

Patientenzentrierte Gesprächsführung als Interventionsmethode gegen Zahnbehandlungsangst

Dr. Frank Hagenow
Hamburg

Prof. Dr. Sven Tönnies & Dr. Anja Fritzsche
Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie,
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie

Zusammenfassung: In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob eine verbesserte Gesprächsführung eine Angst reduzierende Wirkung auf ängstliche Patienten hat, ohne dass hierfür längere Gesprächszeiten erforderlich sind. Dazu wurden 38 Zahnärzte in Gruppen zu jeweils zehn bis zwölf Teilnehmern in vier 3-Tages Seminaren in Patientenzentrierter Gesprächsführung nach Rogers trainiert (Rogers, 1983). Eine Kontrollgruppe von Zahnärzten erhielt kein Training. Das Gesprächsverhalten der Zahnärzte wurde vor und nach der Fortbildung von insgesamt 168 Patienten eingeschätzt, deren Angst anhand der Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969) erhoben wurde. Ergebnisse: Im Gegensatz zur Kontrollgruppe wurden die trainierten Zahnärzte von den Patienten nicht nur kompetenter in der Gesprächsführung beurteilt, sondern auch insgesamt als qualifizierter erlebt, obwohl sich die Seminarinhalte ausschließlich auf kommunikationspsychologische Kompetenzen bezogen. Zudem benötigten die trainierten Zahnärzte keine verlängerten Gesprächszeiten und erlebten sich selbst als kompetenter im Patientenkontakt. Die Angstpatienten der trainierten Zahnärzte berichteten, im Gegensatz zu denen, deren Zahnärzte keine Fortbildung erhielten, von deutlich weniger Angst nachdem ihr Zahnarzt das Trainingsprogramm durchlaufen hatte.

Schlüsselwörter: Zahnbehandlungsangst, Patientenzentrierte Gesprächsführung, Zahnarzt

1 Einleitung

Die zahnärztliche Behandlung ruft noch immer – trotz aller Fortschritte in der schmerzfreien Behandlung und der Prävention von Zahn- und Munderkrankungen – bei großen Teilen der Bevölkerung Gefühle der Angst hervor. Dabei ist die Angst des Patienten oftmals ein zeitraubender Störfaktor, der das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt belastet und die Behandlung von Angstpatienten gestaltet sich häufig für Zahnarzt und Patient unbefriedigend. Verzögerungen während der einzelnen Behandlung oder auch Behandlungsaufschub und Nichteinhalten von Recall-Terminen setzen beide Seiten unter Druck und nicht selten führt dies auch zum Behandlungsabbruch. Das Studium der Zahnmedizin trägt den psychologischen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung jedoch nur in sehr geringem Umfang Rechnung, sodass sich viele Zahnärzte gerade in schwierigen Gesprächssituationen mit Patienten als unzureichend ausgebildet

fühlen. Zudem wird durch immer weiter fortschreitende gesundheitspolitische Sparmaßnahmen von Gesetzgeber und Krankenkassen, eine Beteiligung der Patienten gefordert. Somit avancieren Patienten immer mehr zu Kunden, die im Bewusstsein des (hinzu-) zahlenden Auftraggebers, die Dienstleistung des Zahnarztes in Anspruch nehmen. Hier ist die Gesprächsführungskompetenz des Zahnarztes gefordert.

2 Stand der Forschung

Im Umgang mit ängstlichen Patienten haben sich verschiedene Interventionsmethoden etabliert. Diese reichen von Entspannungsverfahren zur Reduktion der Muskelspannung über Hypnose, verhaltenstherapeutische Ansätze und medikamentöse Verfahren bis hin zu der Vermittlung von aufklärenden Informationen. Bei den Entspannungsverfahren gehört die Methode der „Progressiven Muskelentspannung“ nach Jacobson (ebd., 1938) zu den in diesem Kontext am häufigsten eingesetzten und untersuchten Relaxationsverfahren. Eine weitere Möglichkeit ist das „Biofeedback-Training“ (Becker-Carus, Heyden & Ziegler, 1979; Brown, 1970; Davis, 1952; Greenfield & Sternbach, 1972; Miller, Murphy & Miller, 1978), für dessen Einsatz allerdings eine spezielle apparative Ausrüstung erforderlich ist. Zu den Entspannungsverfahren zählen auch noch das „Autogene Training“ (Prokop, 1979; Schultz, 1976) und die „Gestufte Aktivhypnose“ nach Kretschmer (1946), die auf dem Autogenen Training aufbaut. Schließlich findet die Anwendung hypno-suggestiver Techniken (Erickson & Rossi, 1981; Grindler & Bandler, 1984) in der Zahnmedizin immer stärker Beachtung.

Zudem konnte gezeigt werden, dass verhaltenstherapeutische Interventionen zu einem beständigen Abbau von Zahnbehandlungsängsten führen können (Gatchel, 1980; Mathews & Rezin, 1977), sodass 93 % der untersuchten Patienten mit Zahnbehandlungsphobie innerhalb eines Jahres weitere Untersuchungstermine in der Zahnarztpraxis vereinbarten (Moore, Brødsgaard & Birn, 1991). Die „Systematische Desensibilisierung“ stellt nach (Sartory, 1997) mit einer Erfolgsquote von 70 bis 95 % ein wirksames Verfahren dar, Zahnbehandlungsängsten effektiv zu begegnen. Außerdem wurde vom erfolgreichen Einsatz der Systematischen Desensibilisierung zum Abbau der Zahnarztangst auch bei Kindern berichtet (Wetzel, 1989).

Der Einsatz medikamentöser Verfahren ist eine weitere Möglichkeit, um Angstpatienten zu behandeln, wobei gezeigt werden konnte dass die zugrunde liegende Angst vor der Zahnbehandlung durch Psychotherapie signifikant besser beeinflusst werden kann als durch eine Behandlung unter Vollnarkose (Berggren & Lindhe, 1984). Eine dauerhafte Angstfreiheit nach erfolgter Zahnbehandlung unter Allgemeinanästhesie war für zwei Drittel aller untersuchten Patienten nicht möglich (Berggren, 1984). Auch Schulte (1977) kommt zu dem Schluss, dass trotz vermehrter Anästhesie die Angst vor dem Zahnarzt nicht reduziert werden kann, und davon auszugehen ist, dass Angstpatienten nach einer Behandlung unter Allgemeinanästhesie genauso ängstlich wie vorher sind. In einer zehnjährigen Langzeitstudie konnte eine eindeutige Überlegenheit bei der Angstbewältigung von Psychotherapie gegenüber einer Sedierung durch Benzodiazepine nachgewiesen werden (Hakeberg, Berggren & Carlsson, 1990). Gestützt werden diese Ergebnisse durch weitere Untersuchungen (Jöhren & Sartory, 2002; Willumsen, 1999).

Entscheidender Faktor bei der Aufrechterhaltung der Angst ist der Mangel an Informationen, der den Patienten zwangsläufig in einen Zustand ungewisser und unbestimmter Erwartung bringt und somit zumeist auch zu deren Verunsicherung führt (Raith & Ebenbeck, 1986). Die Geräte, Instrumente und Gerüche, die für den Zahnarzt ein vertrautes Umfeld darstellen, werden vom Patienten als fremdes und schwer zu strukturierendes Terrain empfunden. Die aufklärende Information des Patienten (Counselling) über den Behandlungsablauf stellt eines der wichtigsten Kriterien zur Verminderung der Zahnbehandlungsangst dar (O'Shea, Corah & Thines, 1986). Frauen zeigen dabei während der Behandlung ein größeres Bedürfnis nach Informationen als Männer (van Zuuren et al., 1999). Zahnärzte verbinden ihre Schwierigkeiten bei der Informationsvermittlung hauptsächlich mit der Diskrepanz zwischen der von ihnen empfundenen Fülle und Komplexität der zu vermittelnden Aspekte und der Fähigkeit der Patienten, diese Informationsflut innerhalb kurzer Zeit zu verstehen und behalten zu können (Hagenow, 2000).

3 Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung überprüft im Wesentlichen die folgenden Hypothesen:

1. Nach der Teilnahme an einem Trainingskurs in Gesprächsführung werden Zahnärzte von ihren Patienten als kommunikativ deutlich kompetenter eingeschätzt.
2. Zahnärzte, welche die Fortbildung positiver bewerten, werden von ihren Patienten als kompetenter in ihrer Gesprächsführung beurteilt als Zahnärzte mit geringer Bewertung.
3. Durch die Patientenzentrierte Gesprächsführung kann der Zahnarzt einen Angst reduzierenden Einfluss auf seine Patienten nehmen.

4. Mit der Anwendung der Patientenzentrierten Gesprächsführung verlängern sich die Gesprächszeiten im Kontakt mit dem Patienten gegenüber der Informationsvermittlung ohne die Technik der Patientenzentrierten Gesprächsführung nicht.

4 Methode

Es wurde ein 3-Tage-Seminar mit dem Titel „Vom Umgang mit der Angst“ konzipiert, in dem die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für den zahnärztlichen Behandlungsverlauf insbesondere mit ängstlichen und schwierigen Patienten thematisiert wurde. Zahnärzte in verschiedenen Großstädten (Hamburg, Berlin, Hannover) wurden schriftlich zu einer Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung eingeladen.

Die Einübung der Patientenzentrierten Gesprächsführung hatte zum Ziel, dass der Zahnarzt seinen Patienten die therapeutischen Grundhaltungen Empathie, Echtheit und uneingeschränkte positive Wertschätzung entgegenbringt (Rogers, 1967). Es wurden Maßnahmen trainiert, die dazu beitragen sollten, in der Kommunikation mit den Patienten deren Verständnis bezüglich der Relevanz und Effektivität verschiedener Behandlungsmöglichkeiten und somit die Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlungsziele von Arzt und Patient zu verbessern. Zudem sollte der Zahnarzt die Fähigkeit erwerben, besser auf das emotionale Geschehen und die dysfunktionalen Kognitionen sowie die problematischen Verhaltensweisen des Patienten im Zusammenhang mit der angstbesetzten Zahnbehandlungssituation eingehen zu können. Anschließend wurden die teilnehmenden Ärzte zum Erfolg des Seminars befragt.

Die von den Zahnärzten ausgewählten Patienten wurden hinsichtlich ihrer Zahnbehandlungsangst mit der Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969) untersucht. Sie schätzen ihre Behandler vor und nach der Fortbildung hinsichtlich deren Gesprächsführungskompetenz ein und gaben an, inwieweit sich ihre Angst im Kontakt mit ihrem Zahnarzt durch die Trainingsmaßnahme verändert hatte. Die Ergebnisse wurden über eine Kontrollgruppenuntersuchung abgesichert.

4.1 Untersuchungsteilnehmer

Folgende Gruppen wurden in die Untersuchung eingeschlossen: *Trainingsgruppe der Zahnärzte*: Die Gruppe der 38 Seminarteilnehmer setzte sich aus 21 Männern (58 %) und 17 Frauen zusammen. Mit einem Durchschnittsalter von rund 42 Jahren und einer mittleren Berufstätigkeit von ca. 13,5 Jahren handelte es sich im Wesentlichen um erfahrene Berufspraktiker, von denen alle selbstständig in eigener oder gemeinschaftlicher Praxis arbeiteten. In ihren Selbsteinschätzungen vor der Seminarteilnahme gaben rund drei Viertel der Zahnärzte an, mit ihrer beruflichen Lage „häufig“ oder „voll und ganz“ zufrieden zu sein. Im etwa gleichen Maße schätz-

ten sie sich als gute Zuhörer im Kontakt mit ihren Patienten ein (78 %) und nahmen an, von ihren Patienten als einfühlsam und zugewandt erlebt zu werden (79 %) sowie gut mit Angstpatienten umgehen zu können (69 %). Trotz des Zeitdrucks während ihrer Arbeit (46 %) äußerten 74 % von ihnen, ausführliche Gespräche mit Angstpatienten zu führen. 80 % der Zahnärzte gaben an, selber nur selten oder überhaupt keine Vorbehalte gegenüber der Behandlung von Angstpatienten zu haben.

Untersuchungsgruppe der Patienten: Die Gruppe der insgesamt 168 Patienten, die von den 38 Zahnärzten der Fortbildungsgruppe ausgewählt worden waren, setzen sich aus 111 Frauen (66 %) sowie 57 Männern zusammen. Ihre durchschnittliche Zahnbehandlungsangst gemäß DAS betrug 10,3 und überstieg somit nur geringfügig die Werte, die in anderen Studien (Bach, 2001; Corah, 1969) für normale Ängstlichkeit angegeben wurden und bei 9,3 bzw. 10,2 lagen. In ihren Selbsteinschätzungen berichteten die Patienten durchschnittlich „etwas Angst“ vor der Zahnbehandlung. Die Patienten gaben außerdem an, wie häufig sie den Zahnarzt aufsuchen. Rund drei Viertel der Patienten gingen einmal pro Jahr oder öfter zum Zahnarzt, während 18 % die Praxis nur dann aufsuchen, wenn sie Schmerzen haben oder es sogar vor Schmerzen nicht mehr aushalten können.

Kontrollgruppe der Zahnärzte und ihrer Patienten: Die Kontrollgruppe setzte sich aus insgesamt 24 Zahnärzten zusammen, die bislang an keiner derartigen Fortbildung teilgenommen hatten, aber für die Seminare angemeldet waren (Wartelistenkontrollgruppe). Von ihren 84 Patienten waren 50 (59 %) weiblich. Das Alter variierte zwischen 21 und 75 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 41,3 Jahren. Ihr mittleres Angstaussmaß gemäß DAS betrug 12,3 und lag damit etwas höher als bei den Patienten der zahnärztlichen Fortbildungsgruppe.

4.2 Datenerhebung

Zur Datenerhebung kamen mehrere Messinstrumente zum Einsatz. Den Patienten wurde die Dental Anxiety Scale (DAS) zur Einschätzung ihrer Ängstlichkeit vor und nach der zahnärztlichen Behandlung zur Beurteilung der Zahnbehandlungsangst vorgelegt. Zudem bewerteten Sie zu diesen Zeitpunkten die Gesprächsführungskompetenz ihres behandelnden Zahnarztes mittels eines selbstkonstruierten Fragebogens.

Dental Anxiety Scale (DAS): Der Fragebogen wurde 1969 von Corah entwickelt und ist ein Screeninginstrument zur Einschätzung der Zahnbehandlungsangst, mit dem eine erste Einteilung zwischen niedriger, mittlerer und hoher Ängstlichkeit möglich ist. Der Fragebogen beinhaltet 4 fünfstufige Items, die zu einem Gesamtwert von min. 4 bis max. 20 Punkten summiert werden. Die Mittelwerte der untersuchten Stichproben lagen bei 8,3 (Micheelis, & Bauch, 1991), 8,6 (Kunzelmann & Dünning-

ger, 1989), 10,2 (Bach, 2001) und 8,3 (Portmann & Radanov, 1997). Der Originalfragebogen hat sich in ausländischen Untersuchungen als reliabel und valide erwiesen, wobei bestätigt werden konnte, dass dies auch für die deutsche Übersetzung (Tönnies, Mehrstedt & Eisentraut, 2002; Kunzelmann & Dünninger, 1990) gilt.

Patientenfragebogen zur Bewertung zahnärztlicher Gesprächsführungskompetenz: Es wurde ein Fragebogen konstruiert, dessen 16 Items sich im Wesentlichen auf die Inhalte der Patientenzentrierten Gesprächsführung (Zuhören können, Empathie, Wertschätzung) bezogen. Die Items konnten auf einer fünfstufigen Ratingskala von „überhaupt nicht“ (0), „kaum“ (1), „etwas“ (2), „ziemlich“ (3) und „sehr“ (4) beantwortet werden. Aus den 16 Items wurde ein Gesamtwert gebildet, der die Gesprächsführungskompetenz des Zahnarztes aus Sicht seines Patienten erfasst. Die Reliabilität (Cronbach’s Alpha) der so gebildeten Skala betrug $\alpha=0,95$ und ist ein Beleg für die Güte des eigens konstruierten Fragebogens.

5 Ergebnisse

Überprüfung der Hypothese 1: Nach der Teilnahme an einem Trainingskurs in Patientenzentrierter Gesprächsführung werden Zahnärzte von ihren Patienten als kommunikativ deutlich kompetenter eingeschätzt.

Die 38 Zahnärzte der Trainingsgruppe wurden nach der Teilnahme am Trainingskurs von ihren 168 Patienten in Bezug auf ihre Gesprächsführungskompetenz hochsignifikant positiver ($p \leq 0.01$ %; Wilcoxon-Test) beurteilt als vorher. Der durchschnittliche Bewertungsscore stieg von 3,32 im Pre-Test auf 3,57 im Post-Test an (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Verbesserung der von den Patienten beurteilten Gesprächsführungskompetenz bei den trainierten Zahnärzten im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe

		M	s	p(H0)	Sign.-Niveau
Trainingsgruppe (N=38)	V	3,32	0,38	<0,001	1 ‰
	N	3,57	0,26		
Kontrollgruppe (N=24)	V	3,35	0,41	0,590	n. sign.
	N	3,34	0,68		

Pre-Test (V), Post-Test (N); Skalenstufen: 0-4

Ebenso, wie die Zahnärzte der Trainingsgruppe, wurden die 24 Zahnärzte der Kontrollgruppe von ihren Patienten (N=83) hinsichtlich der zahnärztlichen Gesprächsführungskompetenz zu zwei Zeitpunkten bewertet. Im Gegensatz zur Trainingsgruppe ergaben sich hier keine signifikanten Veränderungen. Somit

kann die verbesserte Gesprächsführung der Zahnärzte der Trainingsgruppe auf deren Seminarteilnahme und die erfolgreiche Umsetzung der neu gelernten Inhalte zurückgeführt werden. Die deutlichsten positiven Veränderungen in der Beurteilung der Zahnärzte durch die Patienten zeigten sich insbesondere hinsichtlich der Einschätzung der Fähigkeit des Zahnarztes, sich in die Wünsche und Befürchtungen der Patienten einzufühlen sowie inwieweit der Zahnarzt von seinen Patienten als psychologisch geschult empfunden wurde. Vergleichsweise gering wurde die Fähigkeit des verbesserten Zuhören Könnens eingeschätzt. Diese Beurteilung der Patienten steht im Widerspruch zur Selbstwahrnehmung der meisten Zahnärzte, von denen 71 % gerade im besseren Zuhören-Können den größten Nutzen ihrer Seminarteilnahme sahen. Eine ähnlich unterschiedliche Einschätzung zeigte sich bei der Frage: „Haben Sie Ihren Zahnarzt als psychologisch geschulter empfunden?“. Während die Patienten hier die größte positive Veränderung angaben, nahmen 79 % der Zahnärzte eine diesbezügliche Veränderung „überhaupt nicht“ oder nur „etwas“ wahr. Insgesamt jedoch beurteilten sich die Zahnärzte nach dem Trainingsprogramm hochsignifikant „psychologisch geschulter“ als vor dem Trainingsprogramm ($p \leq 0.1$ %; Wilcoxon-Test), wohingegen sich bei den Zahnärzten der Kontrollgruppe keine Änderungen ergaben.

Zudem waren die Zahnärzte der Meinung, dass sie nach dem Trainingsseminar besser auf die Patienten eingehen konnten (52 %) und berichteten von einer verbesserten Fähigkeit hinsichtlich der Zugewandtheit zum Patienten (61 %). Diese wesentlichen Veränderungen entsprechen den Inhalten der Patientenzentrierten Gesprächsführung (Empathie und Akzeptanz), deren Vermittlung eines der Ziele des Trainingskurses war.

Überprüfung der Hypothese 2: Zahnärzte, die ihre Fortbildung positiver bewerten, werden von ihren Patienten als kompetenter in Gesprächsführung beurteilt.

Zur Überprüfung der Hypothese 2 wurden anhand der Gesamtbeurteilung des Seminarerfolgs zwei Gruppen gebildet. Die eine Gruppe der Zahnärzte (ca. 25 %), die den Seminarerfolg für sich am größten bewerteten, wurde mit der zweiten Gruppe (ca. 25 %), die den Nutzen des Seminars am geringsten bewerteten, hinsichtlich der von den Patienten beurteilten Gesprächsführungskompetenz verglichen (Mann-Whitney U-Test). Die Zahnärzte, die den Seminarerfolg für sich persönlich am größten bewerteten, wurden auch von ihren Patienten signifikant positiver ($p \leq 5$ %) hinsichtlich ihrer Gesprächsführungskompetenz beurteilt (siehe Tabelle 2). Somit wird die Selbsteinschätzung der Zahnärzte durch die Fremdwahrnehmung ihrer Patienten bestätigt.

Tabelle 2: Vergleich der von den Patienten beurteilten Gesprächsführungskompetenz bei Zahnärzten mit selbsteingeschätzter hohem bzw. geringem Seminarnutzen

	M	s	p(H0)	Sign.-Niveau
ZÄ (N=9) mit hoher Seminarbewertung	3,68	0,14	0,017	5%
ZÄ (N=9) mit niedriger Seminarbewertung	3,46	0,37		

Skalenstufen: 0-4

Überprüfung der Hypothese 3: Durch die Patientenzentrierte Gesprächsführung kann der Zahnarzt einen Angst reduzierenden Einfluss auf seine Patienten nehmen.

Die Frage „Haben Sie im Kontakt mit Ihrem Zahnarzt Ihre Angst verloren?“ konnte von den Patienten auf einer 4-stufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr“ beantwortet werden. Es zeigte sich bei den Patienten der trainierten Zahnärzte eine hochsignifikante Angstabnahme ($p \leq 0.1$ %), wohingegen das Angstmaß bei den Patienten der nicht trainierten Zahnärzte aus der Kontrollgruppe gleich blieb (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Veränderungen im Item „Angst verloren“ bei den Patienten der trainierten Zahnärzte (ZÄ) im Vergleich zur Kontrollgruppe

	M	s	p(H0)	Sign.-Niveau
Patienten der trainierten ZÄ (N=168)	V	2,57	<0,001	1 ‰
	N	2,90		
Patienten der Kontrollgruppe (N=84)	V	2,45	0,900	n. sign.
	N	2,38		

Prä-Test (V), Post-Test (N); Skalenstufen: 0-4

Auch die 27 Patienten der Gruppe der Hochängstlichen (DAS-Werte von 15 bis 20) berichteten nach der Teilnahme der Zahnärzte von einer Angstreduktion im Vergleich zur Bedingung vor der Trainingsmaßnahme. In der Kontrollgruppe zeigte sich abermals kein Unterschied zwischen Pre- und Posttest (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Veränderungen im Item „Angst verloren“ bei Angstpatienten (DAS ≥ 15) der trainierten Zahnärzte (ZÄ) im Vergleich zur Kontrollgruppe

	M	s	p(H0)	Sign.-Niveau
Patienten der trainierten ZÄ (N=27)	V	1,67	0,032	5 %
	N	3,33		
Patienten der Kontrollgruppe (N=28)	V	2,00	0,291	n. sign.
	N	1,16		

Prä-Test (V), Post-Test (N); Skalenstufen: 0-4

Überprüfung der Hypothese 4: Die Patientenzentrierte Gesprächsführung benötigt keinen wesentlich höheren Zeitaufwand.

Die Patienten gaben an, dass die Gespräche zumeist (95 %) im Behandlungszimmer stattfanden, während sie auf dem Behandlungsstuhl saßen oder lagen. In der Gruppe der geschulten Zahnärzte ergab es laut Beurteilung durch die Patienten keine verlängerten Gesprächszeiten, nachdem der Zahnarzt am Seminar teilgenommen hatte. Die Verbesserung der Gesprächsführungskompetenz lässt sich demnach nicht mit einer Verlängerung der Gespräche, sondern eher mit einer gesteigerten Gesprächsqualität in Zusammenhang bringen. Die Zahnärzte der Kontrollgruppe führten dagegen nach Eindruck der Patienten im Post-Test signifikant ($p \leq 1\%$) längere Gespräche mit ihren Patienten, wobei die Gesprächsdauer durchschnittlich um zweieinhalb Minuten anstieg. Vermutlich versuchten die Zahnärzte hier bereits vor ihrer Seminaranmeldung durch längere Gespräche einen positiven bzw. Angst reduzierenden Einfluss auf ihre Patienten zu nehmen. Inwieweit die Gesprächsdauer als angemessen empfunden wurde, divergieren die Einschätzungen der Zahnärzte und Patienten deutlich. Während 90 % der Patienten die Gesprächszeit nach dem Seminar als „genau richtig“ empfanden, waren lediglich 56 % der Zahnärzte dieser Ansicht. Demgegenüber schätzten 35 % der Zahnärzte die Gesprächsdauer als „etwas“ oder „viel zu kurz“ ein, was nur von 6 % der Patienten so empfunden wurde.

6 Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Patientenzentrierte Gesprächsführung die Zahnbehandlungsangst von Patienten verringern kann. Es war möglich, die insgesamt 38 teilnehmenden Zahnärzte der Trainingsgruppe innerhalb des Drei-Tage-Seminars „Vom Umgang mit der Angst“ in kleinen Gruppen von maximal 12 Zahnärzten mit den Inhalten der Patientenzentrierten Gesprächsführung vertraut zu machen, sie hierin zu trainieren und ihnen eine höhere Gesprächsführungskompetenz zu vermitteln. In der anschließenden Befragung der 168 Patienten wurde deutlich, dass die ängstlichen und hochängstlichen Patienten im Kontakt mit ihrem Zahnarzt nach dessen Seminarteilnahme, ihre Zahnbehandlungsangst noch weiter abbauen konnten. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Zahnärzten und ihren Patienten verbesserte sich, und die Behandler wurden infolge der Fortbildung insgesamt qualifizierter erlebt.

Der subjektive Eindruck der Zahnärzte, dass sich infolge der Fortbildung ihre Gesprächsführungskompetenz verbessert habe, wurde von ihren Patienten bestätigt. Es zeigte sich, dass diejenigen Zahnärzte, die den Seminarerfolg für sich am größten einschätzten, auch von ihren Patienten positiver bewertet wurden. Hinsichtlich der aufgewendeten Gesprächszeit gaben die Patienten an, dass von den Zahnärzten der Trainingsgruppe keine signifikant längeren Gespräche nach der Seminarteilnahme geführt wurden. Trotz der signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der

Angstreduktion haben die meisten Patienten ihre Zahnbehandlungsängste nur „etwas“ verloren, sodass die Patientenzentrierte Gesprächsführung zwar ein möglicher Ansatz ist, ängstlichen Patienten zu begegnen und die Behandlungssituation erträglicher zu gestalten, jedoch bedarf es zur deutlichen Angstreduktion weitere Interventionen. Hier sind zukünftige Studien insbesondere mit Patienten mit klinisch relevanter Zahnbehandlungsphobie gefragt. Über ein hilfreiches, wohltuendes Gespräch kann jedoch eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufgebaut werden, auf deren Basis dann weitere Schritte zusammen mit dem Patient geplant werden können.

Sowohl die Zahnärzte der Trainingsgruppe als auch diejenigen der Kontrollgruppe wurden von ihren Patienten bereits vor der Fortbildung sehr positiv hinsichtlich ihrer Gesprächsführungskompetenz bewertet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die teilnehmenden Zahnärzte der Thematik von vornherein aufgeschlossen gegenüber standen und sehr motiviert an den Seminaren und der anschließenden Untersuchung teilnahmen. Außerdem stellt ein 3-Tage-Seminar in der zahnärztlichen Fortbildung eher die Ausnahme dar, da die meisten Inhalte üblicherweise in kürzeren Vorträgen und Workshops vorgestellt werden. Insofern lässt die Bereitschaft an einer vergleichsweise umfangreichen Trainingsmaßnahme auf ein besonders starkes Interesse schließen, das ebenfalls einen Einfluss auf die Ergebnisse der Untersuchung haben könnte.

Kritisch anzumerken ist auch, dass in der vorliegenden Untersuchung die Auswahl der zu befragenden Patienten den Behandlern überlassen blieb. Die Zahnärzte waren zwar aufgefordert, sich schwierige bzw. ängstliche Patienten auszuwählen, an denen sie die gelernten Seminarinhalte anwenden und ausprobieren wollten, es blieb jedoch offen, nach welchen Kriterien die Patienten ausgewählt wurden.

Die vorliegende Untersuchung ist ein erster innovativer Ansatz, auf dessen Grundlage sich immer mehr Zahnärzte für das Thema öffnen können. Für eine weiterführende Umsetzung kommunikationspsychologischer Inhalte in der Zahnarztpraxis sind Aus- und Weiterbildungskonzepte erforderlich, die der Komplexität der Arzt-Patient-Beziehung auch langfristig gerecht werden. Diese Konzepte müssten genügend Raum für die Erlangung und Einübung von Schlüsselkompetenzen im Hinblick auf Kommunikation und Konfliktklärung bieten und die intensive Auseinandersetzung mit den persönlichen Ressourcen sowie eine kritische Reflexion der eigenen Berufsrolle ermöglichen. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, psychologische Gesprächsführungskompetenzen bereits in der Ausbildung von Zahnmedizinern an den Universitäten zu vermitteln und einzuüben. Hier könnte es vorteilhaft sein, über einen längeren Zeitraum im Studium immer wieder vergleichbare Trainingsinhalte anzubieten, die aufeinander aufbauen und einen hohen Praxisanteil haben sollten.

Literatur

- Bach, S. (2001). Kognitive Stile, Geschlechtsrollen und Gesundheitsverhalten als Korrelate der Zahnbehandlungsangst. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*. Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität, Marburg.
- Becker-Carus, C., Heyden, T. & Ziegler, G. (1979). *Psychophysiologische Methoden. Eine Einführung*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Berggren, U. (1984). Dental fear and avoidance. *Dissertation Universität Göteborg*, Schweden.
- Berggren, U. & Lindhe, A. (1984). Dental fear and avoidance: A comparison of two modes of treatment. *Journal Dent. Res.* 53, 1223-1227.
- Brown, C. C. (1970). *Methods of psychophysiology*. Baltimore: Williams.
- Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal Dent. Res.* 48, 595-602.
- Davis, J. (1952). Manual of surface electromyography. *USAF Ohio. WADC Technical Report*, 59-184.
- Erickson, M. & Rossi, E. (1981). *Hypnotherapie*. München: Pfeiffer.
- Gatchel, R. J. (1980). Effectiveness of procedures for reducing fear: Group administered desensitisation and group education and discussion. *Journal Amer. Dent. Assoc.* 101, 634-637.
- Greenfield, N. & Sternbach, A. (1972). *Handbook of psychophysiology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Grindler, J. & Bandler, R. (1984). *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hagenow, F. (2000). „Mitunter sitzt die ganze Seele in eines Zahnes kleiner Höhle“. Kommunikation und zwischenmenschlicher Kontakt mit Patienten. Gespräche mit Zahnärztinnen und Zahnärzten. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*. Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.
- Hakeberg, M. & Berggren, U. & Carlsson, S.G. (1990). A 10-year follow up of patients treated for dental fear. *Scand. Journal Dent. Res.* 98, 53-59.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University Press. Midway Reprint.
- Jöhren, P. & Sartory, G. (2002). *Zahnbehandlungsangst - Zahnbehandlungsphobie*. Hannover: Schlütersche.
- Kretschmer, E. (1946). Über gestufte Aktivhypnose und den Umbau der Hypnose-technik. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 71, 281-283.
- Kunzelmann, K. H. & Dünninger, P. (1989). Der Patient: Seine Angst und seine Einschätzung des Zahnarztes als Variable im Compliance-Modell. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 44, 356-359.
- Kunzelmann, K. H. & Dünninger, P. (1990). Wechselwirkung zwischen Angst vor dem Zahnarzt und Mundgesundheitszustand. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 45, 636-638.
- Mathews, A. & Rezin, V. (1977). Treatment of dental fears by imaginal flooding and rehearsal of coping behaviour. *Behav. Res. Ther.* 27, 233-236.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1991). *Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln: Institut der Deutschen Zahnärzte.
- Miller, M. P., Murphy, P.J. & Miller, T.P. (1978). Comparison of electromyographic feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions. *J. Consult. Clin. Psychol.* 46, 1291-1298.
- Moore, R., Brodsgaard, I. & Birn, H. (1991). Manifestations, acquisition, and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav. Res. Ther.*, 29, 51-60.
- O'Shea, R. M., Corah, N.L. & Thines, T.J. (1986). Dental patients' advices on how to reduce anxiety. *Gen. Dent.* 1, 44-47.
- Portmann, K. & Radanov, B. (1997). Dental Anxiety and Illness Behaviour. *Psychother. Psychosom.*, 66, 141-144.
- Prokop, H. *Autogenes Training*. Wörgl: Perlinger.
- Raith, E. & Ebenbeck, G. (1986). *Psychologie für die zahnärztliche Praxis*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Sartory, G. (1997). *Angststörungen: Theorien, Befunde, Diagnostik und Behandlung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schulte, W. (1977). Das Ansehen unseres Standes, der Schmerz-, Angst- und Anästhesiekomplex - vor 10 Jahren und heute. *Zahnärztl. Mitt.* 67, 381-386 und 661-666.
- Schultz, J. H. (1976). *Das autogene Training*. 15. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Tönnies, S., Mehrstedt, M. & Eisentraut, I. (2002). Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DSF) - Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. *Z. Med. Psychol.*, 11, 63-72.
- Wetzel, W. E. (1989). Systematische Desensibilisierung und Verbalsuggestion als Konzepte zum Abbau der Zahnarztangst bei Kindern. In H. G. Sergl & H. Müller-Fahlbusch (Hrsg.), *Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin* (S. 101-106). Berlin: Quintessenz.
- Willumsen, T. (1999). Treatment of dental phobia: Short-time and long-time effects of nitrous oxide sedation, cognitive therapy and applied relaxation. University of Oslo: Thesis
- Zuuren, F. J. van, De Jongh, A., Beekers, C. & Swinkels, P. (1999). Coping with dental treatment: Correlates of dispositional and domain specific monitoring and blunting. *Psychology and Health*, 14, 323-337.

Kontakt Artikel: Dr. Anja Fritzsche, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, Tel.: 040 42838 6292, Email: anja.fritzsche@uni-hamburg.de

Kontakt Seminare: Dr. Frank Hagenow, Training – Coaching – Supervision, Tel.: 040 38 61 60 10 E-Mail: mail@frank-hagenow.de



Dr. Frank Hagenow, Diplom-Psychologe. Freiberuflicher Trainer, Praxisberater und Dozent in verschiedenen Bereichen der Kommunikations- und Verkehrspsychologie. Außerdem Arbeit mit Führungskräften, Teamentwicklung sowie Konfliktmanagement.

Kontakt: mail@frank-hagenow.de
www.frank-hagenow.de



Dr. Sven Tönnies, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1972 wiss. Mitarbeiter an der Universität Hamburg und dort als Professor für Klinische Psychologie tätig. Derzeitiger Leiter des Drittmittelprojekts „Raucherentwöhnung“ (Deutsche Krebshilfe).

Kontakt: toennies@uni-hamburg.de
www.sven-toennies.de



Dr. Anja Fritzsche, Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Wiss. Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg.

Kontakt: anja.fritzsche@uni-hamburg.de
www.epb.uni-hamburg.de/de/personen/fritzsche