bedeutung von Compliance bei jedem Termin erneut besprechen und Patienten dazu befragen• bevorzugt Medikamente verschreiben, die maximal einmal pro Tag eingenommen werden müssen• fortwährende Gespräche mit Ärzten und anderen im Gesundheitssektor unterstützen: Patient zu ehrlicher unbefangener Meinungsäußerung anregen, ohne Zeitdruck• herausfinden, ob andere Einflüsse optimale Compliance behindern• bei finanziellen Barrieren: auf Bonusprogramme oder günstige Angebote von andern Anbietern hinweisen• bei Einnahme mehrerer Medikamente: gleichzeitige Einnahme raten, um Verwechslungen und Verwirrung zu vermeiden• bei mangelnder Unterstützung des Partners: Partnertherapie vorschlagen• Selbst-Überprüfung (<i>self-monitoring</i>) anregen zur Aufdeckung von Einnahmefehlern und Bewusstwerdung der Behandlung• regelmäßigen Kontakt per Telefon oder Post aufrechterhalten, um fortdauerndes Interesse am Gesundheitszustand des Patienten zu demonstrieren• verteilen von Erinnerungshilfen, z. B. Poster, Kalender, Magneten• Arzneikassette oder Tablettenbox vorschlagen zur übersichtlichen Organisation der täglichen oder wöchentlichen Medikamente oder Erinnerungshilfen mit Alarmfunktion

Die eigentliche Arbeit am Patienten stellt eine Herausforderung dar, denn jeder Patient ist verschieden und möchte von seinem Zahnarzt verstanden werden, also 'abgeholt werden', der Patient möchte dessen vollste Aufmerksamkeit und seine maximale handwerkliche Kompetenz und das darf am besten nichts kosten. Die Erwartungen jedes Patienten an seinen Behandler sind also unterschiedlich und der Behandler muss diese Flexibilität jedes Mal aufs Neue aufbringen. „In der

Kommunikation definieren die Partner gegenseitig ihre Beziehungen“ (Watzlawick et al. 1969, S. 69).

1.5 Partizipative Entscheidungsfindung

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, ist eine Beteiligung des Patienten an der Entscheidung der therapeutischen Mittel ein wichtiges Element zur Steigerung der Compliance. Die Beteiligung des Patienten kann durch die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, im Englischen: *shared decision-making*) umgesetzt werden. Unter dieser versteht man einen „Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Arzt und Patient auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Härter 2004, S. 90). Durch die zunehmende Digitalisierung haben auch Patienten einen leichteren Zugang zu medizinischem Wissen und möchten als informierter Patient aktiv als gleichgestellter Partner und Mitgestalter von therapeutischen Maßnahmen einbezogen werden. Die Lösung zwischen einer reinen Patientenautonomie und dem früheren ärztlichen Paternalismus ist der dialogische Weg der Partizipativen Entscheidungsfindung (Wicht und Noak 2016). Über 80% der Patienten befürworten diese Einbeziehung (laut Modell), jedoch sehen nur 45% der Patienten, dass sie selbst oder ihre Angehörigen in medizinische Entscheidungen einbezogen oder ihre individuellen Bedürfnisse und Wertvorstellungen berücksichtigt werden (Dierks und Seidl 2005). Vorteile eines mündigen Patienten sind die Beachtung des Patientenwunsches, die resultierende Therapietreue, die gesteigerte Zufriedenheit aller beteiligten Personen und die Stärkung der zentralen Stellung des Patienten im therapeutischen Geschehen (Wicht und Noak 2016).

Jeder Arzt bzw. Zahnarzt kennt das unangenehme Gefühl, einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringen zu müssen - wie macht man das am besten bzw. richtig? Eine Maxime eines Arztes sollte ebenfalls beinhalten, die Patienten-Compliance stetig zu halten oder sie sogar zu verbessern. Daher handelt der nächste Abschnitt von einem Leitfaden zur Überbringung schlechter Nachrichten.

1.6 Schwierige Situationen in der Patient-Arzt-Kommunikation

1.6.1 Breaking Bad News

Leider geschieht es immer wieder, dass Ärzte schlechte Nachrichten oder Diagnosen unprofessionell an den Patienten übermitteln. Dies kann zu einer drastischen Veränderung der Lebenssituation und zu einem heftigen Schicksalsschlag führen. Um schlechte Nachrichten möglichst professionell zu übermitteln, bietet das Spikes-Modell nach Baile und Kollegen (2000) mit sechs Schritten zur Vermittlung schlechter Nachrichten einen Leitfaden an. Die einzelnen Buchstaben des Spikes-Modells haben folgende Bedeutung:

- S Setting up the interview
- P Assessing the patient's perception
- I Obtaining the patient's invitation
- K Giving knowledge and information to the patient
- E Adressing the patient's emotions with empathic responses
- S Strategy and summary

In einem ersten Schritt wird dem Behandler empfohlen, eine geschützte Umgebung zu schaffen, indem beispielsweise Bezugspersonen mit einbezogen werden oder dafür gesorgt wird, dass keine Unterbrechungen auftreten. Im zweiten Schritt soll die Wahrnehmung des Patienten eingeschätzt werden. Hierbei können Fragen helfen wie „Was denken Sie warum wir diese Untersuchung durchgeführt haben?“ Anschließend soll eine Einschätzung stattfinden, ob der Patient bereit ist, die schlechte Nachricht aufzunehmen. Also, *ob* und *wie* möchte der Patient die Nachricht übermittelt bekommen. In diesem Kontext ist es immer wichtig, auch die Möglichkeit der Verschiebung des Gespräches anzubieten. Im vierten Schritt soll zunächst vor der schlechten Nachricht gewarnt werden und diese dann behutsam kommuniziert werden. Hierbei ist wichtig, dass das Vokabular an den Patienten angepasst wird und keine Phrasen gebraucht werden. Im fünften Schritt ist es wichtig die Emotionen des Patienten widerzuspiegeln und mit empathischen Äußerungen Unterstützung zu signalisieren. Im letzten Schritt soll unter der Berücksichtigung des Befindens des Patienten das weitere Vorgehen ausführlich besprochen werden (Baile et al. 2000).

Jedoch kann die Schwierigkeit in der Arzt-Patient-Kommunikation nicht nur in der Valenz der Nachricht bestehen, sondern auch in Persönlichkeit und Verhalten des

Patienten. Daher behandelt der nächste Abschnitt den Umgang mit schwierigen Patienten.

1.6.2 Umgang mit schwierigen Patienten/ Situationen

Der 'ideale Patient' eines Zahnarztes ist umgänglich, befolgt die Anweisungen pflichtbewusst, fügt sich gut in die Rolle des Patienten ein und klagt nicht. Er erscheint gut behandelbar und die Schwere seiner Krankheit steht im Einklang mit seiner Bereitschaft mitzuarbeiten. Sein Auftreten ist gepflegt, er wirkt sympathisch, freundlich und aufmerksam. Natürlich bevorzugt ein Zahnarzt diese Art von Patienten (Kent und Blinkhorn 1993). Nur leider begegnet man nicht immer solchen Patienten, woraus sich dann wegen nicht zu erfüllender erwünschter Erwartungen an diesen möglicherweise Konflikte ergeben.

Als 'schwieriger Patient' wird dabei oft ein Patient bezeichnet, bei dem es dem Zahnarzt nicht gelingt eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patienten-Beziehung aufzubauen oder dessen psychosoziales Verhalten den Praxisablauf stört (Demmel und Adler 2010). Dieses Verhalten hat meist Ängste und Vorerfahrungen mit anderen Zahnärzten oder allgemein im Leben als Grund. Bei 'schwierigen Patienten' begehen Zahnärzte oft den Fehler, sich selbst zu verteidigen oder hartnäckig den Patienten von sich zu überzeugen. Der Patient wird fachsprachlich dominiert, wobei der Zahnarzt keine offenen Fragen mehr stellt. Dieses Verhalten beeinträchtigt wiederum die Zahnarzt-Patienten-Beziehung in beide Richtungen in negativer Weise. Der Zahnarzt sollte jedoch dem Patienten geschult zuhören können und eine Haltung von ‚Kampf und Selbstverteidigung‘ vermeiden. Ein wichtiger Baustein für den Aufbau einer funktionalen Beziehung ist die Vermittlung von Empathie (Demmel und Adler 2010).

‘Schwierige Patienten’ zeichnen sich nach Mehnert et al. (2012) durch folgende Eigenschaften und Verhaltensweisen aus:

Tabelle 3: Eigenschaften und Verhaltensweisen, die im Kontext 'schwieriger Patienten' häufig genannt werden nach Mehnert (2012, S. 1135)

Eigenschaften und Verhaltensweisen, die im Kontext „schwieriger Patienten“ häufig genannt werden
<ul style="list-style-type: none">• Wut, Aggressivität• ausgeprägte Ängste• Depression, Niedergeschlagenheit• Persönlichkeitsakzentuierungen• manipulatives oder verführerisches Verhalten• anspruchsvolles, forderndes Verhalten• Klagsamkeit, beständige Unzufriedenheit• weitschweifige Rede• ständig wiederkehrende, unveränderte Beschwerden• somatoforme Beschwerden• fehlende Kooperation/ mangelnde Compliance, Passivität• fehlende Krankheitseinsicht• Drogenkonsum/ Substanzmissbrauch• kognitive Beeinträchtigungen• multiple Medikation

Hier wird deutlich, dass ohne systematisch erarbeitete Techniken eine alleinige empathische Begegnung schwer möglich erscheint und der Zahnarzt allzu leicht verunsichert bzw. irritiert werden kann.

1.7 Der Zahnarzt als Leiter einer Praxis

Für jedes Berufsbild formt die Gesellschaft ein Idealbild mit Kompetenzen und Fertigkeiten, die eine Person mit jenem Beruf auszeichnet. Diese von der Gesellschaft herangetragenen Erwartungen werden auch für den Beruf des Zahnarztes geformt. Die wichtigsten Kennzeichen eines guten Zahnarztes wurden bereits in den 1960er Jahren nach Cohen (1987) von Kriesberg und Treiman erfasst und umfassen: die Qualität der Behandlung, die Persönlichkeit des Zahnarztes, Fertigkeiten im Umgang mit Patienten, professionelle Fertigkeiten, möglichst schmerzfreie Therapien und das Honorar (Cohen 1987).

Mithilfe einer Umfrage bei 483 Zahnärzten erarbeiteten Gerbert et al. (1994) die idealen Eigenschaften eines Zahnarztes und stellten als solche fest: professionelle Kompetenzen, universelle Vorsichtsmaßnahmen, lebenslange Fortbildung, möglichst schmerzlose Behandlungen, Patienten beruhigen können und Freundlichkeit zu Patienten. Die Selbstbewertung der Zahnmediziner zeigte ein weniger gut eingestuftes Ergebnis dieser Faktoren.

Der Beruf des Zahnarztes ist bei genauerer Betrachtung mit vielen unterschiedlichen und hohen Anforderungen verbunden. Durch die Verbindung von Geschäftsperson und Gesundheitsanbieter in einer Person können Spannungen entstehen (Dharamsi et al. 2007). In der Stellung des Betriebsleiters übernimmt er für seine Angestellten die Verantwortung und dafür, dass sich die Praxis finanziell rentiert.

Einen wichtigen und nicht zu unterschätzenden Aufgabenbereich stellt das Betriebsklima dar. Ein schlechtes Betriebsklima kann hohe Kosten in einer Praxis verursachen, da das Leistungsvermögen der Mitarbeiter sinkt und sich für die Patienten längere Wartezeiten ergeben können. Die hohen Wartezeiten wiederum verursachen eine hohe Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten und führen zu einem schlechten Feedback. Anhaltendes schlechtes Betriebsklima kann ebenfalls dazu führen, dass die Mitarbeiter innerlich schon gekündigt haben und öfter krank werden, da man bei vorherrschenden Konflikten bei der Arbeit nicht lange gesund bleiben kann.

Der 'Chef', also der Betriebsleiter, ist für das Betriebsklima wesentlich mit verantwortlich: Einerseits trägt sollte er seine Wertschätzung gegenüber seinen Mitarbeitern zeigen, respektvoll mit ihnen umgehen und mit ihnen im Dialog stehen. Andererseits hat er auch die Aufgabe, Störfaktoren, die gegen ein gutes Arbeitsklima wirken, zeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu intervenieren bzw. diese zu eliminieren. Diese Fähigkeiten setzen eine gewisse Sozialkompetenz voraus. Wie Rosenstiel bereits formuliert: „Das Betriebsklima ist die Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb der Organisation und der diese prägenden Bedingungen, wie sie von der Belegschaft wahr genommen werden und deren Verhalten prägen.“ (Rosenstiel 1992, S. 22).

Der Beruf des Zahnarztes bringt aber auch den Aufgabenbereich der immerwährenden Weiterbildung und des Wissensaufbaus mit sich. Insbesondere in der heutigen Zeit werden stetig neue zahnmedizinische Produkte, Techniken und Materialien entwickelt, die sich der Zahnarzt aneignen oder die er ausprobieren muss, um auf dem aktuellen Stand der Forschung zu bleiben. Insofern steht dieser unter

einem ständigen Aus- und Weiterbildungsdruck, um weiterhin in Konkurrenz mit anderen zahnärztlichen Praxen zu überzeugen. Neue Techniken, Geräte und minimalinvasive Verfahren erfordern wegen der nötigen Präzisionsarbeit eine durchgehende Konzentration und sowohl psychische als auch körperliche Anspannung während der Behandlung, was naturgemäß zu erhöhten Verspannungen führen kann.

Der Zahnarzt ist also vielfältigen Aufgaben ausgesetzt, die von sozialkompetentem Umgang mit den Angestellten über Bürokratie bis hin zur selbstständigen Weiterbildung und Erweiterung der eigenen Fähigkeiten reichen.

1.8 Das kollegiale Gespräch

Sowohl im Studium als auch später in der Praxis ist die kollegiale Kommunikation nicht nur zum Verständnis und Übergabe der Behandlung essenziell, sondern auch im kollegialen Miteinander, um eine harmonische Arbeitsatmosphäre im Arbeitsalltag zu schaffen.

Zukunftsszenarien der zahnärztlichen Praxen weisen in Richtung der Großpraxen im Sinne von Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen.

Da die Anzahl der weiblichen Berufsanfängerinnen steigt und auch männliche Berufseinsteiger sich immer mehr vorstellen können, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten, geht die Anzahl der Selbstständigen stetig zurück (Hickel und Knüpper 2011).

So können Fragen und Probleme, die im Arbeitsalltag entstehen, am besten mit Kollegen besprochen werden. In diesem Bestreben sind Qualitätszirkel entstanden. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV) legten 1988 das erste Grundsatzpapier zur Qualitätsförderung vor (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer 2014), seitdem besteht eine stetige Weiterentwicklung der Grundsätze und Handlungsempfehlungen und der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung. Zum ersten Mal startete dieser Zirkel für Zahnärzte 1995/1996, initiiert durch die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, o.J.).

Mit seinem *training-cum-research-groups* schuf Michael Balint schon in den 50er Jahren sozusagen eine Vorform der heute existierenden Qualitätszirkel, in welchen es bis heute u. a. noch darum geht, Fallbeispiele zu besprechen. Forschungen zeigen, dass Ärzte der Balint- Gruppen

- weniger Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit empfinden,
- weniger Frustrationen erleben und
- ein gesenktes Burnout- Risiko haben (Foitzik 2007).

1.9 Stressoren für den Zahnarzt

Stress ist eine unspezifische Reaktion des Körpers auf jegliche Anforderung, die an ihn gestellt wird. Diese Reize, auch Stressoren genannt, werden differenziert nach positivem, leistungssteigerndem, anregendem und gesundem Stress (Eustress) und negativem, belastendem und krankheitsverursachendem Stress (Disstress) (Selye 1974).

Der niedergelassene Zahnarzt erfüllt verschiedene Rollen, wie Ausbilder, Mitarbeiterführer, Organisator und Unternehmer. Zusätzlich wird eine Reihe von Anforderungen an ihn gestellt, die er zu erfüllen hat. Diese Anforderungen umfassen ein zahnmedizinisches Fachwissen, hohe manuelle Geschicklichkeit, körperliche Leistungsfähigkeit und mitmenschliche Führungsqualitäten (Quast 1996). O'Shea und Kollegen (1984) gehen davon aus, dass eine schlechte Compliance des Patienten, Patientenängste, interpersonelle Beziehungen, die körperliche Anspannung, der wirtschaftliche Druck und die Belastung aus berufsbedingtem Perfektionismus die Hauptursachen für berufsbedingten Stress sind. Es zeigte sich, dass die Stresswerte der Zahnärzte sich sowohl auf den geistig emotionalen als auch auf den körperlich-muskulären Bereich erstrecken (Quast 1996). Micheelis (1984) arbeitete ebenfalls drei Stressdimensionen heraus, die sich auf die kognitive Arbeitssituation mit einer hohen fixierenden Situationsaufmerksamkeit und psychischer Anspannung, dem Umgang mit dem Verhalten und den Ängsten der Patienten und der körperlichen Belastung vorwiegend im Stütz-und Bewegungsapparat durch die Arbeitshaltung erstrecken.

All diese Erwartungen können in der Summe Stressoren für den Zahnarzt darstellen. Hinzu kommt, dass sich Stressoren nicht ausschließlich auf die Erwartungen und den

Leistungsdruck beschränken, sondern sich auch auf die im Folgenden dargestellten Bereiche erstrecken und in Wechselwirkung treten können.

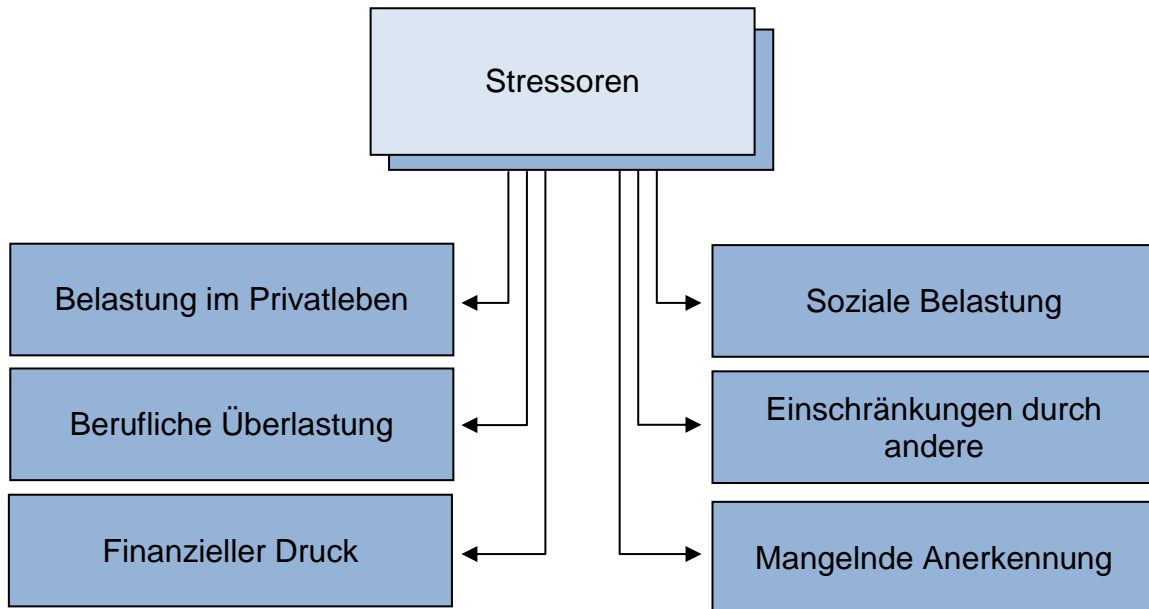


Abbildung 1: Der Bereich von Stressoren für Zahnärzte nach Quast 1996 (S. 26)

Schon seit langem ist bekannt, dass eine Vielzahl chronischer Erkrankungen auf Stress zurückzuführen ist (Quast 1996). Die Güte der Stressbewältigung ist abhängig von individuellen Fähigkeiten im Umgang mit Stress, diese können maladaptiv sein, wie beispielsweise Substanzkonsum, oder adaptiv, wie beispielsweise die Problemanalyse oder die Selbstregulation. Gelingt der adaptive Umgang mit berufsbedingten Stressoren nicht, kann es zu einem Burnout, einer emotionalen Erschöpfung und einer geminderten Leistungsfähigkeit kommen. Ein Symptom des Burnouts kann auch eine Depersonalisation sein, bei der sich das natürliche Persönlichkeitsgefühl verändert, sodass die eigene Person oder andere Personen und Objekte als fremd, leblos und unwirklich wahrgenommen werden (Maslach und Jackson 1981). Die Ursache für ein Burnout wird dabei von den meisten auf die Arbeitsbedingungen zurückgeführt (Chambers et al. 2015). Die Auswirkungen eines Burnouts erstrecken sich auch auf den Berufsalltag, indem es sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirkt (Firth-Cozens und Greenhalgh 1997) und das Risiko für medizinische Fehler erhöht (Chen et al. 2013). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen haben insbesondere Zahnärzte ein erhöhtes Risiko, ein Burnout zu

entwickeln (Rafferty et al. 1986). Aber nicht nur ausgebildete Zahnärzte stellen eine Risikogruppe für ein Burnout dar, sondern auch schon Studierende der Zahnmedizin (Prinz et al. 2012). Bei einer Untersuchung zeigten 10% der Zahnmedizin-studierenden auffällige Werte in Bezug auf Erschöpfungssymptome, 17% in Bezug auf eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und 28% Depersonalisation (Pöhlmann et al. 2005). Die Ursachen für das erhöhte Risiko werden in der fehlenden Freizeit, im hohen Prüfungsdruck, in der finanziellen Situation und in der Interaktion mit dem Patienten gesehen (Gutherie et al. 1998, Pöhlmann et al. 2005, Dyrbye et al. 2010). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die höchste Burnout - Symptomatik bei den Studierenden zu Beginn der Patientenbehandlungen im Studium auftraten (Prinz et al. 2012). Das Symptom der Depersonalisation kann sich nachteilig auf den Kontakt mit dem Patienten auswirken, indem der Patient als Objekt wahrgenommen wird und der Zahnarzt eine zynische und negative Einstellung gegenüber dem Patienten einnimmt. Das Gegenüber wird objektiviert, um sich selbst vor negativen Erlebnissen im direkten Kontakt zu schützen, dabei wird jedoch vergessen, dass der Gegenüber auch eine Persönlichkeit darstellt (Maslach und Jackson 1981). Als Ursache der Depersonalisation und des Burnouts wird das erhöhte Stressempfinden durch den intensiven Patientenkontakt und patientenbezogene Aspekte gesehen (Gorter et al. 2008, Polychronopoulou und Divaris 2005).

Gesunde Lebensführung im privaten und beruflichen Bereich wird durch den erhöhten Stresslevel immer eminenter. Die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress wird Resilienz genannt, welche durch ein gutes Selbstmanagement gestärkt wird. Die Entwicklung von individuellen Strategien zur Bewältigung von negativem Stress, die eigene aktive Erholung und der Aufbau von eigenen Ressourcen sind lang- und kurzfristig im Studium und Beruf elementar. Ob wir ein Ereignis oder einen Stimulus als Stress empfinden, ist von dessen Bewertung abhängig, welche wiederum von der Persönlichkeit des Arztes beeinflusst wird. In jedem Beruf und in jeder Arbeitsstelle gibt es Stressoren und Gegebenheiten, die zur Erhöhung des Stresslevels führen. Dies sollte bei der Bewertung der Umstände stets beachtet werden und zu einer gelasseneren Betrachtung führen. Bei der Verinnerlichung dieser Gelassenheit kann eine Haltung entstehen, die langfristig einem Burnout vorbeugt.

1.10 Stress und Betriebsklima

Die Art und Qualität der Atmosphäre und Stimmung der Menschen in einer Praxis wird unter dem Begriff Betriebsklima zusammengefasst (Lange 2005). In einer Zahnarztpraxis treffen unterschiedliche Charaktere mit verschiedenen Sichtweisen und Interessen aufeinander. Diese Vielfalt bringt ein großes Potenzial für Fortschritt und Kreativität mit sich, aber auch für Reibungen und Konflikte. Doch gerade für eine Zahnarztpraxis ist ein gutes Betriebsklima wichtig. Ein schlechtes Betriebsklima und entstehende Konflikte können einen großen Stressor für die Mitarbeiter darstellen. Ein schlechtes Betriebsklima entsteht oft durch mangelnde Kommunikation und einer Übermittlung von Kritik und Unzufriedenheit durch spitze Bemerkungen (Harbeck 2016). Es zeigte sich, dass die Praxisleitung einen erheblichen Einfluss auf das Arbeitsklima hat und dieses bis zu 50% durch den Führungsstil beeinflusst wird (Brenneis und Römer 2014). Dabei kommt dem Zahnarzt als 'Chef' eine wichtige Rolle zu, indem er durch klare Aussagen keine konflikthafter Strukturen im Team entstehen lässt. Er sollte als Vorbild für sein Team agieren, Kritik in Form von offenen Fragen stellen, in der Ich-Form kommunizieren und mit einer positiven Wahrnehmung verbinden (Harbeck 2016). Ein gutes Betriebsklima hingegen kann die Stressbelastung reduzieren (Lange 2005). Aber auch Patienten haben eine 'Antenne' für schlechte Stimmung. Die Qualität der Kommunikation innerhalb des Teams formt zum Großteil die Zufriedenheit des Patienten und sein Bild von der Praxis. Durch eine schlechte Kommunikation innerhalb des Teams und gegenüber dem Patienten kann das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Zahnarzt nachhaltig gestört werden (Köllner et al. 2010). In Untersuchungen von Ingersoll (1987) zeigte sich, dass Patienten, die zufrieden mit der Kommunikation innerhalb der Zahnarztpraxis waren, deutlich weniger Angst zeigten, weniger Schmerzen äußerten, eine bessere Prothesenadaptation hatten, die Praxis im persönlichen Feld weiterempfehlen und weniger Regressansprüche stellen.

1.11 CanMEDS

Die CanMEDS sind ein aus Kanada stammendes Modell, welches den Beruf des Arztes in sieben komplementäre Rollen aufteilt. Im Zentrum steht der Experte für Zahnmedizin, welcher alle CanMed-Rollen in seiner zahnmedizinischen Expertise vereint. Dieser steht mit seiner klinischen Kompetenz und seiner professionellen Haltung für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung. Die Rolle des Kommunikators spiegelt die Beziehungen des Zahnarztes zu seinen Patienten und deren Familien wider. Diese kann die Zusammenführung und den Austausch von relevanten Informationen für die Sicherung einer effektiven Gesundheitsversorgung erleichtern. In der Rolle des Teamleiters arbeitet der Zahnarzt mit anderen Gesundheitsdienstleistern zusammen und steht mit ihnen im Informationsaustausch, um eine effektive und hochqualitative Versorgung zu gewährleisten. Die Rolle des Managers umfasst die Einstellung von Mitarbeitern und die Übernahme von Verantwortung für die Bereitstellung einer exzellenten Patientenversorgung durch seine Tätigkeit als Arzt, Administrator, Wissenschaftler und Lehrer. Mit der Expertise und ihren Einfluss nutzt er als Gesundheitsfürsprecher und Anwalt des Patienten auf verantwortungsvolle Weise um die Gesundheit des individuellen Patienten, der Gemeinde und der Bevölkerung zu verbessern. Er ermittelt und versteht die Bedürfnisse des Patienten und unterstützt die Mobilisation von Ressourcen, um eine Veränderung zu bewirken. Eine weitere Rolle ist die des lebenslang Lehrenden und Lernenden im Sinne der Verpflichtung zu kontinuierlicher Weiterbildung, um exzellente Leistungen in der Praxis erbringen zu können. Mit der Rolle des professionellen Arztes verpflichtet er sich, durch ethische sowie persönliche Standards die Gesundheit und das Wohlbefinden des einzelnen und der Gesellschaft aufrechtzuerhalten (Frank et al. 2015).

In einer Umfrage bei Ärzten bewerteten diese die CanMed-Rollen als relevant für ihren eigenen Berufsalltag und für das Praktische Jahr im Medizinstudium. Insbesondere die Rollen des Kommunikators, des Teamplayers und des sachkundigen Mediziners wurden als relevant angesehen (Jilg et al 2015). Dies deutet darauf hin, dass medizinisches Wissen als gleichwertig mit kommunikativen Fertigkeiten für den medizinischen Alltag angesehen wird.



Abbildung 2: Grafische Darstellung der CanMEDS nach Frank et al. 2015

1.12 Lernstufen nach Miller

Georg Miller formulierte 1990 ein Modell zur Klassifikation und Beschreibung von Kompetenzen, welches sich auf die Erlernung und Entwicklung medizinischer Fertigkeiten bezieht. Dieses Modell beschreibt eine Pyramide, die in Abbildung 3 dargestellt ist. Die Basis des Modells stellt die Bildung theoretischen Wissens dar (Knows), um im nächsten Schritt das Wissen über die praktische Anwendung des Gelernten zu entwickeln (Knows how). Die dritte Stufe beinhaltet die Ausführung des Gelernten (Shows how). In der letzten und vierten Stufe wird das Gelernte im alltäglichen Leben umgesetzt, ohne dass eine künstliche Prüfungssituation vorherrscht. Um Gelerntes effektiv zu überprüfen, sollte auf der höchst möglichen Stufe die Handlung geprüft werden. Dieses Modell verdeutlicht, dass unterschiedliche Kompetenzen nicht ausschließlich von einer Prüfungsmethode erfasst werden können. Hierzu werden unterschiedliche Prüfungsmethoden angewendet, um die verschiedenen Kompetenzen adäquat zu untersuchen (Miller, 1990).

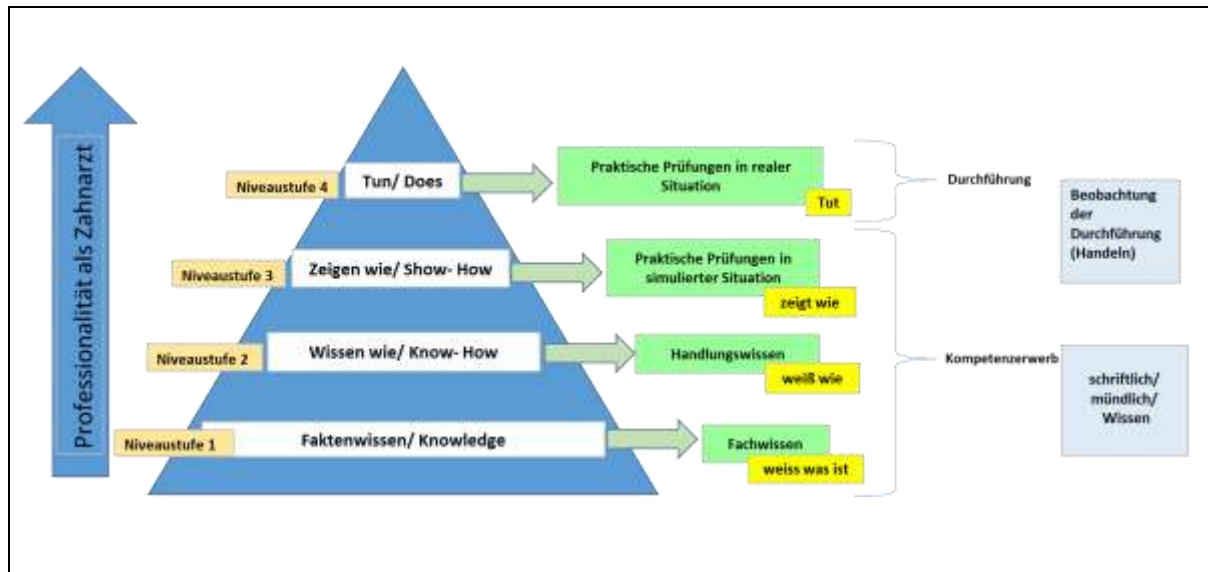


Abbildung 3: Modifizierte Lernstufen nach Miller (1990)

1.13 Herleitung der Fragestellung

Humanmediziner und auch das Pflegepersonal erfahren neben ihrer fachlichen Ausbildung universitäre oder schulische Unterstützung zu den Themen Kommunikation und psychosoziale Aspekte. Obwohl Zahnmediziner einen ebenso engen Patientenkontakt haben, werden sie in dieser Hinsicht nicht ausgebildet (siehe Anhang 6.1). In dreiviertel der deutschsprachigen zahnmedizinischen Studiengänge ist die Kommunikationslehre vertreten, jedoch nur in einem Drittel ein Kommunikationstraining, welches im klinischen Teil der Ausbildung integriert ist (Rüttermann et al. 2017). In einer Untersuchung von Prinz und Kollegen (2012) zeigte sich, dass Zahnmedizinstudierende eine höhere psychosoziale Belastung im Studium haben im Vergleich zu Humanmedizinern. Dieser Unterschied zeigte sich insbesondere in den Werten der Depersonalisationsskala. Die Depersonalisation als Symptom wirkt sich wiederum negativ auf die Kommunikation mit Patienten aus. Die höchste Burnout -Symptomatik zeigten Zahnmedizinstudierende mit dem Beginn der Patientenbehandlung (Prinz et al. 2012). Studierende, die ängstlich in ihre erste Behandlung gehen, signalisieren Unsicherheit, was den Patienten möglicherweise irritiert und sich auf die Behandlung auswirken kann. Dieser erste Patientenkontakt kann sich als Primärereignis im Gedächtnis des Studierenden verhaften und sich auf folgende Patientenkontakte auswirken.

Bei Unsicherheiten in der Kommunikation mit Patienten wird während der Behandlung oft geschwiegen. Schweigen jedoch wird von Patienten meist nicht als Zeichen von Konzentration und Kompetenz interpretiert, sondern als Desinteresse, Arroganz, Anspannung oder als Zeichen für einen problematischen Verlauf der Behandlung. Deshalb sollte sich der Studierende aktiv dem Patienten zuwenden, dies benötigt allerdings Kompetenzen im Bereich der Kommunikation. Dies ist insbesondere sehr wichtig, da die Kommunikationsfähigkeit des Zahnarztes mit der Patientenzufriedenheit korreliert (Okullo et al. 2004).

Im Studium können zwar auch Möglichkeiten zum inhaltlichen Austausch über Kommunikation geschaffen werden. Jedoch zeigte sich in der zweiten Voruntersuchung, dass die Studierenden den Wunsch nach einer systematischen Vermittlung von Wissen und Kompetenz im Bereich der Kommunikation haben. In einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie konnten Haak und Kollegen (2008) zeigen, dass der isolierte Patientenkontakt während einer klinischen Behandlung die Kommunikationsfähigkeiten nicht verbessern konnte, wohl aber die Implementation eines Kurses für Kommunikation. Zudem befürworteten ein Großteil der Zahnärzte, Zahnmedizinierenden und Patienten die Integration der Kommunikationslehre in das Curriculum (Woelber et al. 2012).

Betrachtet man das Modell der CanMEDS, fällt auf, dass Kommunikation in allen Bereichen und Rollen eines Zahnarztes stattfindet. In der späteren Berufsausübung ist Kommunikation nicht nur auf den Patienten fixiert, sondern erstreckt sich über die Kommunikation mit dem Zahnarztteam als Leiter und Kollege. Die Vermittlung von Kritik oder Lob gegenüber Angestellten ist ebenso wichtig wie die Bindung des Patienten an die Praxis. Gute Kompetenzen in der Kommunikation wirken sich nicht nur positiv auf äußere Umstände aus, sondern können der eigenen Verbalisierung und intrapsychischen Regulation dienen, und demzufolge auch der Prophylaxe der eigenen psychischen Gesundheit und den Umgang mit Stress erleichtern.

Daher setzt sich diese Arbeit die Erarbeitung eines umfassenden Kommunikationscurriculums für Zahnmedizinierende und dessen Umsetzung als Seminar zum Ziel. Die Frage nach der Wirksamkeit, d.h. nach objektiver Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, soll beantwortet werden.

1.14 Hypothesen

Die Übertragung des gelernten Wissens und der Skills aus dem Kommunikationsseminar auf Situationen des beruflichen Alltags eines Zahnmediziners wurden mithilfe eines OSCEs überprüft. Der OSCE (Objective structured clinical examination) ist ein modernes Prüfungsverfahren – erstmals beschrieben von Harden et al. (1975) –, welches klinische Kompetenzen von Human- und Zahnmedizin Studierenden prüft und mittlerweile an vielen medizinischen Fakultäten eingesetzt wird. Er besteht aus einem Parcours von Stationen, an denen jeweils innerhalb von fünf bis zehn Minuten eine Aufgabe gelöst werden muss. Durch den Zeitdruck testet der OSCE theoretische Kenntnisse und praktische Handlungsweisen unter Stress. Ein OSCE kann gewöhnlich aus 10 bis 25 einzelnen Stationen bestehen, in welchen spezifische Aufgaben, wie körperliche Untersuchungen, Mitteilung von Befunden und Diagnosen, OP-Aufklärungen an Simulationspatienten² (SP), Nahttechniken, Reanimationsübungen oder das Extrahieren von Zähnen an Phantommodellen bearbeitet werden müssen. Praktische Fertigkeiten werden somit direkt durch Handlung praktisch, kommunikative Fertigkeiten z.B. durch Videofeedback auf entsprechende sehr realitätsnahe Weise ausgewertet und geprüft. Die Bewertung der Fertigkeiten und klinischen Kompetenzen wird von Prüfern anhand von standardisierten Kriterien durchgeführt (Chenot und Erhardt, 2003). Der Einsatz von OSCE-Prüfungen in dieser Weise findet seit 2014 am Ende des 8. Semesters auch in der Zahnmedizin der Universitätsmedizin Göttingen statt. Die Universität Greifswald integrierte in den vorklinischen Abschnitt des zahnmedizinischen Studiums einen Kurs zum frühen Patientenkontakt. Dieser Kurs besteht aus einem Patientenbesuchsprogramm, speziellen problemorientierten Seminaren und einem ärztlichen Kommunikationstraining. Zur Prüfung der Fertigkeiten findet im Rahmen des zahnmedizinischen Physikums ein OSCE statt (Ratzmann et al. 2012).

² „Simulationspatienten sind Menschen die ausgebildet wurden, eine Patientenrolle einzunehmen. Sie stellen die Symptome einer Erkrankung, die aktuelle Situation sowie wichtige Persönlichkeitsmerkmale des fiktiven Patienten in einer berufsspezifischen Handlungssituation dar. Sie sind trainiert, den Lernenden ein Feedback zu geben“ (VIFSG, 2015, o. S.).

Folgende Hypothesen sollten überprüft werden:

1. Die Teilnehmenden des Kommunikationscurriculums erreichen in allen kommunikativen OSCE - Stationen mehr Punkte als diejenigen, die überhaupt nicht teilgenommen haben.
 - 1.1 Es gibt keine Unterschiede in Bezug auf die OSCE - Stationen, die keine Kommunikationsanteile beinhalten.
 - 1.2 Es gibt keine Unterschiede zwischen den Teilnehmenden des Kommunikationskurses und den Nicht Teilnehmenden im Gesamt OSCE.

Der subjektive Wissenserwerb durch das Kommunikationsseminar wurde mithilfe eines Fragebogens zum rückblickenden Wissenstand und dem aktuellen im Anschluss nach jedem Seminarblock erfragt.

In Bezug auf die Ergebnisse des rückblickenden und des aktuellen subjektiven Wissenstandes wird Folgendes erwartet:

2. Der aktuelle subjektive Wissenstand ist zu allen Themen höher als der vorherige Wissenstand, das Kommunikationsseminar konnte das Wissen der Studierenden im Bereich der Kommunikation verbessern.

2. Material und Methode

Der Vorschlag einer ehemaligen Studierenden der Zahnmedizin für die Entwicklung und Etablierung eines Unterrichtskonzepts für Zahnmedizinstudenten hat beim Ideenwettbewerb 2013 „Chancen nutzen – Vom Studium in den Beruf“ der Georg-August-Universität den 3. Platz belegt.

Mit einem Antrag auf Projekt-/Maßnahmenförderung beim „Campus QPLUS-Fonds Ideenmanagement“ wurde 2014 der Grundstein für die Umsetzung des im Ideenwettbewerb prämierten Vorschlags im Rahmen der vorliegenden Arbeit gelegt.

Zur systematischen Vorbereitung des geplanten Seminars, welches wiederholt und nachhaltig angeboten werden soll, bedurfte es im Vorfeld weiterer Recherchen über Angebote anderer zahnmedizinischer Studiengänge weiterer Univesitäten, die diese Lehrinhalte bereits curricular oder extracurricular anbieten.

In Zusammenarbeit mit den Semestersprechern unseres Fachgebietes sollte evaluiert werden, welchen inhaltlichen Bedarf die Studierenden beim Thema „Kommunikation in der Zahnmedizin“ vorrangig sehen. Das Eingehen auf gewünschte Inhalte wird sich motivierend für die Teilnahme an einem solchen Seminar auswirken.

Mit Erkenntnissen über Inhalte anderer Universitäten und den hier aus der Studentenschaft gewonnenen Ergebnissen sind mit diesem Projekt Wochenendseminare in Zusammenarbeit mit (externen) Fachleuten entworfen, vorbereitet und durchgeführt worden.

Für die Gesamtdurchführung dieser Arbeit bedeutet dies im Einzelnen, dass zunächst ein Design entworfen wurde mit dem Ziel ein Unterrichtskonzept für Zahnmedizinstudierende zu entwickeln, als Pilotprojekt anzubieten und zu evaluieren. Dies bedurfte einer strukturellen und inhaltlichen Organisation und Planung, die hier als zusammengefasster Überblick dargestellt wird:

Strukturelle Vorarbeiten:

- Anträge für finanzielle Projektförderung bei entsprechenden mittelvergebenden Stellen stellen (Antragstellung Oktober 2014 und bewilligter Förderzeitraum vom 01.02.2015 bis 31.03.2016),

- Räumlichkeiten für die Durchführung des Seminares suchen, reservieren (Dezember 2015)
- Zeitpunkt für die Durchführung der Seminare festlegen in Abhängigkeit von Dozent, räumlichen Vakanzen und unter Berücksichtigung des weiteren Studienplanes des 8. Semesters, u. a. OSCE Prüfungstermin,
- Flyer für die Seminare konzipieren, Layout und Druck (Oktober 2015),
- Suche nach einem geeigneten Dozenten mit inhaltlicher und persönlicher Expertise (April – Juni 2015),
- Schauspielpatienten (SP) aus der SP-Kartei der Universitätsmedizin Göttingen für die Seminare akquirieren, terminieren und mit den für diese vorbereiteten Rollen/ Situationen vorbesprechen und vorbereiten (August – Dezember 2015),
- Planung und Durchführung der für die Curriculumentwicklung notwendigen Voruntersuchungen (Dezember 2014 – August 2015),
- Fragebögen für die Erhebungen erstellen (ggf. auch drucken); nach deren Einsatz Einlesen in die Datenverarbeitung.

Inhaltliche Vorarbeiten

- Curriculum thematisch und inhaltlich erstellen, unter Einbezug wissenschaftstheoretischer und konzeptioneller Hintergründe und Berücksichtigung der aus den Voruntersuchungen gewonnenen erwünschten Aspekte der Studierenden,
- Agenda (zeitl. Ablauf der Seminare),
- Rollen/Situationen für die Schauspielpatienten entwickeln. Es wurden hierfür drei Situationen erarbeitet, Instruktionen und Lernziele formuliert für Patient mit Handicap, traumatisierter Patient und Überbringen schlechter Nachrichten. Die ausgearbeiteten Anleitungen mit allen notwendigen Informationen für die Simulationspatienten finden sich in Anhang 6.8.
- Kriterien für die Seminarerfolgserhebung festlegen.

Die thematische und inhaltliche Gestaltung des Curriculums zur Vermittlung von Kommunikationskompetenzen am Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Georg-August-Universität Göttingen (ZMK Göttingen) basierte auf

Voruntersuchungen, um möglichst alle relevanten Themen zur Kommunikation in der Zahnmedizin zu berücksichtigen.

Folgende Abbildung gibt eine Übersicht über den methodischen Ablauf:

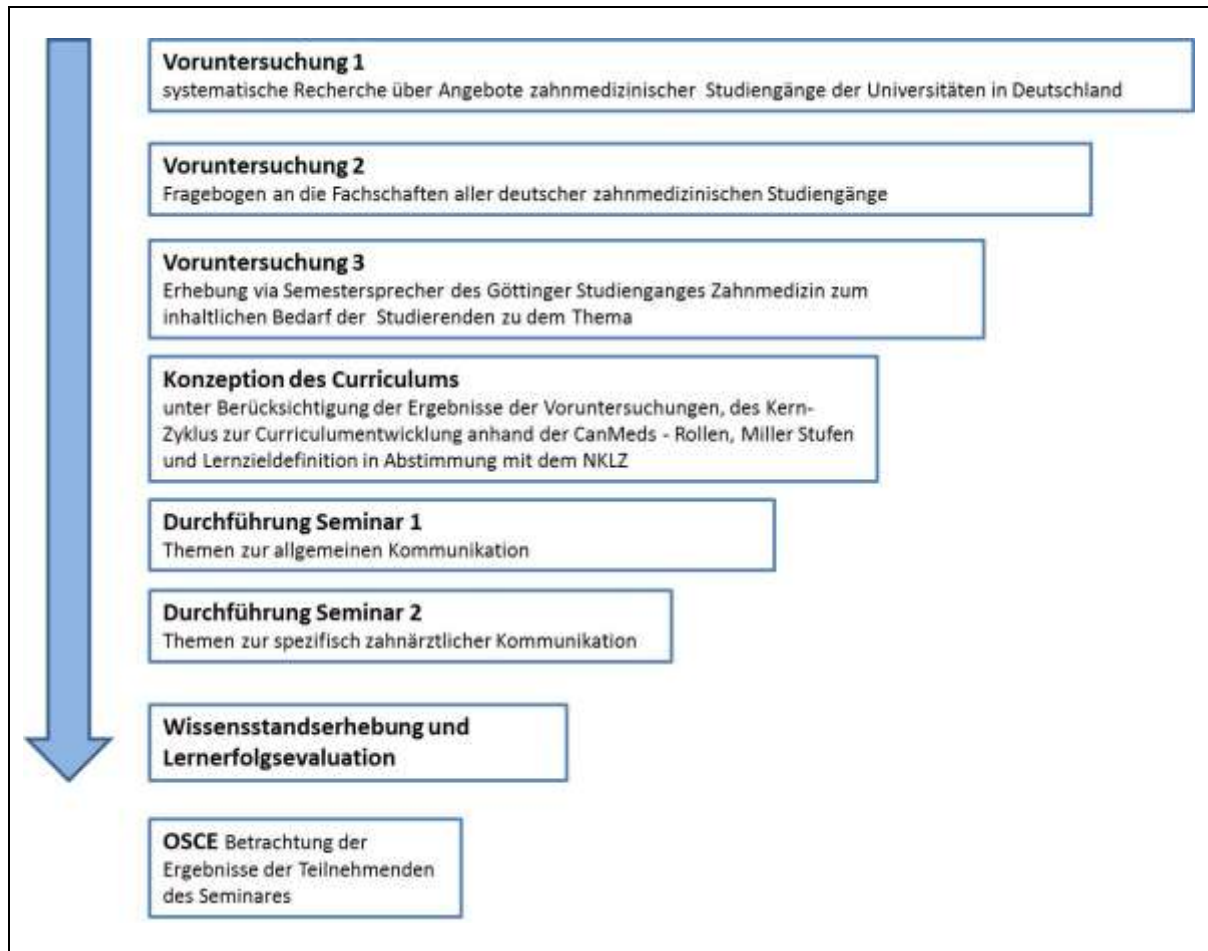


Abbildung 4: Schematische Darstellung des Untersuchungsdesigns

Ein Antrag an die Ethikkommission über diese Dissertation (Dr. med. / dent.) an der Universitätsmedizin Göttingen wurde gestellt (Antragsnummer 29/12/17) mit der positiven Rückmeldung, dass das Studienvorhaben als „hochschuldidaktische Forschung zu einem medizinisch und zahnmedizinischen wichtigen Lehrinhalt“ gelte. Es wurde nach Durchsicht aller eingereichten Unterlagen wegen des Wesens des Projektes auf eine reguläre Beratung von Seiten der Kommission verzichtet und bestätigt, dass keine ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen das Forschungsprojekt bestehen.

Curriculumentwicklung nach Kern

Die Entwicklung des Curriculums erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen der „Curriculumentwicklung“ nach Kern und Kollegen (1998). (Abbildung 5)

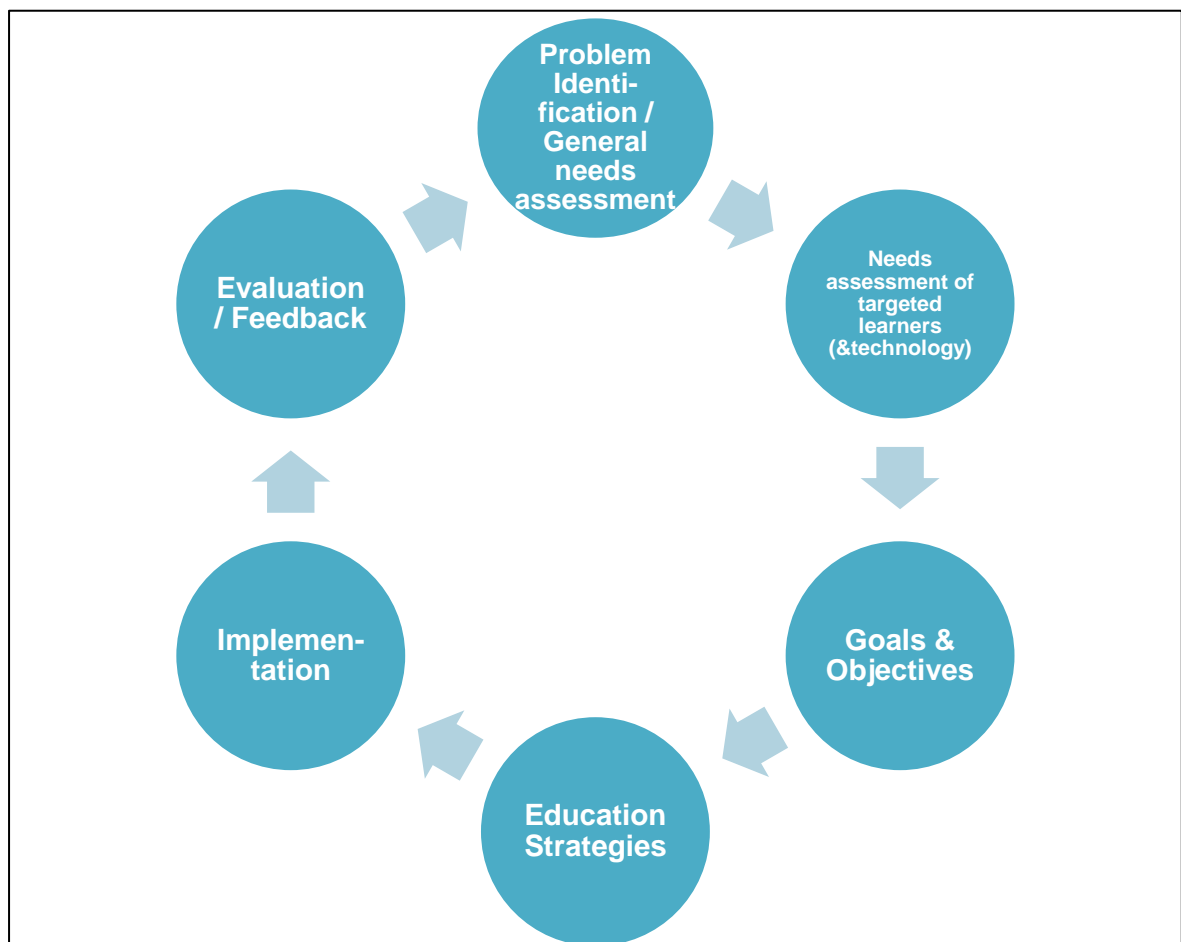


Abbildung 5: Vorgehen der „Curriculumentwicklung“ nach Kern und Kollegen (1998)

Hierzu wurden zunächst die Lehrangebote aller zahnmedizinischer Studiengänge der Universitäten in Deutschland auf Module und Lehrveranstaltungen zum Themenkomplex Kommunikation geprüft (Voruntersuchung 1). Weiterhin wurden die Fachschaften aller deutschen zahnmedizinischen Studiengänge hinsichtlich dieser Angebote befragt, damit Neuerungen, die sich noch nicht in publizierten offiziellen Lehrangeboten finden, erhoben werden konnten. In diesem Rahmen wurden auch die Wünsche der Studierenden zu den Themen und Inhalten zu Dauer und Umsetzung eines solchen Angebots evaluiert (Voruntersuchung 2). An der Universität Göttingen

wurden speziell alle Semestersprecher der jeweiligen Semester befragt (Voruntersuchung 3).

2.1 Voruntersuchung 1

Die systematische Recherche über die Vermittlung von Kommunikationsinhalten während des Zahnmedizinstudiums an anderen Universitäten in Deutschland fand mithilfe des Internets statt. Es wurden Informationen eingeholt, die nicht passwortgeschützt und öffentlich zugänglich waren (eine detaillierte Übersicht befindet sich im Anhang 6.1). Die Übersicht der online einsehbaren Angebote wird in Abbildung 5 im Ergebnisteil dieser Arbeit dargestellt.

2.2 Voruntersuchung 2

Zur systematischen Erfassung vorhandener Angebote der kommunikativen Aspekte in der Lehre an den Hochschulen im gesamten Bundesgebiet wurde vom 02.02.2015 bis 20.02.2015 im Rahmen dieser Arbeit ein Fragebogen an die Fachschaften aller zahnmedizinischer Studiengänge Deutschlands versendet (N=30). Der Fragebogen findet sich in Anhang 6.2. Jedoch lag der Rücklauf dieser Fragebögen trotz wiederholter Erinnerungen nur bei 23,3% der versandten Fragebögen (Rücklauf N=7).

2.3 Voruntersuchung 3

Für die Gestaltung eines Angebotes, das sich an die Bedürfnisse und Erwartungen der Studierenden der ZMK Göttingen anpasst, wurden Fragebögen an die jeweiligen Semestersprecher versandt. Diese gaben ihre Rückmeldung stellvertretend für das gesamte Semester.

Die Befragung fand in einem Zeitraum vom 26.01.2015 bis zum 27.02.2015 statt.

Die Auswertung befindet sich im Anhang 6.3.

2.4 Genutzte statistische Verfahren

Die Ergebnisse der Lernüberprüfung wurden mittels zweier verschiedener Verfahren auf ihren Erfolg hin überprüft.

Zum einen wurde ein t-Test für verbundene Stichproben mit dem Statistikprogramm SPSS durchgeführt und zum anderen der Lernerfolg nach Raupach errechnet. Raupach et al. (2011) entwickelten in Göttingen eine Formel, die einen lernzielspezifischen Lernzuwachs errechnet. Der Zuwachs des Lernerfolgs wird so unabhängig von unterschiedlichen Vorkenntnissen der Teilnehmenden errechenbar.

t-Test für unabhängige Stichproben

In dieser Untersuchung wurden die Lernerfolgsergebnisse der Interventionsgruppe (Studierende mit Seminarteilnahme) mit der Kontrollgruppe (Studierende ohne Seminarteilnahme) verglichen und auf statistische Signikanz geprüft. Es handelt sich somit um zwei unterschiedliche Stichproben, welche als unabhängige Stichproben bezeichnet werden.

Der t-Test für unabhängige Stichproben vergleicht zwei Mittelwerte, die aus unterschiedlichen Stichproben stammen. Dabei ist der t-Wert das Prüfmaß, welches auf Signifikanz geprüft wird. Das Signifikanzniveau wird in dieser Untersuchung auf 0,05 festgelegt, das heißt bei einem p kleiner als 0,05 wird von einem signifikanten Mittelwertsunterschied ausgegangen (Bortz 1999).

Lernerfolg nach Raupach

Der Lernerfolg nach Raupach (2011) wird in Prozent angegeben und das Prinzip der Messung folgendermaßen erklärt:

Die Studierenden werden gebeten zwei Einschätzungen zu ihrem Leistungszustand zu geben. Der aktuelle Leistungsstand wird nach der Teilnahme einer Veranstaltung (post-Test) und der Leistungsstand vor Veranstaltungsbeginn zeitgleich abgefragt. Die Studierenden beurteilen also rückblickend, wie ihr Leistungsstand vor der Veranstaltung war (then-Test oder post-Test).

Hierfür ergibt sich folgende Formel:

$$\text{Lernzuwachs [\%]} = \frac{X_{\text{prä}} - X_{\text{post}}}{X_{\text{prä}} - 1} \times 100$$

X_{prä} = durchschnittliche initiale Selbsteinschätzung

X_{post} = durchschnittliche Selbsteinschätzung nach dem Kurs

Dabei gilt, je höher die Prozentzahl, umso höher der Lernzuwachs (Raupach et al. 2011).

2.5 Durchführung des Seminars

Die Inhalte des Seminars wurden vermittelt durch einen Gastdozenten, einen erfahrenen Professor der Psychiatrie und Psychotherapie, der an einer anderen Fakultät Zahnmedizin studierende unterrichtet. Das Seminar wurde nach inhaltlichen Kriterien der Lehrinhalte auf zwei aufeinanderfolgende Wochenenden aufgeteilt. Am ersten Wochenende wurden Themen zur allgemeinen Kommunikation und ihnen zugrundeliegende Regeln und Nutzen besprochen, am zweiten Wochenende spezifisch für den Zahnarzt relevante Kommunikationsthemen behandelt. Die Seminare beinhalten Themen wie den Umgang mit schwierigen Patienten, das kollegiale Gespräch, die Rollen des Zahnarztes (Arzt, Handwerker, Chef, Unternehmer) und das Selbstmanagement unter Anwendung besonderer didaktischer Mittel, wie Simulationspatienten, Videofeedback, interaktivem Unterricht und Gruppenarbeit. Das entwickelte Seminarkonzept als Curriculum wird im Ergebnisteil ausführlich dargestellt.

Angeboten zur freiwilligen Teilnahme wurde das Seminar für das dritte klinische Semester mittels eines hierfür erstellten Flyers (siehe Anhang 6.4). Aus dem gesamten Semester mit 32 Studierenden nahm nahezu die Hälfte daran teil. Die Zulassung des dritten klinischen Semesters ergab sich aus der Tatsache, dass am Ende dieses Semesters die OSCE (die ausführliche Erklärung erfolgte im Abschnitt 1.14) stattfindet. Zur Vermeidung von zu großen Interferenzen wurde auf eine Terminierung des Seminars zur OSCE geachtet.

Das dritte klinische Semester besteht aus den Fächern: Innere Medizin, Kurs der kieferorthopädischen Behandlung I, KFO I, Mund-Kiefer-Gesichts - Chirurgie I (Wintersemester), Pathologisch-Histologischer Kurs, Klinischer Kurs der Zahnersatzkunde I, Zahn-Mund-Kiefer - Heilkunde I, ZMK ("Praktikando"). Insgesamt sind ca. 40 Wochenstunden Lehre und weitere freiwillige Übungsstunden in Technik und Labor zu erbringen. Nach praktischen und theoretischen Prüfungen in den Fächern Prothetik, Kieferorthopädie, Histologische Pathologie sowie einem Praktikum (OP Kurs II in der Zahnärztliche Chirurgie mit mündlichen Testaten) findet am Semesterende ein OSCE statt.

Im OSCE des Untersuchungszeitraumes wurden die in folgender Tabelle gezeigten Stationen aufgestellt.

Tabelle 4: OSCE - Stationen Wintersemester 2016

Nr	Abkürzung	Stationsname	praktisch/ kommunikativ
1	ZF	Zahnfilm	praktisch
2	Hygiene	Hygiene	praktisch
3	POA	postoperative Aufklärung	kommunikativ
4	AEZ	Aufklärung und Einwilligung zur Zahnextraktion	kommunikativ
5	BLS	Basic Life Support	praktisch
6	AG	Anamnesegespräch	kommunikativ
7	Naht	Naht	praktisch
8	MSH	Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen	praktisch
9	EU	Untersuchung von Gesicht und Mundhöhle	praktisch
10	LA	Lokalanästhesie	praktisch

Im OSCE wurden die Stationen jeweils von zwei in der Lehre tätigen Personen mittels einer vorgegebenen stationsspezifischen Checkliste gewertet. Die Wertung erfolgte durch Einsatz von Tablet- Computern, wobei jeweilige vordefinierte Items mit z. B. „trifft zu / trifft nicht zu“ beurteilt wurden. Weiterhin wurde ein Gesamteindruck in fünf Halbschritten zwischen 0 Punkte („unzureichend“) und 2 Punkte („sehr gut“) vergeben.

Die Wertenden der OSCE-Stationen (auch die der kommunikativen Stationen) waren nicht informiert über die Teilnahme von Studierenden am Kommunikationsseminar (sog. einfache Verblindung).

Das Seminar fand vom 04.12. bis zum 05.12.2015 und vom 11.12. bis zum 12.12.2015 statt, jeweils an den Freitagen von 13.00 bis 18.00 Uhr und an den Samstagen von

9.00 bis 16.00 Uhr. Die inhaltliche und zeitliche Gliederung der Seminare sind dem Anhang 6.5 zu entnehmen. Der Veranstaltungsort war das Studentische Innovations- und Trainingszentrum der Zahnmedizin (SINUZ) der Universitätsmedizin Göttingen, das als sogenanntes SkillsLab für Studierende der Zahnmedizin ein Lern- und Trainingszentrum darstellt, welches über die Grenzen der klassischen Lehre hinaus den Studierenden die Möglichkeit geben möchte, innovative und zukunftsweisende Behandlungsmethoden und -technologien jenseits des Lehrplans kennenzulernen und anzuwenden (Sennhenn- Kirchner o.J.).

Zur Erreichung eines Gesamtwertes für die jeweiligen OSCE-Stationen wurde in einem ersten Schritt ein Mittelwert für die Checklistenitems ermittelt, wobei jedes Item einen Maximalwert von 1 bzw. 100% hatte.

Die Globalnote wurde von der Schulnote in eine Prozentzahl umcodiert (1=100%, 2=85%, 3=70%, 4=55% und 5=0%).

Der Wert wurde anschließend zu anteilig 70% des Gesamtlistenmittelwertes und 30% der in Prozenten umgerechneten Globalnote berechnet.

Der allgemeine Gesamtwert des OSCE über alle Stationen wurde als Mittelwert aller Stationswerte gebildet. Die Leistungsergebnisse werden dementsprechend im Folgenden in Prozent angegeben. Die Auswertung der Ergebnisse wurde mit dem Statistik-Programm SPSS vorgenommen.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Voruntersuchung 1

Mithilfe des Internets wurden Informationen eingeholt, die nicht passwortgeschützt und öffentlich zugänglich waren. Recherchiert wurden alle Studiengänge der Zahnmedizin in Deutschland nach ihren online einsehbaren Angeboten zu den Themen Kommunikation und Psychologie. Das Ergebnis wird hier zur besseren Übersichtlichkeit als Diagramm dargestellt:

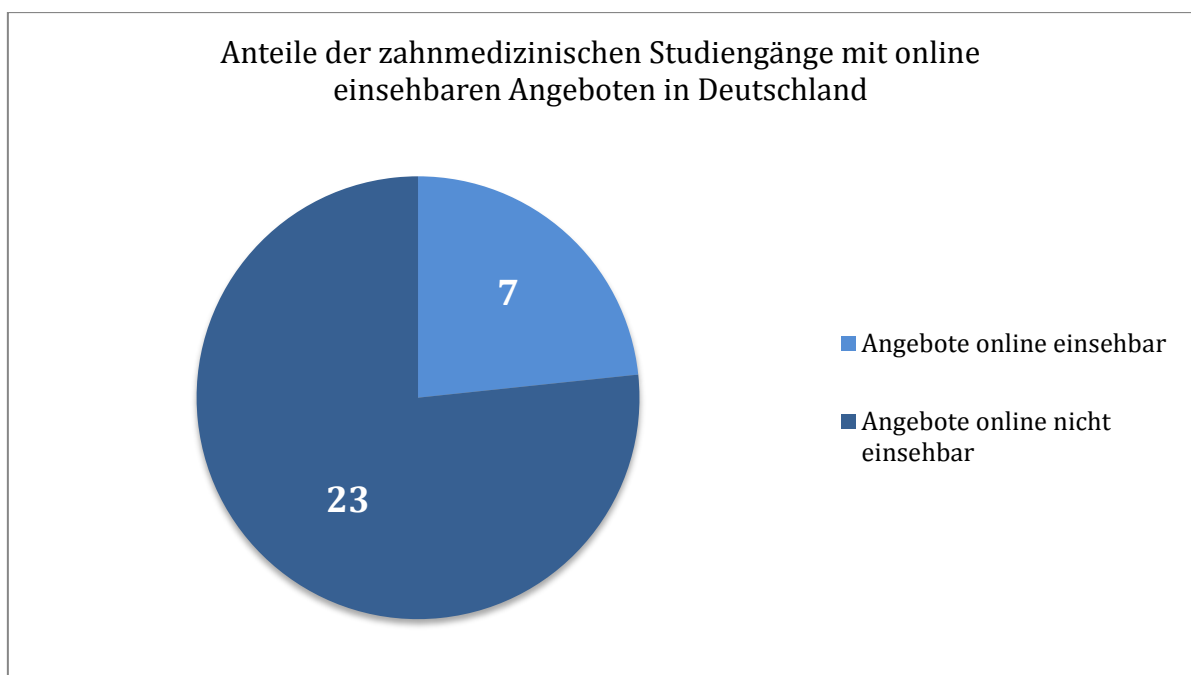


Abbildung 6: Darstellung der Stichprobe zu Voruntersuchung 1

Eine Tabelle mit dem Gesamtüberblick befindet sich im Anhang 6.1.

3.2 Ergebnisse der Voruntersuchung 2

Zwei der sieben antwortenden Universitäten mit dem Studiengang der Zahnmedizin in Deutschland gaben an, eine Unterrichtseinheit (mit dem Schwerpunkt) Psychologie oder Kommunikation anzubieten. Eine Universität gibt eine curriculare Implementierung als Pflichtveranstaltung ab dem zweiten Fachsemester während der Vorlesungszeit an. Die zweite Universität bot die Veranstaltung als curriculare Unterrichtseinheit als Blockkurs ab dem ersten Fachsemester in Form einer regelmäßigen (semesterbegleitenden) Veranstaltung an. Beide Fachschaften der Fakultäten fanden das Thema Psychologie und Kommunikation für die Zahnmedizin wichtig.

Die fünf Fachschaften, die eine Rückmeldung gaben und keine Unterrichtseinheit zum Thema Psychologie und Kommunikation an ihrer Fakultät hatten, wünschten sich zu 80% eine Veranstaltung zu diesem Thema als Blockveranstaltung und lediglich 20% als eine semesterbegleitende Veranstaltung. 80% der Fachschaften sprachen den Wunsch aus, die Veranstaltung sollte studienbegleitend sein, und alle fanden, sie sollte in der Vorlesungszeit stattfinden. Ebenfalls 80% wünschten sich die Veranstaltung als eine Pflichtveranstaltung. Die behandelten Themen sollten nach der Meinung aller Fachschaften auf psychologische und kommunikative Anforderungen während des Studiums und in der Praxis vorbereiten, für 60% der Fachschaften zusätzlich auch auf persönliche Belange wie beispielsweise das Stressmanagement. Alle Fachschaften wünschten sich den Umgang mit schwierigen Patienten als Themenschwerpunkt.

3.3 Ergebnisse Voruntersuchung 3

Neun von zehn versandten Fragebögen wurde von allen Semestern bearbeitet. Lediglich das zehnte Semester entschuldigte sich aufgrund der anstehenden Examensprüfungen.

Die Göttinger Semestersprecher wünschten sich die Veranstaltung zu 44,4% in Form eines Blockkurses und zu 55,6% in Form einer regelmäßigen wöchentlichen Unterrichtseinheit. 88,9% der Semestersprecher fanden, dass eine solche Veranstaltung studienbegleitend und in der Vorlesungszeit stattfinden sollte.

Nach Meinung von 66,7% der Semestersprecher sollte diese eine Pflichtveranstaltung sein. Für alle Semestersprecher sollten die Themen auf psychologische und kommunikative Anforderungen während des Studiums und in der Praxis vorbereiten, 66,7% auf persönliche Belange. Gewünschte Themenschwerpunkte umfassten den Umgang mit Angstpatienten, die Gesprächsführung, Themen der Ganzheitlichen Zahnheilkunde, den Zahnarzt als Leiter eines Teams und Arbeiten im Team.

Aus den bereits berichteten Ergebnissen der Voruntersuchungen und den im theoretischen Abschnitt behandelten Anforderungen an den Zahnarzt lassen sich die erforderlichen Lehrinhalte zu folgenden Themen (nach alphabetischer Reihung) zusammenfassen:

- Achtsamkeit,
- Burnout- Prophylaxe,
- Führung,
- kollegiales Gespräch,
- Selbstmanagement.

Aus den genannten Aspekten wurde ein Seminarkonzept entwickelt, welches nach den Millerstufen I-III im Folgenden tabellarisch dargestellt ist:

Tabelle 5: Inhalte des Curriculums nach den Millerstufen

Übergeordneter Inhalt	Granulärer Inhalt	Lernziele	Miller-Stufe
Kommunikationstheorien	Nach Schulz v. Thun Watzlawik Grundlegendes über Kommunikation Funktionen von Kommunikation Alltagsgespräch und seine Auswirkungen	Studierende des 3. Klinischen Semesters können am Ende des Kommunikationskurses die Kommunikationstheorien nach Schulz von Thun und Watzlawik verständlich und vollständig wiedergeben.	1
Verbale Kommunikation	Wortwahl/ Satzbau/ Sprechtempo/ Pausen/ Betonung/ Tonhöhe/ Lautstärke	Der Studierende kann am Ende des Kommunikationskurses im Patientengespräch entsprechend dem Inhalt diese vermittelten Bausteine nutzen und gezielt einsetzen.	3
Nonverbale Kommunikation	Körpersprache/ Mimik/ Gestik/ interpersonelle Distanz /Berührungen/ Körperhaltung	Die Studierenden des 1. klinischen Semesters verstehen die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation und können diese Fähigkeiten gezielt im Umgang mit den Patienten nutzen.	3
Psychologische Aspekte	Grundlegende psychologische Aspekte im zahnärztlichen Kontext: Rolle (Rollentheorie) Wahrnehmung Emotionen/ Stress Bedürfnisse (Bedürfnishierarchie) Gruppe vs. Team Psychodynamik (bewusst/unbewusst/Abwehrmechanismen des Unbewussten) Kompetenz (Kernkompetenz / Soft Skills)	Der Studierende kann nach vermittelter Theorie die Begriffe zu verstehen und entsprechend wiedergeben Die Studierenden verstehen am Ende der Unterrichtseinheit die Wahrnehmung des Patienten und Kommunikation mit Menschen in besonderen Lebenssituationen.	1
Arzt-Patienten-Beziehung	Erwartungen der Akteure Kommunikationsebenen Anamnese - und Erstgespräch Shared decision making	Dem Studierenden ist am Ende des Kommunikationskurses die Rolle, die er als behandelnder Arzt hat, bewusst und er kann sich in sie hineinendenken ggf. hineinversetzen.	2
Aktives Zuhören	Gesprächsdimensionen (nach C. Rogers) In der Lage sein, den Patienten	Der Studierende ist am Ende des Kurses in der Lage, Patienten einzuschätzen (z.B. Bildung/ Soz.	3

	kommunikativ „abholen“ zu können und zu spiegeln	Status/ Fam. Stand/ Gesundheitszustand/ Interessen) und kann entsprechend auf den Patienten eingehen.	
Achtsamkeit	Umgang mit Patienten ist außer der Behandlung auch eine Haltung. Für die Psychohygiene (eigener Stressumgang, Burnout-Prophylaxe, ...) ist Achtsamkeit (Mindfulness) unabdingbar.	Der Studierende kann am Ende dieses Kurses neben der dahinterliegenden (neurobiologischen) Theorie der Achtsamkeit diese Methode wiedergeben und selbst anwenden.	3
Umgang mit Angstpatienten	Umgang mit Patienten, die Schmerzen haben / wie sollte der Behandler wirken? Möglichkeiten des Angstabbau	Studierende des Semesters kennen und verstehen die Prinzipien des Angstabbau und können sie anwenden.	
Umgang mit schwierigen Patienten / Situationen	Typologie des schwierigen Patienten	Der Studierende versteht am Ende des Kommunikationskurses die möglichen Compliance Probleme des „schwierigen“ Patienten, er erkennt schwierige Situationen und kann in den Gesprächen erlernte Kommunikationstechniken anwenden.	3
Das kollegiale Gespräch	Fehler vermeiden Das Feedback und seine Bedeutung Anerkennung Konfliktgespräch	Der Studierende kann nach dem Kurs wesentliche Störquellen im kollegialen Gespräch benennen, erkennen und Lösungsvorschläge hierfür wiedergeben.	2
Breaking bad news	SPIKES-Modell von Buckman und Baile: Definieren des Ansprechpartners Umgang mit Angehörigen Gesprächstechniken	Der Student kennt am Ende des Kommunikationskurses die möglichen Rahmenbedingungen für ein Gespräch nach dem SPIKES Modell.	2
Selbstmanagement	Persönlichkeit, Selbst- und Fremdeinschätzung	Der Studierende erwirbt am Ende des Kommunikationskurses Fähigkeit und Bereitschaft, eigene und fremde Handlungspotentiale richtig zu erfassen und zu bewerten. Er ist in der Lage sein Handeln und das des Anderen zu reflektieren und sinnstiftend miteinander in Beziehung zu setzen.	

3.4 Ergebnisse OSCE

Insgesamt durchliefen 30 Studierende den OSCE, von denen 13 am Kommunikationsseminar teilgenommen hatten. Von den 13 Teilnehmern des Kommunikationsseminars waren acht an allen Tagen anwesend, fünf der Teilnehmer haben an einem oder an zwei Tagen gefehlt.

Die Gruppenmittelwertunterschiede wurden mithilfe eines t-Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft.

Die Interventionsgruppe (IG) schloss den OSCE insgesamt mit einem signifikant besseren Endergebnis ab als die Kontrollgruppe (KG) (MIG=80,38% (SDIG=4,96%), MKG=71,35% (SDKG=10,16%), $p=0,006$, $d=1,13$).

Die drei Kommunikationsstationen des OSCE wurden jeweils auf ihre interne Konsistenz mit dem Cronbach-Alpha-Koeffizienten (α) überprüft. Cronbachs Alpha ist eine Maßzahl einer Skala über das Ausmaß, in dem die Items miteinander in Beziehung stehen und kann einen Wert im Bereich von 0 bis 1 annehmen. Ab $\alpha=0,6$ wird von einer passablen und ab $\alpha=0,8$ von einer guten internen Konsistenz ausgegangen (Bühner 2011). Die OSCE-Station 'Anamnese' erzielte eine hohe Reliabilität ($\alpha_{AG}=0,843$), und die Station postoperatives Gespräch kann mit einem $\alpha_{POA}=0,781$ als akzeptabel eingestuft werden. Lediglich die Station der 'präoperativen Aufklärung' hatte mit einem Wert von $\alpha_{AEZ}=0,653$ eine passable interne Konsistenz (Bühner 2011).

Die Mittelwerte der drei Kommunikationsstationen wurden addiert und durch die Anzahl 3 geteilt, um einen Mittelwert, welcher zur leichteren Interpretierbarkeit die gleiche Skalierung behält, der gesamten Kommunikationsstationen zu erhalten. Die Interventionsgruppe erzielte in allen drei Kommunikationsstationen eine signifikant bessere Leistung als die Kontrollgruppe (MIG=78,31% (SDIG=7,4%), MKG=66,94% (SDKG=11,45%), $p=0,004$, $d=1,18$). In der Station 'postoperatives Gespräch' war der Leistungsunterschied ebenfalls signifikant zugunsten der Teilnehmer des Kommunikationsseminar (MIG=81,55% (SDIG=8,53%), MKG=65,06% (SDKG=15,09%), $p=0,001$, $d=1,37$). In den Stationen 'präoperative Aufklärung' (MIG=65,85% (SDIG=9,063%), MKG=61,240% (SDKG=12,567%), $p=0,274$, $d=0,42$) und 'Anamnesegesprächs' (MIG=87,0% (SDIG=15,105%), MKG=78,07% (SDKG=21,757%), $p=0,226$, $d=0,48$) die Leistungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant.

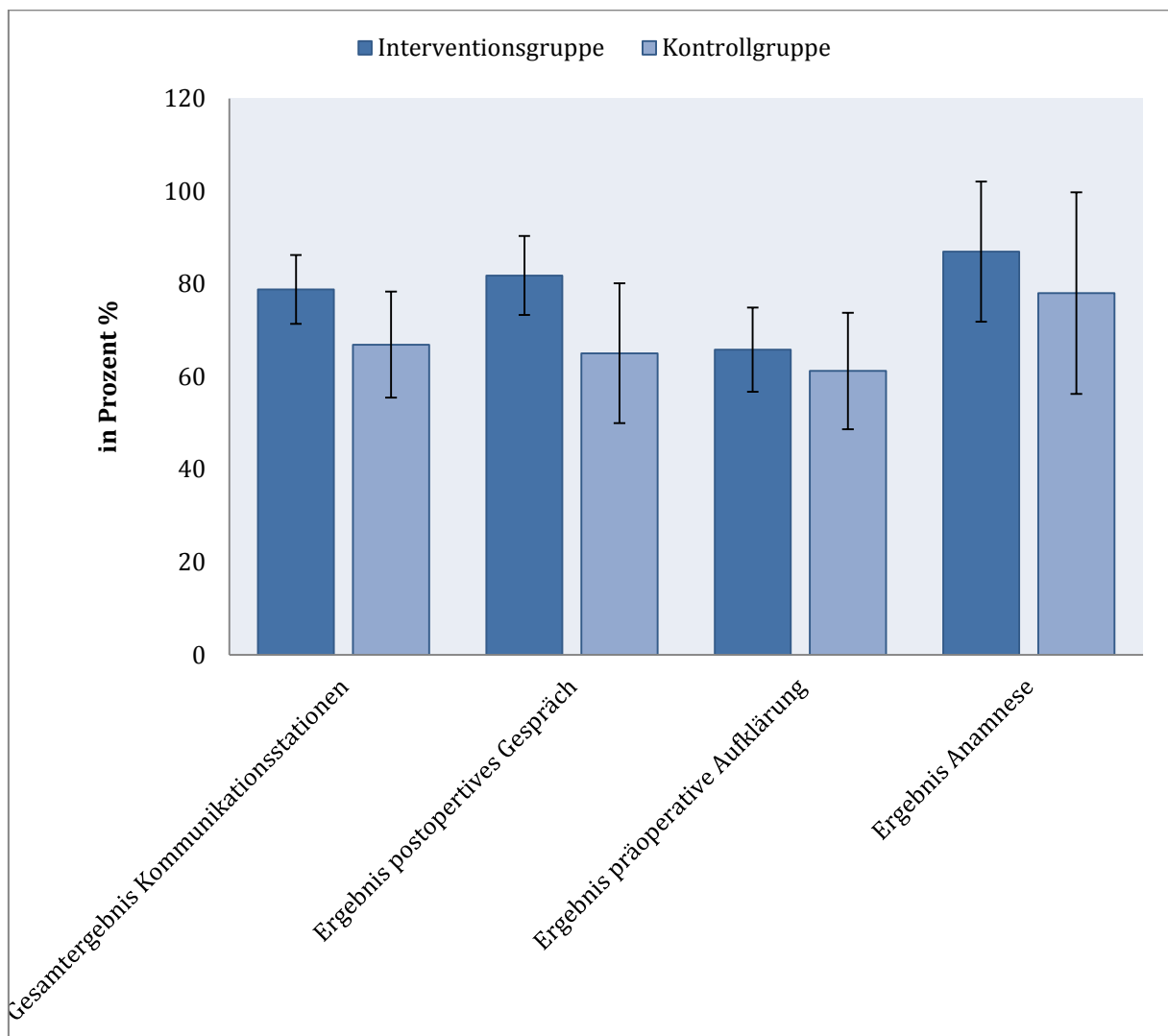


Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums im Vergleich zu der Kontrollgruppe der einzelnen Kommunikationsstationen

Auch in den Stationen, die praktische Fertigkeiten prüften, erzielte die Interventionsgruppe insgesamt signifikant bessere Leistungen (MIG=81,28% (SDIG=5,24%), MKG=72,76% (SDKG=12,06%), $p=,023$, $d=,93$). Die signifikanten Leistungsunterschiede zeigten sich in den Aufgaben zum Basic Life Support (MIG=88,770% (SDIG=8,7%), MKG=74,47% (SDKG=19,529%), $p=,021$, $d=,95$), der Naht (MIG=90,08% (SDIG=5,469%), MKG=78,88% (SDKG=15,644%), $p=,02$, $d=,96$), der Diagnostik von Mundschleimhautveränderungen (MIG=68,69% (SDIG=12,216%), MKG=55,35% (SDKG=0,031%), $p=,023$, $d=,86$) und der Untersuchung vom Gesicht und der Mundhöhle (MIG=69,77% (SDIG=11,896%), MKG=54,35% (SDKG=18,224%), $p=,013$, $d=1,0$). Eine anschauliche Darstellung bietet Abbildung 8.

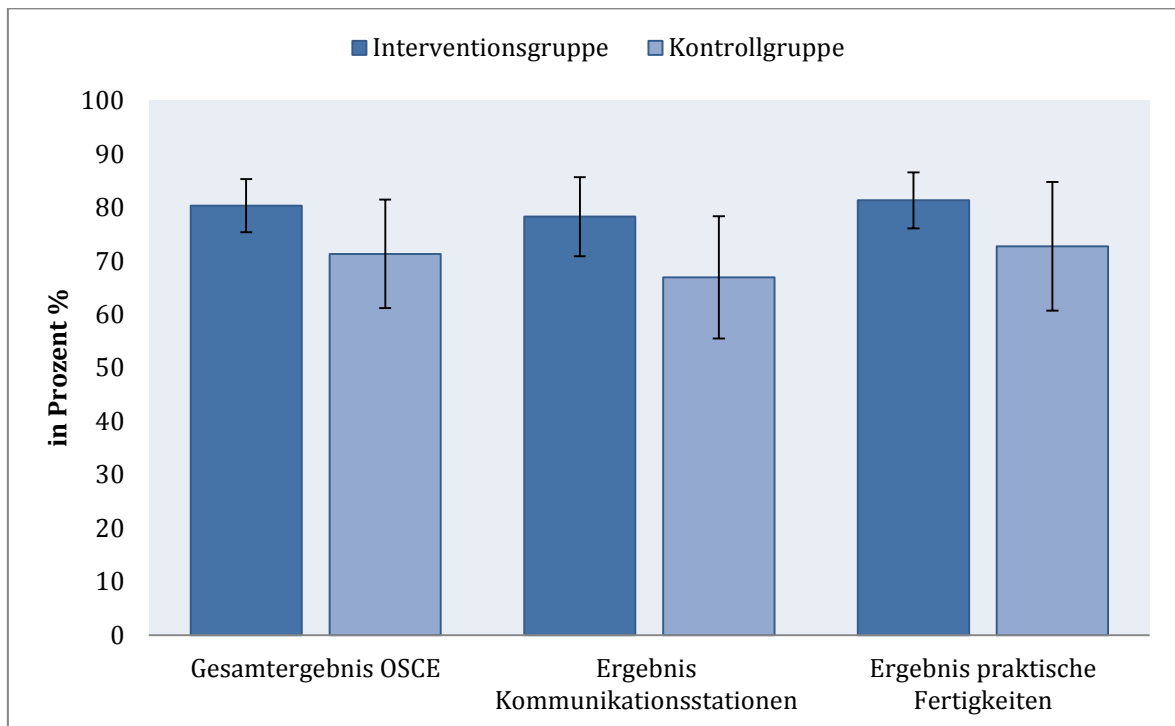


Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums im Vergleich zu der Kontrollgruppe des Gesamt-OSCE, der Kommunikationsstationen insgesamt und der Stationen der praktischen Fertigkeiten

3.5 Ergebnisse durch Anregungen der Studierenden während des Seminars

Die Teilnehmenden des Seminars äußerten den Wunsch, ein zukünftiges Seminar nicht von einem Assistenzarzt leiten zu lassen aufgrund der Angst vor einer 'Verurteilung' der Studierenden durch diesen, wenn sie z. B. Probleme äußern. Gerade ein spontanes 'Hineinschauen' einer interessierten Lehrkraft empfanden die Teilnehmenden des Seminars als irritierend, beeinflussend und störend. Zudem wünschen sich die Studierenden eine Weiterbildung und Qualifikation der Assistenzärzte zu diesem Thema, um auch diese zu sensibilisieren, bevor eine zukünftige Lehrveranstaltung in diesem Bereich durchgeführt wird. Die Teilnehmenden bewerteten die Veranstaltung als gut.

3.6 Ergebnisse der Lernüberprüfung des ersten Seminarwochenendes

Die Lernüberprüfung unterteilte sich in die zwei verschiedenen Seminarwochenenden und deren Inhalte. Im ersten Block wurde der subjektive Wissenstand vor und nach dem Seminar in Bezug auf die folgenden Themen erfragt: allgemeine Kommunikationstheorien, Stimme und Sprache modulieren, nonverbale Kommunikation, erster Eindruck, Anpassung, Wortwahl, Aufklärung und Entscheidungsfindung, Rollen, Erwartungen an den Zahnarzt, Zugang zum Patienten und Umgang mit Stress und Emotionen. Die Lernüberprüfung fand stets nur nach dem jeweiligen Seminarblock statt, der Wissensstand vor und nach dem Seminar wurde demzufolge zeitgleich erfasst. Die Fragebögen zur Lernüberprüfung befinden sich in ihrer Originalversion im Anhang 6.6 und 6.7.

In Bezug auf die Themen allgemeine Kommunikationstheorien, Stimme und Sprache modulieren, nonverbale Kommunikation, Aufklärung und Entscheidungsfindung, Rollen, Erwartungen an den Zahnarzt, Zugang zum Patienten und Umgang mit Stress und Emotionen konnte ein signifikanter Unterschied von Wissensstand vor und nach dem Seminar festgestellt werden. Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes

	rückblickend		aktuell		Signifikanz 2-seitig p-Wert
	M	SD	M	SD	
Kommunikationstheorien	1,67	0,303	3,2	0,296	.000**
Stimme und Sprache modulieren	2,73	0,248	3,6	0,19	.000*
nonverbale Kommunikation	2,93	0,153	3,47	0,165	.001**
erster Eindruck	2,67	0,232	3,07	0,248	.054
Anpassung der Wortwahl	3,47	0,215	3,9	0,133	.054
Aufklärung und Entscheidungsfindung	3,33	0,27	3,8	0,175	.029*
Rolle und Erwartungen	3,6	0,214	4,4	0,163	.003**
Zugang zum Patienten	3,2	0,262	3,73	0,206	.027*
Umgang mit Stress und Emotionen	2,53	0,236	3	0,258	.004**

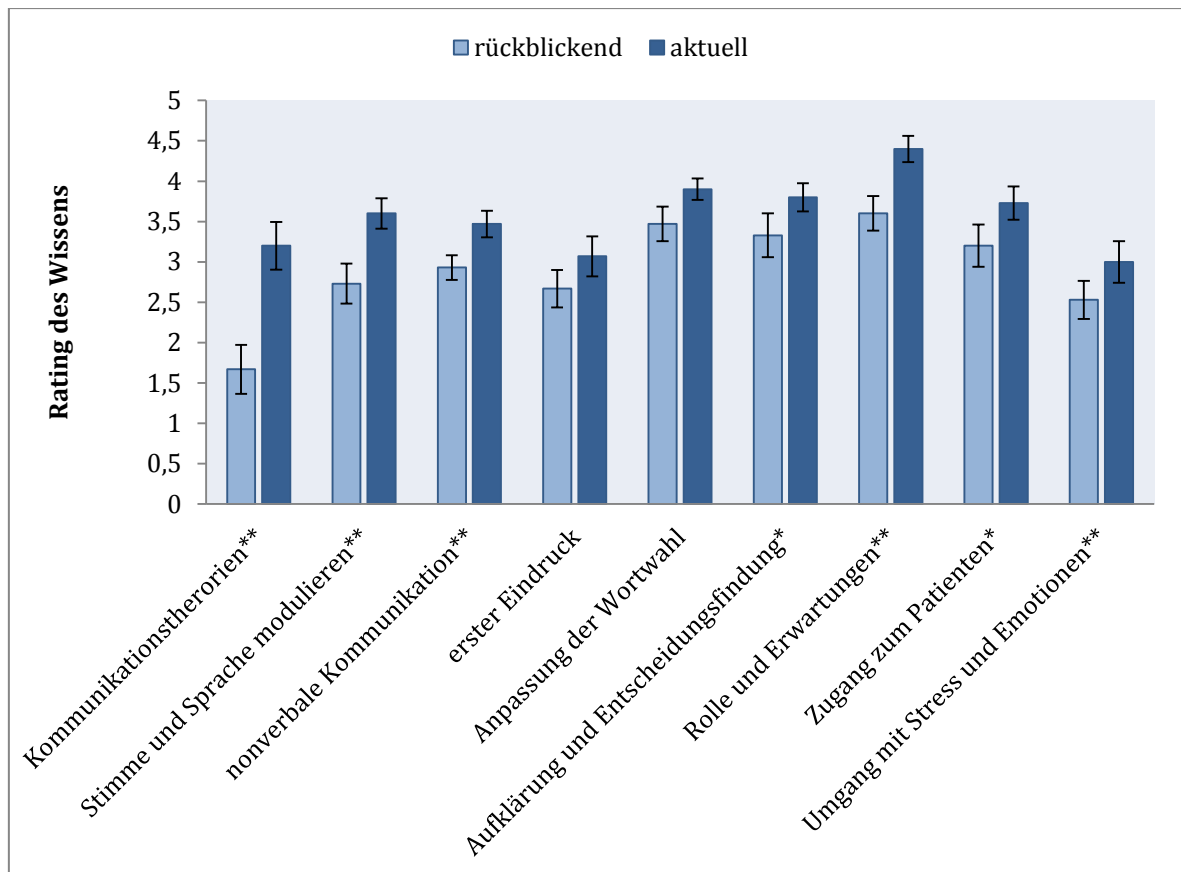


Abbildung 9: Grafische Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes

Anmerkung. *= $p < .05$ = signifikant ; **= $p < .01$ = hochsignifikant

Für die Themen der allgemeinen Kommunikationstheorien wurde ein Lernerfolg von 46% und für die Modulation der Sprache und Stimme 38,24% erreicht. Ein Lernerfolg von 25,81% wurde in den Themen zur nonverbalen Kommunikation erreicht und lediglich 17,14% zum Thema erster Kontakt. Bezüglich der Themen zur Anpassung der eigenen Wortwahl wurde ein Lernerfolg von 26,09%, für den Themenblock zur Aufklärung 28% und ein Wissenszuwachs zu der Rolle und den Erwartungen an den Zahnarzt um 57,14% erreicht. In Bezug auf die Themen des Zugangs zum Patienten und dem Umgang mit Stress und Emotionen wurde ein Lernerfolg von 29,63% und 18,92% erzielt.

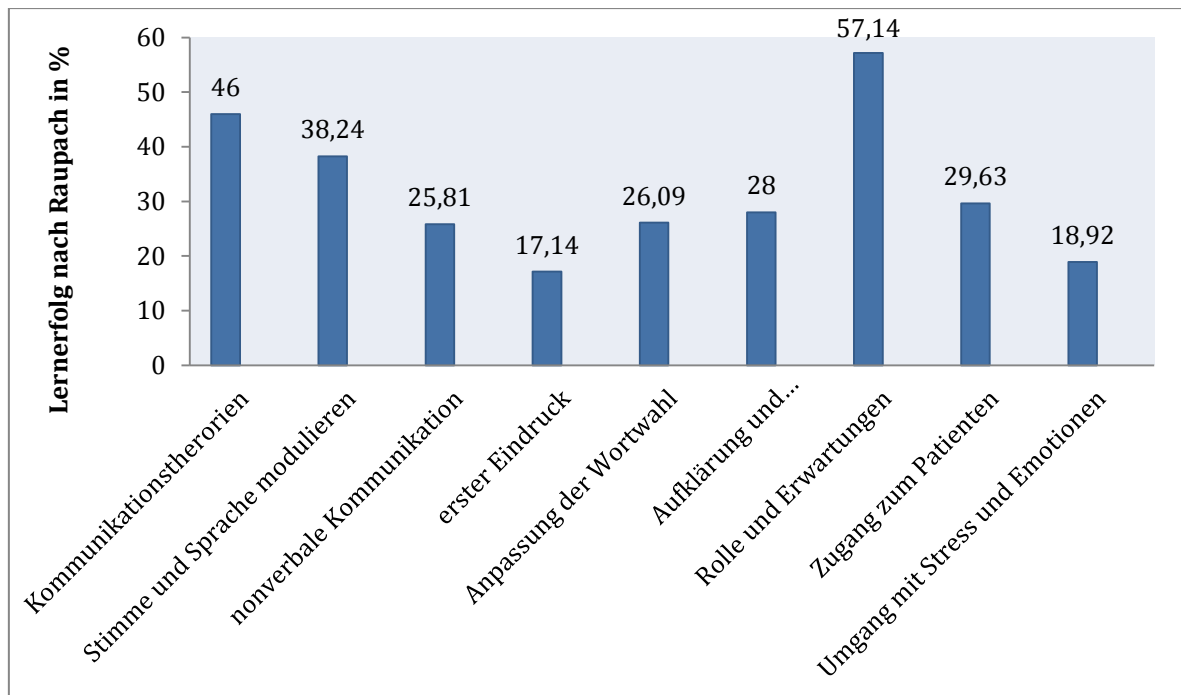


Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmenden des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des ersten Seminarwochenendes (nach Raupach)

Im zweiten Block des Seminars wurden die Themen Anliegen heraushören, Achtsamkeit, Verhalten bei Angst und Schmerzen des Patienten, eigenes Auftreten bei ängstlichen Patienten, Angstabbau bei einem Patienten, Umgang mit Kritik, Verstärkung der Compliance, Verhalten im kollegialen Gespräch, Überbringen von schlechten Nachrichten und Reflexion von Handlungen behandelt. In allen der behandelten Themen konnte ein signifikanter Unterschied des subjektiven Wissenstandes vor und nach dem Seminar festgestellt werden.

Die Ergebnisse sind ebenfalls zur Übersichtlichkeit mit den ermittelten Mittelwerten, Streuungen und des p-Wertes in der Tabelle 7 und ebenfalls zur Veranschaulichung in der Abbildung 11 im Anschluss dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes

	rückblickend		aktuell		Signifikanz 2-seitig p-Wert
	M	SD	M	SD	
Anliegen heraushören	3,11	0,177	3,79	0,155	.000**
Achtsamkeit	3,21	0,239	4,07	0,195	.001**
Verhalten bei Angst und Schmerzen	2,71	0,322	4,07	0,195	.000**
Auftreten bei ängstlichen Patienten	2,86	0,294	3,64	0,169	.010**
Angstabbau	2,64	0,325	3,93	0,165	.000*
Umgang mit Kritik	3,14	0,254	3,64	0,269	.029*
Verstärkung der Compliance	3,14	0,097	3,79	0,114	.000**
Verhalten im kollegialen Gespräch	2,93	0,245	3,36	0,199	.028*
Überbringen schlechter Nachrichten	2,29	0,37	3,89	0,254	.001**
Reflexion von Handlungen	3,21	0,214	3,64	0,169	.008**

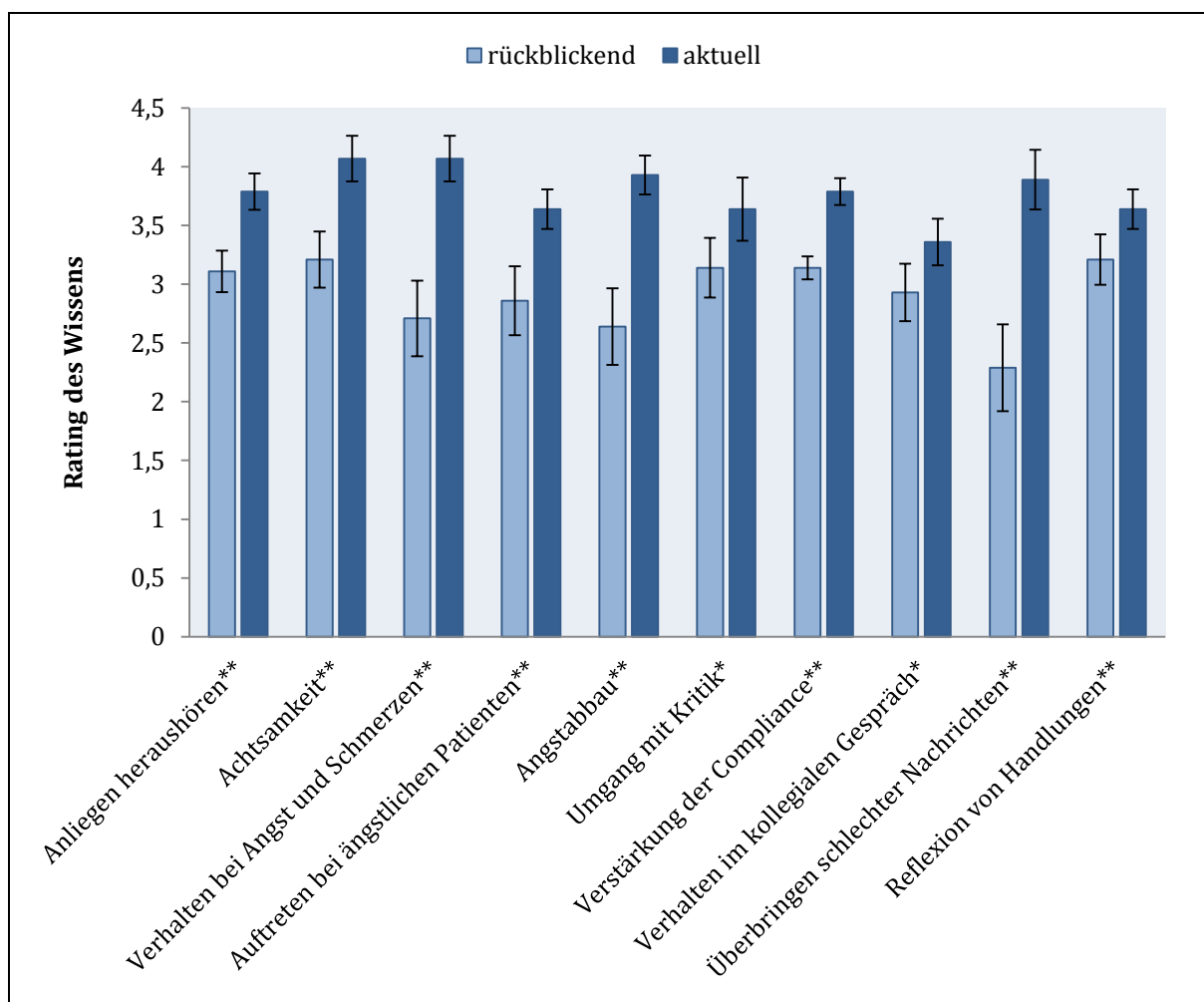


Abbildung 11: Grafische Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes,
Anmerkung. *= $p < .05$ = signifikant ; **= $p < .01$ = hochsignifikant

Für den zweiten Seminarblock wurde ebenfalls der Lernerfolg nach Raupach berechnet. In den Themenblöcke mit den Inhalten Heraushören von Anliegen des Patienten und Achtsamkeit erreichten die Studenten einen Lernzuwachs von 34,62% und 48%. Der Lernzuwachs der Themen Verhalten bei Angst und Schmerzen betrug 59,38%, Auftreten bei ängstlichen Patienten 36,67% und Angstabbau von 54,55%. Die Studierenden hatten bei den Themen Umgang mit Kritik 26,92%, Verstärkung der Compliance 34,62%, Verhalten im kollegialen Gespräch 20,69%, Überbringen schlechter Nachrichten 57,89% und Reflexion von Handlungen 57,89% einen Zuwachs des Lernerfolges. Die Ergebnisse sind in der Abbildung 12 dargestellt.

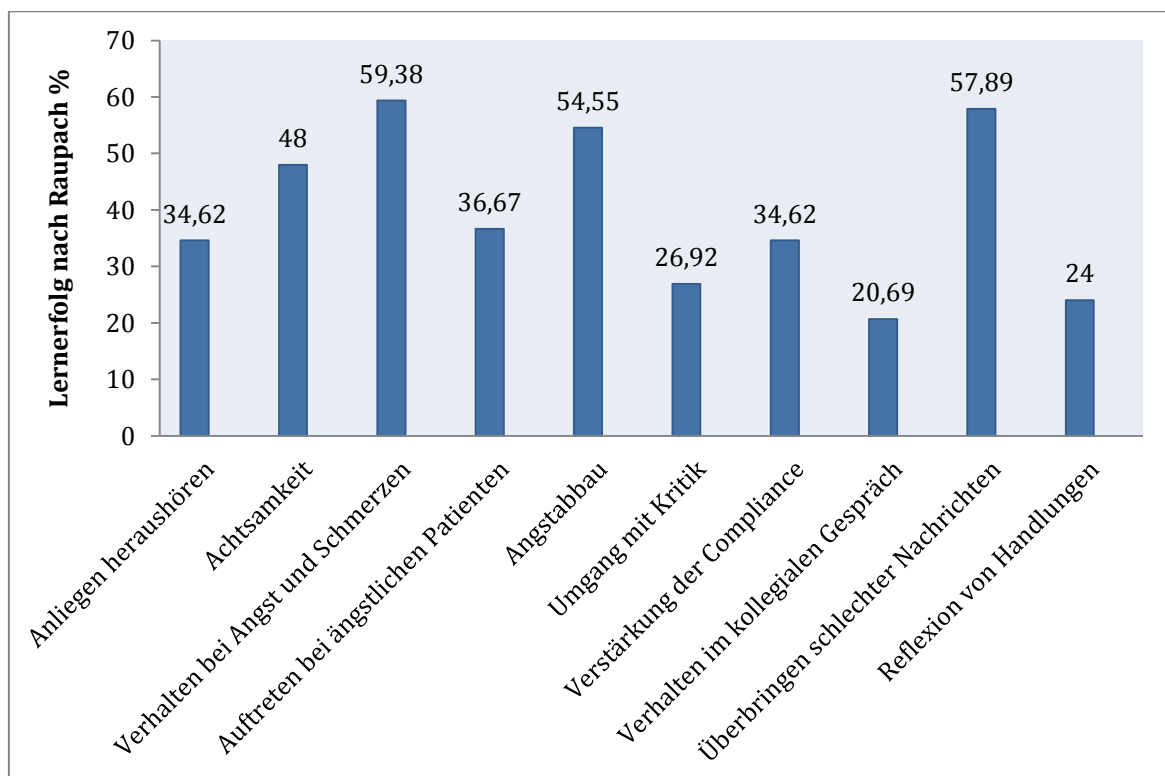


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse zum Lernerfolg der Teilnehmer des Kommunikationscurriculums in Bezug auf die Seminarinhalte des zweiten Seminarwochenendes (nach Raupach)

Folgende zwei Tabellen zeigen vergleichbare Darstellungen der Ergebnisse der Lernüberprüfung mit den jeweils durchgeführten Methoden (t-test und nach Raupach).

Die Teilnehmenden (T) zeigten unterschiedlich deutliche Lernerfolge in Bezug auf die einzelnen Lernziele (Tabelle 8 und Tabelle 9). Die Ergebnisse der Lernerfolgsevaluation nach Raupach ermöglichen Rückschlüsse auf die Themenvermittlung und eine sinnvolle Überarbeitung der Seminarinhalte, die in der Diskussion erörtert werden.

Tabelle 8: Vergleichbare Darstellung der Ergebnisse der Lernüberprüfung des ersten Seminarwochenendes

	rückblickend		aktuell		Signifikanz 2-seitig p-Wert	Lernerfolg (Raupach) %
	M	SD	M	SD		
Kommunikationstheorien	1,67	0,30	3,20	0,23	0,000**	46,0
Stimme und Sprache modulieren	2,73	0,25	3,60	0,20	0,000**	38,2
nonverbale Kommunikation	2,93	0,15	3,47	0,17	0,001**	25,8
erster Eindruck	2,67	0,23	3,07	0,25	0,054	17,1
Anpassung der Wortwahl	3,47	0,22	3,90	0,13	0,054	26,1
Aufklärung und Entscheidungsfindung	3,33	0,27	3,80	0,18	0,029*	28,0
Rolle und Erwartungen	3,60	0,21	4,40	0,16	0,003**	57,1
Zugang zum Patienten	3,20	0,26	3,73	0,21	0,027*	29,6
Umgang mit Stress und Emotionen	2,53	0,24	3,00	0,26	0,004**	18,9

Tabelle 9: Vergleichbare Darstellung der Ergebnisse der Lernüberprüfung des zweiten Seminarwochenendes

	rückblickend		aktuell		Signifikanz 2-seitig p-Wert	Lernerfolg (Raupach) %
	M	SD	M	SD		
Anliegen heraushören	3,11	0,18	3,79	0,16	0,000**	34,6
Achtsamkeit	3,21	0,24	4,07	0,20	0,001**	48,0
Verhalten bei Angst und Schmerzen	2,71	0,32	4,07	0,20	0,000**	59,4
Auftreten bei ängstlichen Patienten	2,86	0,29	3,64	0,17	0,010**	36,7
Angstabbau	2,64	0,33	3,93	0,17	0,000**	54,6
Umgang mit Kritik	3,14	0,25	3,64	0,27	0,029*	26,9
Verstärkung der Compliance	3,14	0,10	3,79	0,11	0,000**	34,6
Verhalten im kollegialen Gespräch	2,93	0,25	3,36	0,20	0,028*	20,7
Überbringen schlechter Nachrichten	2,29	0,37	3,89	0,25	0,001**	57,9
Reflexion von Handlungen	3,21	0,21	3,64	0,17	0,008**	24,0

3.7 Ergebnisse und Fazit

Es nahmen 13 Studierende am Kommunikationsseminar teil und insgesamt 30 am OSCE. Die Teilnehmer des Kommunikationsseminars zeigten signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf alle Aufgaben des OSCEs, insgesamt in den Kommunikationsaufgaben des OSCEs und ebenfalls in den praktischen Fertigkeiten des OSCEs im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Teilnehmer des Seminars waren in Bezug auf die Kommunikationsstationen der postoperativen Aufklärung signifikant besser, in den Teilen zur präoperativen Aufklärung und des Anamnesegesprächs statistisch nicht signifikant unterschiedlich zur Kontrollgruppe.

In der Lernüberprüfung konnte zu fast allen Themen ein signifikanter Unterschied des Wissens nach dem Seminar zum retrospektiv erfassten Vorkenntnisstand gemessen werden. Der Lernzuwachs zu den Themen, 'erster Eindruck' und 'Anpassung der Wortwahl' war nicht statistisch signifikant. Zur weiteren Überprüfung des Lernerfolges wurde dieser nach Raupach berechnet. Diese zeigte moderate erzielte Lernerfolge.

Die Teilnehmer des Kommunikationsseminars erreichten insgesamt ein besseres Ergebnis in den Kommunikationsstationen des OSCEs. Der Leistungsunterschied zur Kontrollgruppe wurde nur für die Ergebnisse des postoperativen Gesprächs signifikant. Die Teilnehmenden des Seminars erzielten in Durchschnitt bessere Ergebnisse in den Kommunikationsstationen der präoperativen Aufklärung und des Anamnesegesprächs, diese waren jedoch statistisch nicht signifikant unterschiedlich von den Ergebnissen der Kontrollgruppe. Die Effektstärken der Unterschiede des Anamnesegesprächs und der präoperativen Aufklärung legen jedoch einen mittleren Effekt nach Cohen (1978) nahe ($d_{POA}=0,42$, $d_{AG}=0,48$). Das Effektstärkenmaß nach Cohen ist unabhängig von der Stichprobengröße, im Gegensatz zur Signifikanz des Mittelwertvergleiches. Die Stichprobe dieser Untersuchung war sehr klein, daher liegt es nahe, dass die Unterschiede bei einer größeren Stichprobe signifikant geworden wären.

Die Rohdatendateien, die die Grundlage für die Berechnungen bildeten, liegen der betreuenden Gutachterin dieser Arbeit Fr. PD Dr. med. dent S. Sennhenn- Kirchner vor.

4. Diskussion

Insgesamt wünschten sich alle befragten Studierenden die Vermittlung von psychologischen und kommunikativen Inhalten während des Studiums. Die gewünschten Themenschwerpunkte umfassten den Umgang mit schwierigen Patienten, die Gesprächsführung, der Zahnarzt als Leiter einer Praxis und Themen der ganzheitlichen Zahnheilkunde.

Zusammenfassende Beurteilung der Hypothesen

1 Die Teilnehmenden des Kommunikationscurriculums erreichen in allen kommunikativen OSCE- Stationen mehr Punkte als diejenigen, die nicht teilgenommen haben.

Die Hypothese kann mit den vorliegenden Ergebnissen als bestätigt angenommen werden.

1.1 Es gibt keine Unterschiede in Bezug auf die OSCE- Stationen, die keine Kommunikationsanteile beinhalten.

Diese Hypothese konnte statistisch nicht bekräftigt werden.

1.2 Es gibt keine Unterschiede zwischen den Teilnehmenden des Kommunikationskurses und den Nicht- Teilnehmenden im Gesamt OSCE.

Diese Hypothese konnte statistisch nicht bekräftigt werden.

2. Der aktuelle subjektive Wissenstand ist zu allen Themen höher als der vorherige Wissenstand beziehungsweise konnte das Kommunikationsseminar das Wissen der Studierenden im Bereich der Kommunikation verbessern.

Diese Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden. In Bezug auf manche Themen (z.B. „erster Eindruck“, „Verhalten im kollegialen Gespräch“, „Reflexion von Handlungen“) konnten Verbesserungen ohne signifikante Bestätigung festgestellt werden.

Die Hypothese 1.2, dass es keine Unterschiede zwischen den Teilnehmenden des Kommunikationskurses und den Nicht-Teilnehmenden im Gesamtergebnis des OSCE gibt, konnte statistisch nicht bekräftigt werden. Die Teilnehmer der Lehrveranstaltung zur Kommunikation erreichten ein besseres Ergebnis im Gesamt-OSCE. Zudem erreichten sie ebenfalls ein insgesamt besseres Ergebnis in Bezug auf Stationen, die keine Kommunikationsanteile enthielten. Sofern konnte die Hypothese 1.1 ebenfalls nicht bestätigt werden. Ein Grund für dieses Ergebnis könnte die selektive Stichprobe der Untersuchung sein. Die Studierenden konnten selbst entscheiden, ob sie an dem Seminar teilnehmen, hatten wahrscheinlich dementsprechend eine höhere intrinsische Motivation, sich in Bezug auf die Kommunikation, aber wahrscheinlich auch im Studium, zu verbessern. Die intrinsische Motivation ist eng mit Fleiß verbunden, daher liegt es nahe, dass Studierende, die das Seminar besuchten, insgesamt fleißiger sind und im Durchschnitt eventuell generell bessere Ergebnisse erzielen als die Nicht-Teilnehmer. Der Lernzuwachs bezüglich der Seminarinhalte zur Kommunikation und des Umgangs mit Stress kann sich verallgemeinernd auf weitere Bereiche auswirken, im Sinne eines Generalisierungseffektes auf alle CanMED- Rollen. Die Prüfungssituation ist ein Stressor, in der Situation selbst sowie auch davor. Studierende, die diesen Stress besser bewältigen können, sind in der Lage, sich effektiver darauf vorzubereiten und in der Situation ihr Gelerntes besser abzurufen. Daher kann der Effekt, dass die Studierenden des Seminars insgesamt bessere Ergebnisse im OSCE erzielten, auch durch die Verbesserung der Kompetenzen durch das Seminar entstanden sein.

Studierende der Zahnmedizin besitzen ein erhöhtes Risiko für eine Burnout-Symptomatik, wobei das höchste Risiko mit dem Anfang der Patientenbehandlungen im Studium zusammenfällt. Dies kann zum einen an der höheren psychosozialen Belastung im Studium liegen, die sich insbesondere in Bezug auf höhere Wert in der Depersonalisationsskala äußert (Prinz et al. 2012). Gerade Symptome einer Depersonalisation können sich negativ auf die Kommunikation mit einem Patienten auswirken, wenn dieser spürt, dass er nicht als Person, sondern eher als Behandlungsobjekt wahrgenommen wird. Daher ist eine frühzeitige Lehre und Übung der Kommunikation im Studium wichtig.

4.1 Unterschied t-Test und Raupach

Der Lernzuwachs der Studierenden durch das Seminar wurde durch einen Fragebogen zu den jeweils behandelten Themen erfasst, in dem retrospektiv eine Selbsteinschätzung zum Wissenstand erfragt wurde und ebenfalls der aktuelle Wissensstand. Durch einen Mittelwertvergleich des vorherigen und des Wissenstands nach dem Seminar sollte der Lernzuwachs überprüft werden. Außer bei zwei Themen (erster Eindruck und Anpassung der Wortwahl) waren alle Mittelwerte signifikant unterschiedlich. Setzt man diese Ergebnisse in Bezug zu der Lernerfolgsüberprüfung nach Raupach, so liegt bei diesem für keines der Themen ein bedeutsamer Lernerfolg vor.

Zum einen kommt der Unterschied aufgrund der unterschiedlichen Berechnungswege zustande: Ein Mittelwertvergleich ist abhängig von der Stichprobengröße, der Streuung der Variablen und dem reinen Mittelwertsunterschied. Raupach hingegen errechnet einen prozentualen Lernerfolg, welcher lediglich auf beiden Mittelwerten basiert. Er stellt ein lernzielbezogenes Evaluationssystem einer Lehrveranstaltung dar.

Zum anderen ist das Lernziel dieser Lehrveranstaltung die Verbesserung der Kommunikation und der Umgang mit Stress und schwierigen Patienten. Insofern ist das eigentliche Ziel keine Vermittlung von theoretischem Wissen, sondern vielmehr dessen Umsetzung. Daher fand die Überprüfung des theoretischen Wissens als Basis für die Umsetzung des Erlernten statt, stellt aber nicht das eigentliche Ziel dieser Lehrveranstaltung dar. Die Ergebnisse des Wissenserwerbs nach Raupach sind demzufolge für die Evaluation dieses Seminars als orientierend für die inhaltliche Gestaltung zu berücksichtigen.

Der Wissensunterschied für die Themen erster Eindruck und Anpassung der Wortwahl waren für den Mittelwertvergleich statistisch nicht signifikant. Die Signifikanz des Mittelwertvergleiches ist abhängig von der Stichprobenuntersuchung - für diese Untersuchung war die Stichprobe verhältnismäßig klein. Der p-Wert für beide Themen lag geringfügig über dem Alpha-Niveau von 0.05. Daher handelt es sich wahrscheinlich um einen kleineren Lernerfolg im Vergleich zu den anderen Themen, der aufgrund der kleinen Stichprobe statistisch nicht signifikant wurde.

4.2 Limitationen

Bei der Untersuchung handelte es sich um ein Feldexperiment, wodurch keine strengen Experimentalbedingungen entstanden und durchaus unkontrollierte Störvariablen auftreten konnten. Es wurden keine experimentellen Manipulationen an der Interventionsgruppe vorgenommen und die Antworten nicht auf eine Tendenz zu sozialer Erwünschtheit überprüft.

Das Seminar wurde zwischenzeitig einmalig von einer Dozentin (Assistenzärztin) beeinflusst, die aus Interesse spontan beiwohnen wollte. Die Studierenden gaben in diesem Zusammenhang die Rückmeldung, dass ihnen ein geschützter und wertfreier Rahmen wichtig ist. Dementsprechend sollte ein externer Dozent die Lehre der Kommunikation und insbesondere die Leitung von Seminaren übernehmen, um einen möglichst wertfreien und sicheren Raum für die Studierenden zu schaffen, in welchem sie ihre Probleme und Schwierigkeiten bedenkenlos äußern können. Insbesondere für Rollenspiele und Situationen mit Simulationspatienten sollte eine angenehme Atmosphäre in der Seminargruppe herrschen, damit alle Beteiligten Personen vom Seminar profitieren können.

Die Seminare erstreckten sich über einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Freitagen und Samstagen mit jeweils freitags von fünf und von sieben Stunden samstags. Dies stellt auch eine hohe Belastung innerhalb einer kurzen Zeit für die Studierenden dar und sollte folgerichtig bei zukünftigen Durchführungen durch verkürzte Zeit an den einzelnen Tagen berücksichtigt werden.

Für die Vermittlung des geplanten umfangreichen Curriculums war die Zeit insgesamt knapp bemessen, sodass für einzelne Themen wenig Zeit blieb. Um relevanten Themen mehr Zeit einzuräumen und für eine bessere Einbindung von Übungen sollten in künftigen Seminaren manche Themen gekürzt und weiterhin Schwerpunkte gesetzt oder insgesamt mehr Zeit für die Seminare eingeplant werden. Ein umfangreicheres Seminar sollte über einen längeren Zeitraum verteilt werden.

Die durchgeführten Seminare fanden in der Adventszeit statt, was -insbesondere für fakultative Seminare- als ungünstige Zeit erscheint.

Auch scheinen die Lernziele nicht umfassend in der retrospektiven Erhebung überprüft worden zu sein bzw. sind diese zu ambitioniert formuliert. Schließlich

können Fähigkeiten und Fertigkeiten bei diesem Themenkomplex durch theoretische Abhandlungen lediglich im besten Falle als Kenntnis oder Wissen erfragt werden, während das Können (Fähigkeit, Fertigkeit, Verhaltens- /Einstellungsänderung) mehr (Übungs-) Zeit und einer anderen Erhebungsform bedarf.

Nachbereitung in Form von z.B. ausführlichen Feedbackgesprächen, Wiederholungen und Nachreichung von Handouts fanden (aus zeitlichen und ökonomischen Gründen) nicht umfassend statt.

Anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass eine Einbindung der hier durchgeführten Seminare – trotz oben genannter Limitationen - in den Rückmeldungen der Studierenden sich als willkommen darstellt.

Auch wurde hierbei festgestellt, dass die Thematik im zahnmedizinischen Studiengang der hiesigen Universität durchweg in den jeweiligen Fachabteilungen bereits angeschnitten wird: in den Fachabteilungen werden die hier als Curriculum erstellten Themenbereiche für sich entsprechend der Lehre und den Arbeitsbereichen lediglich situativ angesprochen. Hierbei besteht jedoch leider kaum eine strukturierte, objektivierbare und curriculare Einbindung von spezifizierten kommunikativen Lehrinhalten entlang des Studiums.

In einer Untersuchung im Bereich Augenheilkunde zeigten Simmenroth-Nayda et al. (2014), dass sich durch die Einführung einer praktischen Prüfung und entsprechender Lernangebote im Fach Augenheilkunde (Skillslab - Studentisches Trainingszentrum Ärztlicher Praxis und Simulation: STÄPS an der Universitätsmedizin Göttingen) in definierten praktischen Basisfertigkeiten sehr ermutigende Ergebnisse im OSCE zeigten. Hierbei konnten in kurzer Zeit die relevanten Untersuchungstechniken praktisch vermittelt und erlernt werden. Die neuen Unterrichts- und Prüfungsformen führten zu einer hohen Akzeptanz aufseiten der Studierenden, weil sich die Studierenden im Vorfeld auch mit den praktischen Prüfungsinhalten aktiv beschäftigen.

Nach Rüttermann et al. (2017) ist in dreiviertel der deutschsprachigen zahnmedizinischen Studiengänge die Kommunikationslehre zwar vertreten, jedoch nur in einem Drittel wird ein Kommunikationstraining angeboten, welches im

klinischen Teil der Ausbildung integriert ist. Wesentlich erscheint demnach ein studienbegleitendes übendes Angebot, das sicherheitsgebende Erfahrung und Fertigkeiten der Studierenden entwickelt.

Die „Einschätzung des ersten Eindrucks über den Patienten“ und der „Umgang mit dem eigenen Stress“ (siehe Lernerfolge im Ergebnisteil) sind beispielsweise Fertigkeiten, die viel Erfahrung und Übung benötigen und nur schwer in einer unnatürlichen Situation wie in einer einmaligen Übung in diesem Seminar erproben lassen. Die Sensibilisierung für diese Themen kann jedoch schon einen bewussteren Umgang mit den Fähigkeiten in der Kommunikation bewirken. Allein dieses kann zu einer indirekten unbewussten Verbesserung führen. Daher sollten diese Themen trotz des in der Erhebung vorliegenden geringeren Lernerfolgs in einem Seminar behandelt werden.

Die in den OSCE- Stationen als nicht signifikante Leistungsunterschiede ausgewerteten Teilstationen der präoperativen Aufklärung und des Anamnese-gesprächs lassen sich somit durch die stetige Übung in der Lehre bei beiden Gruppen (Interventions- sowie Kontrollgruppe) erklären.

Eine Studie von Seitz und Kollegen (2017) zeigte, dass bei Medizinstudierenden zwischen dem zweiten und vierten Studienjahr die generalisierte Intention zur Empathie signifikant sinkt. Die Abnahme der Empathie fällt demnach mit dem Beginn des klinischen Abschnitts zusammen, der mit den ersten Patientenkontakten im Studium verbunden ist. Als Grund für die Abnahme der Empathie gaben die Studierenden unter anderem Stress und Schwierigkeiten sich von Patienten und deren Gefühle abzugrenzen, an. Ob diese Ergebnisse auch auf Studierende der Zahnmedizin zutreffen, ist noch nicht überprüft, liegt aber nahe.

Eine empathische Haltung gegenüber dem Patienten ist ein wichtiger Baustein für eine erfolgreiche Behandlung und daher sollte gegen einen Abbau solchen Empathien interveniert werden. Der Abbau spricht auch dafür, dass Empathie vor dem Studium vorhanden ist, dass jedoch durch Distress maladaptive Kompensations-verhaltensweisen entwickelt werden, die den Stress, aber eben auch das empathische Verständnis verringern. Ob sich Gleiches auch auf kommunikative Fähigkeiten übertragen lässt, gilt zu überprüfen, da in diesem Fall im vorklinischen Teil Seminare zu kommunikativen Fertigkeiten und explizit zum Umgang mit schwierigen Patienten

und Stress indiziert sind. In diesem Fall könnte ein Seminar, ähnlich diesem aus dieser Studie, als Präventionsmaßnahme wirken und insofern wahrscheinlich sehr viel wirksamer sein, da noch keine maladaptiven Kompensationstechniken angeeignet wurden.

In der Zeit, in der diese Studie entstanden ist, wurde auch 2015 ein Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog durch ein Kooperationsprojekt vom Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (MFT), der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung e.V. (GMA), dem Arbeitskreis für die Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK) und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde e.V. (VHZMK) erstellt, welcher sich ebenfalls am CanMed- Rahmenmodell orientiert. Zu den einzelnen Rollen des CanMed- Modells wurden jeweils Lernziele und Inhalte formuliert, die gerade im Hinblick auf die Rollen des Zahnarztes als Kommunikators und des Zahnarztes als Führungsperson dieser Studie ähneln (NKLZ 2015).

In der Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung der Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung (RefE der ZÄPrO-NEU vom 20.10.2016) wird noch einmal wiederholt, dass das Zahnmedizinstudium durch einen hohen praktischen und vor allem am Patienten stattfindenden Ausbildungsanteil bestimmt wird.

So begrüßen die BZÄK, VHZMK, DGZMK und KZBV, dass die zahnärztliche Ausbildung jetzt in den klinischen Semestern für die Zahnmedizin - Studierenden eine Famulatur von zwei Monaten vorsieht. Ziel sei dabei, die Studierenden dadurch mit der praktischen zahnärztlichen Tätigkeit, einschließlich des unmittelbaren Patientenkontakts, vertraut zu machen.

Die zunehmenden zahnmedizinischen Therapiemöglichkeiten erfordern erhöhte Patienteninformation und Patientenberatung, wodurch auch zukünftig eine höhere Anforderung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten notwendig wird. Hiervon profitieren selbstverständlich nicht nur Behandelnde, sondern gleichwohl wirkt sich dies auch unmittelbar auf Patienten und die Praxis als Institution aus. Bereits in Untersuchungen von Ingersoll (1987) zeigte sich, dass Patienten, die zufrieden mit der Kommunikation innerhalb der Zahnarztpraxis waren, deutlich weniger Angst

zeigten, weniger Schmerzen äußerten, eine bessere Prothesenadaptation hatten, die Praxis im persönlichen Feld weiterempfehlen und weniger Regressansprüche stellen.

4.3 Vorschläge zur weiteren Forschung

Nachhaltige Kommunikationsseminare sollten nicht nur reine Lehrveranstaltungen sein, sondern auch aus Übungen bestehen (Albino et al. 2008, Carey et al. 2010). Die Integration von Videofeedback als Bestandteil des Seminars könnte den Studierenden helfen, ihre eigenen Kommunikationsfertigkeiten bewusster wahrzunehmen und eigene missverständliche und ungünstige Kommunikationsstrukturen zu erkennen. Allein diese Erkenntnis kann zu einem bewussteren Umgang mit der eigenen Kommunikation und Weiterentwicklung der eigenen Fertigkeiten führen, insbesondere da Feedback eine sehr effektive Lernmethode ist (Hattie und Timperley, 2007). Die Videofeedbacktechnik könnte bei Übungen zum Patientengespräch eingesetzt werden. Der Studierende kann so die eigene Kommunikation beurteilen und die Reaktionen seines Gegenüber. Nach dem Kernzyklus ist Feedback vorgesehen, dieses sollte in der weiteren Forschung bezüglich der Vermittlung von kommunikativen Fertigkeiten bei Studierenden in der zahnärztlichen Ausbildung systematisch auf seine Wirksamkeit erforscht werden.

Haak und Kollegen (2008) zeigten in einer Studie, dass der isolierte Kontakt mit dem Patienten während einer Behandlung die Kommunikationsfähigkeiten nicht verbessert, die Implementation eines Seminars zu Kommunikation jedoch schon. Der erste Patientenkontakt im zahnmedizinischen Studium stellt für viele Studierende ein wichtiges Ereignis dar. Dieses herausragende Ereignis kann sich auf zukünftige Patientenkontakte auswirken und die Kommunikationsmuster des Studierenden beeinflussen. Ein Kommunikationsseminar wie aus dieser Untersuchung könnte den ersten Patientenkontakt positiv beeinflussen und somit auch folgende. Um diesen Effekt zu untersuchen, könnte ein Kommunikationsseminar vor dem ersten Patientenkontakt im Studium angeboten werden. Die Teilnehmer dieses Seminars werden nach ihrem ersten Patientenkontakt in Hinblick auf ihre Erfahrungen aus diesem mit einer Kontrollgruppe, die an keinem Kommunikationsseminar teilgenommen hat, verglichen. In einem Follow-Up könnte man zum Ende des

Studiums eine erneute Befragung zu ihren Erfahrungen im Patientenkontakt und ihren subjektiven Kommunikationsfähigkeiten durchführen.

Die Kommunikationsfertigkeiten sind als theoretisch gelerntes Wissen wenig aussagekräftig. Die spätere Anwendung bei Patienten und im Beruf ist ausschlaggebend, ob ein Seminar die Kommunikation verbessern konnte. Im Studium besteht eine andere Situation durch Anwesenheit von sicherheitsvermittelnden Lehrpersonen und niedrig frequentierten Patientenkontakt als im späteren Berufsalltag. Daher wäre es wichtig zu überprüfen, ob ein Kommunikationsseminar während des Studiums noch einen Einfluss auf die Kommunikation im späteren Berufsleben hat. Einerseits könnte untersucht werden, welche Auswirkungen ein Kommunikationsseminar auf die Kommunikation mit dem Patienten hat und andererseits auf den Zahnarzt als Leiter eines Teams und der mitarbeiterbezogenen Kommunikation. Die Bewertung von Kommunikation ist sehr subjektiv, daher wäre neben der Selbsteinschätzung des Zahnarztes auch die Einschätzung der Kommunikationsfertigkeiten des Zahnarztes durch die Patienten interessant. So ließe sich bereits mit der Interventionsgruppe dieser Arbeit eine katamnestiche Untersuchung hierzu überlegen.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob Lehrveranstaltungen und Seminare zu kommunikativen Fertigkeiten integriert über das ganze Studium angelegt werden sollten oder als einmalige Veranstaltung. Für eine studienbegleitende Integration spricht, dass Studierende zum Teil auf Patientenkontakte im Vorhinein vorbereitet werden und außerdem aktuelle Probleme im Patientenkontakt und eigene Erfahrungen besprechen könnten. Die Wirksamkeit des Seminars als semesterbegleitend oder als Blockveranstaltung sollte ebenfalls gegeneinander abgewogen und überprüft werden.

Mit Blick auf die allgemeine gesellschaftliche Situation und die demographische Entwicklung der Bevölkerung lassen sich weitere Punkte für die Forschung zur Adaptation kommunikativer Fähigkeiten ableiten. Zum einen altert die Gesellschaft (DESTATIS 2017) und zum anderen erhöht sich der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund. Dies bedeutet, dass sich weitere Forschung auf systematische Untersuchung schwieriger kommunikativer Situationen in der zahnärztlichen Versorgung, z. B. Prothetik, und auf kultursensible Versorgung ausdehnen sollte.

Nicht nur für die Patienten mit Migrationshintergrund ist die Fähigkeit der Kommunikation von großer Bedeutung. Zurzeit werden noch sehr viele berufsbegleitende Angebote zu „Kommunikation in der Zahnarztpraxis“ für Zahnärzte nach dem Studium angeboten, was, nach dem Prinzip von Nachfrage und Angebot gedeutet, zeigt, dass es wohl noch immensen Bedarf in diesem Bereich zu geben scheint.

Kommunikation ist keine Fertigkeit, die innerhalb eines Seminars theoretisch erlernt werden kann. Sie ist eine Eigenschaft, die sich im privaten, universitären und beruflichen Bereich ausbildet, zeigt und weiterentwickelt bzw. gefördert werden kann.

5. Zusammenfassung

Für den Beruf des Zahnarztes sind neben der fachlichen Expertise auch kommunikative Fähigkeiten von Bedeutung. In vielen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen kommunikativen Fähigkeiten der Behandelnden mit der Zufriedenheit der Patienten einerseits und andererseits zwischen Patientenkontakt und Stresssymptomen bei Studierenden beobachtet werden. Dennoch sind Kommunikationsinhalte in den Curricula der zahnmedizinischen Studiengänge der Universitäten Deutschlands, wie beispielsweise an der Universitätsmedizin Göttingen, oft noch nicht vollständig strukturiert und objektivierbar im Curriculum eingebunden. Hintergrund vorliegender Arbeit war somit die Erstellung eines Curriculums für eine Lehrveranstaltung zu kommunikativen und psychologischen Inhalten. Um dieses Curriculum an die Bedürfnisse der Studierenden anzupassen, wurden in Voruntersuchungen Wünsche und Bedürfnisse der zahnmedizinischen Studierenden in Göttingen und deutschlandweit erfragt. Das Curriculum orientierte sich am Modell der CanMEDS- Rollen, wurde nach den Vorgaben des Kern-Zyklus entwickelt und in einem fakultativen Blockseminar umgesetzt (n=13). Zur Überprüfung des Lernerfolges wurde jeweils am Ende des Seminarwochenendes der subjektive Wissenstand vor und nach dem Seminar als studentische Selbsteinschätzung erhoben. Die Umsetzung der gelernten Inhalte in die Praxis wurde anhand des Vergleiches von OSCE-Ergebnissen zu kommunikativen und praktischen Stationen der Teilnehmenden zu einer Kontrollgruppe überprüft. Die Studierenden, die an dem Seminar teilnahmen, zeigten signifikant bessere Ergebnisse in den kommunikativen und praktischen Teilen des OSCEs ebenso wie im Gesamtergebnis. Die Teilnehmenden hatten in Bezug auf die Lernzielüberprüfung einen signifikanten Lernzuwachs in nahezu allen Themenbereichen. Die Ergebnisse zur Lernerfolgsüberprüfung nach Raupach zeigten wichtige Hinweise auf relevante Veränderungsansätze im Curriculum des Seminars. Das erarbeitete Curriculum kann eine gute Grundlage zur Implementierung kommunikativer Inhalte im Zahnmedizinstudium an der Universitätsmedizin Göttingen bilden.

6. Anhang

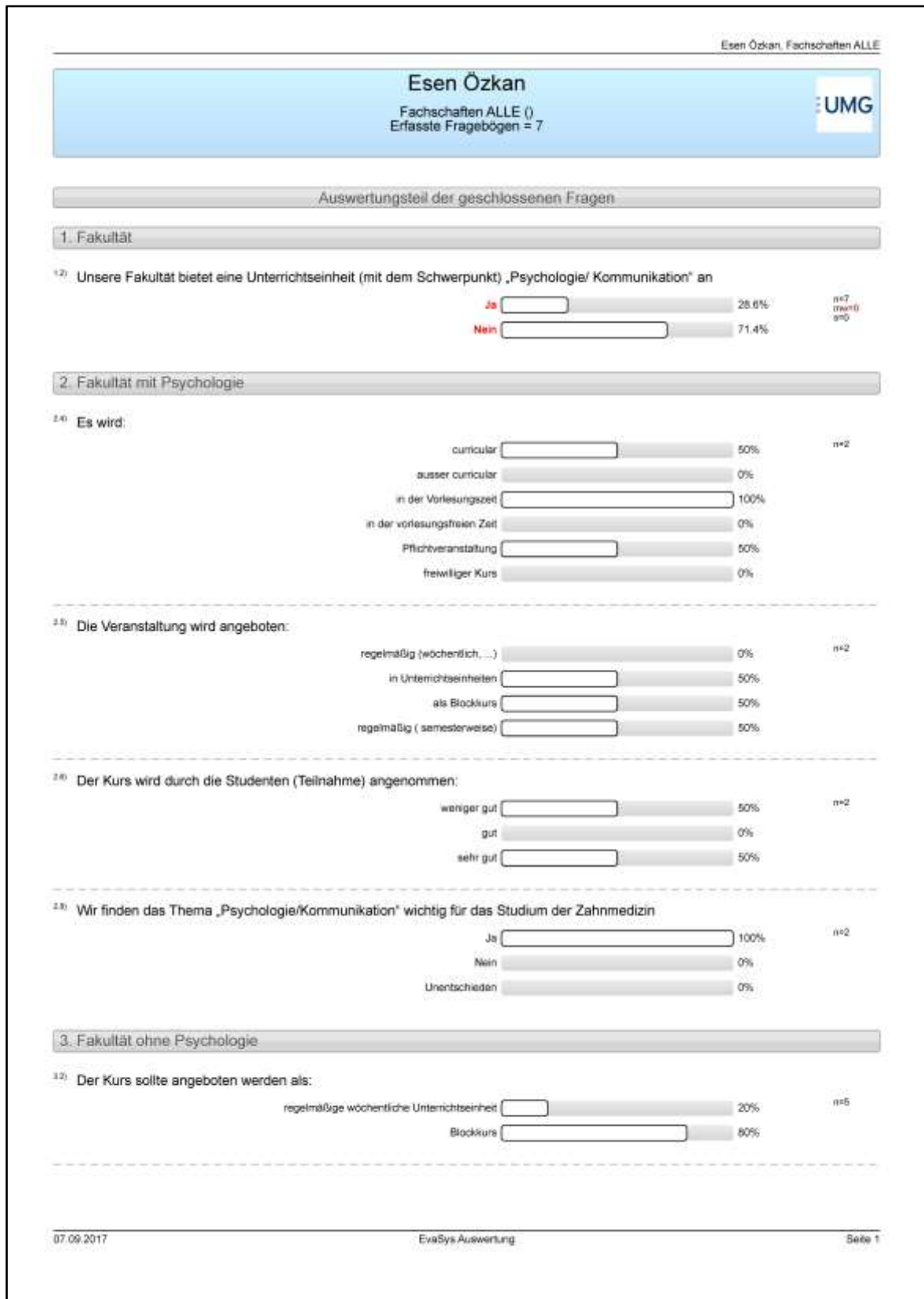
6.1 Anhang 1: Recherche Onlineinformationen aller Universitäten

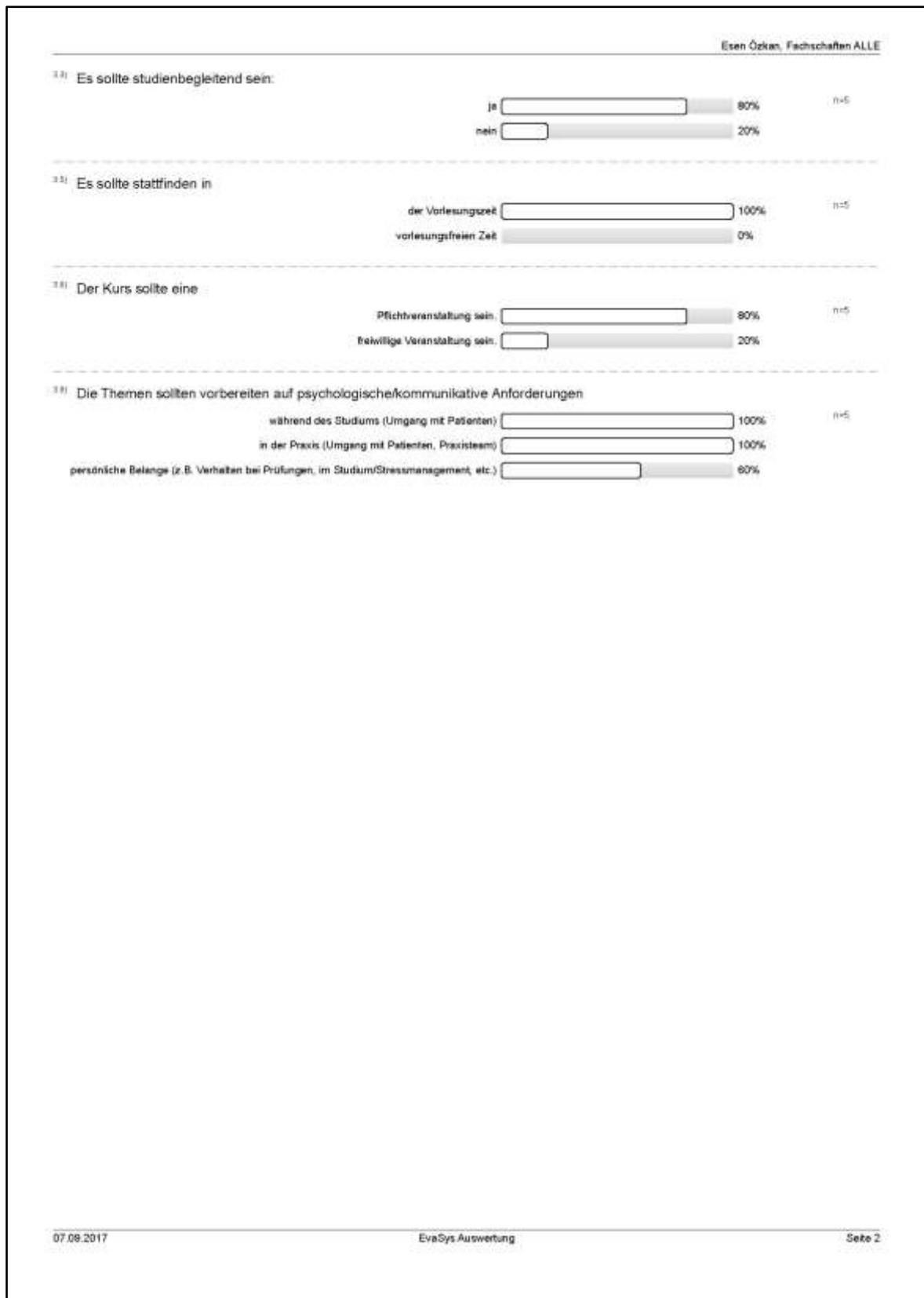
	Universität	Ja/ Nein	Website	Datum: Zuletzt online
1	<u>Uni Aachen</u>	Nein	http://www.medizin.rwth-aachen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/Zahnmedizin/~dnoe/Qualifikationsprofile-ZM/ http://www.rwth-aachen.de/cms/root/Studium/Vor-dem-Studium/Studiengaenge/Liste-Aktuelle-Studiengaenge/Studiengangbeschreibung/~bmjv/Zahnmedizin-Staatsexamen/	08.11.17
2	<u>Uni Berlin Charité</u>	Nein	https://zahnmedizin.charite.de/ https://www.charite.de/studium/lehre/studiengaenge/zahnmedizin/	08.11.17
3	<u>Uni Bonn</u>	Nein	https://www.uni-bonn.de/studium/vor-dem-studium/faecher/zahnmedizin https://www.fszmed.uni-bonn.de/ https://www.facebook.com/Fachschaft-Zahnmedizin-Uni-Bonn-812695915477253/	12.06.17
4	<u>Uni Dresden</u>	Ja	https://tu-dresden.de/studium/vor-dem-studium/studienangebot/sins/sins_studiengang?autoid=311#study_con	12.06.17
5	<u>Uni Düsseldorf</u>	Nein	http://www.uni-duesseldorf.de/home/studium-und-lehre-an-der-hhu/studium/alle-studiengaenge-von-a-z/studiengang-informationen/studiengaenge/zahnmedizin.html http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/zentren/zmk http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/zentren/zmk/studium-zahnmedizin/ http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/ZMK/Dateien/Studenplan/Stundenplan_KlinAbschnitt_Stand151116.pdf http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/ZMK/Dateien/Studienordnung/StudienordnungZM10.pdf	12.06.17
6	<u>Uni Erlangen- Nürnberg</u>	Nein	https://www.med.fau.de/studium/zahnmedizin/ https://www.med.fau.de/studium/zahnmedizin/im-studium/	08.11.17
7	<u>Uni Frankfurt am Main</u>	Nein	http://www.uni-frankfurt.de/54206737/zahnmedizin http://www.med.uni-frankfurt.de/carolinum/Weiterbildung/index.html http://www.med.uni-frankfurt.de/carolinum/Studenten_Info/lehrePLUS/index.html	12.06.17
8	<u>Uni Freiburg</u>	Nein	https://www.uniklinik-freiburg.de/zahnerhaltung/team/wissenschaftliche-mitarbeiter/dr-johan-woelber/woelber.html https://www.studium.uni-freiburg.de/studium/studienfaecher/fachinfo/index.html?id_stud=171	08.11.17

9	<u>Uni Gießen</u>	Ja	https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/studium/zahnmedizin https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/klinik/zmk http://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/med_psych	12.06.17
10	<u>Uni Göttingen</u>	Nein	http://www.med.uni-goettingen.de/de/content/studium/1171_25633.html http://www.med.uni-goettingen.de/de/content/studium/1171.html www.sinuz.med.uni-goettingen.de	12.06.17
11	<u>Uni Greifswald</u>	Ja	http://www.dental.uni-greifswald.de/fpk/ http://www.dental.uni-greifswald.de/fpk/fpk-konzept.php http://www2.medizin.uni-greifswald.de/dental/master/index.php?id=485	12.06.17
12	<u>Uni Halle-Wittenberg</u>	Nein	https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=422 https://studienangebot.uni-halle.de/zahnmedizin-staatsexamen-ausser-lehramt	12.06.17
13	<u>Uni Hamburg</u>	Nein	https://www.uke.de/studium-lehre/zahnmedizin/ https://www.uke.de/studium-lehre/modellstudiengang-medizin-imed/rechtsgrundlagen-formulare/index.html	08.11.17
14	<u>Uni Hannover MedH</u>	Nein	https://www.mh-hannover.de/zahnmedizin.html https://www.mh-hannover.de/82.html	12.06.17
15	<u>Uni Heidelberg</u>	Ja	http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/ZahnMediKIT.6900.0.html	12.06.17
16	<u>Uni Homburg/Saarbrücken</u>	Nein	http://www.zahniportal.de/partnerdetails/universitaet-homburg-saarbruecken/ http://www.uniklinikum-saarland.de/lehre/zahnmedizin/	12.06.17
17	<u>Uni Jena</u>	Nein	https://www.uni-jena.de/Studium/Studienangebot/ST_Zahnmedizin.html http://www.meineuni.de/uni/friedrichschilleruniversitaet-jena/studium/zahnmedizin/ https://www.uniklinikum-jena.de/Lehre+ +Studium/Studieng%C3%A4nge/Zahnmedizin.html	13.06.17
18	<u>Uni Kiel</u>	Nein	https://www.medizin.uni-kiel.de/de/studium/zahnmedizin/webservice https://www.medizin.uni-kiel.de/de/lehre/lehrprojekte	08.11.17
19	<u>Uni Köln</u>	Ja	http://www.portal.uni-koeln.de/sites/uni/images/Studium/Lehrevaluation/Evaluation_Studium_und_Lehre/SQE_Bericht_2015_Zahnmedizin.pdf	13.06.17
20	<u>Uni Leipzig</u>	Ja	https://student.uniklinikum-leipzig.de/lernklinik/ https://www.leipzig-studieren.de/zahnmedizin-staatsexamen/	13.06.17
21	<u>Uni Mainz</u>	Nein	http://www.studium.uni-mainz.de/staatsexamen-zahnmedizin/	13.06.17
22	<u>Uni Marburg</u>	Nein	http://www.zahni-net.de/weitere-fachbereiche https://www.uni-marburg.de/fb20	13.06.17

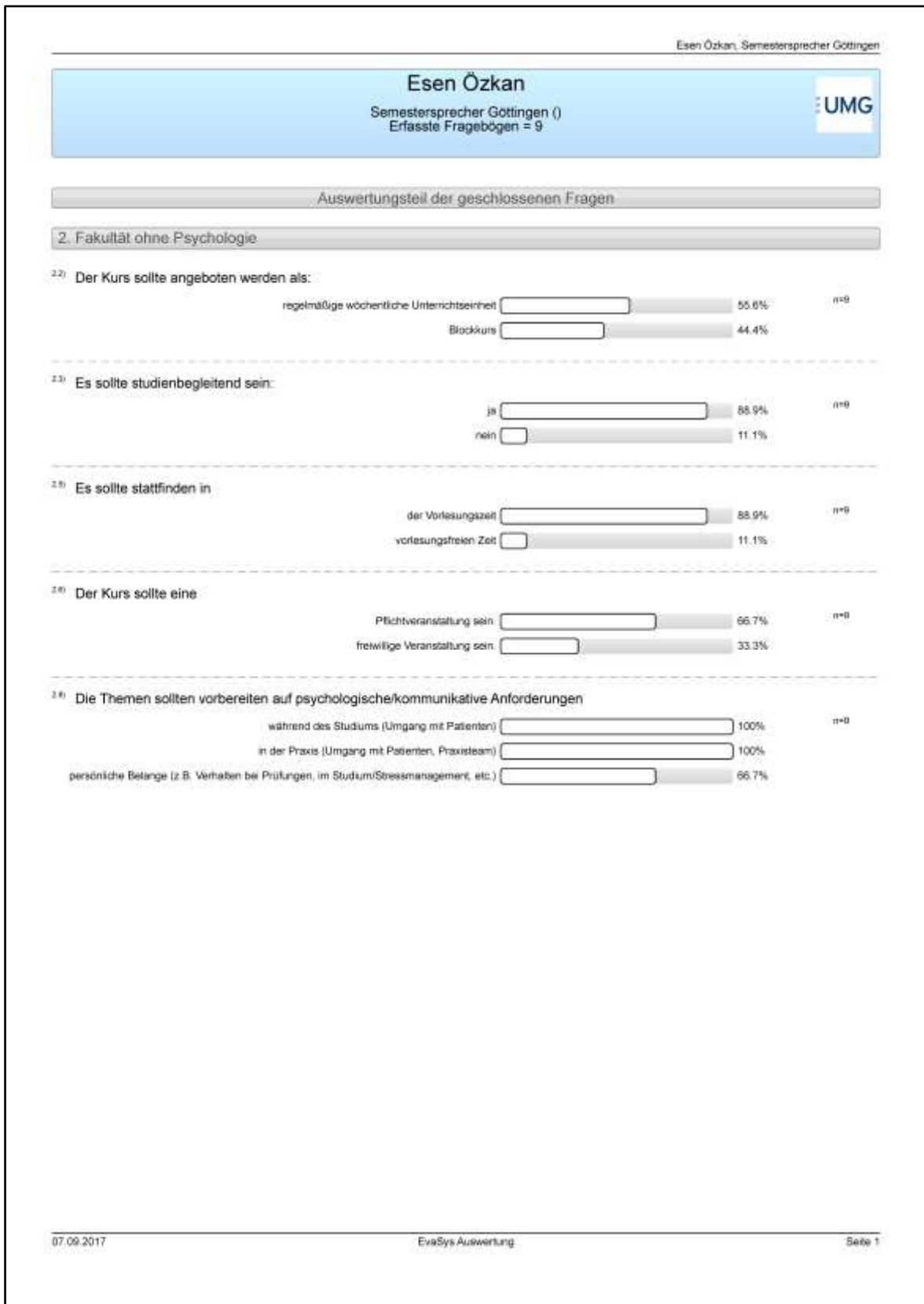
23	<u>Uni München</u>	Nein	https://www.uni-muenchen.de/studium/studienangebot/lehrangebote/index.html http://www.uni-muenchen.de/studium/studienangebot/studiengaenge/studienfaecher/zahnmedizin/staatsexam/pruefstudord/index.html	13.06.17
24	<u>Uni Münster</u>	Nein	https://medicampus.uni-muenster.de/zahnmedizin.html http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=698 https://studium.uni-	08.11.17
25	<u>Uni Regensburg</u>	Nein	http://www.uni-regensburg.de/studium/pruefungsordnungen/staats-examen/zahnmedizin/index.html http://www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/mund-kiefer-gesichtschirurgie/Studium/index.php	13.06.17
26	<u>Uni Rostock</u>	Nein	https://www.med.uni-rostock.de/forschung-lehre/studium-und-lehre/zahnmedizin/aktuelles/	13.06.17
27	<u>Uni Tübingen</u>	Nein	https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Studierende/Zahnmedizin.html https://www.uni-tuebingen.de/studium/bewerbung-und-immatrikulation/staatsexamen/medizin-zahnmedizin-pharmazie.html	08.11.17
28	<u>Uni Ulm</u>	Nein	http://fakultaet.medizin.uni-ulm.de/studium-lehre/studiengaenge/zahnmedizin/ https://www.uni-ulm.de/studium/bewerbung-und-immatrikulation/studiengaenge-medizin-und-zahnmedizin/	13.06.17
29	<u>Uni Witten-Herdecke</u>	Ja	https://www.uni-wh.de/gesundheit/department-fuer-zahn-mund-und-kieferheilkunde/lehrstuehle/lehrstuhl-fuer-behindertenorientierte-zahnmedizin/	13.06.17
30	<u>Uni Würzburg</u>	Nein	https://www.uni-wuerzburg.de/fuer/studierende/angebot/faecher/zahnmedizin/ http://www.zahniportal.de/partnerdetails/julius-maximilians-universitaet-wuerzburg/	13.06.17

6.2 Anhang 2: Auswertung der Voruntersuchung 2





6.3 Anhang 3: Auswertung der Voruntersuchung 3



6.4 Anhang 4 : Flyer des Kommunikationsseminars

<p>Anmeldung</p> <p>Es stehen nur <u>begrenzte Teilnehmerplätze</u> zur Verfügung. Bitte daher zeitnah anmelden unter:</p> <p>sew@infram.info oder se.inf@med.uni-goettingen.de</p> <p>Anmeldebogen (bitte abheften und abgeben bei den Veranstalterinnen)</p> <p>✕-----✕-----✕-----✕-----✕-----</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Immatrikulationsnummer: _____</p> <p>Fachsemester: _____</p> <p>Unterrichtsrichtung: _____</p> <p>Termine</p> <p>Freitag, 04.12.2015 (13:00-18:00h incl. Pausen)</p> <p>Samstag, 05.12.2015 (09:00-16:00h incl. Pausen)</p> <p>Freitag, 11.12.2015 (13:00-18:00h incl. Pausen)</p> <p>Samstag, 12.12.2015 (09:00-16:00h incl. Pausen)</p>	<p>Eine Teilnahme ist für alle 4 Termine verbindlich und wird mit einer Teilnahmebescheinigung zertifiziert.</p> <p>Seminar- und Projektleitung</p> <p>PD Dr. med. dent. Sabine Semrath-Kirchner Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</p> <p>Veranstalter</p> <p>Dr. Sabine Semrath-Kirchner, Essen Ozkan</p> <p>Veranstaltungsort</p> <p>Studentisches Innovations- und Trainingszentrum Zahnmedizin SINUZ Robert-Koch- Straße 40, 37075 Göttingen http://www.sinuz.med.uni-goettingen.de/</p> <p>Für Studierende entstehen keine Kosten.</p> <p>IDEENMANAGEMENT STUDIUM UND LEHRE Prämiiert im Ideenwettbewerb für Studierende www.uni-goettingen.de/ideenwettbewerb/</p> <p></p> <p><small>Generelles Bund-Länder-Programm für bessere Studienergebnisse und mehr Qualität in der Lehre. Dieses Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen DIFL11301 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor.</small></p>	<p>UNIVERSITÄT MEDIZIN : GÖTTINGEN : UMG</p> <p>„Die größte Macht hat das richtige Wort zur richtigen Zeit“ (Mark Twain)</p> <p>Kommunikation in der Zahnmedizin</p> <p>04.12.-05.12.2015 und 11.12.-12.12.2015</p> <p>Referent Prof. Dr. med. Marc Ziegenbein Ärztl. Direktor der KRH Psychiatrie in Wunstorf und Langenhagen</p> <p></p>
--	--	---

 <p>Wir behandeln Patienten, ohne auf die psychologischen und kommunikativen Anforderungen gut vorbereitet zu sein. Um dieses zu ändern, findet erstmalig ein Kommunikationsseminar statt: zuerst einmal nur für Studierende des 8. Fachsemesters. Mit Eurer Teilnahme, Hilfe und Evaluation wird es uns erst möglich, den diesbezüglichen Bedarf in der Lehre darzustellen. Ihr werdet jetzt im Studium und später im Berufsleben mit Hilfe der in diesem Seminar erlernten Kommunikationstechniken für Euren Umgang mit Patienten, Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Vorgesetzten profitieren.</p> <p>Eine spezifisch auf das Zahnmedizinstudium zugeschnittene Ausbildung im Bereich Psychologie -vor allem mit Schwerpunkt Kommunikation- scheint unabdingbar für die Vorbereitung auf das Berufsleben.</p>	<p>Derzeit werden nach dem 8. Fachsemester Patientenbehandlungen ohne spezielle Schulungen in Psychologie und Kommunikation durchgeführt, wodurch der Umgang mit und die Behandlung von Patienten für die Studierenden eine besonders große Herausforderung darstellt. Ebenso ist für die Patienten die Behandlung in einer Klinik und im Studierendenunterricht eine außergewöhnliche und verunsichernde Situation, die durch wenig kommunikationssichere Behandler kaum begünstigt wird.</p> <p>Dieses Seminar vermittelt neben den Grundlagen der Gesprächsführung und der Kommunikation auch das Verhalten gegenüber und das Kommunizieren mit besonderen Patienten, beispielsweise ängstlichen, multimorbiden, geriatrischen Patienten oder Kindern. Neben der Theorie wird natürlich das neu erworbene Wissen auch praktisch genutzt.</p>	<p>Seminarinhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationstheorien • Verbale Kommunikation • Nonverbale Kommunikation • Arzt- Patienten- Beziehung • Aktives Zuhören • Achtsamkeit • Umgang mit Angstpatienten • Umgang mit schwierigen Patienten / Situationen • Das kollegiale Gespräch • Überbringen schlechter Nachrichten - Breaking bad news • Selbstmanagement <p>Die Inhalte werden teilnehmerorientiert vermittelt, erlernte Methoden können praktisch angewendet, mit Hilfe von Schauspielpatienten das Verhalten in spezifischen Gesprächssituationen erprobt werden.</p>
--	---	--

6.5 Anhang 5: Agenda des Kommunikationsseminars



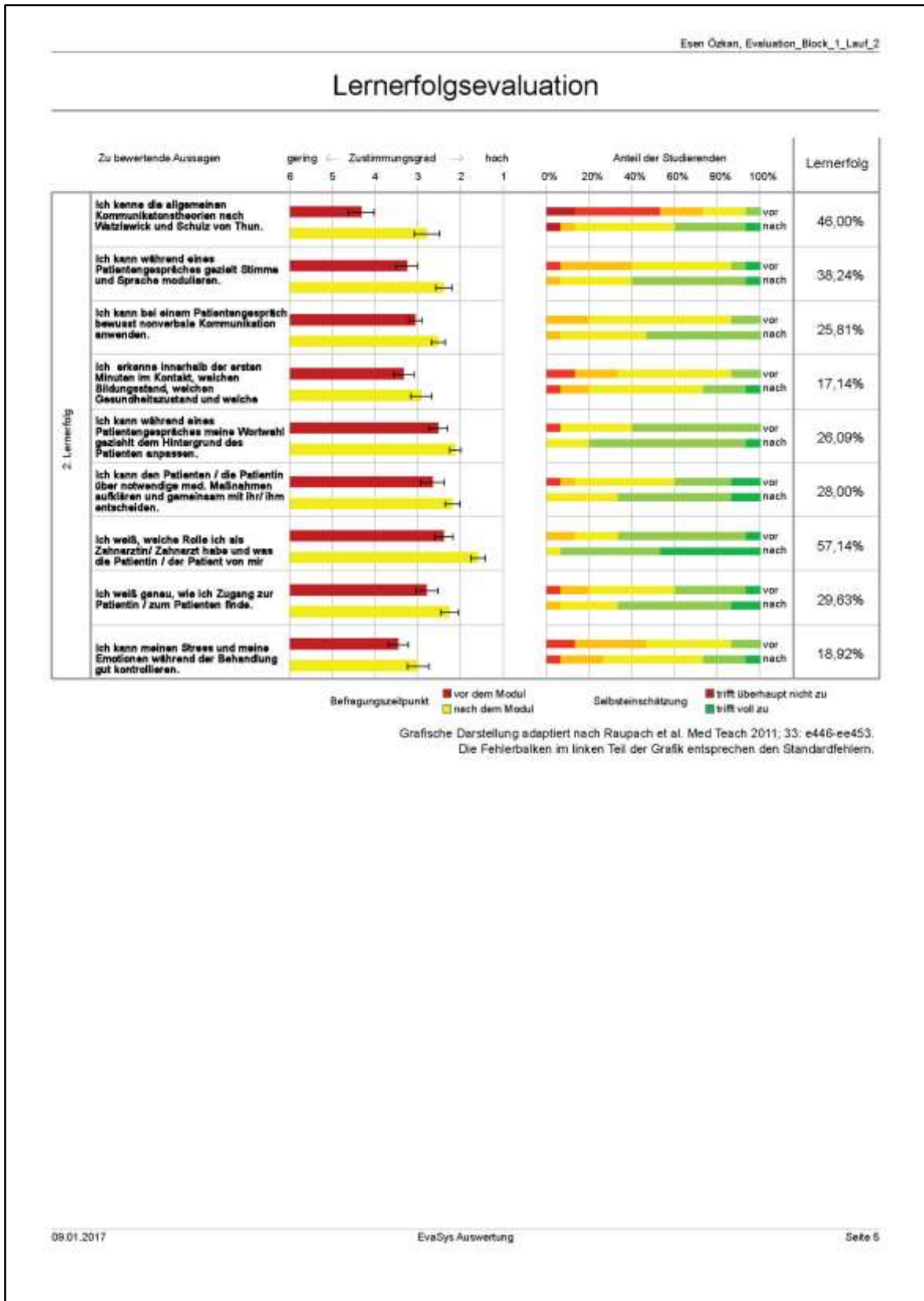
Kommunikationsseminar

04.12.2015-05.12.2015 und 11.12.2015-12.12.2015
DAH-MEDIZINISCHES FAKULTÄT GÖTTINGEN
 VERANSTALTUNGSGRUPPE: SP-62

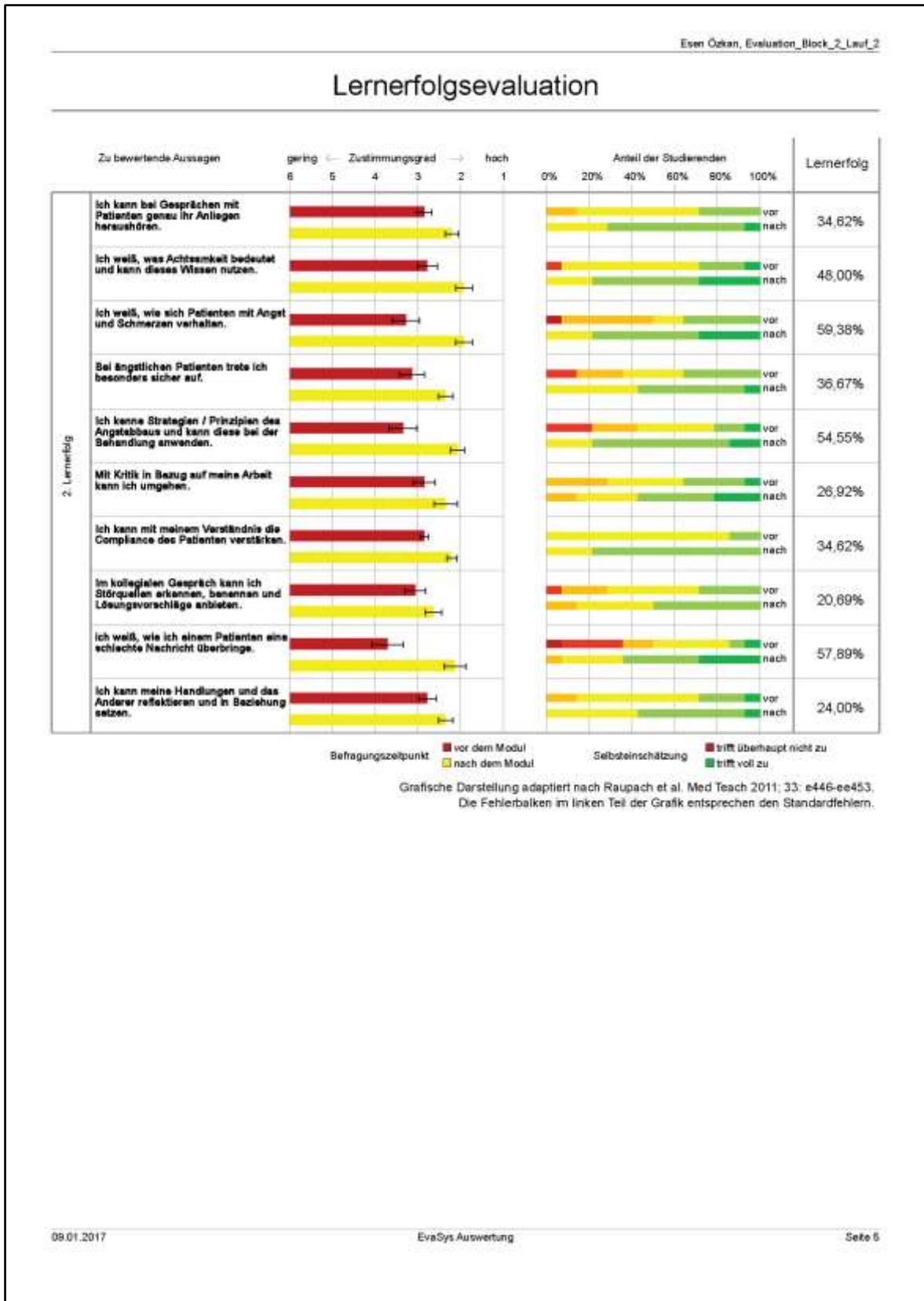
04.12.2015		05.12.2015		11.12.2015		12.12.2015	
Zeit	Thema	Zeit	Thema	Zeit	Thema	Zeit	Thema
13:00	Vorstellungs- und Erwartungs- und Einführung in die Kommunikationstheorien. Grundlegendes über Kommunikation Funktionen von Kommunikation Alltagsgespräch und seine Auswirkungen	09:00	Grundlegende psycholog. Aspekte im zahnärztlichen Kontext: Rolle/ Wahrnehmung/ Emotionen Stress/ Bedürfnisse. Psychodynamik (bewusst/unbewusst, Abwehrmechanismen des Unbewussten) Kompetenz	13:00	Aktives Zuhören Achtsamkeit Psychohygiene (eigener Stressumgang, Burn-Out- Prophylaxe, Umgang mit Angst- und Schmerzpatienten Angstabbau	09:00	Das kollegiale Gespräch Fehler vermeiden Das feed-back und seine Bedeutung Anerkennung Konfliktgespräch
14:30	Pause	10:30	Pause	14:30	Pause	10:30	Pause
14:45	Verbale Kommunikation Wortwahl/ Satzbau/ Sprechtempo Pausen/ Betonung/ Tonhöhe/ Lautstärke/ Nonverbale Kommunikation Körpersprache/ Mimik/ Gestik/ Interpersonelle Distanz /Berührungen/ Körperhaltung	11:00	Arzt- Patient-Beziehung Erwartungen der Akteure Kommunikationsebenen Anamnese - und Erstgespräch Shared decision making	14:45	Sammeln von schwierigen Situationen und Patienten		Breaking bad news SPIKES-Modell (Buckman & Cole) Definieren des Ansprechpartners Umgang mit Angehörigen Gesprächstechniken Schauspielpatient
16:15	Pause	12:30	Pause	16:15	Pause	12:30	Pause
16:30	Schauspielpatient Verbale & nonverbale Kommunikation	13:30	Schauspielpatient Anamnese und Erstgespräch Zugang zum Patienten finden	16:30-18:00	Gegenseitig- Rollenspiele Rückmeldung	13:30	Selbstmanagement Persönlichkeit, Selbst- und Fremdeinschätzung
17:30-18:00	Rückmeldung	15:00	Pause			15:00	Pause
		15:15-16:00	Rückmeldung			15:15-16:00	Diskussion und Abschluss Runde



6.6 Anhang 6 : Auswertung des Fragebogens zur Lernerfolgsüberprüfung Woche 1



6.7 Anhang 7: Auswertung des Fragebogens zur Lernerfolgsüberprüfung Woche 2



6.8 Anhang 8: Instruktionen / Rollenbeschreibungen der Schauspielpatienten

ROLLE 1: Der Patient mit Handicap

Bedarf jeweils am:

- 04.12.2015 von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr und ab 16:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 05.12.2015 von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr und ab 13:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 12.12.2015 von 11:00 Uhr bis 13:00 Uhr ab 11:45 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)

Veranstaltungsort:

Universitätsmedizin Göttingen
Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
SINUZ, Studentisches Innovations- und Trainingszentrum
Ebene 4, Aufzug D1, Raum 213
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Freitag den 04.12.2015

Die Studenten hatten bereits Unterrichtseinheiten in:

Wortwahl/ Satzbau/ Sprechtempo/ Pausen/ Betonung/ Tonhöhe/ Lautstärke
Körpersprache/ Mimik/ Gestik/ interpersonelle Distanz /Berührungen/ Körperhaltung

Durch den Einsatz des Schauspielpatienten soll hier betrachtet werden ob die Studierenden diese Bausteine bereits gezielt umsetzen können.

Ein schwerhöriger Patient mit Zahnschmerzen und Hoffnung, dass der letzte Zahn doch nicht entfernt werden muss

Ausgewählte Lernziele aus Göttinger Lernziel-Katalog Zahnmedizin:

- Aufklärung von Patienten vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Aufklärung Zahnentfernung
- Zahnschmerzen
- Einwilligung für eine Zahnextraktion einholen
- Zeit und Selbstmanagement

Lernziele zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen: aus Basler Consensus Statement:

- Die Studentin/der Student passt sich dem Verstehens- und Sprachhorizont des Patienten/der Patientin an.
- Die Studentin/der Student überprüft eigene Normen und Werte.

- Die Studentin/der Student respektiert die Individualität und subjektive Wahrnehmung anderer Personen.

Situation/ Zielgruppe

Studierende des 8. Fachsemesters. Die Studierenden befinden sich im 3. klinischen Jahr haben den Operationskurs I abgeschlossen (Injektions- und Nahtkurs). Die Studierenden haben bereits ein Semester lang Patienten behandelt.

Aufgabe:

Patientenaufklärung bezugnehmend auf den oralchirurgischen Eingriff ‚Zahntfernung‘, Klärung von ggf. auftretenden Fragen und Einholen einer schriftlichen Patienteneinwilligung (informed consent) unter Fokussierung auf den nicht erhaltungswürdigen Zahn 33 (*der Eckzahn unten links*).

Der Patient hat ein Kommunikationsproblem, er kann nicht gut Hören, verrät dieses aber nicht.

Rahmendaten zum Patienten:

Frau /Herr _____, ein älterer, einfach strukturierter Patient, ist ein wenig schwach auf den Beinen...

Sie hören aufgrund einer Schwerhörigkeit kaum noch etwas, mit Ihrem Verhalten (vor allem mit Gestik/ Mimik) können Sie das andeuten/ zeigen, aber bitte den Studierenden nicht direkt sagen, dass Sie kaum noch was hören. *Die/der Studierende* soll das erkennen und die Sprache/ Kommunikation anpassen.

Zudem haben Sie noch große Schmerzen am Eckzahn unten links (Ihr letzter Zahn).

Sie werden ungeduldig, wollen kompetent behandelt werden und keine Schmerzen mehr haben.

Die Notwendigkeit zur Zahnextraktion ist beim letzten Behandlungstermin (mit einem anderen Zahnarzt aus der gleichen Abteilung) besprochen worden. Sie wollten zuhause erst einmal darüber nachdenken, und sind nun wieder gekommen, weil die Schmerzen schlimmer werden um Aufklärung und Einwilligung zu erledigen und sich einen Termin für die Extraktion zu holen.

Eine klitzekleine Hoffnung für den Zahn haben Sie sich jedoch erhalten...

Denken Sie daran, nicht so viel zu erzählen, *die/der Studierende* soll uns zeigen, wieviel Informationen sie/er aus Ihnen herausholen kann.

Familienanamnese:

irrelevant

Vorerkrankungen:

- Frau/ Herr _____ leidet an leicht erhöhtem Bluthochdruck, medikamentös eingestellt Metoprolol 50 mg 1-0-0 und hat eine
- Hüftgelenksentzündung durch Abnutzung, *der/die Patientin* bekommt bald eine künstliche (Hüft TEP), bis zur OP bekommt die *Patientin/ der Patient* folgende Medikation
 - Prednisolon 30mg 1-0-0
 - Calcium 1-0-0
 - Vitamin D 1-0-0
 - Omeprazol 1-0-0
- Aktuelle Zahnschmerzen bei Bedarf 600 mg Ibuprofen (max. 3x tgl.)

Soziale Anamnese:

Alleinstehend, 2 Kinder, die weiter entfernt wohnen und selten kommen können. Keine wirtschaftlichen Probleme, falls (neuer) Zahnersatz zur Sprache kommt.

Behandlungsanlass:

Sie kamen beim letzten Termin schon wegen Zahnschmerzen in die Praxis, am Eckzahn unten links (33), dem letzten Zahn. Ein Kollege aus der Praxis hat Ihnen erklärt, der Zahn sei kariös zerstört und nicht mehr zu retten. Sie wollten sich alles noch einmal durch den Kopf gehen lassen, gegen die Schmerzen haben Sie Ibuprofen 600 mg als Bedarfsmedikation bekommen, max. 3 Tabletten am Tag.

Eingangssituation:

Sie sitzen im Wartezimmer und werden aufgerufen. Sie sehen, dass die Zahnärztin/der Zahnarzt ins Wartezimmer gekommen ist und ahnen, dass wahrscheinlich der nächste Patient an die Reihe kommt. Sie gucken sich um und fragen, ob Sie schon mitkommen sollen. Der/ die Studierende hat zwar Ihren Namen aufgerufen, aber das haben Sie ja nicht gehört.

Sie berichten der Zahnärztin/dem Zahnarzt in einfacher Sprache, dass Sie ohne Tabletten nicht mit den Zahnschmerzen zurechtkommen können.

Nach 10 Minuten sollten die Studierenden von Ihnen eine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erhalten haben. Merken Sie sich für das abschließende Gespräch mit der/dem Studierenden, ob er/sie in diesen 10 Minuten die Gründe für eine Notwendigkeit der Zahnentfernung plausibel gemacht hat und auf Ihre Sorgen bezüglich Schmerzen/ Blutdruck eingegangen ist. Ein ‚roter Faden‘ sollte erkennbar sein und vor allem aber soll der Studierende verstanden haben, dass Sie nicht gut hören und die eigene Sprache Ihrem Verstehens und Sprachhorizont angepasst haben.

D.h., schon zu Beginn sollte die/der Studierende verstanden haben, dass sie/er lauter und deutlicher mit Ihnen sprechen muss, Sie dabei angucken sollte und immer wieder fragen sollte, ob Sie alles verstanden haben, und ob Sie noch Fragen haben.

Sie bekommen allgemeine Informationen über Zahnextraktionen und mögliche Komplikationen, die zwar genannt, aber keinesfalls intensiv besprochen werden müssen. Fragen Sie doch bitte Ihrerseits nach der Häufigkeit von Komplikationen und fokussieren Sie bitte auf den speziellen Teil, der hoffentlich eingeleitet wird wie: ‚In Ihrem Fall .../ bei Ihrem Zahn‘ ... oder: ‚Im Oberkiefer kann aber auch ...‘

Dieses Rollenspiel wird auf Video aufgenommen und nach einer kleinen Pause im Seminarraum Sequenz für Sequenz mit allen in der Gruppe besprochen, gemeinsam werden Ergänzungen oder alternative Vorgehensweisen überlegt.

ROLLE 2: Der traumatisierte Patient

Bedarf jeweils am:

- 04.12.2015 von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr und ab 16:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 05.12.2015 von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr und ab 13:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 12.12.2015 von 11:00 Uhr bis 13:00 Uhr ab 11:45 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)

Veranstaltungsort:

Universitätsmedizin Göttingen
Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
SINUZ, Studentisches Innovations- und Trainingszentrum
Ebene 4, Aufzug D1, Raum 213
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Samstag den 05.12.2015

Die Studierenden des 3. klinischen Semesters haben zu diesem Zeitpunkt das erste Wochenende des Kommunikationsseminars fast beendet.
Sie haben folgende Lehrinhalte erarbeitet:

Grundlegende psychologische Aspekte im zahnärztlichen Kontext:
Rolle (Rollentheorie)/ Wahrnehmung/ Emotionen/ Stress/ Bedürfnisse (Bedürfnishierarchie)
Gruppe vs. Team/ Psychodynamik (bewusst/unbewusst/Abwehrmechanismen des Unbewussten)
Kompetenz (Kernkompetenz / Soft Skills)
Erwartungen der Akteure/ Kommunikationsebenen/ Anamnese - und Erstgespräch
Shared decision making

Die Schauspielpatienten geben uns die Möglichkeit, erlernte Bausteine bewusster in Gesprächen oder den Umgang in schwierigen Situationen zu erproben.

Der traumatisierte Patient

Ausgewählte Lernziele aus Göttinger Lernziel-Katalog Zahnmedizin:

- Aufklärung von Patienten vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Agitation
- Angst
- Panik

Lernziele zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen: aus Basler Consensus Statement:

- Die Studentin/der Student passt sich dem Verstehens- und Sprachhorizont des Patienten/der Patientin an.
- Die Studentin/der Student überprüft eigene Normen und Werte.

- Die Studentin/der Student respektiert die Individualität und subjektive Wahrnehmung anderer Personen.

Situation/ Zielgruppe

Studierende des 8. Fachsemesters. Die Studierenden befinden sich im 3. klinischen Jahr haben den Operationskurs I abgeschlossen (Injektions- und Nahtkurs). Die Studierenden haben bereits ein Semester lang Patienten behandelt.

Aufgabe:

Hier geht es darum, dass der „traumatisierte Patient“ dem Zahnarzt keine Mitarbeit zeigt. Der/die Patient/in lässt den/die Behandler/in kaum an sich heran, stellt viele Fragen. Der Studierende soll hier einen Zahnbefund erheben.

Der/die Studierende soll bezugnehmend auf die therapeutische Maßnahme eine Patientenaufklärung und die Untersuchung abschließen. Eine besondere Leistung wäre es, die Mitarbeit des Patienten zu verbessern.

Rahmendaten zum Patienten:

Frau/ Herr _____, ein körperlich gesunder Mensch, sitzt bereits im Behandlungsstuhl.

Sie kommen zum ersten Mal auf der Suche nach einem neuen Hauszahnarzt/ einer Zahnärztin in die Zahnklinik.

Sie haben immer mal wieder leichte, ziehende Schmerzen. Die Studierenden sollen einen Befund erheben. Dazu gehört ein Anamnesegespräch, in dem Sie immer nur wieder betonen, dass Sie ganz gesund sind, aber ein wenig Angst vor Zahnärzten haben, wie fast jeder. In Wirklichkeit schaffen Sie es nur unter allergrößten Problemen und Ängsten, überhaupt den Mund zu öffnen, solche Angst haben Sie! Sie haben als Kind einen Zahnarzt gehabt, der darauf bestanden hat, dass Sie von Ihren Eltern im Behandlungsstuhl fixiert wurden, und der Sie trotz Ihres großen Geschreis behandelt hat, natürlich ohne Betäubung. Sie können sich eigentlich schon gar nicht in den Behandlungsstuhl setzen, geschweige denn den Mund öffnen.

Insgesamt handelt es sich um eine/n Patienten/in, die/der viel redet, viel zu erzählen hat, um einen anderen Stuhl bittet, auch lacht und Späße macht, generell aber die für sie/ihn sehr schreckliche Geschichte aus der Kindheit nicht erzählen kann, ja, sich nicht einmal richtig daran denken will...

Familienanamnese:

Irrelevant

Vorerkrankungen:

gehäufte HNO – Infekte

Soziale Anamnese:

Geht ungern zum Arzt und eher nie zum Zahnarzt, putzt und pflegt aber recht gut.

Behandlungsanlass:

Suche nach neuem Hauszahnarzt bei wiederholten leichten bis mittelschweren Zahnschmerzen...

Eingangssituation:

Sie sitzen auf dem Stuhl, der für Begleitpersonen gedacht ist und warten auf Ihren neuen Hauszahnarzt, zu dem alten Zahnarzt wollen Sie nicht mehr, denn vor dem haben Sie besondere Angst. Sie haben sich umgehört und haben von Bekannten erfahren, dass es in der Zahnklinik besonders gut und billig ist, und dass sich alle Leute besonders viel Zeit nehmen und man mit viel Ruhe und Verständnis behandelt wird. Deshalb sind Sie heute da.

Sie stellen viele Fragen: Wie lange der „Zahnarzt“ schon arbeitet, wie alt er/sie ist, welche und wie viele Erfahrung er/sie als Behandler hat. Wieviel Patienten werden insgesamt in der Zahnklinik behandelt.

Schließlich setzen Sie sich doch auf den Behandlungsstuhl.

Sie dürfen während dieser Behandlungszeit immer wieder vom Behandler/in weg bewegen, d.h. wenn der Behandler/in mit Spiegel und dem „Puster“ in Ihre Nähe kommt, um den Befund zu erheben, drehen Sie ruhig den Kopf weg. Schnaufen Sie ruhig mal oder atmen schneller, zappeln ein wenig herum...

Fragen Sie die Studierende/ den Studierenden zwischendurch ob er/sie wirklich weiß, was er/sie da tut.

Die Studierenden sollen hier verstehen, dass Sie eine misstrauische Grundhaltung haben. Die Behandelnden sollten Ihnen mit Geduld jeden Arbeitsschritt erklären und Sie auf Ihr Verhalten ansprechen. Ihr Verhalten sollte thematisiert werden, die Behandlerin/der Behandler sollte darauf Rücksicht nehmen. Sie sind ja auch da, weil Sie keine ernsteren Probleme mit Ihren Zähnen haben wollen. Mundgesundheit ist Ihnen wichtig.

Sie müssen den Studierenden nicht detailliert von Ihrem Trauma berichten, erwähnen Sie ruhig dass Sie als Kind beim Zahnarzt traumatisiert worden sind und nur unter großer Angst ihren Mund öffnen können, wenn Sie darauf angesprochen werden!

Die/der Studierende soll Ihnen vermitteln, dass sie Zeit für Sie hat und Ihnen gerne jede Frage beantwortet.

Oder er/sie bietet Ihnen einen alternativen Termin an, wo er/sie gerne mehr Zeit für Sie einplant, wenn Sie sich untersuchen lassen möchten.

Die/der Studierende hat auch die Möglichkeit Ihnen vorzuschlagen, dass man ggf. mit einem Therapeuten zusammen arbeiten könnte, falls Sie das möchten.

Die/der Studierende soll mit Ihnen gemeinsam einen Therapieplan entwickeln, mit Ihnen gemeinsam die anstehenden Termine planen.

Nach max. 15 Minuten sollte die/der Studierende Ihr „Behandlungsproblem“ verstanden haben, Sie ernst nehmen und mit Ihnen gemeinsam einen Therapieplan erstellen, mit dem Sie einverstanden sind und der Ihre Mitarbeit ermöglicht.

Dieses Rollenspiel wird auf Video aufgenommen und nach einer kleinen Pause im Seminarraum Sequenz für Sequenz mit allen in der Gruppe besprochen, gemeinsam werden Ergänzungen oder alternative Vorgehensweisen überlegt.

ROLLE 3: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Bedarf jeweils am:

- 04.12.2015 von 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr und ab 16:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 05.12.2015 von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr und ab 13:30 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)
- 12.12.2015 von 11:00 Uhr bis 13:00 Uhr ab 11:45 Uhr in der Rolle (Ein Rollenspiel)

Veranstaltungsort:

Universitätsmedizin Göttingen
Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
SINUZ, Studentisches Innovations- und Trainingszentrum
Ebene 4, Aufzug D1, Raum 213
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Samstag den 12.12.2015

Die Studentinnen und Studenten des 3. Klinischen Semesters haben zu diesem Zeitpunkt bereits das erste Wochenende des Kommunikationsseminars fast beendet. Sie haben folgende Lehrinhalte erarbeitet:

Grundlegende psychologische Aspekte im zahnärztlichen Kontext:
Rolle (Rollentheorie)/ Wahrnehmung/ Emotionen/ Stress/ Bedürfnisse (Bedürfnishierarchie)
Gruppe vs. Team/ Psychodynamik (bewusst/unbewusst/Abwehrmechanismen des Unbewussten)
Kompetenz (Kernkompetenz / Soft Skills)
Erwartungen der Akteure/ Kommunikationsebenen/ Anamnese - und Erstgespräch
Shared decision making
Gesprächsdimensionen (nach C. Rogers) /In der Lage sein den Patientinnen und Patientinnen und Patienten kommunikativ „abholen“ zu können und zu spiegeln
Umgang mit Patientinnen und Patientinnen und Patienten ist außer der Behandlung auch eine Haltung. Für die Psychohygiene (eigener Stressumgang, Burn-Out- Prophylaxe, ...) ist Achtsamkeit (Mindfulness) derzeit die gängigste Methode
Umgang mit Patientinnen und Patientinnen und Patienten die Schmerzen haben / wie sollte der Behandler wirken?
Möglichkeiten des Angstabbaus
Typologie des schwierigen Patientinnen und Patientinnen und Patienten
Fehler vermeiden/ Das Feed-back und seine Bedeutung/ Anerkennung/
Konfliktgespräch
SPIKES-Modell von Buckman und Baile: Definieren des Ansprechpartners/Umgang mit Angehörigen/ Gesprächstechniken

Die SPs geben uns die Möglichkeit, erlernte Bausteine bewusster in Gesprächen oder den Umgang in schwierigen Situationen auszuprobieren.

Überbringen schlechter Nachrichten

Ausgewählte Lernziele aus Göttinger Lernziel-Katalog Zahnmedizin:

- Aufklärung von Patientinnen und Patientinnen und Patienten vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Schleimhautveränderungen in Zahnnähe
- Präkanzerosen der Mundschleimhaut
- Sonstige Erkrankungen der Mundschleimhaut
- Tabakabhängigkeit
- Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und
- andere Noxen

Lernziele zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen: aus Basler Consensus Statement:

- Die Studentin/der Student passt sich dem Verstehens- und Sprachhorizont des Patientinnen und Patientinnen und Patienten/der Patientin an.
- Die Studentin/der Student überprüft eigene Normen und Werte.
- Die Studentin/der Student respektiert die Individualität und subjektive Wahrnehmung anderer Personen.

Lernziele SPIKES Modell von Buckman und Baile 2000

S = Setting: also die Umgebung, die Situation, in der das Gespräch stattfindet

P = Patientinnen und Patientinnen und Patientenwissen: Was weiß der Patient bereits über seine Krankheit?

I = Invitation: Fragen, wie viel Information der Patient im Moment hören möchte

K = Knowledge: Den Patientinnen und Patientinnen und Patienten vorab über das anstehende Gespräch informieren und die schlechten Befundergebnisse andeuten.

E = Emotionen: Wie geht es dem Patientinnen und Patientinnen und Patienten? Welche Gefühle treten beim Patientinnen und Patientinnen und Patienten auf? Wie viel kann er/sie verkraften oder muss man abrechnen und dem Patientinnen und Patientinnen und Patienten Zeit geben?

S = Summary: Wie soll die Behandlung aussehen, wie geht es weiter? ...

Situation/ Zielgruppe

Studierende des 8. Fachsemesters. Die Studierenden befinden sich im 3. klinischen Jahr haben den Operationskurs I abgeschlossen (Injektions- und Nahtkurs). Die Studierenden haben bereits einen semesterlang Patientinnen und Patientinnen und Patientenbehandlung hinter sich.

Aufgabe:

Nach einer Bürstenbiopsie, die der Zahnarzt beim letzten Termin gemacht hat, will die Patientin/ der Patient heute wissen, was dabei herausgekommen ist.

Die Patientin und der Patient soll über das Ergebnis der Biopsie informiert werden.

Hierzu gehören in sinnvoll gestaltete Reihenfolge und Gesprächsführung nach dem SPIKES Modell.

Rahmendaten zum Patientinnen und Patientinnen und Patienten:

Frau/ Herr _____

Ist ein langjähriger Patient, die Zahnärztin/der Zahnarzt kennt den Patientinnen und Patientinnen und Patienten gut, seit vielen Jahren kommt er/sie regelmäßig zur Prophylaxe und Versorgung.

Bei der letzten Untersuchung hat die Zahnärztin/der Zahnarzt eine Hautirritation hinter dem Weisheitszahn entdeckt und mit der Erlaubnis des Patientinnen und Patientinnen und Patienten eine Biopsie durchgeführt.

Die Patientin/ der Patient hat bisher keine Beschwerden, er merkt nur dass es an der Stelle in der Mundschleimhaut nicht eben ist. Solange er keine Beschwerden hat macht er sich auch nicht so Sorgen, er denkt es ist harmlos.

Es geht Ihnen sonst gut.

Familienanamnese

Irrelevant

Vorerkrankungen:

Keine bekannt

Lebensstilanamnese:

Die Patientin und der Patient ist Raucher (1 Packung pro Tag, seit dem 16. Lebensjahr) und trinkt jeden Abend 2 Gläser Wein, mittlerweile sehr viel weniger als noch vor ein paar Jahren.

Soziale Anamnese:

Seit 15 Jahren verheiratet, keine Kinder

Behandlungsanlass:

Ergebnis einer Probeentnahme (Biopsie) besprechen

Eingangssituation:

Sie sitzen auf dem Behandlungsstuhl und sind guter Dinge, sie erwarten eher eine gute Nachricht, wahrscheinlich eine kleine Entzündung, die mit Tabletten behandelbar ist.

Bei der letzten Untersuchung hat die Zahnärztin/der Zahnarzt mit Ihrem Einverständnis eine Bürstenbiopsie durchgeführt, die Zahnärztin/der Zahnarzt hatte hinter dem Weisheitszahn eine belegte Hautreizung entdeckt und Sie hatten ihr/ihm bestätigt, dass diese Stelle schon länger (bestimmt 2 Monate) dort ist.

Die Zahnärztin/der Zahnarzt hat den feingeweblichen Bericht schon gelesen, und Sie möchten jetzt das Ergebnis wissen!

Die Zahnärztin/der Zahnarzt teilt Ihnen mit, dass Sie die Veränderung nicht gutartig zu sein scheint und dass jetzt eine richtige Operation durchgeführt werden muss.

Sie sind vollkommen irritiert, können es kaum glauben, sie sind doch jedes halbe Jahr bei ärztlichen Kontrollterminen gewesen und auch immer regelmäßig beim Zahnarzt! Wie kann das passieren! Das ist bestimmt ein Versehen, bestimmt sind im Labor die Schälchen durcheinander geraten....

Die Studierenden sollten sie hier fragen, ob Sie dieses Gespräch in einem anderen Raum fortsetzen möchten, denn Sie müssen dazu ja nicht auf dem Behandlungsstuhl sitzen.

Der Studierende hat zuvor die notwendigen Gesprächstechniken kennengelernt und soll Sie sinnvoll und in der richtigen Reihenfolge durch das Gespräch führen, d.h. er/ sie bietet Ihnen jetzt eine andere Umgebung an, informiert Sie über das anstehende Gespräch und fragt ob Sie überhaupt zu diesem jetzigen Zeitpunkt ein Gespräch wünschen. Sie werden gefragt, ob Ihre Frau/Ihr Mann dabei sein soll, wenn Sie über Ihre Krankheit aufgeklärt

werden. Die Studierenden fragen Sie nach Ihrem bisherigen Wissen über Tumorerkrankungen und setzen an dieser Stelle an, vorher sollten Sie allerdings gefragt werden, ob und wieviel Sie überhaupt darüber wissen möchten. Selbstverständlich soll der Studierende Sie darüber aufklären, dass Sie ab jetzt auf Tabak und Alkohol verzichten sollten, um nicht noch weiter Krebsverursacher zu sich zu nehmen. Sie sollen darüber aufgeklärt werden, dass bei Krebs im Mund alle Zähne optimal versorgt werden sollten, da es sonst bei weiteren Krebstherapien zu Zahnverlusten kommen würde. Helfen Sie den Studierenden ein wenig, zeigen Sie ihnen, dass es nicht so schwierig ist, Entscheidungen mit Patientinnen und Patienten gemeinsam zu treffen. Finden Sie gemeinsam Lösungen. Geben Sie der Zahnärztin/ dem Zahnarzt ein Feedback, wie dankbar Sie sind, dass sie/er überhaupt so schnell erkannt hat, dass dort etwas ganz und gar nicht stimmt.

Dieses Rollenspiel wird auf Video aufgenommen und nach einer kleinen Pause im Seminarraum Sequenz für Sequenz mit allen in der Gruppe besprochen, gemeinsam werden Ergänzungen oder alternative Vorgehensweisen überlegt.

6.9 Anhang 9: Ausgabe SPSS – OSCE- Ergebnisse Gruppenvergleiche

Ergebnisse Gruppenvergleiche (2 Gruppen: t-Test für unabhängige Stichproben)

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe			Differenzen			sign. (2-seitig)	Effekt stärke
	N	M	SD	N	M	SD	M	T	df		
ZF Checklisten- mittelwert	13	0,804	0,165	17	0,802	0,161	0,002	0,034	28	0,973	0,01
Hygiene Checklisten- mittelwert	13	0,893	0,131	17	0,853	0,191	0,040	0,649	28	0,522	0,25
POA Checklisten- mittelwert	13	0,808	0,089	17	0,603	0,169	0,205	3,962	28	0,000	1,52
AEZ Checklisten- mittelwert	13	0,627	0,103	17	0,579	0,144	0,048	1,008	28	0,322	0,38
BLS Checklisten- mittelwert	13	0,878	0,088	17	0,745	0,183	0,133	2,416	28	0,022	0,93
AG Checklisten- mittelwert	13	0,869	0,161	15	0,793	0,213	0,076	1,049	26	0,304	0,40
Naht Checklisten- mittelwert	13	0,923	0,047	17	0,817	0,142	0,106	2,579	28	0,015	1,00
MSH Checklisten- mittelwert	13	0,669	0,144	17	0,494	0,214	0,175	2,544	28	0,017	0,96
ZE Checklisten- mittelwert	13	0,718	0,164	17	0,712	0,146	0,006	0,097	28	0,923	0,04
EU Checklisten- mittelwert	13	0,729	0,150	17	0,638	0,131	0,091	1,769	28	0,088	0,65
LA Checklisten- mittelwert	13	0,890	0,122	17	0,794	0,211	0,096	1,459	28	0,156	0,56
MSH Schulnote	13	2,846	0,555	17	3,118	0,781	-0,271	-1,063	28	0,297	0,40
EU Schulnote	13	2,615	1,121	17	3,177	0,883	-0,561	-1,535	28	0,136	0,56
ZF Schulnote	13	2,462	1,127	17	2,471	1,007	-0,009	-0,023	28	0,982	0,01
Hygiene Schulnote	13	1,769	0,927	17	1,941	1,144	-0,172	-0,442	28	0,662	0,17
LA Schulnote	13	1,385	0,650	17	2,000	1,275	-0,615	-1,585	28	0,124	0,61
POA Schulnote	13	2,077	0,641	17	2,588	0,795	-0,511	-1,894	28	0,069	0,71
AEZ Schulnote	13	2,846	0,555	17	3,118	0,697	-0,271	-1,152	28	0,259	0,43
OPG Schulnote	13	2,923	0,862	17	3,059	0,748	-0,136	-0,461	28	0,648	0,17
BLS Schulnote	13	1,615	0,650	17	2,588	1,121	-0,973	-2,784	28	0,010	1,06
AG Schulnote	13	1,923	0,954	15	2,533	1,125	-0,610	-1,534	26	0,137	0,58
ZE Schulnote	13	2,615	0,650	17	2,588	0,712	0,027	0,107	28	0,915	0,04
Naht Schulnote	13	2,000	0,577	17	2,706	1,047	-0,706	-2,185	28	0,037	0,84
ZF gesamt (in Prozent)	13	79,850	16,395	17	79,590	14,984	0,258	0,045	28	0,965	0,02
Hygiene gesamt (in Prozent)	13	89,150	13,063	17	85,530	18,225	3,624	0,607	28	0,549	0,23
POA gesamt (in Prozent)	13	81,850	8,523	17	65,060	15,089	16,787	3,588	28	0,001	1,37
AEZ gesamt (in Prozent)	13	65,850	9,063	17	61,240	12,567	4,611	1,117	28	0,273	0,42
BLS gesamt (in Prozent)	13	88,770	8,700	17	74,470	19,529	14,299	2,453	28	0,021	0,95
AG gesamt (in Prozent)	13	87,000	15,105	15	78,070	21,757	8,933	1,242	26	0,225	0,48
Naht gesamt (in Prozent)	13	90,080	5,469	17	78,880	15,644	11,195	2,459	28	0,020	0,96
ZE gesamt (in Prozent)	13	73,080	13,769	17	72,760	12,731	0,312	0,064	28	0,949	0,02
MSH gesamt (in Prozent)	13	68,690	12,216	17	55,350	18,210	13,339	2,274	28	0,031	0,86
EU gesamt (in Prozent)	13	69,770	11,896	17	54,350	18,224	15,416	2,644	28	0,013	1,00
LA_gesamt (in Prozent)	13	90,690	11,228	17	80,590	22,372	10,104	1,487	28	0,148	0,57

Ergebnisse Gruppenvergleiche (3 Gruppen: Einfaktorielle Varianzanalyse)

Einfaktorielle ANOVA

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ZF Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,013	2	,007	,247	,783
	Innerhalb der Gruppen	,732	27	,027		
	Gesamt	,745	29			
Hygiene Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,014	2	,007	,236	,791
	Innerhalb der Gruppen	,791	27	,029		
	Gesamt	,805	29			
POA Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,309	2	,154	7,568	,002
	Innerhalb der Gruppen	,551	27	,020		
	Gesamt	,860	29			
AEZ Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,073	2	,036	2,440	,106
	Innerhalb der Gruppen	,402	27	,015		
	Gesamt	,475	29			
BLS Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,134	2	,067	2,915	,071
	Innerhalb der Gruppen	,622	27	,023		
	Gesamt	,757	29			
AG Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,044	2	,022	,578	,568
	Innerhalb der Gruppen	,944	25	,038		
	Gesamt	,987	27			
Naht Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,083	2	,042	3,207	,056
	Innerhalb der Gruppen	,351	27	,013		
	Gesamt	,434	29			
MSH Schulnote	Zwischen den Gruppen	,560	2	,280	,563	,576
	Innerhalb der Gruppen	13,440	27	,498		
	Gesamt	14,000	29			
EU Schulnote	Zwischen den Gruppen	3,721	2	1,861	1,921	,166
	Innerhalb der Gruppen	26,146	27	,968		
	Gesamt	29,867	29			
ZF Schulnote	Zwischen den Gruppen	,156	2	,078	,067	,935
	Innerhalb der Gruppen	31,310	27	1,160		
	Gesamt	31,467	29			
Hygiene Schulnote	Zwischen den Gruppen	,225	2	,113	,097	,907
	Innerhalb der Gruppen	31,241	27	1,157		
	Gesamt	31,467	29			
LA Schulnote	Zwischen den Gruppen	3,992	2	1,996	1,804	,184
	Innerhalb der Gruppen	29,875	27	1,106		
	Gesamt	33,867	29			
POA Schulnote	Zwischen den Gruppen	1,974	2	,987	1,777	,188
	Innerhalb der Gruppen	14,993	27	,555		
	Gesamt	16,967	29			
AEZ Schulnote	Zwischen den Gruppen	1,035	2	,518	1,275	,296
	Innerhalb der Gruppen	10,965	27	,406		
	Gesamt	12,000	29			
OPG Schulnote	Zwischen den Gruppen	,984	2	,492	,781	,468
	Innerhalb der Gruppen	17,016	27	,630		
	Gesamt	18,000	29			
BLS Schulnote	Zwischen den Gruppen	6,974	2	3,487	3,737	,037
	Innerhalb der Gruppen	25,193	27	,933		
	Gesamt	32,167	29			
AG Schulnote	Zwischen den Gruppen	3,217	2	1,608	1,434	,257
	Innerhalb der Gruppen	28,033	25	1,121		
	Gesamt	31,250	27			
ZE Schulnote	Zwischen den Gruppen	,282	2	,141	,295	,747
	Innerhalb der Gruppen	12,918	27	,478		
	Gesamt	13,200	29			
Naht Schulnote	Zwischen den Gruppen	3,671	2	1,835	2,302	,119
	Innerhalb der Gruppen	21,529	27	,797		
	Gesamt	25,200	29			
ZF gesamt	Zwischen den Gruppen	96,982	2	48,491	,195	,824

(in Prozent)	Innerhalb der Gruppen	6721,318	27	248,938		
	Gesamt	6818,300	29			
Hygiene gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	107,590	2	53,795	,198	,822
	Innerhalb der Gruppen	7351,110	27	272,263		
	Gesamt	7458,700	29			
POA gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	2077,050	2	1038,525	6,212	,006
	Innerhalb der Gruppen	4513,616	27	167,171		
	Gesamt	6590,667	29			
AEZ gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	549,508	2	274,754	2,378	,112
	Innerhalb der Gruppen	3119,859	27	115,550		
	Gesamt	3669,367	29			
BLS gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	1527,731	2	763,866	2,951	,069
	Innerhalb der Gruppen	6988,935	27	258,849		
	Gesamt	8516,667	29			
AG gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	556,106	2	278,053	,742	,486
	Innerhalb der Gruppen	9364,608	25	374,584		
	Gesamt	9920,714	27			
Naht gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	923,227	2	461,613	2,916	,071
	Innerhalb der Gruppen	4274,640	27	158,320		
	Gesamt	5197,867	29			
ZE Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,029	2	,015	,622	,544
	Innerhalb der Gruppen	,636	27	,024		
	Gesamt	,665	29			
ZE gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	90,441	2	45,221	,256	,776
	Innerhalb der Gruppen	4778,259	27	176,973		
	Gesamt	4868,700	29			
MSH Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,233	2	,116	3,240	,055
	Innerhalb der Gruppen	,970	27	,036		
	Gesamt	1,203	29			
EU Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,102	2	,051	2,736	,083
	Innerhalb der Gruppen	,504	27	,019		
	Gesamt	,607	29			
MSH gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	1339,909	2	669,955	2,559	,096
	Innerhalb der Gruppen	7067,557	27	261,761		
	Gesamt	8407,467	29			
EU gesamt (in Prozent)	Zwischen den Gruppen	1751,009	2	875,505	3,371	,049
	Innerhalb der Gruppen	7011,957	27	259,702		
	Gesamt	8762,967	29			
LA Checklisten- mittelwert	Zwischen den Gruppen	,122	2	,061	1,957	,161
	Innerhalb der Gruppen	,839	27	,031		
	Gesamt	,961	29			
LA gesamt Prozent gerundet	Zwischen den Gruppen	1185,974	2	592,987	1,762	,191
	Innerhalb der Gruppen	9086,993	27	336,555		
	Gesamt	10272,967	29			

Post-Hoc-Tests

Homogene Untergruppen

ZF Checklistenmittelwert

Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		,7636
Kontrollgruppe	17		,8021
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		,8295
Signifikanz			,734

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Hygiene Checklistenmittelwert

Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Kontrollgruppe	17		,8529
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		,8778
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		,9028
Signifikanz			,848

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

POA Checklistenmittelwert

Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	2
Kontrollgruppe	17	,6029	
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		,8073
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		,8083
Signifikanz		1,000	1,000

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AEZ Checklistenmittelwert

Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		,5750
Kontrollgruppe	17		,5794
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		,7100
Signifikanz			,111

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

BLS ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	,7451
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,8646
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,9000
Signifikanz		,150

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AG ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	15	,7933
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,8563
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,8900
Signifikanz		,628

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,660.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Naht ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	,8167
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,9231
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,9231
Signifikanz		,201

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

MSH SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	2,8000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,8750
Kontrollgruppe	17	3,1176
Signifikanz		,677

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

EU SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	2,2000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,8750
Kontrollgruppe	17	3,1765
Signifikanz		,166

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

ZF SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,3750
Kontrollgruppe	17	2,4706
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,6000
Signifikanz		,918

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Hygiene SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	1,7500
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	1,8000
Kontrollgruppe	17	1,9412
Signifikanz		,940

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

LA SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	1,0000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	1,6250
Kontrollgruppe	17	2,0000
Signifikanz		,190

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

POA SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,0000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,1250
Kontrollgruppe	17	2,5882
Signifikanz		,312

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AEZ SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,6000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	3,0000
Kontrollgruppe	17	3,1176
Signifikanz		,292

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

OPG SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,6000
Kontrollgruppe	17	3,0588
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	3,1250
Signifikanz		,437

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

BLS SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	1,6000
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	1,6250
Kontrollgruppe	17	2,5882
Signifikanz		,149

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AG SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	1,7500
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,2000
Kontrollgruppe	15	2,5333
Signifikanz		,366

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,660.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

ZE SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,5000
Kontrollgruppe	17	2,5882
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,8000
Signifikanz		,696

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Naht SchulnoteScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	2,0000
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5	2,0000
Kontrollgruppe	17	2,7059
Signifikanz		,311

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

ZF gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		76,40
Kontrollgruppe	17		79,59
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		82,00
Signifikanz			,784

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Hygiene gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Kontrollgruppe	17		85,53
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		88,00
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		89,88
Signifikanz			,874

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

POA gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	2
Kontrollgruppe	17	65,06	
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	81,63	81,63
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		82,20
Signifikanz		,056	,996

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AEZ gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Kontrollgruppe	17		61,24
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		61,50
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		72,80
Signifikanz			,124

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

BLS gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
		1	
Kontrollgruppe	17		74,47
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8		87,75
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltage)	5		90,40
Signifikanz			,167

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

AG gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	15	78,07
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	86,88
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	87,20
Signifikanz		,657

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,660.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Naht gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	78,88
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	90,00
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	90,13
Signifikanz		,228

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

ZE ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,6806
Kontrollgruppe	17	,7124
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,7778
Signifikanz		,466

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

ZE gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	71,00
Kontrollgruppe	17	72,76
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	76,40
Signifikanz		,727

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

MSH ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	,4941
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,6400
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,6875
Signifikanz		,150

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

EU ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	,6378
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,6842
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,8000
Signifikanz		,082

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

MSH gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	55,35
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	66,80
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	69,88
Signifikanz		,226

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

EU gesamt (in Prozent)Scheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	54,35
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	69,60
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	69,88
Signifikanz		,183

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

LA ChecklistenmittelwertScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	,7941
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	,8393
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	,9714
Signifikanz		,158

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

LA_gesamt_Prozent_gerundetScheffé-Prozedur^{a,b}

Gruppe_Komm_3_Gr	N	Untergruppe für Alpha = 0.05.
		1
Kontrollgruppe	17	80,59
Interventionsgruppe (immer anwesend)	8	86,13
Interventionsgruppe (max. 2 Fehltag)	5	98,00
Signifikanz		,191

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a. Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 7,816.

b. Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

6.10 Anhang 10: Ausgabe SPSS - Lernerfolg Seminar Block 1

t-Test

Statistik bei gepaarten Stichproben

		M	N	SD	SEM
Paare 1	Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - rückblickende Selbsteinschätzung	2,67	15	1,175	,303
	Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - aktuelle Selbsteinschätzung	4,20	15	1,146	,296
Paare 2	Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - rückblickende Selbsteinschätzung	3,73	15	,961	,248
	Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - aktuelle Selbsteinschätzung	4,60	15	,737	,190
Paare 3	Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - rückblickende Selbsteinschätzung	3,93	15	,594	,153
	Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	4,47	15	,640	,165
Paare 4	Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungsstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - rückblickende Selbsteinschätzung	3,67	15	,900	,232
	Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungsstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - aktuelle Selbsteinschätzung	4,07	15	,961	,248
Paare 5	Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - rückblickende Selbsteinschätzung	4,47	15	,834	,215
	Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - aktuelle Selbsteinschätzung	4,87	15	,516	,133
Paare 6	Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - rückblickende Selbsteinschätzung	4,33	15	1,047	,270
	Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - aktuelle Selbsteinschätzung	4,80	15	,676	,175
Paare 7	Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - rückblickende Selbsteinschätzung	4,60	15	,828	,214
	Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - aktuelle Selbsteinschätzung	5,40	15	,632	,163
Paare 8	Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - rückblickende Selbsteinschätzung	4,20	15	1,014	,262
	Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - aktuelle Selbsteinschätzung	4,73	15	,799	,206
Paare 9	Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - rückblickende Selbsteinschätzung	3,53	15	,915	,236
	Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - aktuelle Selbsteinschätzung	4,00	15	1,000	,258

M=Mittelwert (mean) / SD= Standardfehler (standard deviation) / SEM=Standardfehler des Mittelwertes (standard error of the mean)

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korre- lation	Signifi- kanz
Paare 1	Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - rückblickende Selbseinschätzung & Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - aktuelle Selbseinschätzung	15	,636	,011
Paare 2	Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,746	,001
Paare 3	Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,652	,008
Paare 4	Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,688	,005
Paare 5	Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,487	,066
Paare 6	Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,707	,003
Paare 7	Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,327	,234
Paare 8	Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,600	,018
Paare 9	Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - aktuelle Selbsteinschätzung	15	,858	,000

Test bei gepaarten Stichproben

		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
		M	SD	SEM	95% KI der Differenz				
					Untere				Obere
Paare 1	Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kenne die allgemeinen Kommunikationstheorien nach Watzlawick und Schulz von Thun - aktuelle Selbsteinschätzung	-1,533	,990	,256	-2,082	-,985	-5,996	14	,000
Paare 2	Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann während eines Patientengesprächs gezielt Stimme und Sprache modulieren - aktuelle Selbsteinschätzung	-,867	,640	,165	-1,221	-,512	-5,245	14	,000
Paare 3	Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann bei einem Patientengespräch bewusst nonverbale Kommunikation anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	-,533	,516	,133	-,819	-,247	-4,000	14	,001
Paare 4	Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich erkenne innerhalb der ersten Minuten im Kontakt, welchen Bildungstand, welchen Gesundheitszustand und welche Interessen die Patientin/Patient hat - aktuelle Selbsteinschätzung	-,400	,737	,190	-,808	,008	-2,103	14	,054
Paare 5	Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann während eines Patientengesprächs meine Wortwahl gezielt dem Hintergrund des Patienten anpassen - aktuelle Selbsteinschätzung	-,400	,737	,190	-,808	,008	-2,103	14	,054
Paare 6	Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann den Patienten/ die Patientin über notwendige med. Maßnahmen aufklären und gemeinsam mit ihr/ihm entscheiden - aktuelle Selbsteinschätzung	-,467	,743	,192	-,878	-,055	-2,432	14	,029
Paare 7	Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich weiß, welche Rolle ich als Zahnärztin/ Zahnarzt habe und was die Patientin/ der Patient von mir erwartet - aktuelle Selbsteinschätzung	-,800	,862	,223	-1,277	-,323	-3,595	14	,003
Paare 8	Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich weiß genau, wie ich Zugang zur Patientin/ zum Patienten finde - aktuelle Selbsteinschätzung	-,533	,834	,215	-,995	-,072	-2,477	14	,027
Paare 9	Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann meinen Stress und meine Emotionen während der Behandlung gut kontrollieren - aktuelle Selbsteinschätzung	-,467	,516	,133	-,753	-,181	-3,500	14	,004

KI = Konfidenzintervall / SEM=Standardfehler des Mittelwertes (standard error of the mean) /
df = Zahl der Freiheitsgrade (degrees of freedom)

6.11 Anhang 11: Ausgabe SPSS - Lernerfolg Seminar Block2

t-Test

Statistik bei gepaarten Stichproben

		M	N	SD	SEM
Paare 1	Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - rückblickende Selbsteinschätzung	4,14	14	,663	,177
	Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - aktuelle Selbsteinschätzung	4,79	14	,579	,155
Paare 2	Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - rückblickende Selbsteinschätzung	4,21	14	,893	,239
	Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - aktuelle Selbsteinschätzung	5,07	14	,730	,195
Paare 3	Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - rückblickende Selbsteinschätzung	3,71	14	1,204	,322
	Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - aktuelle Selbsteinschätzung	5,07	14	,730	,195
Paare 4	Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - rückblickende Selbsteinschätzung	3,86	14	1,099	,294
	Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - aktuelle Selbsteinschätzung	4,64	14	,633	,169
Paare 5	Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbau und kann diese bei der Behandlung anwenden - rückblickenden Selbsteinschätzung	3,64	14	1,216	,325
	Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbau und kann diese bei der Behandlung anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	4,93	14	,616	,165
Paare 6	Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - rückblickende Selbsteinschätzung	4,14	14	,949	,254
	Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - aktuelle Selbsteinschätzung	4,64	14	1,008	,269
Paare 7	Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - rückblickende Selbsteinschätzung	4,14	14	,363	,097
	Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - aktuelle Selbsteinschätzung	4,79	14	,426	,114
Paare 8	Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - rückblickende Selbsteinschätzung	3,93	14	,917	,245
	Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - aktuelle Selbsteinschätzung	4,36	14	,745	,199
Paare 9	Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - rückblickende Selbsteinschätzung	3,29	14	1,383	,370
	Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - aktuelle Selbsteinschätzung	4,86	14	,949	,254
Paare 10	Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - rückblickende Selbsteinschätzung	4,21	14	,802	,214
	Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - aktuelle Selbsteinschätzung	4,64	14	,633	,169

M=Mittelwert (mean) / SD= Standardfehler (standard deviation) / SEM=Standardfehler des Mittelwertes (standard error of the mean)

Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paare 1	Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,687	,007
Paare 2	Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,565	,035
Paare 3	Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,725	,003
Paare 4	Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - rückblickende Selbsteinschätzung & Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,473	,087
Paare 5	Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbaus und kann diese bei der Behandlung anwenden - rückblickenden Selbsteinschätzung & Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbaus und kann diese bei der Behandlung anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,785	,001
Paare 6	Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - rückblickende Selbsteinschätzung & Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,700	,005
Paare 7	Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,213	,464
Paare 8	Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - rückblickende Selbsteinschätzung & Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,716	,004
Paare 9	Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,444	,112
Paare 10	Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - rückblickende Selbsteinschätzung & Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - aktuelle Selbsteinschätzung	14	,768	,001

Test bei gepaarten Stichproben

	Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)	
	M	SD	SEM	95% KI der Differenz					
				Untere	Obere				
Paare 1	Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann bei Gesprächen mit Patienten genau ihr Anliegen heraushören - aktuelle Selbsteinschätzung	-,643	,497	,133	-,930	-,356	-4,837	13	,000
Paare 2	Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich weiß, was Achtsamkeit bedeutet und kann dieses Wissen nutzen - aktuelle Selbsteinschätzung	-,857	,770	,206	-1,302	-,412	-4,163	13	,001
Paare 3	Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich weiß, wie sich Patienten mit Angst und Schmerzen verhalten - aktuelle Selbsteinschätzung	-1,357	,842	,225	-1,843	-,871	-6,032	13	,000
Paare 4	Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - rückblickende Selbsteinschätzung - Bei ängstlichen Patienten trete ich besonders sicher auf - aktuelle Selbsteinschätzung	-,786	,975	,261	-1,349	-,223	-3,015	13	,010
Paare 5	Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbaus und kann diese bei der Behandlung anwenden - rückblickenden Selbsteinschätzung - Ich kenne Strategien / Prinzipien des Angstabbaus und kann diese bei der Behandlung anwenden - aktuelle Selbsteinschätzung	-1,286	,825	,221	-1,762	-,809	-5,828	13	,000
Paare 6	Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - rückblickende Selbsteinschätzung - Mit Kritik in Bezug auf meine Arbeit kann ich gut umgehen - aktuelle Selbsteinschätzung	-,500	,760	,203	-,939	-,061	-2,463	13	,029
Paare 7	Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann mit meinem Verständnis die Compliance des Patienten verstärken - aktuelle Selbsteinschätzung	-,643	,497	,133	-,930	-,356	-4,837	13	,000
Paare 8	Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - rückblickende Selbsteinschätzung - Im kollegialen Gespräch kann ich Störquellen erkennen, benennen und Lösungsvorschläge anbieten - aktuelle Selbsteinschätzung	-,429	,646	,173	-,802	-,055	-2,482	13	,028
Paare 9	Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich weiß, wie ich einem Patienten eine schlechte Nachricht überbringe - aktuelle Selbsteinschätzung	-1,571	1,284	,343	-2,313	-,830	-4,580	13	,001
Paare 10	Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - rückblickende Selbsteinschätzung - Ich kann meine Handlungen und das Anderer reflektieren und in Beziehung setzen - aktuelle Selbsteinschätzung	-,429	,514	,137	-,725	-,132	-3,122	13	,008

KI = Konfidenzintervall / SEM=Standardfehler des Mittelwertes (standard error of the mean) /
df = Zahl der Freiheitsgrade (degrees of freedom)

7. Literaturverzeichnis

- Albino JE, Young SK, Neumann LM, Kramer GA, Andrieu SC, Henson L, Horn B, Hendricson WD (2008): Assessing dental students' competence: best practice recommendations in the performance assessment literature and investigation of current practices in predoctoral dental education. *J Dent Educ* 72, 1405-1435
- Baddack U: Der Patient zwischen Autonomie und Compliance. Schriftenreihe Medizin-Ethik- Recht, Band 35, hrsg. v. Lilie H. Interdisziplinäres Zentrum – Ethik-Recht der Martin- Luther- Universität, Halle, 2012
- Baile WF, Buchmann R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP (2000): SPIKES – A six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist* 5, 302-311
- Ben-Sira Z (1982): Lay evaluation of medical treatment und competence development of a model of the function of the physician's behavior. *Soc Sci Med* 16, 1013-1019
- Beske F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig- Holstein. Fritz Beske Institut für Gesundheitssystem- Forschung, Kiel 2009
- Bortz, J: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin 1999
- Brenneis P, Römer M (2014): <http://www.dzw.de/artikel/gutes-arbeitsklima-haengt-zu-mehr-als-50-prozent-von-der-praxisleitung-ab>;
Zugriff am: 17.05.2017
- Bühner M: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson, München 2011
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016): Aktuelle Zahn zu Asyl. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am: 02.08.2017
- Carey JA, Madill A, Manogue M (2010): Communication skills in dental education: a systematic research review. *Eur J Dent Educ* 14, 69-78
- Chambers CNL, Frampton CMA, Barclay M, McKnee M (2016): Burnout prevalence in New Zealand's public hospitals senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open* 6, e013947
- Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, Chiu WT (2013): Burnout, Job Satisfaction and Medical Malpractice among Physicians. *Int J Med Sci* 10, 1471-1478

- Chenot JF, Ehrhardt M (2003): Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. *Z Allg Med* 79, 437-442
- Cohen R (1978): The quality of life of dentist as perceived by society. *Int Dent J* 28, 332-337
- Deinzer R, Margraf-Stiksrud J (2010): Grundlagen der Psychologie in der zahnärztlichen Praxis. In: A Wolowski, HJ Demmel (Hrsg): Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner – CompactLehrbuch für Studium und Praxis. Schattauer, Stuttgart, 9-26
- Demmel HJ, Adler RH (2010): Die biopsychosoziale Anamnese und das ärztliche Gespräch. In: A Wolowski, HJ Demmel (Hrsg): Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner – CompactLehrbuch für Studium und Praxis. Schattauer, Stuttgart, 75-93
- Derkesen F, Bensing J, Largo-Janssen A (2013): Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review- *Br J Gen Pract* 63(606), 76-84
- Dharamsi S, Pratt DD, MacEntee MI (2007): How dentists account for social responsibility: economics imperatives and professional obligations. *J Dent Educ* 71, 1583-1592
- Dierks ML, Seidl G: Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter M, Loh A und Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2005, 35-44
- Dyrbye LN, Szydlo DW, Dowing SM, Sloan JA, Shanafelt TD (2010): Development and preliminary psychometric properties of a well-being index for medical students. *BMC Med Educ* 10 (8)
- Emmerling P: Ärztliche Kommunikation. Schattauer, Stuttgart 2015
- Firth-Cozens J, Greenhalgh J (1997): Doctor's perception of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 44, 1017-1022
- Frank JR, Snell L, Sherbino J (2015): CanMEDS 2015 Physicians Competency Framework. Retrieves from: http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf; Zugriff am 14.06.2017
- Foitzik EC: Epidemiologische Untersuchung zur Entwicklung der Balintarbeit in Deutschland (von 1970 bis 2000). Med. Diss. Aachen 2007
- Gebert B, Bleeker T, Saub E (1994): Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry. *J Am Dent Assoc* 125, 264-272

- Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtomaa H, Blinkhorn A, Humphris G (2008). Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with the first year baseline results from five European dental schools. *Eur J Dent Educ* 12(2), 61-68
- Guthrie E, Black D, Bagalkte H, Shaw C, Campbell M, Creed F (1998): Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 91(5), 237-243
- Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ (2008): The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ* 12, 213-218
- Harbeck T (2016):
http://www.dentalmagazin.de/praxismanagement/mitarbeiterfuehrung/Gutes-Betriebsklima-ist-Chefsache_334395.html; Zugriff am: 04.11.2017
- Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM (1975): Assessment of clinical competence using objective structured clinical examination. *Br Med J* 1, 447-451
- Härter M (2004): Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 98, 89-92
- Hattie J, Timperley H (2007): The power of feedback. *Rev Educ Res* 77, 81-112
- Heringer HJ: *Interkulturelle Kommunikation*. 4. Auflage; A. Francke Verlag, Tübingen 2014
- Hickel R, Knüpper P (2011): Zum Profil des Zahnarztes in Wissenschaft und Praxis – Die neue Approbationsordnung als Grundlage. *Bundesgesundheitsbl* 54, 1035-1045
- Ingersoll BD: *Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde*. Quintessenz, Berlin 1987
- Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer AR, Breckwoldt J (2015): Wie bewerten im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte die Bedeutung der Rollen-definierten Kompetenzen des CanMEDS-Modells und ihre Umsetzung für die Ausbildung im Praktischen Jahr? *GMS Z Med Ausbild* 32(2): Doc33
- Johnke G: *Klinische Psychologie in der zahnärztlichen Praxis*. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover 1997, 9-20
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Ziel: Fortlaufende Verbesserung der Versorgung. *Transparent* 10, 10

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer (2014): Agenda Qualitätsförderung. Grundsätze und Handlungsempfehlungen der Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/agendaQF_web.pdf; Zugriff am: 21.08.2017
- Kent GG, Blinkhorn AS: Psychologie der Zahnheilkunde. München, Hanser 1993
- Kern DE, Thomas PA, Hughes MT, Bass EB: Curriculum development for medical education: a six-step approach. 2. Auflage; John Hopkins University Press, Baltimore 2009
- Klemperer D, Rosenwirth M (2005): Chartbooj Shared Decision Making. Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Zentrum für Sozialpolitik; <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shared-decision-making.pdf>; Zugriff am:05.05.2017
- Köllner V, Rinke K, Weidner K, Reitemeier B (2010):Kommunikation in der Zahnarztpraxis. Up2date 1, 43-66
- Kreuziger A (o.J.): <https://www.carlrogers.de/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>; Zugriff am: 20.07.2017
- Marxkors R: Geleitwort; In: A Wolowski, HJ Demmel (Hrsg):Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Schattauer, Stuttgart, 2010
- Maslach C, Jackson SE: Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologist Press, Palo Alto 1981
- McAleer S, Walker R (1990): Objective structured clinical examination (OSCE). Occas Pap R Coll Gen Pract 46, 39-43
- Med.de 2013: <https://www.med.de/lexikon/compliance.html>; Zugriff am 20.07.2017
- Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2012): Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsbl 55, 1134-1143
- Micheelis W: Merkmal zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung. Ergebnisse einer Fragebogenstudie. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1984
- Miller GE (1990): The Assessment of Clinical Skills/Competence/ Performance. Acad med 65 (9), 63-67
- NKLZ: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ). o. Verl., Kiel 2015
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C (2011): Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med 83, 996-1009

- Noack MJ: ZahnMedizin ist eine medizinische Schlüsseldisziplin. In: Schwarz M, Frank M, Engel P (Hrsg.): Weißbuch der ZahnMedizin. Zukunftsorientierte ZahnMedizin in Forschung, Lehre und Praxis, Band 2. Quintessenz, Berlin 2007, 17-33
- Ohrn K, Hakeberg M, Abrahamsson KH (2008): Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *Int J Dent Hyg* 6, 205-213
- Okullo I, Astrom AN, Haugejorden O (2004): Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32, 227-455
- O'Shea RM, Corah NL, Ayer, WA (1984): Sources of dentist's stress. *JADA* 109, 48-51.
- Ploychronopoulou A, Divaris K (2005): Perceived sources of stress among Greek dental students *J Dent Educ.* 69 (5), 687-692
- Pöhlmann K, Jonas I, Ruf S, Harzer W (2005): Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. *Eur J Dent Educ* 9(2), 78-84.
- Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M (2012): Burnout, Depression und Depersonalisation – Psychologische Faktoren und Bewältigungsstrategien bei Studierenden der Zahn- und Humanmedizin. *GMS Z Med Ausbild* 29(1), 1-14.
- Quast C: Stress bei Zahnärzten: Ergebnisse aus einer testpsychologischen Felduntersuchung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1996
- Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudsoll JR (1986): Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol* 42 (3), 488-192
- Ramseier CA (2014): Literaturrecherche zum Image der Zahnmedizin: Der ideale Zahnarzt. *Zm* 19: http://www.zm-online.de/hefte/Der-ideale-Zahnarzt_250434.html#1; Zugriff am: 09.07.2017
- Ratzmann A, Wiesman U, Kordaß B (2012): Integration of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) into the dental preliminary exams. *GMS Z Med Ausbild* 29 (1), 9-15
- Raupach T, Münscher C, Beissbarth T, Burckhardt G, Pukrop T (2011): Towards outcome-based programme evaluation: using student comparative self-assessments to determine teaching effectiveness. *Med Teach* 33 (8), 446-453
- Rogers WA (2002): Is there a moral duty for doctors to trust patients? *J Med Ethics* 28, 77-80
- Rosenstiel Lv: Betriebsklima geht jeden an. 4.Aufl.; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie u. Sozialordnung, München 1992

- Rüttermann S, Sobotta A, Hahn P, Kiesling C, Härtl A (2017): Teaching and assessment of communication skills in undergraduate dental education – a survey in Germanspeaking countries, *Eur J Dent Educ* 21, 151-158
- Sabate E: Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization (Verlag), Geneva 2003
- Schulz von Thun F: Miteinander reden. Rowohlt Taschenbuch, Reinbeck 2010
- Schiekirka S, Reinhardt D, Beißbarth T, Anders S, Pukrop T, Raupach T (2013): Estimating learning outcomes from pre- and posttest student self-assessments: a longitudinal study. *Acad Med* 88, 369-375
- Seitz T, Gruber B, Preusche I, Löffler-Stastka H (2017): Rückgang von Empathie während des Medizinstudiums – was ist die Ursache? *Z Psychosom Med Psychother* 63(1), 20-39
- Selye H: Stress without distress. New American Library, New York 1974
- Sennhenn-Kirchner S (o.J.): <http://www.sinuz.med.uni-goettingen.de/>; Zugriff am: 23.08.2017
- Simmenroth-Nayda A, Görlich Y, Wagner M, Müther M, Lohse C, Utte L, Leiterholt S, Hoerauf H, Feltgen N (2014): Studentische Lehre in der Augenheilkunde. Sind standardisierte praktische Prüfungen sinnvoll? *Ophthalmologe* 111 (3), 235–240
- Statistisches Bundesamt, (DESTATIS, 2017), Laufende Bevölkerungsstatistiken 2016, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>; Zugriff am 28.08.2017
- VIFSG e.V. Interprofessionelle Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen <https://www.vifsg.de/verband/>; Zugriff am: 07.09.2017
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation. Huber, Bern u. a. 1969
- Wicht MJ, Noak MJ (2016): Partizipative Entscheidungsfindung in der Zahnmedizin. https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/allgemeine-zahnheilkunde/story/partizipative-entscheidungsfindung-in-der-zahnmedizin_4333.html; Zugriff am 06.05.2017
- Wolowski A, Enkling N, Körber, G Sthaeke I (2009): Psychosomatik in der Zahnmedizin. *Zahnmedizin up2date* 3, 83-107
- Yamalik N (2005): Dentist-patient relationship and quality care 2. *Trust. Int Dent J* 55, 168-170.

Werner H, Lampert F, Neuser J (1998): Psychologie im Studium der Zahnmedizin - Ergebnisse einer Befragung an deutschen Hochschulen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 7. 185-189

Woelber JP, Deinmeling D, Langbach D, Ratka-Kruger P (2012): The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. Eur J Dent Educ 16. e200-e204

Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland, in Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes, www.gbe-bund.de, Stichwortsuche: Mitgliederstatistiken der (Landes-) Zahnärztekammern, Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V., Abrufdatum der Tabelle: 07.09.2017 06:12 Uhr; Zugriff am: 07.09.2017

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (o.J.): <https://www.zahnaerzte-wl.de/praxisteam/praxisfuehrung/qm-und-qs/zahnaerztliche-qualitaetszirkel-austausch-von-zahnarzt-zu-zahnarzt.html>; Zugriff am: 21.08.2017

Danksagung

Ich bedanke mich besonders bei Frau PD Dr. med. dent. Sabine Sennhenn-Kirchner für das Überlassen des Dissertationsthemas, es ist das perfekte Thema für mich, danke für herausragende wissenschaftliche Betreuung der Arbeit.

Ihre vielfältigen fachlichen Anregungen, ständige Motivation und konstruktive Kritik haben mich während der Arbeit an meiner Dissertation stets unterstützt.

Ich danke dafür, dass dieses Projekt im Rahmen des Gemeinsamen Bund-Länder-Programms für bessere Studienbedingungen und mehr Qualität in der Lehre gefördert wurde. Dadurch habe ich die Unterstützung bekommen, die es mir ermöglicht hat, dieses Projekt so umzusetzen.

Einen Dank möchte ich auch an Frau Görlich aussprechen für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse.