



Nr. 3/95

18. Mai 1995

Die medizinische und zahnmedizinische Versorgung befinden sich zweifellos in einer Phase des Umbruches. Dabei fällt neben den vielfältigen Problemstellungen über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auf, daß auch die Erwartungen der Gesellschaft an die Art und Weise der medizinischen Versorgung einem deutlichen Wandel unterworfen sind und Fragen nach den "sprechenden Anteilen" bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation einen erheblichen Raum einnehmen. Gründe für diese Entwicklung sind keineswegs nur die bekannten epidemiologischen Verschiebungen im Krankheitsgeschehen der Bevölkerung in Richtung chronischer-degenerativer Erkrankungen, sondern auch veränderte kulturelle Auffassungen zu Gesundheit und Krankheit in den modernen Industriegesellschaften. Dies alles führt innerhalb der medizinischen Profession dazu, über Rollenveränderungen ihres eigenen Dienstleistungsverständnisses nachzudenken; vor allem Fragestellungen einer stärker ganzheitlichen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit mit ihren biologischen, psychischen und sozialen Bezügen stehen hier zunehmend im Blickfeld. Die vorliegende Arbeit

### **Kommunikatives Praxismanagement - Ergebnisse einer empirischen Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten**

beleuchtet vor diesem Problemhintergrund die Kenntnisse und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte zu Fragen der Patientenkommunikation und des kommunikativen Praxismanagements. Befragt wurde eine repräsentative Auswahl von Zahnärzten aus dem Bereich Unterfranken der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns; insgesamt wurde eine Stichprobe von 101 Praxisinhabern in die statistischen Auswertungen einbezogen.

Die Ergebnisse lassen u. a. erkennen, daß die Kenntnisse der befragten Zahnärzte zu Fragen der Psychologie und Kommunikation recht detailliert sind und zwar speziell auf den Gebieten des Angstabbauens und der Kinderbehandlung. Hier scheint sich der Zwang zur Auseinandersetzung mit der Problematik durch die tägliche Konfrontation mit den entsprechenden Fällen in dem eigenen Arbeitsrahmen positiv auszuwirken. In einigen anderen Teilbereichen zeichnen sich jedoch auch mögliche Kollisionen zwischen psychologisch wünschenswerten Maßnahmen und praxisorganisatorischen Gegebenheiten ab. Insgesamt wird die Forderung abgeleitet, kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten stärker in die zahnärztliche Aus- und Fortbildung zu integrieren, um den aktuellen und künftigen Anforderungen der Patientenversorgung gegenüber gewappnet zu sein.

Diese empirische Erhebung wurde im Rahmen einer zahnmedizinischen Dissertation der Universität Würzburg durchgeführt. Die Autoren des vorliegenden - zusammenfassenden - Beitrages sind: Dr. Peter Dünninger/Münchberg, Dr. Achim Leybach/Würzburg und Prof. Dr. Johannes Einwag/Stuttgart.

Redaktion: Dr. Wolfgang Micheelis

## **Abstract**

Today medical and dental care are confronted with new challenges: Besides the problems of financing health care also society's expectations in this field are undergoing profound changes and the aspects of communication in prevention, therapy and rehabilitation are gaining more and more importance. The reasons for this development are not only the well-known increase of chronic-degenerative diseases in the population but also a cultural shift in the definition of well-being and disease in modern industrial societies. The medical professions have to reflect upon changes in the perception of their own professional role - especially towards a more comprehensive view of health and disease with its biological, psychical and social implications is brought into focus. The present paper

### **Communication and practice management - Results of an empirical survey among dental practitioners**

looks into the knowledge and assessments of dental practitioners regarding communication with the patient and communication as integral part of the practice management. The statistical evaluation is based on a representative sample of 101 dental practitioners of a regional dental association in Bavaria (the region Unterfranken of the Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns).

The results show amongst others that knowledge on psychology and communication is rather profound, especially in the fields of dental anxiety and the treatment of children. Day-to-day confrontation with and management of such problems obviously bring about these positive effects. In other fields of dental care collisions might emerge between desirable psychological measures on the one hand and the constraints of practise organization on the other. Generally it should be requested to integrate knowledge on communication and communicative skills in undergraduate and continuing education to be prepared for the present and future requirements in the treatment of dental patients.

The underlying survey was carried out within the scope of a dental thesis prepared at the University of Würzburg. The authors of this paper summarizing the results are: Dr. Peter Dünninger/Münchberg, Dr. Achim Leybach/Würzburg and Prof. Dr. Johannes Einwag/Stuttgart.

# **Kommunikatives Praxismanagement - Ergebnisse einer empirischen Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten**

von Peter Dünninger, Achim Leybach und Johannes Einwag

Der zahnärztliche Berufsstand unterliegt derzeit tiefgreifenden, teilweise erst in Ansätzen erkennbaren Wandlungen. Das betrifft:

## 1. Die Veränderungen der ökonomischen Grundbedingen

Der von den verschiedenen Krankenversicherungsträgern übernommene Kostenanteil an vor allem aufwendigeren Behandlungsmaßnahmen wird ständig geringer bei gleichzeitiger Zunahme des bürokratischen Aufwandes.

## 2. Die technische Entwicklung der Behandlungsmöglichkeiten

Einmal erworbenes Wissen behält seine Gültigkeit für immer kürzere Zeiträume. Das erfordert häufigere Fort- und Weiterbildungen. Darüber hinaus werden die Behandlungsalternativen immer zahlreicher. In Verbindung mit den schwindenden Ressourcen der Versicherungsträger und wachsenden juristischen Anforderungen an die Aufklärungspflicht führt das zu einem ständig steigenden Informations- und Aufklärungsbedarf gegenüber den Patienten.

## 3. Das sich ändernde Alters- und Erkrankungsspektrum

In der Bevölkerung wächst der Anteil der höheren Altersgruppen überproportional. Gleichzeitig wird der Versorgungsgrad insgesamt zunehmend besser. Dadurch steigt die Zahl älterer, immer häufiger noch bezahlter Patienten mit entsprechend zunehmenden Parodontalproblemen (siehe z. B. Douglass, 1993). Hinzu kommt eine weitere Polarisierung der Karieshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit immer mehr völlig Kariesfreien bei gleichzeitig zunehmender Zahl von Läsionen bei wenigen Individuen (siehe Dünninger und Pieper, 1991; Einwag, 1993). Damit steht das wachsende Aufkommen oralprophylaktischer Maßnahmen im Praxisgeschehen in engem Zusammenhang. Die Kariestherapie wird in der Regel zunehmend in früheren Erkrankungsstadien einsetzen können und zugunsten der Kariesfrüherkennung und -verhütung an Bedeutung verlieren.

## 4. Die steigende Inzidenz psychosomatischer und psychisch beeinflusster Krankheitsbilder

Beispiele sind streßinduzierter Bruxismus, spezifische Verspannungs- und Schmerzzustände im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich, psychogene Unverträglichkeitsreaktionen aller Art

von der Prothesenunverträglichkeit bis hin zur allergologisch nicht immer verifizierbaren "Amalgamallergie".

#### 5. Die geänderten Anforderungen der Patienten an das Handeln und die Person des Zahnarztes

Dies könnte von den genannten Veränderungen die weitreichendste sein: als Ausdruck einer allgemein geänderten Lebenseinstellung, die sich auch beim Arzt und Zahnarzt auswirkt, glaubt man, ein individuelles Recht auf ein sorgen- und beschwerdefreies Leben zu haben, und ist immer weniger bereit (auch als Patient), Unannehmlichkeiten und widrige Umstände aller Art in Kauf zu nehmen.

Das geht über die reine Abneigung vor einem unangenehmen Eingriff hinaus. So hat beispielsweise in den zwei Jahrzehnten seit den ersten systematischen Messungen der Dentalangst (Corah, 1969; Corah, Gale und Illig, 1978) sich der von Patienten angegebene Angstlevel praktisch nicht verändert (z. B. Kunzelmann und Dünninger, 1990; Micheelis, Eder-Debye, Bauch, 1991), nach anderen Autoren sogar eher verstärkt (Sergl und Müller-Fahlbusch, 1989). Das ist sicher zum Teil darauf zurückzuführen, daß die Bereitschaft, Gefühle und Ängste zuzugeben und zu verbalisieren, heute generell gestiegen ist. Allerdings war gerade die Dentalangst schon immer sozial akzeptiert und somit eher leichter zu äußern als andere Ängste.

Die Angst scheint jedoch, trotz ihrer relativen Konstanz bei verbesserten Grundbedingungen, für den einzelnen Zahnarzt im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung nicht das einzige oder gar das schwerwiegendste Problem. Der Anteil der Patienten mit einer so extremen Angst, daß sie eine notwendige Behandlung verunmöglichen könnte, ist nämlich trotz allem sehr gering (Micheelis et al. 1991). Darüber hinaus sind Patienten mit so übersteigerter Angst relativ leicht zu erkennen und damit geeignete Maßnahmen einzuleiten. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse von Micheelis et al. (1991) bestätigt, wonach Patienten mit starken Angstgefühlen überwiegend den Eindruck haben, daß ihr Zahnarzt diese Angst gespürt habe (75,1%) und dann auf die gespürten Ängste auch entsprechend eingegangen sei (88,5%).

Auch die Bereitschaft, Schmerz zu ertragen, hat offenbar abgenommen. Durch die verbesserten Techniken der Lokalanästhesie kann man annehmen, daß ein Patient heute objektiv gesehen weniger Schmerzen erdulden muß, als noch seine Eltern in einer vergleichbaren Situation. Selbst der im Verhältnis zum Schmerz bei Behandlung ohne Anästhesie geringe Einstichschmerz der Spritze wird aber nicht mehr ohne weiteres hingenommen. Er wird vielfach nicht mehr im Sinne des kleineren Übels als willkommene Alternative zur ansonsten wesentlich "peinsameren" Behandlung angesehen, sondern als

etwas Unangenehmes per se, was möglichst gemieden wird. Dazu trägt wohl auch die weite Verbreitung der Behandlung unter Lokalanästhesie bei, da der Patient dadurch kaum jemals den Behandlungsschmerz als solchen, wohl aber jeweils den Einstich als unangenehm empfindet.

Konsequenterweise bekommt damit die "Befindlichkeit" des Patienten immer entscheidendere Bedeutung: nicht nur das **Freisein** (d. h. das Nicht-Vorhandensein) von Angst und Schmerz wird angestrebt, sondern das aktive **Vorhandensein** eines positiven Gefühls des Wohlbefindens. Dies gilt nicht nur in körperlicher, sondern auch in geistig-seelischer Beziehung. Schlagworte wie "Gesundheit", "Schönheit", "Akzeptiertheit", "Fitness", "Wellness", "Well-being", "Life-style" gehören in diesen Bezugsrahmen. Hier suggeriert vor allem die allgegenwärtige Werbung das Trugbild eines idealen, problemfreien Lebenszustandes, auf den man dann auch in der Realität des Alltags einen Anspruch zu haben glaubt.

Um solche positiven Gefühlszustände im Patienten hervorzurufen, ist allerdings von seiten des Behandlers mehr vonnöten, als eine technisch perfekte Ausführung der geforderten Leistung. Diese Perfektion wird nämlich vom Patienten als gegeben vorausgesetzt, auch wenn er selbst kaum in der Lage sein dürfte, sie objektiv zu verifizieren. Sollte sie ihm subjektiv zu fehlen scheinen, findet er heute jederzeit alternative Behandler in erreichbarer Nähe. Bei Befragungen zu den Gründen für einen Wechsel des Zahnarztes (z. B. Schulte, 1977) stehen "schlechte Behandlung" und "Unzufriedenheit" an erster Stelle. "Zufriedenheit" hängt aber weitgehend von individuellen Ansprüchen ab. Entscheidend für ihr Zustandekommen dürfte der Aspekt der menschlichen Wärme und Zuwendung in Form von verbaler und non-verbaler Kommunikation sein. Faktoren wie psychologisch geschickte, ansprechende Praxisgestaltung, an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Terminvergabe, "Ansprechbarkeit" des Behandlers, aufmerksames Personal und "guter Ton" im Praxisteam gehören selbstverständlich ebenfalls dazu. Wenn auch vielleicht die meisten Patienten nicht in der Lage wären, alle diese Bedürfnisse bewußt zu formulieren, werden sie dennoch unbewußt den Behandler wählen, der diesem Idealbild am nächsten kommt und bei dem sie sich daher einfach am wohlsten fühlen.

### **Konsequenzen für den Berufsstand**

Dies alles wird in Verbindung mit den erwähnten Gesichtspunkten der verbesserten Therapiemöglichkeiten bei schwindender Bezahlbarkeit dieser Maßnahmen durch die Versicherungsträger, steigenden juristischen Anforderungen an die Aufklärung und dem damit verbundenen erhöhten Informationsbedarf, der veränderten Alters- und Erkrankungsstruktur (insbesondere der psychosomatischen Komponente) und der zunehmenden

Häufigkeit prophylaxeorientierter Maßnahmen zu einem deutlichen Wandel in der Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit führen. Die Mengenrelationen der rein kurativen Behandlungen (Zahnerhaltung, Prothetik, Parodontologie) untereinander verschieben sich zugunsten der Zahnerhaltung und Parodontologie, totale Prothesen werden vielleicht in absehbarer Zeit zu absoluten Ausnahmen werden. Darüber hinaus werden neben diesen eher manuell-technisch orientierten Tätigkeiten Behandlungen in den Vordergrund rücken, bei denen aufgrund des Krankheitsbildes dem Gespräch mit dem Patienten eine wesentlich entscheidendere Rolle als früher zukommt (z. B. beim Angstabbau, der Beratung im Rahmen der Prävention, der Aufklärung über Behandlungsalternativen).

Außer den Funktionen des Austausches sozialer Kontakte neben der eigentlichen Behandlung, der Informationsvermittlung zwischen Arzt und Patient und allenfalls noch der momentanen Beruhigung des Patienten zur Ermöglichung eines Eingriffes muß das Gespräch nun beispielsweise in der Prophylaxe dauerhafte Verhaltensänderungen bewirken können und u. U. sogar bei psychogenen Erkrankungen per se therapeutisch wirken.

Zusammen mit den beschriebenen veränderten Anforderungen, die der Patient selbst an den Zahnarzt richtet, zeigt sich deutlich, daß an zeitlichen Umfang und Qualität der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient erhebliche (und weiter zunehmende) Ansprüche gestellt werden. Die Bewältigung der geschilderten Aufgaben erfordert beachtliche rhetorische, kommunikative und psychologische Fähigkeiten. Durch seine universitäre Ausbildung, die traditionell primär an der Vermittlung naturwissenschaftlicher Kenntnisse und technischer Fertigkeiten bzw. Fähigkeiten orientiert ist, ist der Zahnarzt darauf in der Regel unzureichend vorbereitet.

### **Sind die Zahnärzte diesen Herausforderungen gewachsen?**

Es stellt sich die Frage, inwieweit sich heute der einzelne niedergelassene Zahnarzt dieser Problematik bewußt ist bzw. ob er in der Lage und willens ist, solche Forderungen im Praxisalltag überhaupt zu erfüllen? Eine jüngst veröffentlichte Arbeit (Leybach, 1994) versucht zu klären, welche Kenntnisse über psychologische Zusammenhänge und kommunikative Fähigkeiten innerhalb der Zahnärzteschaft vorliegen und welche im Sinne psychologischer Vorgaben als positiv anzunehmende Maßnahmen dann auch tatsächlich Einzug in die jeweiligen Praxen gefunden haben.

### **Material und Methode**

Ein hierzu erstellter Fragebogen enthält neben Fragen zu soziodemographischen Daten 59 Einzelfragen in 10 Fragebatterien zu den Themen "Angstabbau", "Angstursachen",

"Eigenangst" (des Zahnarztes), "Kinderbehandlung", "Praxisgestaltung", "Engagement" (d. h. Beschäftigung mit psychologischen Themen, Fortbildung, Umsetzung der Erkenntnisse in der Praxis), "Patientenzentriertheit" (d. h. Hinwendung zum Patienten, Eingehen auf seine Bedürfnisse), "Streß und Betriebsklima" und "Kommunikation" (hauptsächlich Gesprächstechnik). Alle Fragebatterien sind skalenvermischt, die Items wurden ordinal skaliert dargeboten. Die meisten Antworten sind auf einer Fünfpunkte-Skala von "Trifft voll und ganz zu" bis "Trifft gar nicht zu" zu beantworten, der Rest erfordert Ja-Nein-Antworten. Der Fragebogen wurde in einem Pre-Test an 20 approbierten Zahnärzten (11 in freier Praxis tätig, 9 an der ZMK-Klinik Würzburg angestellt) auf Reliabilität und Trennschärfe der einzelnen Items und der verschiedenen Fragekomplexe getestet und anschließend entsprechend modifiziert. Er sollte in der eigentlichen Feldphase niedergelassenen Zahnärzten/Zahnärztinnen vorgelegt werden.

### Stichprobenziehung

Durch die freundliche Mithilfe der KZV Unterfranken standen für dieses Gebiet genaue Angaben über die Zahl der dort niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte, deren Durchschnittsalter, die Verteilung nach Alter, Geschlecht und bezüglich Niederlassung in Städten und Landkreisen zur Verfügung. Anhand dieser Angaben und über Branchenbücher wurde eine bezüglich Geschlecht, Alter und Niederlassungsort (Stadt/Land) repräsentative Auswahl von 138 aus insgesamt 618 Zahnärztinnen und Zahnärzten der KZV Unterfranken getroffen und diese Personen direkt aufgesucht. 6 (4,3%) verweigerten die Teilnahme an der Fragebogenaktion direkt, weitere 9 (6,5%) wurden wegen Urlaubs oder aus anderen Gründen geschlossener Praxis nicht angetroffen. Von den 123 ursprünglich kooperationsbereiten Zahnärztinnen und Zahnärzten gingen 106 Fragebögen zur Auswertung ein. Das entspricht einem Rücklauf von 86%. Bei 2 Bögen waren die Fragen nicht vollständig beantwortet, oder es fehlten die Angaben zur Person, 3 weitere hatten angestellte Zahnärzte, nicht aber der Praxisinhaber ausgefüllt. 101 vollständig ausgefüllte Bögen konnten somit letztlich ausgewertet werden.

## Ergebnisse

### Psychologische Grundkenntnisse

Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten, mit denen verschiedene Angstursachen und Auswirkungen des Angstabbauens von den Befragten als wesentlich angegeben wurden. Nahezu alle Befragten sehen hier in der Entspannung des Patienten (98%) und im Aufbau von Vertrauen zum Behandler (91%) überwiegend wichtige Aspekte. Das Schaffen von Möglichkeiten zur Selbstkontrolle und die Stärkung des Selbstvertrauens des Patienten

halten 74% bzw. 71% für bedeutsam. Als mögliche Ursachen für Angst beim Zahnarzt werden von über der Hälfte der Befragten negative Vorerfahrungen (70%), Kontrollverlust (56%), Fluchtreflexblockade (55%) und mangelnde Information des Patienten (53%) angegeben. Seltener werden Verletzung der Intimdistanz des Patienten (16%), schlechtes Verhalten des Zahnarztes gegenüber dem Personal (14%), der Wunsch des Patienten von seiner Umwelt akzeptiert zu sein (3%), und die Furcht des Patienten, sich in der Praxis zu blamieren (2%), genannt.

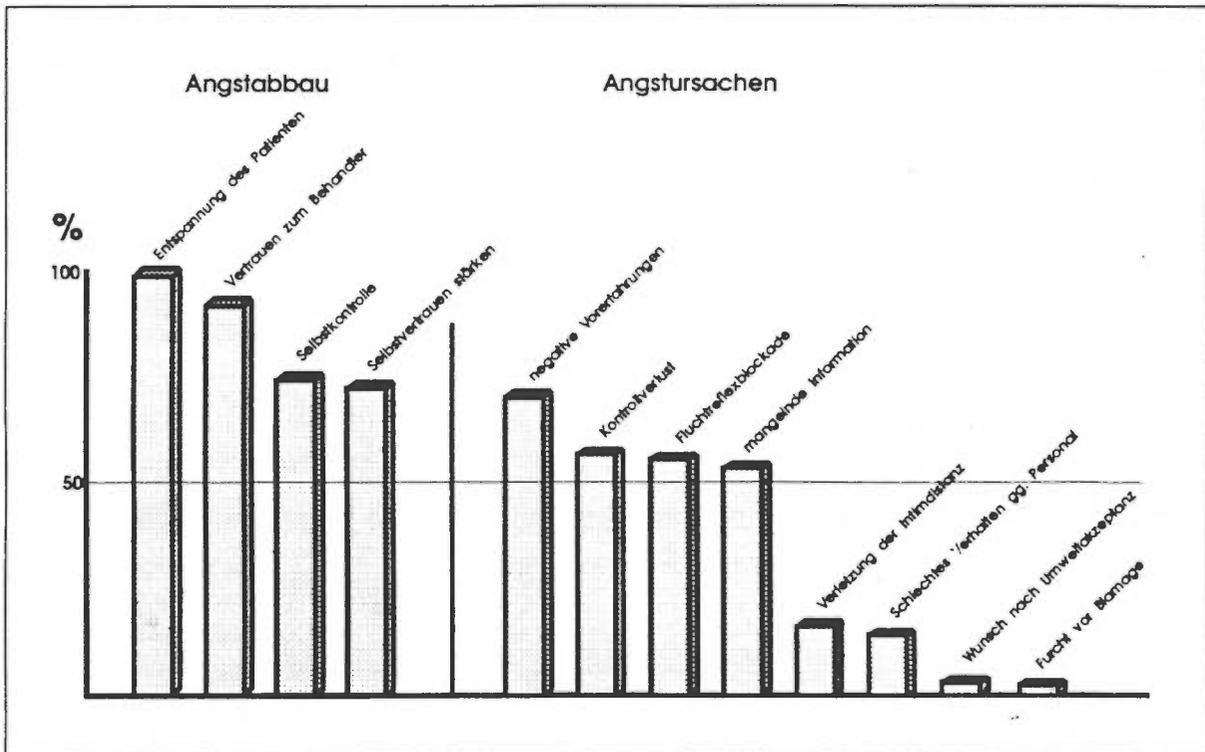


Tabelle 1: Kenntnis zu Angstabbau/Angstursachen

### Kinderbehandlung

In Tabelle 2 sind die von den Befragten befürworteten Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von Kindern aufgeführt. Hier rangieren das Sich-zunächst-nur-Kennenlernen ohne eigentliche Behandlung (96%), grundsätzlicher Verzicht auf rigoroses Vorgehen (92%), Ehrlichkeit im Umgang (87%), das Beachten des kindlichen Sprachniveaus (87%) und das Ausmachen eines Notfallsignales (83%) an der Spitze. Es folgen Verzicht auf das Tragen eines Mundschutzes (53%), das Mitbringen von Lieblingsspielsachen (52%) und die Möglichkeit zu eigenständigem Handeln des Kindes (52%). Das Einlegen von Zappelpausen während der Behandlung (32%), Tragen bunter Behandlungskleidung (18%) und das Abhalten von Gruppentraining (15%) wurden seltener genannt.

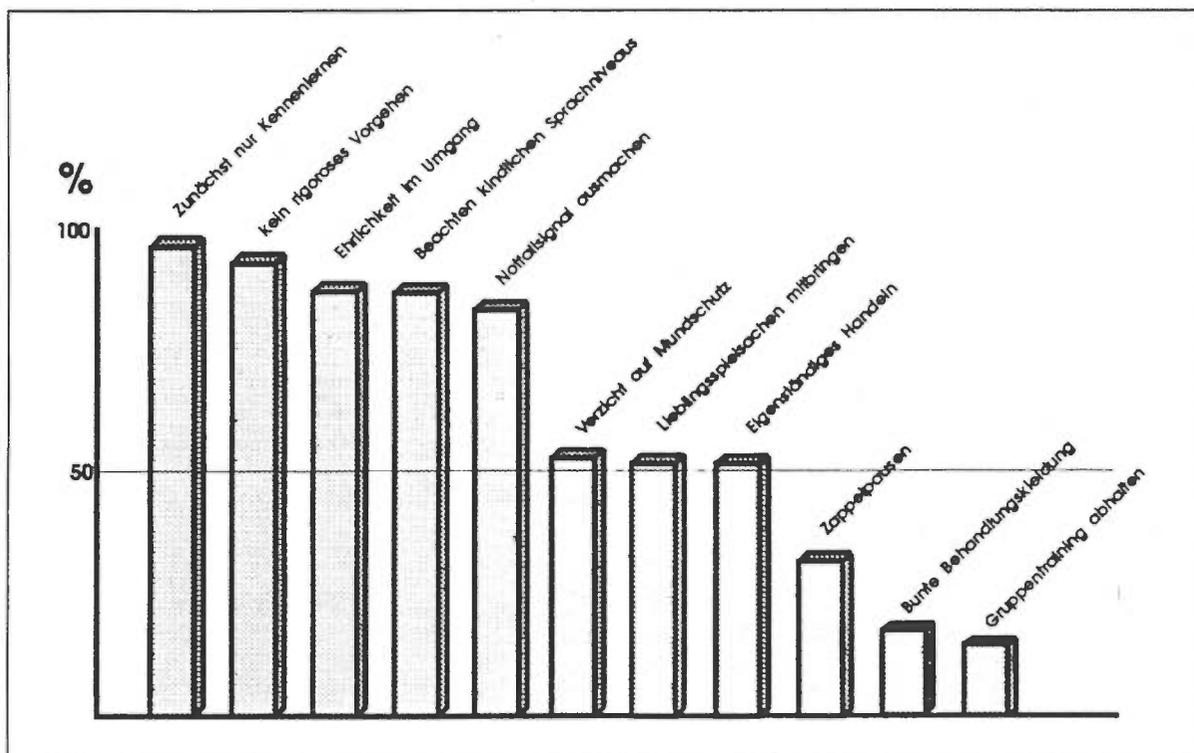


Tabelle 2: Befürwortete Maßnahmen in der Kinderbehandlung

### Praxisorganisation/Praxisgestaltung

Tabelle 3 zeigt, welche Einrichtungen hier bereits Einzug in die einzelnen Praxen gehalten haben oder von den Praxisinhabern als wesentlich betrachtet werden: Stühle für Begleitpersonen in den Behandlungsräumen stehen in 77% der Praxen bereit, 71% bieten Entspannungsmöglichkeiten durch Bilder an den Wänden oder die Möglichkeit zur Benutzung eines Walkmans, in 49% der Fälle läuft Hintergrundmusik. 61% der befragten Zahnärzte hatten sich bei der Praxiseinrichtung von psychologischen Prinzipien leiten lassen. Bei der Organisation des Praxisablaufes halten 91% das Einhalten möglichst geringer Wartezeiten für wesentlich und 88% ein kurzes Gespräch vor der Behandlung. 72% finden es ungünstig, wartende Patienten Behandlungsgeräusche hören zu lassen, und 36% finden es ungünstig, Instrumente im Sichtfeld des Patienten abzulegen. 47% befürworten besondere Behandlungszeiten für Problempatienten und 29% legen Wert darauf, ihre Patienten selbst aus dem Wartezimmer abzuholen.

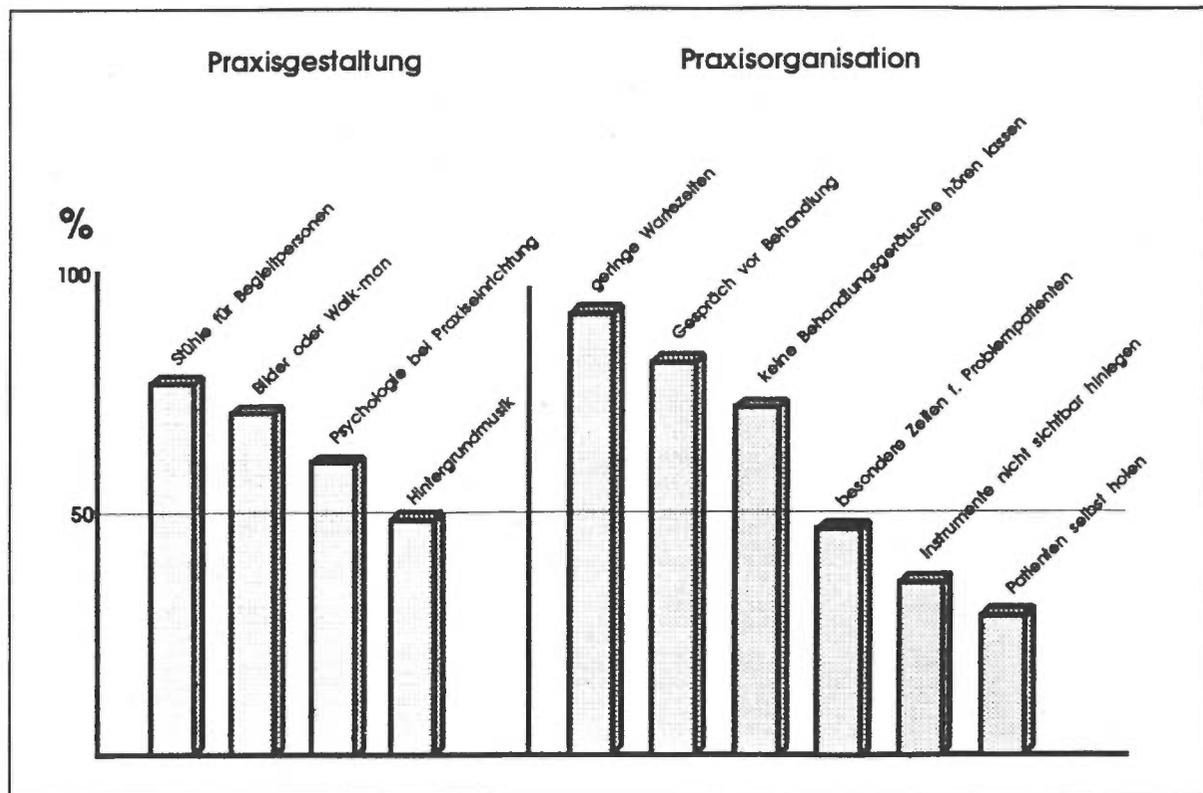


Tabelle 3: Angaben zu Praxisorganisation/Praxisgestaltung

### Streß und Betriebsklima

Das Betriebsklima in den Praxen scheint nach der Ansicht der Praxisinhaber ideal (Tabelle 4). 84% halten es für ausgezeichnet und 88% geben an, überwiegend keine Streitigkeiten im Personal schlichten zu müssen.

47% der Befragten fühlen sich bei ihrer Arbeit weniger gestreßt, gegenüber 30% überwiegend gestreßten. Auch die Zahl der täglichen Patienten, ab der sich der einzelne gestreßt fühlt, liegt relativ hoch: für 49% der Befragten beginnt der Streß bei 25-34 Patienten täglich, während 20% sich erst bei über 35 Patienten und 13% erst bei über 44 Patienten pro Tag gestreßt fühlen.

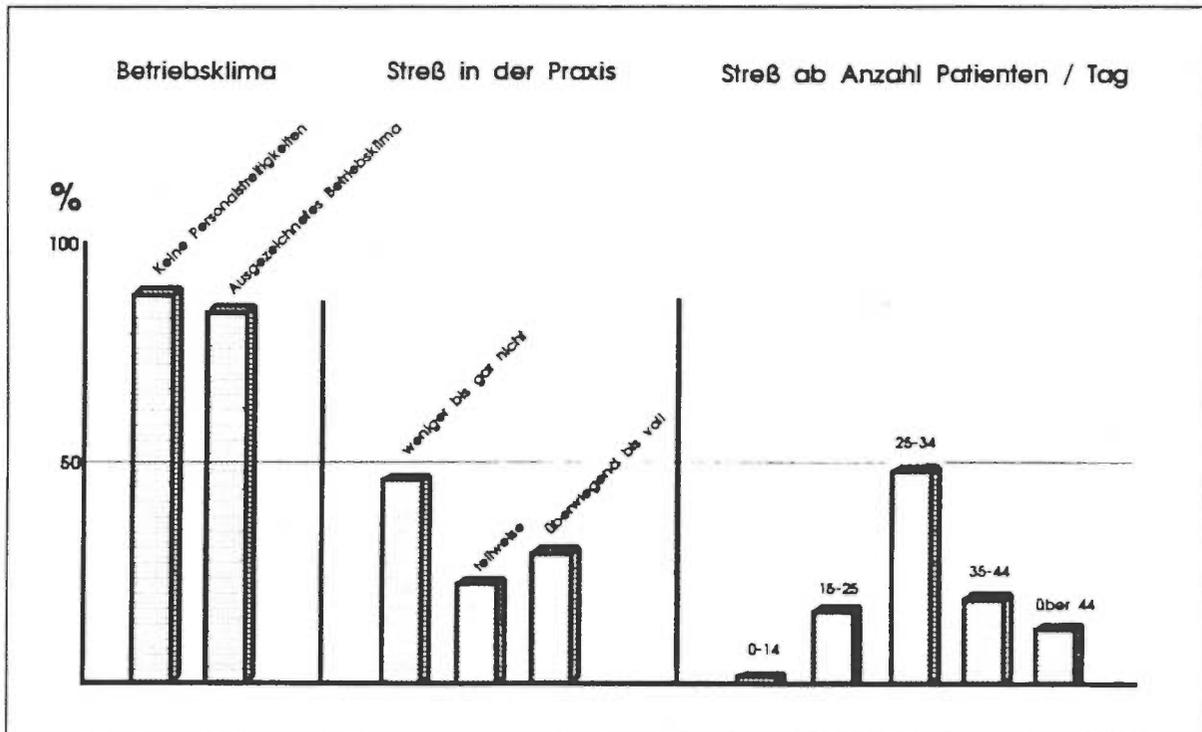


Tabelle 4: Stressbelastung und Betriebsklima

### Kommunikative Fähigkeiten

Hier wurden hauptsächlich Fragen nach Techniken der Gesprächsführung gestellt, deren Einsatz als psychologisch günstig betrachtet wurde (Tabelle 5). Dabei finden es die meisten Zahnärzte wichtig, beim Anamnesegespräch auf den Inhalt der Ausführungen des Patienten zu achten (78%) und bei Fragen nach unangenehmen Vorerfahrungen die Vergangenheitsform zu verwenden (59%). Darüber hinaus achten 50% auf Kongruenz der Aussagen des Patienten im Anamnesegespräch, 49% erwarten, durch Fragen zur Therapie einen Zugang zum Patienten zu erhalten bzw. einen Eindruck von dessen Ängsten zu bekommen und einen Überblick über sein Verständnis von Therapie zu erlangen (44%). 36% achten beim Anamnesegespräch auch auf die Wortwahl des Patienten und 4% verhalten sich bei Gesprächen über unangenehme Ereignisse anders als normal (im Sinne der Technik des "Ankers", siehe z. B. Bandler und Grinder, 1987).

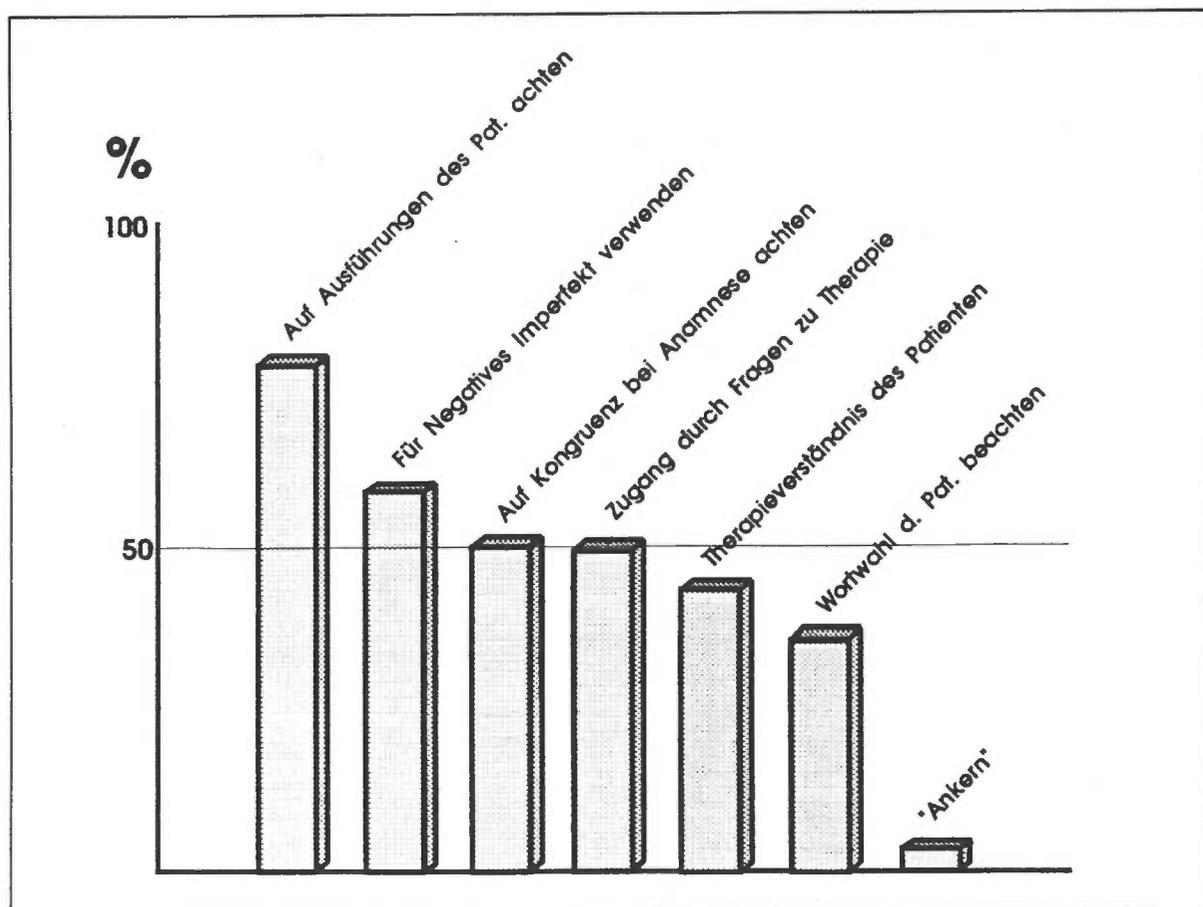


Tabelle 5: Kommunikative Fähigkeiten

## Diskussion

### Angstabbau/Angstursachen

Die in der befragten Zahnärztesgruppe vorhandenen psychologischen Allgemeinkenntnisse bezüglich Angstabbau/Angstursachen sind beachtlich. Das Wissen um die günstigen Auswirkungen von Angstabbau auf Entspannung des Patienten und Vertrauen zum Behandler kann als durchgängig verbreitet gelten. Über zwei Drittel der Befragten sind sich über die Bedeutung negativer Vorerfahrungen als einer wesentlichen Angstursache im klaren. Das läßt vermuten, daß sich der einzelne seiner Verantwortung, z. B. bei der Erstbehandlung von Kindern, bewußt ist. Möglicherweise ist dies mit ein Grund für die oft beschriebene besondere emotionale Anspannung bei der Kinderbehandlung (siehe z. B. Kardung, 1990). Interessanterweise wurden die Fragen nach Vorteilen des Angstabbauens noch

häufiger im Sinne psychologischer Vorgaben beantwortet als die nach den Angstursachen. Hier scheinen sich aus der täglichen Erfahrung heraus erhebliche Kenntnisse im Umgang mit Patientenängsten entwickelt zu haben, ohne daß sich diese primär aus theoretischen Erwägungen heraus abgeleitet haben müßten. Ihre Entsprechung finden diese Ergebnisse in der bereits einleitend erwähnten Tatsache, daß sich die Mehrzahl der Patienten bezüglich ihrer Angst vom Zahnarzt sehr wohl verstanden zu fühlen scheint (Micheelis et al 1991).

Die Einschätzung wesentlicher Angstursachen durch die Zahnärzte (negative Vorerfahrungen 70%, Kontrollverlust 56%) scheint sich weitgehend mit der von Patienten zu decken: In einer Untersuchung von Wöller et al. (1989) führten beispielsweise 76,7% der befragten Patienten ihre Angst auf negative Vorerfahrungen und 34,4% auf das Gefühl des "Ausgeliefertseins" zurück. Zur seltenen Nennung von "schlechter Behandlung des Personals durch den Zahnarzt" als möglicher Angstursache für den Patienten (14%) paßt die positive Einschätzung des Betriebsklimas durch die Zahnärzte (84% gut bis sehr gut).

In welchem Ausmaß die anderen von den befragten Zahnärzten als weniger bedeutsam eingestuften Parameter wie z. B. "Verletzung der Intimdistanz" und "Furcht vor Blamage" aus Patientensicht tatsächlich zum Gesamtkomplex der Zahnarztangst beitragen, müßte erst noch eingehender untersucht werden.

### Kinderbehandlung

Gerade auf diesem psychologisch schwierigen Gebiet (s. o.) zeigen die Befragten gute Kenntnisse der elementaren Möglichkeiten zur Vertrauensbildung ("Zunächst nur Kennenlernen ohne Behandlung", "kein rigoroses Vorgehen", "Ehrlichkeit im Umgang", "Beachten kindlichen Sprachniveaus" und "Ausmachen eines Notfallsignales"). Bei den seltener befürworteten Maßnahmen fällt auf, daß sie entweder eigenständige Handlungen des kindlichen Patienten betreffen ("Lieblingsspielsachen mitbringen", "das Kind von Anfang an viel selbst tun lassen", "Einlegen von Zappelpausen"), die nach Art und Umfang geeignet sein könnten, den geregelten Behandlungsablauf zu unterbrechen oder mit anderen Anforderungen der Praxisorganisation/-hygiene kollidieren ("Verzicht auf Mundschutz", "Tragen bunter Behandlungskleidung", "Abhalten von Gruppentraining"). Hier ergeben sich möglicherweise Konflikte zwischen psychologisch Wünschenswertem und Prioritäten der Praxisführung.

## Praxisorganisation/Praxisgestaltung

Bei den Fragen nach der Gestaltung der Praxis fällt auf, daß mehr Zahnärzte einzelne aus psychologischer Sicht günstige Maßnahmen verwirklicht haben, als nach der Antwort auf die Frage nach Berücksichtigung psychologischer Prinzipien bei der Praxisgestaltung zu erwarten gewesen wäre. Möglicherweise werden Einrichtungen wie Bilder an den Wänden und das Bereitstellen eines Walkmans oder von Stühlen für Begleitpersonen als so selbstverständlich angesehen, daß sie gar nicht mehr für in dieser Hinsicht besonders erwähnenswert gehalten werden. Daß nur in etwa der Hälfte der Praxen Hintergrundmusik läuft, obwohl dies ebenso leicht durchzuführen wie für den Patienten angenehm wäre, kann eventuell mit der Abneigung der betreffenden Behandler gegen eine eigene ganztägige Musikberieselung bei einer Konzentration erfordernden Tätigkeit gedeutet werden. Zudem könnten über die Möglichkeit zur Benutzung eines Walkmans einzelne Patienten ihr Bedürfnis nach Musik befriedigen. Wenn nicht alle Befragten versuchen, ihre Patienten durch Bilder zu beruhigen, könnte das vielleicht mit der Auffassung zusammenhängen, daß eine Praxis zur Vermittlung einer professionell wirkenden Atmosphäre eine möglichst "klinische", sterile Aura auszustrahlen habe.

Dem Einhalten geringer Wartezeiten messen die befragten Zahnärzte offenbar eine sehr hohe Priorität bei. Wie berechtigt diese Einschätzung ist, zeigt die häufige Nennung langer Wartezeiten als einen wesentlichen Unzufriedenheitsfaktor bei Patientenbefragungen (siehe z. B. Ingersoll, 1987, S. 21). Der dadurch aufgebaute Erwartungsdruck bedingt, daß sich das Einhaltenmüssen des Zeitplanes für die Zahnärzte in der Tat besonders streßerzeugend auswirkt (siehe z. B. Heim und Augustiny, 1988; O'Shea et al., 1984). Vor diesem Hintergrund ist umso bemerkenswerter, daß sich der überwiegende Teil der Befragten (88%) die Zeit für ein kurzes Gespräch vor der Behandlung nicht nehmen läßt.

Interessant ist auch die unterschiedliche Beantwortung der beiden Fragen nach dem Nicht-hörenlassen von Behandlungsgeräuschen für Wartende (72%) und dem für den Patienten nicht sichtbaren Auflegen von Instrumenten (36%). Man könnte erwarten, daß sich beide Maßnahmen ähnlich positiv auswirken sollten. Allerdings sind sie in der Praxis nicht gleich einfach durchführbar. Bei den meisten Behandlungsstühlen ist die Instrumentenablage im Sichtfeld des Patienten angeordnet. Eine Änderung der Behandlungsweise wäre somit mit einer erheblichen Umstellung der Einrichtung und des Behandlungsablaufes verbunden.

Immerhin fast die Hälfte der Befragten befürwortet besondere Behandlungszeiten für Problempatienten, obwohl dies sicherlich zunächst mit vermehrtem organisatorischen Aufwand verbunden ist. Bei Ausgliedern solcher Patienten aus dem Routinebetrieb der Praxis

ist aber wohl auch ein ungestörterer Ablauf während der regulären Behandlungszeiten und anschließend eine bessere Konzentration auf die Problempatienten zu erreichen.

### Streß und Betriebsklima

Auffällig hoch ist die Zufriedenheit der befragten Praxisinhaber mit dem Betriebsklima. Hier wäre ein Vergleich mit Befragungen der Praxisangestellten bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu ihrem Chef bzw. zu ihren Arbeitskollegen/-kolleginnen interessant. Zumindest nach den hier vorliegenden Ergebnissen scheinen aber negative Auswirkungen durch ein eventuell schlechtes Betriebsklima auf die Patienten wenig wahrscheinlich.

Überwiegend bis voll gestreßt fühlt sich immerhin ein knappes Drittel der Befragten. Nach den Ursachen des Streß wurde hierbei nicht direkt gefragt. Allerdings erzielten Behandler, die bei der Frage nach der Anzahl der täglichen Patienten, ab der sie sich gestreßt fühlen, eine Zahl von über 44 angaben, auch bei der Frage nach Streß in der Praxis signifikant höhere Werte. Es läßt sich daher vermuten, daß die tatsächlichen Patientenzahlen in den betreffenden Praxen die entsprechenden Werte erreichen oder überschreiten und der Streß somit in diesen Fällen auf die hohe Arbeitsbelastung zurückgeht. Die betroffene Gruppe von Zahnärzten unterschied sich auch bei den Antworten zu den Fragenkomplexen "Angstursachen", "Kinderbehandlung" und "Kommunikation" signifikant vom Rest ihrer Kollegen. Die zu vermutenden nachteiligen Auswirkungen übermäßiger Arbeitsbelastung auf die Zuwendung zum Patienten lassen sich so auch statistisch nachweisen.

### Kommunikative Fähigkeiten

Natürlich sind kommunikative Fähigkeiten schwer durch einen Fragebogen erfaßbar. Hinzu kommt, daß viele Personen, die nicht speziell in Kommunikationstechniken geschult und daher mit den dort verwendeten Begriffen nicht vertraut sind, unbewußt dennoch solche Techniken anwenden. Sie würden aber dann die Frage nach einer solchen Technik aus Unkenntnis der Terminologie nicht positiv beantworten können. Im vorliegenden Fragebogen wurde daher versucht, die betreffenden Fragen möglichst allgemein zu formulieren. Dennoch ist zu vermuten, daß das Ergebnis das tatsächliche Vorhandensein kommunikativer Fähigkeiten eher unterschätzt. Trotzdem wurde über die Hälfte der Fragen von z. T. deutlich über der Hälfte der Befragten im Sinne der psychologischen Vorgabe beantwortet. Lediglich die Frage nach dem Beachten der Wortwahl des Patienten beim Anamnesegespräch und der Änderung des eigenen Verhaltens bei der Frage nach negativen Vorerfahrungen fallen etwas aus dem Rahmen. Es handelt sich hier allerdings um recht spezielle Techniken (siehe Bandler und Grinder 1987). Die Ziel-

richtung dieser Fragen könnte somit von einem Teil der Befragten mißverstanden worden sein. In jedem Falle wäre zur inhaltlichen Klärung dieser Thematik eine methodische Aufzeichnung und anschließende Analyse von Patientengesprächen aufschlußreicher.

### **Schlußfolgerungen**

Insgesamt sind die Kenntnisse eines Großteiles der befragten Zahnärzte zu relevanten psychologischen Fragestellungen recht beachtlich, speziell auf den Gebieten des Angstabbaues und der Kinderbehandlung. Hier scheint sich der Zwang zur Auseinandersetzung mit der Problematik durch die tägliche Konfrontation mit den entsprechenden Fällen in der Praxis positiv auszuwirken. Nachdem solche Fälle allerdings in allen Praxen vorkommen dürften, fragt sich, wieso dann nicht alle Befragten ähnliche Ergebnisse vorzuweisen hatten.

Bei einigen Teilbereichen (Kinderbehandlung, Praxisorganisation) zeichnen sich mögliche Kollisionen zwischen psychologisch wünschenswerten Maßnahmen und praxisorganisatorischen Erfordernissen ab. Ebenso deutlich läßt sich der nachteilige Einfluß einer starken Arbeitsbelastung auf die Sensibilität gegenüber psychologischen Erfordernissen zeigen. Hier könnten künftig vermehrt Kompromisse zugunsten einer stärkeren Zuwendung zum Patienten notwendig werden.

Die in den Untersuchungsergebnissen festgehaltene Ausgangsbasis an psychologischem und kommunikativem Inventar bei der befragten Gruppe ist durchaus ermutigend. Bei den eingangs geschilderten erheblichen zukünftigen Anforderungen wird ein Verharren auf diesem Niveau allerdings auf längere Sicht nicht ausreichen. Nachdem mehrere voneinander unabhängige Einflußfaktoren eine verstärkte Kommunikation mit dem Patienten notwendig machen werden, könnte die heutige Situation einen Wendepunkt markieren, ab dem sich die Lage für den einzelnen Inhaber einer Zahnarztpraxis sehr plötzlich dramatisch verändert. Die dann notwendige Umorientierung vom Vorrang praxisorganisatorisch-technischer Erfordernisse auf den Vorrang der Kommunikation und der Bedürfnisse der Patienten könnte einen Teil der Zahnärzteschaft bei nicht rechtzeitiger Beschäftigung mit der Problematik überfordern.

Zu berücksichtigen ist auch, daß beispielsweise bei Sonderfragen der Prophylaxe und besonders bei der Behandlung psychosomatisch beeinflusster Erkrankungen, herkömmliche Gesprächsführungstechniken im Sinne eher behandlungsbegleitender und -unterstützender Kommunikation nicht mehr ausreichen. Hier sind qualitativ andere psychologische Fertigkeiten notwendig, die Verhaltensänderungen und therapeutische Effekte erzielen können. Es stellt sich daher die Frage, in welchem Umfange solche Fertigkeiten dann noch von je-

dem einzelnen Zahnarzt zusätzlich verlangt werden können. In jedem Falle wären dazu trotz der vorhandenen positiven Ausgangssituation noch erhebliche Fortbildungsmaßnahmen erforderlich. Vielleicht wäre es auf Dauer zur Entlastung der Mehrheit der Behandler günstiger, die Therapie spezieller Krankheitsbilder auf der Schwelle zwischen Psychologie und Zahnmedizin einigen wenigen, dafür besonders auszubildenden Spezialisten zu überlassen (siehe z. B. Micheelis, 1995).

## Literatur

Bandler, R., Grinder, J.: Neue Wege der Kurzzeittherapie. Junfermann Verlag, Paderborn 1987

Corah, N. L.: Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research* 48: 596-9; 1969

Corah, N. L., Gale, E. N., Illig, S. J.: Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Assoc.* 97(5): 816-19; 1978

Douglass, Ch. W.: Die veränderte Rolle des Zahnarztes - ausgelöst durch Veränderungen im Krankheitsbild und der Altersstruktur der Bevölkerung. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Versorgung. Broschürenreihe Band 4, Köln, 1993

Dünninger, P., Pieper, K.: Ergebnisse zur Prävalenz von Karies und Dentalfluorose. In: Micheelis, W., Bauch, J. (Gesamtbearbeitung): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 11.1, Köln, 1991

Einwag, J.: Ergebnisse zur Prävalenz von Karies und Dentalfluorose. In: Micheelis, W., Bauch, J. (Gesamtbearbeitung): Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 11.3, Köln, 1993

Heim, E., Augustiny, K. F.: Umgang der Zahnärzte mit Berufsstreß. *Schweiz. Monatschrift Zahnmed.* 98: 10; 1988

Ingersoll, B.: Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde. Quintessenz Verlag, Berlin 1987

Kardung, R. H.: Die Beanspruchung des Zahnarztes bei der Kinderbehandlung. *Med. Dissertation*, Berlin 1990

Kunzelmann, K.-H., Dünninger, P.: Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 264-6; 1990

Leybach, A.: Angstmanagement in der Zahnarztpraxis. Med. Dissertation, Würzburg 1994

Micheelis, W., Eder-Debye, R., Bauch, J.: Sozialwissenschaftlicher Teil: Am Beispiel der Dentalangst. In: Micheelis, W., Bauch, J. (Gesamtbearbeitung): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Materialienreihe Band 11.1, Köln, 1991

Micheelis, W.: Zum Stellenwert des Gespräches in der zahnärztlichen Versorgung - Ein Thesenpapier. Der Hessische Zahnarzt 2:91, 1995

O'Shea, R. M., Corah, N. L., Ayer, W. A.: Sources of dentist's stress. Journal of the American Dental Assoc. 109: 48-51; 1984

Schulte, W.: Das Ansehen unseres Standes, der Schmerz-, Angst-, Anästhesiekomplex - vor zehn Jahren und heute. Zahnärztliche Mitteilungen 67 (7): 381-86; 1977

Sergl, H. G., Müller-Fahlbusch, H. (Hrsg.): Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin 1989

Wöller, W., Alberti, L., Bachmann, M., Birkhoff, M.: Die Angst vor dem Zahnarzt - eine Befragung von Patienten. In: Sergl, H. G., Müller-Fahlbusch, H. (Hrsg.): Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin 1989