

Aus der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und
Endodontologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Kommissarischer Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Thomas
Beikler

Studie zur Bewertung kommunikativer
Aspekte der Zahnarzt- Patienten-
Kommunikation

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Britta von der Gracht

2012

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich- Heine- Universität Düsseldorf.

gez: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf
Dekan

Referent: Prof. Dr. Zimmer

Korreferent: Prof. Dr. Dr. Handschel

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Tabellenverzeichnis..... | 4 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 5 |
| 1 Einleitung..... | 6 |
| 2 Aspekte der zahnärztlichen Kommunikation..... | 10 |
| 2.1 Allgemeine Grundlagen der Kommunikation..... | 10 |
| 2.2 Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient..... | 16 |
| 2.2.1 Ziele erfolgreicher Zahnarzt- Patienten- Kommunikation..... | 16 |
| 2.2.2 Gesprächssituation und Gesprächstechnik..... | 19 |
| 2.3 Literaturübersicht..... | 21 |
| 3 Zielstellung..... | 27 |
| 4 Material und Methode..... | 28 |
| 4.1 Die Methode der Datenerhebung..... | 28 |
| 4.2 Die Auswahl der zu befragenden Personen..... | 32 |
| 5 Ergebnisse..... | 33 |
| 5.1 Demographische Datenbeschreibung..... | 33 |
| 5.2 Auswertung: Informationen zur Behandlung..... | 38 |
| 5.3 Auswertung: Prävention/ Prophylaxe..... | 41 |
| 5.4 Auswertung: Rahmenbedingungen der Behandlung..... | 44 |
| 5.5 Auswertung: Begleitumstände der Behandlung..... | 47 |
| 5.6 Gruppenvergleiche..... | 51 |
| 5.6.1 Gruppenvergleiche bei den Rahmenbedingungen der | |

| | |
|---|-----------|
| Behandlung..... | 55 |
| 5.6.1.1 Gesetzlich versicherte vs. privat versicherte Patienten..... | 56 |
| 5.6.1.2 Alter..... | 57 |
| 5.6.1.3 Bildung..... | 57 |
| 5.6.1.4 Einkommen..... | 58 |
| 5.6.1.5 Beruf..... | 59 |
| 5.6.2 Gruppenvergleiche bei den Begleitumständen der Behandlung..... | 59 |
| 5.6.2.1 Alter..... | 60 |
| 5.6.2.2 Bildung..... | 61 |
| 6 Diskussion..... | 62 |
| 7 Schlussfolgerung..... | 67 |
| 8 Zusammenfassung..... | 69 |
| 9 Ausblick..... | 72 |
| 10 Literaturverzeichnis..... | 74 |
| 11 Anhang..... | 79 |
| 11.1 Fragebogen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf...79 | |
| 11.2 Fragebogen der Universität Witten/ Herdecke..... | 83 |
| 11.3 Lebenslauf..... | 87 |
| 11.4 Danksagung..... | 89 |
| 11.5 Eidesstattliche Versicherung..... | 90 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tab. 1: Übersicht der erhobenen demographischen Daten..... | 33 |
| Tab. 2: binäre Codierung der Variablen Alter, der im Haushalt lebenden Kinder, des Einkommens und der Bildung..... | 34 |
| Tab. 3: absolute und relative Häufigkeiten_Abschnitt 1..... | 39 |
| Tab. 4: absolute und relative Häufigkeiten_Abschnitt 2..... | 42 |
| Tab. 5: absolute und relative Häufigkeiten_Abschnitt 3..... | 42 |
| Tab. 6: absolute und relative Häufigkeiten_Abschnitt 4..... | 49 |
| Tab. 7: Ergebnisse der Gruppenvergleiche..... | 53 |
| Tab. 8: signifikante Gruppenvergleiche in den Rahmenbedingungen der Behandlung..... | 55 |
| Tab. 9: signifikante Gruppenvergleiche in den Begleitumständen der Behandlung..... | 60 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten_Abschnitt 1..... | 37 |
| Abb.2 : Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten_Abschnitt 2..... | 40 |
| Abb.3: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten_Abschnitt 3..... | 43 |
| Abb. 4: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten_Abschnitt 4..... | 50 |

1 Einleitung

Im Herbst 2001 ging eine Meldung durch sämtliche Medien, die die bisherige Ausbildung von Medizinern gründlich auf den Prüfstand stellte: Medizinstudenten der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg trainieren im Rahmen des Kommunikations- und Interaktionstrainings Medi-KIT ihre Kommunikationsfähigkeit und Fähigkeit zur Diagnosestellung im Gespräch mit Laienschauspielern, die standardisierte Patienten darstellen. Das Projekt Medi-KIT der Medizinischen Fakultät Heidelberg ist dabei Bestandteil eines Reformstudiengangs namens HEICUMED (Heidelberger Curriculum Medicinale), der an das Curriculum der Harvard Medical School (Boston/ MA, USA) angelehnt ist. Ziel dieses neuartig reformierten Studiengangs ist es, den Studenten zu ermöglichen, Gesprächssituationen und Gesprächsführungen in schwierigen Situationen in einem geschützten Rahmen zu üben, um besser auf den späteren Berufsalltag und Patientenkontakt vorbereitet zu sein. Da die Gespräche per Video aufgezeichnet werden, haben die Studenten die Möglichkeit, ihr eigenes Kommunikationsverhalten zu beobachten, aus ihren Fehlern zu lernen und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Darüber hinaus geben auch die Laienschauspieler den Medizinstudenten ein Feedback über den Gesprächsverlauf und sollen die Studenten dazu ermutigen, sich permanent in der Gestaltung des Arzt-Patienten-Kontaktes zu

verbessern (siehe <http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/Medi-KIT.108137.0.html> , zugegriffen am 21.09.12). Auch in der medizinischen Literatur spiegeln sich diese Entwicklungen wider. So veröffentlichten PETER HELMICH und KERSTIN RICHTER im Jahre 2003 ein Buch, das sich ausschließlich mit der Gestaltung von Rollenspielen als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch auseinandersetzt. [1]

Angesichts solcher Entwicklungen im medizinischen Bereich stellt sich die Frage, wie es um den Stellenwert der Kommunikation im zahnärztlichen Bereich gestellt ist. Dass die Zahnarzt- Patienten-Kommunikation in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat, darüber herrscht in der gegenwärtigen Literatur Einigkeit. Ziel einer guten Zahnarzt-Patienten- Kommunikation ist dabei eine verbesserte Compliance und Patientenzufriedenheit, die gerade in Zeiten eines verstärkten Wettbewerbs hinsichtlich Patientenbindung und –gewinnung immer wichtiger wird: “As patient satisfaction and quality care are closely related with the dentist’s positive attitudes and communicative skills, dentists need to focus on patients as “individuals” and have “real” communication with them.”. ([2], s. S. 254) Dies bedeutet, dass sowohl der Patient als auch der Zahnarzt von einer vertrauensvollen Kommunikation profitieren.

Inwiefern wird nun dem Stellenwert der Kommunikation in der zahnmedizinischen Ausbildung Rechnung getragen?

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Vermittlung von kommunikativen Kompetenzen in der zahnmedizinischen Ausbildung leider nur in sehr geringem Umfang stattfindet. Während bisher primär hochspezifische Fachkenntnisse vermittelt werden, sind soziale und kommunikative Kompetenzen oder das Einfühlungsvermögen gegenüber den Patienten sekundär. (siehe <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/index.php?id=102711>, zugegriffen am 21.09.2012). Dennoch beginnen immer mehr Universitäten, die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen aktiv in die zahnärztliche Ausbildung zu integrieren. So startet an der Universität Heidelberg in Anlehnung an HEICUMED das Projekt HEICUDENT (Heidelberger Curriculum Dentale), bei dem ein Kommunikationstraining mit Hilfe standardisierter Patientenfälle in die vorklinischen Kurse eingebunden wird. An der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf wird seit 2007 in den Semesterferien ein spezielles Kommunikationsseminar für Zahnmedizinstudenten angeboten, in dem Grundlagen der Kommunikation erarbeitet werden, um in der klinischen Patientenkommunikation selbstsicherer und einfühlsamer zu werden. Auch an der Zahnklinik in Freiburg (siehe http://vhzmk.de/extern/pdf/k18_presentation.pdf, zugegriffen am 21.09.12) und der Zahnklinik in Ulm laufen ähnliche Projekte. Dennoch wäre es wünschenswert, diese Reformen und Projekte zu einem festen Bestandteil der zahnmedizinischen Ausbildung zu machen.

Voraussetzung für die erfolgreiche Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Rahmen des Zahnmedizinstudiums ist dabei eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Seit einigen Jahren hat sich in der Zahnheilkunde ein eigener Forschungsschwerpunkt gebildet, der „...sich anhand seriöser empirischer Methoden mit fachspezifischen Fragen von Compliance und Zahnarzt- Patient- Interaktion beschäftigt und die verbindliche Aufnahme dieser Gegenstände in die Ausbildung der Zahnmediziner zum Ziel hat.“ ([3], S. 154). Ziel der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Arzt-Patient-Kommunikation ist also, „...eine effektive Gesprächsführung lehr- und lernbar zu machen“ ([3], S. 154) und in eine curriculare Neuregelung der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung zu integrieren. Zu dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation möchte die vorliegende Arbeit anhand der Durchführung einer klinischen Studie einen Beitrag leisten.

2 Aspekte der zahnärztlichen Kommunikation

Im folgenden Kapitel sollen zunächst ganz allgemein die Grundlagen einer jeden Kommunikation dargestellt werden, um anschließend auf die Zahnarzt – Patienten- Kommunikation im Speziellen einzugehen. Eine Übersicht der gegenwärtigen Literatur zu dieser Thematik rundet dieses Kapitel ab.

2.1 Allgemeine Grundlagen der Kommunikation

1. „Man kann nicht *nicht* kommunizieren!“ ([4], s. S. 53)

Diese häufig zitierte Aussage des gebürtigen Österreichers PAUL WATZLAWICK stellt die erste von insgesamt fünf Kommunikationsregeln dar, die der Kommunikationsforscher bereits Anfang der 80er- Jahre aufgestellt hat. Dies bedeutet, dass in jedem Aufeinandertreffen von zwei Menschen Kommunikation stattfindet – ob dies nun von den Teilnehmern bewusst wahrgenommen wird oder unbewusst bleibt: „Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht *nicht* auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst.“ ([5], s. S. 59). Dieser von WATZLAWICK aufgestellte Grundsatz hat eine enorme Bedeutung für jede Kommunikationssituation und sollte jedem Kommunikator stets

bewusst sein, um eine erfolgreiche Kommunikation betreiben zu können.

2. „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.“ ([4], s. S.53)

Dieser zweite, von PAUL WATZLAWICK aufgestellte Kommunikationsgrundsatz besagt, dass jede Kommunikation zwei Aspekte aufweist: zum einen beinhaltet jede Kommunikation eine Information. Diese Information wird darüber hinaus aber vom Kommunikator mit Hinweisen versehen, wie die Information vom Empfänger verstanden werden soll. In den meisten sprachlichen Kommunikationen überwiegt ganz deutlich die Informationsübermittlung. Gerade aber in konfliktreichen Beziehungen kann die Information einer Aussage in den Hintergrund treten und der Beziehungsaspekt in den Vordergrund geraten. Hier wird dann auf der Beziehungsebene um Positionen und die Klärung des Verhältnisses gerungen ([4], s. S. 55).

Der Kommunikationspsychologe FRIEDEMANN SCHULZ VON THUN hat den Beziehungsaspekt, der jeder Kommunikation innewohnt, in seinem Werk „Miteinander reden“ weiter differenziert. SCHULZ VON THUN postuliert, dass jede Nachricht insgesamt vier Aspekte beinhaltet:

- den Sachinhalt (worüber ich informiere)
- die Selbstoffenbarung (was ich von mir selbst kundgebe)
- den Appell (wozu ich den anderen veranlassen möchte)
- und die Beziehung (was ich von dem anderen halte, wie wir zueinander stehen)

([6], s. S. 25-30, vgl. [7], [8], [9])

Dieser Zusammenhang lässt sich anhand eines Beispiels am besten erklären. Ein Patient, der ins Behandlungszimmer kommt und dem Zahnarzt mit folgendem Satz begegnet: „Ich habe jetzt eine halbe Stunde im Wartezimmer gesessen.“, kann laut SCHULZ VON THUN folgende vier Mitteilungen machen:

- „Meine Wartezeit hat eine halbe Stunde betragen.“ (Sachinhalt)
- „Ich bin in Eile und verärgert.“ (Selbstkundgabe)
- „Rechtfertigen Sie das!“ (Appell)
- „Ich will nicht, dass *Sie* so mit mir umgehen bzw. das lasse ich mir von *Ihnen* nicht gefallen.“ (Beziehungsaussage).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass jeder Mensch bevorzugt einem der Aspekte mehr Gehör schenkt. So spricht SCHULZ VON THUN vom so genannten „Appell-Ohr“ bei den Menschen, die hinter jeder Aussage einen Appell an ihr eigenes Verhalten vermuten. ([5], s. S. 60 f)

3. „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.“ ([4], s. S. 61)

Dieses dritte Grundgesetz der Kommunikation besagt, „...dass jedes Ereignis gleichzeitig Reiz, Reaktion und Verstärkung ist.“ ([5], s. S. 62) Dies bedeutet, dass das Verhalten einer Person A für eine Person B einen Reiz darstellt und diesbezüglich ein bestimmtes Verhalten bei B erzeugt. Dieses Verhalten der Person B löst wiederum ein bestimmtes Verhalten von Person A aus usw. Grundsätzlich ist das Verhalten der Person A aber auch eine Reaktion, die zwischen zwei Verhaltensweisen von B eingebettet ist und die eine Verstärkung darstellt. In der Kommunikation zwischen zwei Menschen bedeutet dies häufig, dass jeder Kommunikator sein Verhalten als Reaktion auf das Verhalten des anderen erlebt und damit rechtfertigt. Auch zu diesem komplizierten Zusammenhang soll ein Beispiel angeführt werden: Angenommen der Patient sagt: „Ich nörgle, weil Sie sich nicht genug um mich kümmern.“ Der Arzt hingegen sagt: „Ich ziehe mich zurück, weil Sie nörgeln.“ Jeder beurteilt somit sein Verhalten nur als Reaktion auf das Verhalten des anderen, nicht aber als Auslöser dafür. ([5], s. S. 63) Dies bedeutet, dass sich jeder dem Irrglauben hingibt, er kenne den Anfang der Kommunikationssequenz. In Wirklichkeit ist es jedoch so, dass an jedem Punkt der Kommunikation „...jeder Beteiligte zugleich Sender und Empfänger, Agierender und Reagierender“ ist. ([5], s. S. 63) So gesehen ist jede Beziehung eine ununterbrochene Kette kommunikativer Handlungen, von denen jede

vielfältig mit den vorhergehenden und nachfolgenden verknüpft ist. Diese Annahme hat die Konsequenz, dass in Konfliktsituationen nicht nach „dem Schuldigen“ gesucht werden kann, sondern dass beide Kommunikationspartner die Verantwortung für den vorliegenden Konflikt in gleicher Weise tragen.

4. „Menschliche Kommunikation bedient sich sowohl digitaler als auch analoger Modalitäten.“ ([4], s. S. 68)

Diese vierte, von PAUL WATZLAWICK aufgestellte, Kommunikationsregel soll im Folgenden erläutert werden. Unter dem Begriff der digitalen Medien versteht PAUL WATZLAWICK die Schriftsprache und die gesprochene Sprache. Worte und Symbole dienen dazu, einen Sachverhalt zu vermitteln, ohne ihm ähnlich zu sein. Unter den analogen Medien hingegen versteht WATZLAWICK Symbole, die den Inhalten ähnlich sind: Zeichnungen, Gesten und Mimik. ([4], s. S. 62) In der Regel stimmen analoge und digitale Medien überein. Dies ist z.B. nicht der Fall, wenn sich ein Zahnarzt nach dem Befinden des Patienten erkundigt und gleichzeitig die Karteikarte studiert. Der Patient wird von diesem Widerspruch der analogen und digitalen Medien verwirrt sein und die Diskrepanz als fehlendes Interesse deuten. ([10], s. S. 36)

5. „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“ ([4], s. S. 70).

Mit dieser fünften und letzten Kommunikationsregel WATZLAWICKS ist gemeint, dass die Kommunikation zwischen zwei Menschen grundsätzlich symmetrisch oder komplementär verlaufen kann. Welcher Fall im Einzelnen vorliegt hängt davon ab, ob sich die beiden Kommunikatoren auf einer Ebene begegnen, oder ob ein Abhängigkeitsverhältnis besteht.

Bezogen auf die Zahnarzt- Patienten- Beziehung bedeutet dies, dass dem Bedürfnis nach Hilfe des Patienten die fachliche Kompetenz des Zahnarztes gegenüber steht. Demnach handelt es sich um eine primär komplementäre Rollenverteilung, die wenig Konfliktpotential bietet, solange sich jeder an seine Rollenverpflichtungen hält.

Anders sieht es aus, wenn sich Zahnarzt und Patient in ihren Rollen als Käufer und Verkäufer von Dienstleistungen treffen. Diese Beziehung ist symmetrisch, was gleichzeitig bedeutet, dass sie besonders anfällig für Konflikte ist, da alle Teilnehmer versuchen, die Gleichheit aufrechtzuerhalten. Der Zahnarzt kann diesen Konflikten insofern entgehen, indem er den Patienten einen Behandlungsvorschlag macht und dem Patienten die Wahl lässt, diesen anzunehmen oder nicht. ([10], s. S.36 f)

2.2 Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient

In diesem Kapitel sind bisher die fünf Kommunikationsregeln, die auf den Kommunikationsforscher PAUL WATZLAWICK zurückgehen, erörtert worden. Nun sollen die verschiedenen Aspekte der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient im Speziellen besprochen werden. Dabei spielen neben der Gesprächssituation und der Gesprächsführung auch die Ziele der Kommunikation eine wichtige Rolle.

2.2.1 Ziele erfolgreicher Zahnarzt- Patienten- Kommunikation

In diesem Kapitel soll erörtert werden, welche Hintergründe den Zahnarzt dazu veranlassen sollten, sich um eine erfolgreiche Zahnarzt- Patienten- Kommunikation zu bemühen. Nicht selten wird die Frage gestellt, welchen Nutzen der Aufwand einer sorgfältig betriebenen Kommunikation dem Zahnarzt und nicht zuletzt der gesamten Praxis bringt. Diese Frage lässt sich anhand der vorliegenden Literatur hinreichend beantworten:

„*Motivieren* bedeutet, Menschen durch *Überzeugung* zu bestimmten Handlungen oder Verhaltensweisen zu bewegen. In der Medizin gilt:

1. Erfolgreiche *Medizin ohne Motivation ist undenkbar.*
2. *Motivation ist die Grundlage jeder Patientenführung.*
3. Das *Gespräch* ist das Motivationsinstrument Nummer 1.“

([11], s. S. 157)

Dies bedeutet, dass eine erfolgreiche Zahnarzt- Patienten-Kommunikation dazu dient, den Patienten zu motivieren und hinsichtlich der Behandlung zu führen, was man allgemein unter dem Begriff „Compliance“ zusammenfasst. Unter dem Begriff „Compliance“ versteht man dabei, dass eine Kooperation durch eine partnerschaftliche Zahnarzt- Patient- Beziehung zustande kommt. ([11], s. S. 161). Dies bedeutet, dass es nicht darum geht, dass der Patient willenlos jeden Ratschlag befolgt, den ihm der Zahnarzt verordnet. Vielmehr geht es um eine wechselseitige Kooperation zwischen Zahnarzt und Patient, die eine optimale Behandlung des Patienten zur Folge hat (z.B. Einhalten von Terminen, Befolgen von Mundhygieneinstruktionen, Akzeptanz von bestimmten Methoden wie beispielsweise der Implantologie oder des Lasers). (vgl. [12]) Da die Compliance eine so zentrale Rolle einnimmt, wird mancher Zahnarzt die Frage stellen, wie eine erfolgreiche Compliance erreicht werden kann. Dies beantwortet LINUS GEISLER folgendermaßen: „Compliance ist ganz wesentlich ein Resultat einer erfolgreichen

Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Das Erzielen einer guten Compliance ist daher eine der Kernaufgaben des ärztlichen Gesprächs.“ ([11], s. S. 161, [x11]) Somit wird deutlich, dass nur durch eine gute und erfolgreiche Kommunikation eine Compliance seitens des Patienten hergestellt werden kann. Doch welchen Nutzen bringen dem Zahnarzt motivierte Patienten, die über eine gute Compliance verfügen? Diese sogenannten Ziele der Zahnarzt- Patienten-Kommunikation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Ein motivierter Patient mit guter Compliance erzielt einen verbesserten Gesundheitszustand durch ein optimales Behandlungsergebnis.
2. Die Behandlung wird vom Patienten und vom Zahnarzt positiv bewertet.
3. Patient und Zahnarzt sind zufrieden mit der Behandlung.
4. Die Patientenbindung wird wesentlich gestärkt, was gerade in wirtschaftlich schweren Zeiten immer wichtiger wird.

(vgl. [13], [14], [15], [16]) Insbesondere der letzte Punkt dürfte für den Zahnarzt in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung gewinnen, da verstärkter Wettbewerb und zunehmende Konkurrenz das wirtschaftliche Überleben von Zahnarztpraxen erschweren. BARTSCH bringt dies folgendermaßen auf den Punkt: „Während der vergangenen Jahre nahm das Interesse an der Zahnarzt- Patienten-Kommunikation in dem Maße zu, wie ökonomische und

gesellschaftliche Faktoren eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Compliance des Patienten und dem Image zahnärztlicher Dienstleistungen bewirkten.“ ([17], s. S. 8)

2.2.2 Gesprächssituation und Gesprächstechnik

Nachdem nun die Ziele einer erfolgreichen Zahnarzt- Patienten-Kommunikation beschrieben worden sind, soll im Folgenden dargestellt werden, wie man diese erreicht. Dabei sollte man neben der Gesprächstechnik auch die Gesprächssituation an sich näher betrachten, „denn Gespräche finden nicht in einem Vakuum, sondern in einem bestimmten Rahmen statt, der immer mitbestimmend für den Erfolg des Gespräches ist.“ ([11], s. S. 23) Zu diesen Rahmenbedingungen gehört neben den räumlichen Verhältnissen auch der Zeitfaktor. Die räumlichen Verhältnisse sollten so gestaltet sein, dass das Gespräch in einer Atmosphäre stattfindet, die bei dem Patienten ein entspanntes Wohlfühlen ermöglicht. Idealerweise finden die Gespräche nicht direkt im Behandlungszimmer statt, sondern in einem eigens dafür eingerichteten Raum.

Der Zeitdruck, unter dem Zahnärzte heute stehen und ihre Behandlung durchführen, stellt wohl die größte zu überwindende Hürde dar, um eine erfolgreiche Kommunikation zu ermöglichen. Viele Zahnärzte scheuen eine intensive Kommunikation mit ihren Patienten

aus Angst, dass die Gespräche zu zeitintensiv ausfallen und die nachfolgenden Termine nur mit Verspätung wahrgenommen werden können. Dabei sollte man bedenken, dass erfolgreiche Gespräche mit der richtigen Gesprächstechnik sehr schnell erreicht sein können: „Das gute Gespräch ist nicht zwangsläufig ein langes Gespräch, genauso wie umgekehrt das lange Gespräch keine Garantie für den Gesprächserfolg darstellt.“ ([11], s. S. 25). Aus diesem Grund sollten Zahnärzte die Ziele erfolgreicher Arzt- Patienten- Kommunikation in den Vordergrund stellen und verinnerlichen, dass mit der richtigen Gesprächstechnik gute Gespräche auch in relativ kurzer Zeit möglich sind. Was eine gute Gesprächstechnik ausmacht, wird anhand der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur im folgenden Kapitel vorgestellt.

2.3 Literaturübersicht

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen über Kommunikation allgemein und die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient im Speziellen aufgeführt worden sind, soll nun ein Überblick über aktuelle Studien gegeben werden. Dabei beschränkt sich die Auswahl der Studien auf das Themenfeld der vorliegenden Arbeit. Nicht der Zahnarzt oder die Zahnarzt- Patienten -Kommunikation allgemein steht im Fokus der ausgewählten Studien, sondern vielmehr der Patient als Individuum mit seinen Wünschen und Bedürfnissen in der zahnärztlichen Kommunikation.

SCHOUTEN, EIJKMAN und HOOGST RATEN untersuchen in ihrer 2004 durchgeführten Studie, ob Patienten Bedarf an zahnärztlichen Informationen haben und inwiefern sie am Entscheidungsprozess beteiligt werden wollen. Dazu wurden Fragebögen in 13 niederländischen Praxen verteilt, die von den Patienten ausgefüllt wurden. Zusammengefasst kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass alle Patienten einen Bedarf an zahnärztlichen Informationen angegeben haben: "These studies indicated that dental patients desire detailed information on a variety of dental topics, and that they are not always satisfied with the amount of information they receive from their dentist." ([18], s. S. 961) Der Wunsch, an Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden, war dabei geringer als der Wunsch nach Informationen. Es konnten dabei nur geringe Zusammenhänge

zwischen den demographischen Daten der Patienten und ihren Einstellungen festgestellt werden.

Der Wunsch der Patienten nach Informationen und nach einer Beteiligung am Entscheidungsprozess wird durch die von YAMALIK 2005 durchgeführte Studie ebenfalls bestätigt: "Today, patients increasingly wish to participate to the decision- making process and they expect more professional information from dentists to make informed choices. They also want more opportunity to ask and talk about their oral health and expect more concern for their demands and complaints." ([2], [19]) Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Patienten sich in der Kommunikation mit ihrem Zahnarzt wünschen, dass Informationen klar und logisch ohne Verwendung von medizinischen Fachausdrücken präsentiert werden, dass Raum für jegliche Fragen zur Verfügung steht und dass der Zahnarzt dem Patienten zuhört: "While communicating with patients, dentists need to be able ask the right questions, listen efficiently, provide information clearly and logically and minimise their question asking and orientating behaviour. Avoiding technical language, checking correct understanding and handling patient questions, concerns and complaints sensitively may also be beneficial." ([2], vgl. auch [20], [21]) Diesem Wunsch des Patienten nach der Anerkennung seiner Autonomie sollte in dem Patient- Arzt- Verhältnis in jedem Fall Rechnung getragen werden. [22]

SAHM, BARTSCH und WITT fanden in ihrer 1990 an der Poliklinik für Kieferorthopädie durchgeführten Studie heraus, dass immerhin ca. 42% der Patienten den Wunsch verspüren, auch auf persönliche Themen angesprochen zu werden. [23] Das Bedürfnis nach solchen privaten Gesprächsinhalten nimmt jedoch mit zunehmendem Alter der Patienten ab.

LAHTI, TUUTTI, HAUSEN und KÄÄRIÄNEN haben in ihrer 1996 in Finnland durchgeführten Studie untersucht, welche Erwartungen Patienten an einen idealen Zahnarzt stellen und inwiefern ihre Erwartungen mit ihren Zahnarztbesuchen im Nachhinein übereinstimmen. Für den Teilbereich „Kommunikation“ kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass es den Patienten wichtig ist darüber informiert zu werden, warum und wie genau eine bestimmte Behandlung durchgeführt wird. Weiterhin soll sich der ideale Zahnarzt nach ihren vorliegenden Problemen erkundigen und diese ernst nehmen. [24]

Die Ergebnisse der dargestellten Studien zeigen demnach, dass die Patienten nicht nur umfassende fachliche Informationen über die anstehende Behandlung wünschen, sondern auch aktiv an der Kommunikation teilnehmen möchten. Diesem Sachverhalt muss der Zahnarzt Rechnung tragen, indem er genügend Raum für Fragen und Wünsche seitens des Patienten offenhält. Eine starke Einseitigkeit der Gesprächsbeteiligung kann zur Unzufriedenheit beim Patienten

führen. Fragen stellen und Wünsche äußern zu können gehört nämlich zu den vorrangigen Bedürfnissen auch des zahnärztlichen Patienten. Weiterhin darf man den Aspekt, nur wenige medizinische Fachausdrücke zu verwenden, nicht unterschätzen. Durch den Verzicht auf fachliche Termini begegnen sich Zahnarzt und Patient im Gespräch auf einer Ebene und so wird eine vertrauensvolle Beziehung erst möglich: „Es ist lohnend, sich die Zeit zu nehmen, um auf der sprachlichen Ebene des Patienten Zusammenhänge verständlich zu machen. Ein Patient, der mitdenkt und sich respektiert fühlt, wird auch langfristig eine gute Arbeitsbeziehung mit dem Behandler haben.“ ([10], s. S. 43)

Überaus interessante Ergebnisse liefert auch die in den 90er- Jahren groß angelegte Studie, die unter der Leitung von WITT in der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg durchgeführt wurde. WITT und BARTSCH haben 1993 die Wirkung von Information und Kommunikation im initialen kieferorthopädischen Beratungsgespräch per Videoaufzeichnung und anschließender Befragung der Patienten analysiert. [25] Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass lediglich ein Drittel aller Einzelinformationen aus den kieferorthopädischen Erstberatungen so verstanden wurden, dass der Patient nach zehn Tagen in der Lage war, diese Informationen korrekt wiederzugeben und auf deren Grundlage selbstständige Entscheidungen zu treffen. Ein großes Problem scheint dabei die

Überforderung des Patienten durch ein Übermaß an diagnostischen bzw. ätiologischen Einzelinformationen und Fachtermini zu sein. WITT und BARTSCH weisen jedoch darauf hin, dass gerade das Ausmaß, in dem die Informationen seitens des Patienten verstanden und korrekt behalten werden, sich auf dessen Zufriedenheit und vermutlich auf dessen zukünftige Compliance auswirkt.

Im Jahre 1995 folgte durch BARTSCH, WITT und MARKS eine Vertiefung der vorausgegangenen Studie, wobei der Schwerpunkt nun auf dem Kommunikationsstil und der Compliance lag. [17] Hierzu wurde mit Hilfe der psychologischen Interaktionsanalyse anhand von Videoaufzeichnungen analysiert, wie typische verbale und nonverbale Interaktionsmuster zwischen Kieferorthopäde und Patient ablaufen. Gegenstand der Studie waren dabei 27 Erstberatungen und 28 Routinekontrollsitzen bei Patienten unterschiedlicher Mitarbeit. Es wurde festgestellt, dass die Kommunikation in einem hohen Maße durch Gesprächsdominanz des Behandlers gekennzeichnet war. Dabei stand die reine Informationsvermittlung weit im Vordergrund. Insbesondere bei Patienten mit mäßiger Mitarbeit zeigte sich im nonverbalen Verhalten der Kieferorthopäden relativ wenig Blickkontakt und Zuwendung dem Patienten gegenüber. BARTSCH, WITT und MARKS fordern als Konsequenz ihrer Studie, dass Kieferorthopäden sowohl in der Behandlung als auch im Beratungsgespräch verbal stärker auf den Patienten eingehen sollen,

so dass ein echtes Beratungsgespräch stattfindet. Darüber hinaus sollen dem Patienten nonverbal mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung zuteil werden, da sich dies förderlich auf die Patientenzufriedenheit und Compliance auswirken kann.

Im darauffolgenden Jahr erschienen schließlich die Ergebnisse der dritte Studie, die unter der Leitung von WITT und BARTSCH zum Thema der optimierten Gesprächsführung durchgeführt wurde. [3] Hierbei kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass eine optimierte Gesprächsführung insbesondere durch Fragen, Erklären, geduldiges Zuhören und Ermunterung zu erreichen sei. Dabei solle das Gespräch so patientenzentriert wie möglich sein, was natürlich ein Mindestmaß an Zeit voraussetzt. Die Autoren weisen jedoch deutlich darauf hin, dass die entsprechenden kommunikativen Fertigkeiten und Fähigkeiten seitens des Kieferorthopäden nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden können und bereits in der Ausbildung Berücksichtigung finden sollten.

3 Zielstellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand einer klinisch durchgeführten Fragebogenstudie zu ermitteln, worauf es den Patienten bei der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient ankommt. Dabei soll weiterhin untersucht werden, ob es hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstand etc.) Unterschiede in der Wichtigkeit kommunikativer Aspekte gibt. Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragen lassen sich wie folgt formulieren:

1. Gibt es Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Versicherungsstatus etc.)?
2. Welche Aspekte sind den Patienten in den verschiedenen Bereichen der Kommunikation persönlich am wichtigsten?

4 Material und Methode

4.1 Die Methode der Datenerhebung

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie wurde anhand eines eigens konzipierten Fragebogens durchgeführt, der einerseits in der Abteilung für Zahnerhaltung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und andererseits in der Zahnklinik der Universität Witten/Herdecke verteilt wurde. Der Befragungszeitraum erstreckte sich dabei auf das Sommersemester 2008 und das Wintersemester 2008/2009. Der Fragebogen ist so gestaltet worden, dass er innerhalb von fünf bis fünfzehn Minuten auszufüllen war. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Fragebögen, nach erfolgter Anmeldung der Patienten, im Wartezimmer verteilt wurden und in der Wartezeit ausfüllbar sein sollten. Dabei erfolgte die Teilnahme an der Umfrage natürlich freiwillig und anonym.

Der Fragebogen bestand aus zwei unterschiedlichen Abschnitten. Im vorangestellten soziodemographischen Abschnitt sollten zunächst allgemeine Informationen über die Befragten selbst zusammengetragen werden. Von besonderem Interesse waren hierbei das Geschlecht und das Alter des Patienten, der höchste Bildungsabschluss sowie der aktuelle Familienstand inklusive der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder. Aber auch die derzeitige Berufstätigkeit, das monatliche Netto-Einkommen des gesamten Haushaltes sowie der Versichertenstatus wurden separat erfasst.

Im sich daran anschließenden zweiten Abschnitt des Fragebogens wurden in vier Unterabschnitten verschiedene Bereiche der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient thematisiert:

- Informationen zur Behandlung
- Bereich Prävention/Prophylaxe
- Rahmenbedingungen der Behandlung
- und Begleitumstände der Behandlung.

Dabei wurden in jedem Unterabschnitt jeweils verschiedene Aussagen angegeben, die der Befragte individuell in der für ihn bestehenden Wichtigkeit ordnen sollte. Dies erfolgte dadurch, dass der Patient handschriftlich Zahlen in die leeren Kästchen vor den Aussagen eintragen sollte. Eine eingetragene "1" bedeutete, dass diese Aussage dem Patienten persönlich am wichtigsten erschien. Der Vorteil dieses Fragebogendesigns besteht darin, dass der Patient sich mit den Aussagen auseinandersetzen und eine individuelle Wertung vornehmen muss. Er muss somit zu jedem Unterabschnitt eine Entscheidung treffen, was die persönliche Wichtigkeit der Aussagen angeht. Der Vorteil dieser Vorgehensweise gegenüber einer häufig üblichen Werteskala von "sehr wichtig" bis "unwichtig" ist, dass Patienten nicht alle Aussagen als gleich wichtig angeben können. Dies lässt aufschlussreichere Ergebnisse erwarten und beugt gleichzeitig Antwortroutinen vor.

Der erste Unterabschnitt enthält drei Aussagen über Informationen zur Behandlung. Die Befragten mussten sich hier entscheiden, ob es Ihnen persönlich am wichtigsten ist,

- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin sie über mögliche Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung informiert
- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin sie darüber informiert, wann Schmerzen auftreten können
- oder dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin sie über die einzelnen Arbeitsschritte und –abläufe informiert.

Im zweiten Unterabschnitt Prävention/ Prophylaxe stehen erneut drei unterschiedliche Aussagen zur Verfügung. Der Patient musste sich hier entscheiden, ob es ihm am wichtigsten ist,

- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihn über seinen Mundgesundheitszustand umfassend informiert
- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihm erklärt, wie er zu Hause seine Mundhygiene verbessern kann
- oder dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihn über professionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. professionelle Zahnreinigung) informiert.

Der dritte Unterabschnitt zum Thema Rahmenbedingungen der Behandlung umfasst ebenfalls drei Aussagen. Der Patient konnte hier seine individuelle Wertung vornehmen, ob es ihm am wichtigsten ist,

- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihn über die Dauer der anstehenden Behandlung aufklärt

- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihn über die anfallenden Kosten der Behandlung aufklärt
- oder dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin ihn über mögliche Behandlungsalternativen aufklärt.

Im vierten und letzten Unterabschnitt werden schließlich die Begleitumstände der Behandlung thematisiert. Hier stehen dem Patienten insgesamt fünf mögliche Aussagen zur Verfügung, die ihrer persönlichen Wichtigkeit entsprechend in eine individuelle Reihenfolge gebracht werden müssen. Der Patient muss sich hier entscheiden, ob es ihm am wichtigsten ist,

- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet
- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin anfangs mit ihm über Themen spricht, die primär nichts mit seinen Zähnen zu tun haben und allgemeiner Natur sind (z.B. über sein Befinden, den letzten Urlaub etc.)
- dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin zu Beginn der Behandlung spannungslösende Äußerungen macht (z.B. Witze), um ihm die Nervosität zu nehmen
- dass er als Patient jederzeit Fragen an den Zahnarzt/ die Zahnärztin stellen kann
- oder dass er als Patient jederzeit Wünsche äußern kann (z.B. dass er eine Behandlungspause braucht oder dass er umspülen möchte etc.).

Im Anhang (Kapitel 11) sind die beiden Fragebögen dargestellt, die an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der Universität Witten/ Herdecke verteilt worden sind.

4.2 Die Auswahl der zu befragenden Personen

Der dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragebogenstudie ist keine vorhergehende Selektion der zu befragenden Personen vorausgegangen. Die Fragebögen wurden in der Abteilung für Zahnerhaltung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und an der Zahnklinik Witten/ Herdecke, ausgeteilt, nachdem sich die Patienten in der Leitstelle angemeldet hatten. Der Fragebogen wurde während der Wartezeit im Wartebereich ausgefüllt. Der Befragungszeitraum erstreckt sich auf das Sommersemester 2008 und das Wintersemester 2008/2009.

5 Ergebnisse

5.1 Demographische Datenbeschreibung

Zu Beginn der Ergebnissauswertung soll zunächst ein Überblick über die in der Studie erhobenen demographischen Daten gegeben werden. Eine Übersicht zeigt sich in Tabelle 1:

Tab. 1: Übersicht der erhobenen demographischen Daten

| Variable | Ausprägung | Diskrete Variable | | |
|--------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Häufigkeit | Summe d. Häufigkeiten | Fehlende Beobachtungen |
| Gruppe | 1 | 102 | 237 | 0 |
| | 2 | 135 | | |
| Geschlecht | männlich (=1) | 119 | 236 | 1 |
| | weiblich (=2) | 117 | | |
| Bildung | kein Abschluss (=1) | 7 | 236 | 1 |
| | Hauptschulabschluss (=2) | 49 | | |
| | Realschulabschluss (=3) | 59 | | |
| | 10. Klasse Gymnasium (=4) | 11 | | |
| | Fachhochschulreife (=5) | 23 | | |
| | Abitur (=6) | 36 | | |
| | abg. Stud. Fachhochschule (=7) | 19 | | |
| | abg. Stud. Uni (=8) | 32 | | |
| Familie | ledig (=1) | 64 | 234 | 3 |
| | verheiratet/in f. Bezieh. (=2) | 135 | | |
| | geschieden (=3) | 23 | | |
| | verwitwet (=4) | 12 | | |
| Beruf | Schüler (=1) | 6 | 232 | 5 |
| | Student (=2) | 10 | | |
| | Auszubildener (=3) | 4 | | |
| | Angestellter (=4) | 78 | | |
| | Arbeiter (=5) | 16 | | |
| | Beamter (=6) | 16 | | |
| | Selbstständiger (=7) | 13 | | |
| | Hausfrau/-mann (=8) | 26 | | |
| | Rentner (=9) | 48 | | |
| | Pensionär (=10) | 8 | | |
| | Arbeitsloser (=11) | 7 | | |
| Einkommen | bis 1000€ (=1) | 33 | 208 | 29 |
| | bis 2000€ (=2) | 74 | | |
| | bis 3000€ (=3) | 70 | | |
| | bis 5000€ (=4) | 21 | | |
| | bis 7000€ (=5) | 5 | | |
| | > 7000€ (=6) | 5 | | |
| Versicherung | gesetzlich (=1) | 207 | 236 | 1 |
| | privat (=2) | 29 | | |
| Alter_binär | jünger oder gleich 47.9 Jahren (=0) | 120 | 226 | 11 |
| | älter als 47.9 Jahre (=1) | 106 | | |
| Kinder_binär | keine Kinder (=0) | 171 | 236 | 1 |
| | mindestens ein Kind (=1) | 65 | | |

Tab. 2: binäre Codierung der Variablen Alter, der im Haushalt lebenden Kinder, des Einkommens und der Bildung

| | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-----|-----|----|
| Alter binär | jünger oder gleich 47.9 Jahren (=0) | 120 | 226 | 11 |
| | älter als 47.9 Jahre (=1) | 106 | | |
| Kinder binär | keine Kinder (=0) | 171 | 236 | 1 |
| | mindestens ein Kind (=1) | 65 | | |
| Einkommen binär | kleiner oder gleich 3000€ (=0) | 177 | 208 | 29 |
| | Größer als 3000€ (=1) | 31 | | |
| Bildung binär | früherer Abschluss als Abitur (=0) | 149 | 236 | 1 |
| | Abitur oder abgeschl. Studium (=1) | 87 | | |

Wie aus der Tabelle 2 ersichtlich wird, haben insgesamt 237 Personen an der Umfrage teilgenommen. Davon stammen 102 Fragebögen aus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und insgesamt 135 Fragebögen aus der Universität Witten/ Herdecke. Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist ausgewogen und liegt bei 119 zu 117, wobei eine Person keine Angabe zum Geschlecht gemacht hat.

Der Altersdurchschnitt liegt bei 47,9 Jahren, wobei insgesamt 11 Personen auf eine Altersangabe verzichtet haben. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird für die spätere Analyse die Variable Alter binär codiert, d.h. es wird unterschieden, ob die Personen älter oder jünger als der Altersdurchschnitt von 47,9 Jahren sind. Aufgrund der möglichen Antwortvielfalt wären ohne diese Vorgehensweise nur Ergebnisse mit geringer Aussagekraft zu erwarten.

Bei der Variable Bildung zeigt sich eine breite Fächerung bei den verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Insgesamt verfügen 7 Personen

über keinen Abschluss, 49 Personen über einen Hauptschulabschluss, 59 Personen über einen Realschulabschluss, 11 Personen über die 10. Klasse eines Gymnasiums, 23 Personen über eine Fachhochschulreife, 36 Personen über ein Abitur, 19 Personen über ein abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule und 32 Personen über ein abgeschlossenes Studium an einer Universität. Eine Person hat keine Angabe bezüglich der Bildung gemacht (vgl. Tab. 1 S. 33). Da auch hier die Vielfalt der Ausprägungen Ergebnisse geringer Aussagekraft erwarten lassen, wird wie bei der Variable Alter eine binäre Codierung vorgenommen. Demnach wird unterschieden, ob eine hohe Bildung vorliegt (= Abitur, abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule oder Universität) oder ob eine geringe bis normal hohe Bildung vorliegt (= kein Abschluss, Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, 10. Klasse eines Gymnasiums, Fachhochschulreife).

Bei der Variable Familie finden sich 64 Personen, die ledig sind. Der überwiegende Anteil der Befragten ist verheiratet bzw. in einer festen Beziehung lebend ($n = 135$). 23 Personen sind geschieden und 12 Personen sind verwitwet. Insgesamt 3 Personen haben bezüglich dieser Variable keine Aussage gemacht. Ebenfalls abgefragt wurde die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder. Hier reichte die Spanne von 0 bis 5 Kindern. Es wurde eine binäre Codierung vorgenommen in „keine Kinder“ oder „mindestens 1 Kind“, da die bei dieser Studie

zugrunde liegende Stichprobe im Durchschnitt mit 0,5 Kindern im Haushalt lebt.

Eine breite Verteilung der Ausprägungen findet sich bei der Variable Beruf. An der Befragung teilgenommen haben insgesamt 6 Schüler, 10 Studenten, 4 Auszubildende, 78 Angestellte, 16 Arbeiter, 16 Beamte, 13 Selbstständige, 26 Hausfrauen bzw. -männer, 48 Rentner, 8 Pensionäre und 7 Arbeitslose. 5 Personen machten keine Angabe hinsichtlich ihres Berufs (vgl. Tab 1 S. 33).

Bei der Variable Einkommen gab es die meisten Enthaltungen. Hier gaben 29 der insgesamt 237 befragten Personen keine Auskunft. Das monatliche Netto-Einkommen des gesamten Haushaltes betrug bei den meisten Befragten bis 2000 € (n = 74) bzw. bis 3000 € (n = 70). 33 Personen gaben an, über eine Summe von bis zu 1000 € im Monat zu verfügen. Über ein monatliches Netto-Einkommen des gesamten Haushalt von bis zu 5000 € verfügen lediglich 21 Personen. Über bis zu 7000 € bzw. über 7000 € verfügen nur noch jeweils 5 Personen. Um auch bei dieser Variable in der späteren Analyse zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen, wurde wiederum eine binäre Codierung vorgenommen. Es wird unterschieden in Gering- und Normalverdiener (= bis 3000 €) und Personen mit einem hohen monatlichen Netto-Einkommen (über 3000 €) (vgl. Tab. 1 und Tab. 2 S. 33 f). Für unsere Zwecke ist eine solche Dimensionsreduktion dieser ordinalen Variablen sinnvoll, um bei der späteren Analyse der Gruppenunterschiede eine Überparametrisierung zu vermeiden.

Somit wird die Aussagekraft des statistischen Tests erhöht, welche durch eine teils relativ kleine Stichprobengröße Rückschlüsse auf die Gesamtmenge und somit eine Verallgemeinerung der Aussagen einschränkt. Bei der Variable „Einkommen“ haben beispielsweise nur 5 der 237 befragten Personen ein monatliches Netto-Einkommen größer als 7000 € angegeben. Es erscheint daher nicht sinnvoll, Präferenzunterschiede dieser Gruppe mit den 74 Befragten der Gruppe ‚bis 2000 €‘ zu vergleichen.

Als letzte demographische Variable wurde der Versichertenstatus der befragten Personen erhoben. Es zeigte sich eine deutliche Verteilung zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen. Insgesamt 207 Personen waren gesetzlich versichert, privat hingegen nur 29. Eine Person machte keine Angabe zum Versichertenstatus (vgl. Tab. 1 S. 33).

5.2 Auswertung: Informationen zur Behandlung

In Abschnitt 1 des Fragebogens wurden Informationen zur Behandlung thematisiert. Hier sollten die Befragten die folgenden Aussagen nach ihrer individuell empfundenen Wichtigkeit ordnen:

Abschnitt 1: Informationen zur Behandlung

Antwortoption:

- 1 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mir mögliche Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung ausführlich erklärt.
- 2 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich darüber informiert, wann Schmerzen auftreten können.
- 3 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über die einzelnen Arbeitsschritte und –abläufe informiert.

Die Ergebnisse der Umfrage wurden zunächst absolut ausgewertet, d.h. es wurde geschaut, wie oft die erste, zweite und dritte Antwortoption von den Befragten mit Rang 1, 2 oder 3 bewertet wurden. Mit Hilfe von Mittelwert, Standardabweichung und Median wurde statistisch ein Ranking erstellt, welche Antwortoption bei den Befragten auf Rang 1, 2 und 3 liegt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle ersichtlich. Das Ranking ist eindeutig: Antwortoption 1 wird von den Befragten am häufigsten auf Rang 1 gewählt (131 Personen). Antwortoption 3 erhält am häufigsten Rang 2

(82 Personen). Antwortoption 2 hingegen wird am häufigsten auf Rang 3 gewählt (106 Personen). Demnach ist es den Befragten am wichtigsten, Informationen über mögliche Risiken und Komplikationen der Behandlung zu erhalten - gefolgt von den einzelnen Arbeitsschritten und- abläufen. Informationen darüber, wann Schmerzen auftreten können, scheint den meisten Befragten am unwichtigsten zu sein.

Tab. 3: absolute und relative Häufigkeiten Abschnitt 1

| | | Antwortoption | | | Σ |
|---------------------------|---|------------------------|------------------------|-----------------------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| Rang | 1 | 131 (56,22%) | 57 (25,56%) | 77 (33,77%) | 265 |
| | 2 | 76 (32,62%) | 60 (26,91%) | 82 (35,96%) | 218 |
| | 3 | 26 (11,16%) | 106 (47,53%) | 69 (30,27%) | 201 |
| | Σ | 233 (100%) | 223 (100%) | 228 (100%) | 684 |
| Mittelwert | | 1,55 | 2,22 | 1,96 | |
| Standardabweichung | | 0,688 | 0,828 | 0,801 | |
| Median | | 1 | 2 | 2 | |

Neben der absoluten statistischen Auswertung wurden zusätzlich die relativen Häufigkeiten auf der Basis des jeweiligen Ranges errechnet. Diese sind in der obigen Tabelle in % dargestellt. Es zeigt sich, dass 56,22% aller Teilnehmer, die Antwortoption 1 bewertet haben, dieser Option den Rang 1 gegeben haben. 47,53% aller Teilnehmer, die Antwortoption 2 bewertet haben, haben dieser Rang 3 zugeteilt. Und schließlich haben 35,96% aller Teilnehmer, die Antwortoption 3 bewertet haben, dieser den Rang 2 zugeordnet.

Eine übersichtliche Darstellung der relativen Häufigkeiten zeigt
Abbildung 1:

Präferenzen: Informationen zur Behandlung

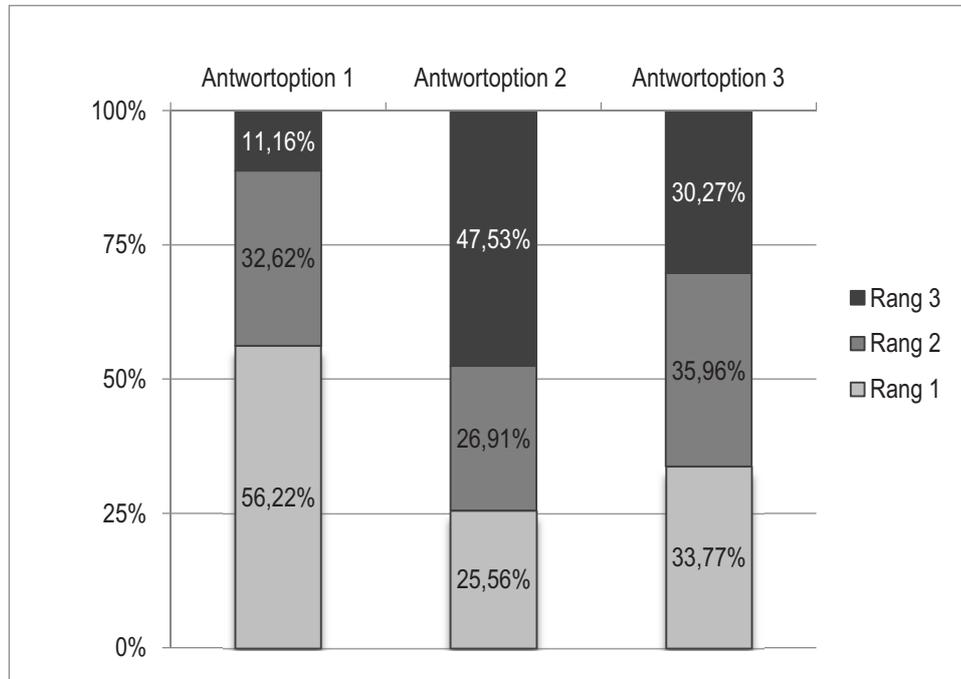


Abb. 1: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten Abschnitt

1

Es zeigt sich, dass 56,22% aller Teilnehmer, die Antwortoption 1 bewertet haben, dieser Option den Rang 1 gegeben haben. 35,96% aller Teilnehmer, die Antwortoption 3 bewertet haben, haben dieser Option Rang 2 gegeben. Und 47,54% aller Teilnehmer, die Antwortoption 2 bewertet haben, haben dieser den Rang 3 gegeben.

5.3 Auswertung: Prävention/ Prophylaxe

In Abschnitt 2 des Fragebogens wurden die Bereiche Prävention und Prophylaxe thematisiert. Hier sollten die Befragten die folgenden Aussagen nach ihrer individuell empfundenen Wichtigkeit ordnen:

Abschnitt 2: Prävention/ Prophylaxe

Antwortoption:

- 1 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über meinen Mundgesundheitszustand umfassend informiert.
- 2 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mir erklärt, wie ich zu Hause meine Mundhygiene verbessern kann.
- 3 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über professionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. Professionelle Zahnreinigung) informiert.

Auch in diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse der Umfrage zunächst absolut ausgewertet, d.h. es wurde geschaut, wie oft die erste, zweite und dritte Antwortoption von den Befragten mit Rang 1, 2 oder 3 bewertet wurden. Mit Hilfe von Mittelwert, Standardabweichung und Median wurde statistisch ein Ranking erstellt, welche Antwortoption auf Rang 1, 2 und 3 liegt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 ersichtlich. Das Ranking ist eindeutig: Antwortoption 1 wird sehr klar bevorzugt. Antwortoption 1 liegt

demnach auf Rang 1 (164 Teilnehmer), gefolgt von Antwortoption 2 auf Rang 2 (120 Teilnehmer) und Antwortoption 3 auf Rang 3 (122 Teilnehmer). Demnach ist es den Befragten am wichtigsten, Informationen über den Mundgesundheitszustand zu erhalten - gefolgt von Instruktionen, wie die Mundhygiene zu Hause verbessert werden kann. Informationen über professionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. Professionelle Zahnreinigung) sind den Befragten am unwichtigsten.

Tab. 4: absolute und relative Häufigkeiten Abschnitt 2

Abschnitt 2: Prävention/Prophylaxe

| | | Antwortoption | | | Σ |
|---------------------------|---|------------------------|------------------------|------------------------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| Rang | 1 | 164 (71,30%) | 41 (18,30%) | 41 (18,14%) | 246 |
| | 2 | 44 (19,13%) | 120 (53,57%) | 63 (27,88%) | 227 |
| | 3 | 22 (9,57%) | 63 (28,13%) | 122 (53,98%) | 207 |
| | Σ | 230 (100%) | 224 (100%) | 226 (100%) | 680 |
| Mittelwert | | 1,38 | 2,10 | 2,36 | |
| Standardabweichung | | 0,655 | 0,676 | 0,772 | |
| Median | | 1 | 2 | 3 | |

Neben der absoluten statistischen Auswertung wurden zusätzlich die relativen Häufigkeiten auf der Basis des jeweiligen Rangs errechnet.

Diese sind in der obigen Tabelle in % dargestellt.

Eine übersichtliche Darstellung der relativen Häufigkeiten zeigt Abbildung 2:

Präferenzen: Prävention / Prophylaxe

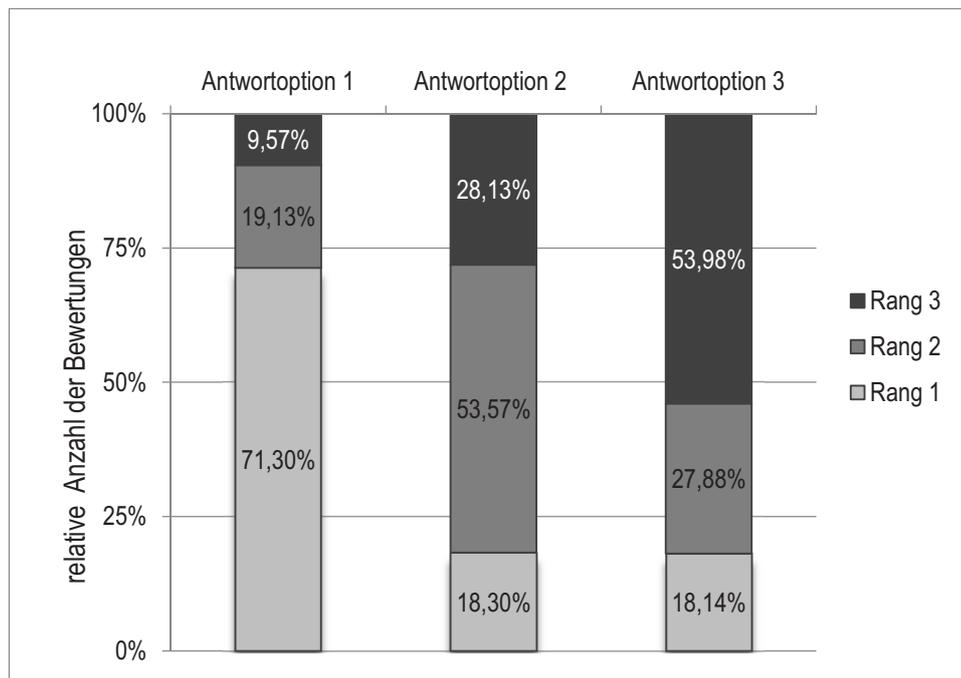


Abb. 2: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten Abschnitt

2

Es zeigt sich, dass 71,30% aller Teilnehmer, die Antwortoption 1 bewertet haben, dieser Option den Rang 1 gegeben haben. 53,57% aller Teilnehmer, die Antwortoption 2 bewertet haben, haben dieser Option Rang 2 gegeben. Und 53,98% aller Teilnehmer, die Antwortoption 3 bewertet haben, haben dieser den Rang 3 gegeben.

5.4 Auswertung: Rahmenbedingungen der Behandlung

In Abschnitt 3 des Fragebogens wurden die Rahmenbedingungen der Behandlung thematisiert. Hier sollten die Befragten die folgenden Aussagen nach ihrer individuell empfundenen Wichtigkeit ordnen:

Abschnitt 3: Rahmenbedingungen der Behandlung

Antwortoption

- 1 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über die Dauer der anstehenden Behandlung aufklärt.
- 2 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über die Kosten der Behandlung aufklärt.
- 3 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin mich über mögliche Behandlungsalternativen aufklärt.

Auch in diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse der Umfrage zunächst absolut ausgewertet, d.h. es wurde geschaut, wie oft die erste, zweite und dritte Antwortoption von den Befragten mit Rang 1, 2 oder 3 bewertet wurden. Mit Hilfe von Mittelwert, Standardabweichung und Median wurde statistisch ein Ranking erstellt, welche Antwortoption auf Rang 1, 2 und 3 liegt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 5 ersichtlich. Das Ranking zeigt folgende Reihenfolge: Antwortoption 1 wird klar am seltensten bevorzugt (123 Teilnehmer). Für Antwortoption 2 und 3 lässt sich nicht

signifikant unterscheiden, welche Option am häufigsten bevorzugt wird. Antwortoption 2 wird am häufigsten mit Rang 1 belegt (116 Teilnehmer), während Option 3 in der Summe von Rang 1 und 2 überwiegt (189 Teilnehmer). Demnach ist es den Befragten am unwichtigsten, Informationen über die Dauer der anstehenden Behandlung zu erfahren. Was die Informationen über die Kosten der Behandlung und mögliche Behandlungsalternativen angeht, kann in der absoluten Auswertung statistisch kein signifikanter Unterschied ermittelt werden. Beide Informationen scheinen den Befragten gleich wichtig zu sein.

Tab. 5: absolute und relative Häufigkeiten Abschnitt 3

| | | Antwortoption | | | Σ |
|---------------------------|---|------------------------|------------------------|-----------------------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| Rang | 1 | 46 (20,26%) | 116 (51,10%) | 96 (42,11%) | 258 |
| | 2 | 58 (25,55%) | 70 (30,84%) | 93 (40,79%) | 221 |
| | 3 | 123 (54,19%) | 41 (18,06) | 39 (17,10%) | 203 |
| | Σ | 227 (100%) | 227 (100%) | 228 (100%) | 682 |
| Mittelwert | | 2,34 | 1,67 | 1,75 | |
| Standardabweichung | | 0,795 | 0,765 | 0,729 | |
| Median | | 3 | 1 | 2 | |

Neben der absoluten statistischen Auswertung wurden zusätzlich die relativen Häufigkeiten auf der Basis des jeweiligen Rangs errechnet.

Diese sind in der obigen Tabelle in % dargestellt.

Eine übersichtliche Darstellung der relativen Häufigkeiten zeigt

Abbildung 3:

Präferenzen: Rahmenbedingungen der Behandlung

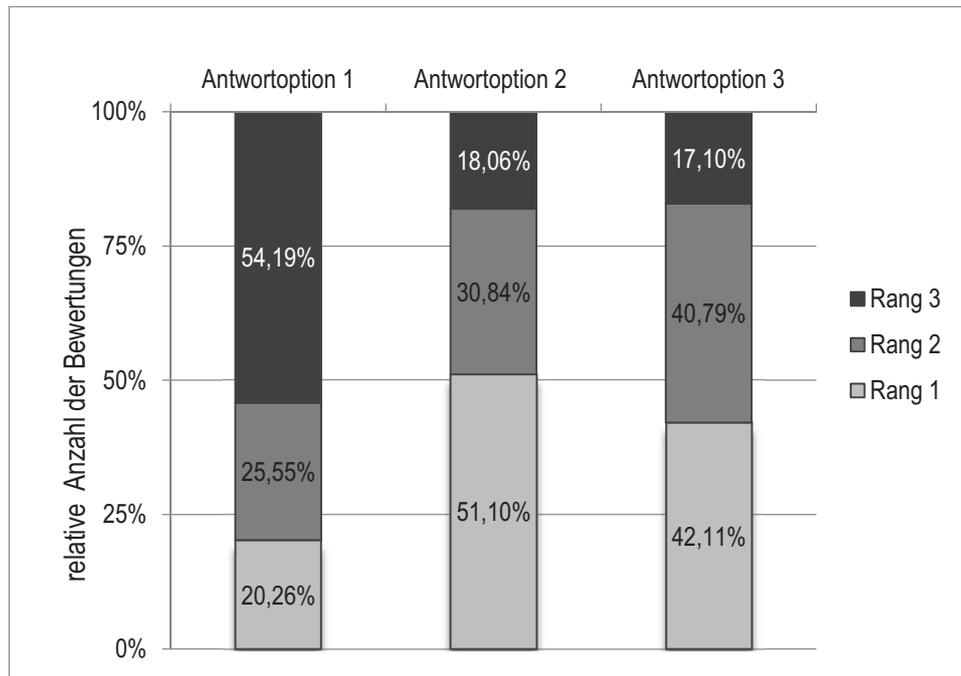


Abb. 3: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten Abschnitt

3

Es zeigt sich, dass 51,10% aller Teilnehmer, die Antwortoption 2 bewertet haben, dieser Option den Rang 1 gegeben haben. 40,79% aller Teilnehmer, die Antwortoption 3 bewertet haben, haben dieser Option Rang 2 gegeben. Betrachtet man jedoch die Summe von Rang 1 und 2 zusammen, so überwiegt Antwortoption 3. Es kann also kein signifikanter Unterschied zwischen Option 2 und 3 festgestellt werden. Antwortoption 1 hingegen scheint den Befragten am unwichtigsten zu sein. 54,19% aller Teilnehmer, die Antwortoption 1 bewertet haben, haben dieser den Rang 3 gegeben.

5.5 Auswertung: Begleitumstände der Behandlung

In Abschnitt 4 des Fragebogens wurden die Begleitumstände der Behandlung thematisiert. Hier sollten die Befragten die folgenden Aussagen nach ihrer individuell empfundenen Wichtigkeit ordnen:

Abschnitt 4: Begleitumstände der Behandlung

Antwortoption:

- 1 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet.
- 2 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin anfangs mit mir über Themen spricht, die primär nichts mit meinen Zähnen zu tun haben und allgemeiner Natur sind (z.B. über mein Befinden, den letzten Urlaub etc.)
- 3 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin zu Beginn der Behandlung spannungslösende Äußerungen macht (z.B. Witze), um mir die Nervosität zu nehmen.
- 4 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Fragen an den Zahnarzt/ an die Zahnärztin stellen kann.
- 5 Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Wünsche äußern kann (z.B. dass ich eine Behandlungspause brauche oder dass ich umspülen möchte etc.).

Auch in diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse der Umfrage zunächst absolut ausgewertet, d.h. es wurde geschaut, wie oft die

erste, zweite, dritte, vierte und fünfte Antwortoption von den Befragten mit Rang 1, 2, 3, 4 oder 5 bewertet wurden. Mit Hilfe von Mittelwert, Standardabweichung und Median wurde statistisch ein Ranking erstellt, welche Antwortoption auf Rang 1, 2, 3, 4 und 5 liegt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle ersichtlich. Das Ranking ist eindeutig: Die Häufigkeit, mit der Rang 1, Rang 1 und 2 und Rang 1, 2 und 3 zusammen genannt werden, ergibt folgendes Bild: Antwortoption 4 ist besser (140 Teilnehmer) als Antwortoption 5 (119 Teilnehmer) ist besser als Antwortoption 1 (113 Teilnehmer) ist besser als Antwortoption 3 (88 Teilnehmer) ist besser als Antwortoption 2 (100 Teilnehmer). Der Median bestätigt diese Rangordnung. Demnach ist es den Befragten am wichtigsten, jederzeit Fragen stellen zu können, gefolgt von der Möglichkeit, jederzeit Wünsche äußern zu können. Danach ist es den Befragten wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet. Am unwichtigsten erscheint es den Befragten, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin zu Beginn der Behandlung spannungslösende Äußerungen macht bzw. allgemeine Themen wie z.B. den letzten Urlaub anspricht.

Tab. 6: absolute und relative Häufigkeiten Abschnitt 4

| | | Antwortoption | | | | | Σ |
|---------------------------|------------|---------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Rang | | 38 | 7 | 13 | 140 | 63 | |
| | 1 | (16,67%) | (3,15%) | (5,86%) | (61,40%) | (27,51%) | 58 |
| | | 20 | 6 | 13 | 64 | 119 | |
| | 2 | (8,77%) | (2,70%) | (5,86%) | (28,07%) | (51,97%) | 39 |
| | | 113 | 35 | 33 | 15 | 33 | |
| | 3 | (49,56%) | (15,77%) | (14,86%) | (6,58%) | (14,42%) | 181 |
| | 29 | 74 | 88 | 7 | 7 | | |
| 4 | (12,72%) | (33,33%) | (39,64%) | (3,07%) | (3,05%) | 191 | |
| | 28 | 100 | 75 | 2 | 7 | | |
| 5 | (12,28%) | (45,05%) | (33,78%) | (0,88%) | (3,05%) | 203 | |
| | 228 | 222 | 222 | 228 | 229 | | |
| Σ | (100%) | (100%) | (100%) | (100%) | (100) | 1.129 | |
| Mittelwert | 2,95 | 4,14 | 3,90 | 1,54 | 2,02 | | |
| Standardabweichung | 1,173 | 0,992 | 1,115 | 1,580 | 0,905 | | |
| Median | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | | |

Neben der absoluten statistischen Auswertung wurden zusätzlich die relativen Häufigkeiten auf der Basis des jeweiligen Ranges errechnet. Diese sind in der obigen Tabelle dargestellt.

Es zeigt sich in der Summe der relativen Häufigkeiten ein klares Bild:

- Antwortoption 4 liegt mit 61,40% auf Rang 1
- Antwortoption 5 liegt mit 51,97% auf Rang 2
- Antwortoption 1 liegt mit 49,56% auf Rang 3
- Antwortoption 3 liegt mit 39,64% auf Rang 4
- Antwortoption 2 liegt mit 45,05% auf Rang 5

Eine übersichtliche Darstellung der relativen Häufigkeiten zeigt die
Abbildung 4:

Präferenzen: Begleitumstände der Behandlung

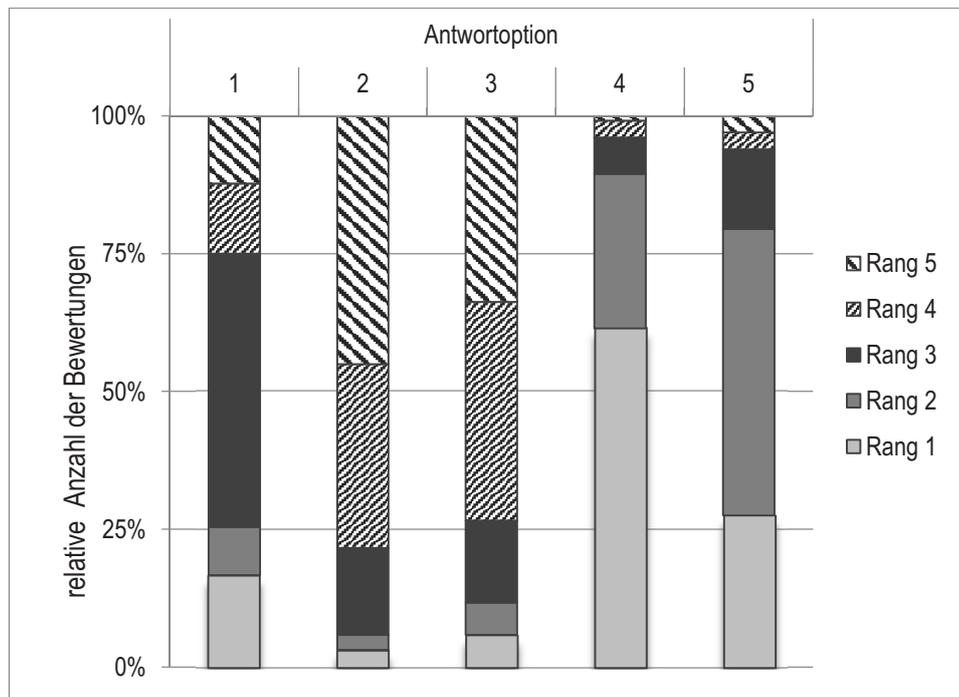


Abb. 4: Graphische Darstellung der relativen Häufigkeiten Abschnitt 4

Es zeigt sich, dass 61,40% aller Teilnehmer, die Antwortoption 4 bewertet haben, diese auf Rang 1 gewählt haben. 51,97% aller Befragten, die Antwortoption 5 bewertet haben, haben diese auf Rang 2 gewählt. 49,56% aller Teilnehmer, die Antwortoption 1 bewertet haben, wählten diese auf Rang 3. 39,64% aller Teilnehmer, die Antwortoption 3 bewertet haben, wählten diese auf Rang 4. Antwortoption 2 schließlich wurde von 45,05% der Teilnehmer, die Antwortoption 2 bewertet haben, auf Rang 5 gewählt.

5.6 Gruppenvergleiche

Präferenzunterschiede zwischen Gruppen werden im Folgenden mit statistischen Tests untersucht. Für jede der beschreibenden Variablen (Alter, Geschlecht, usw.) prüfen wir die Nullhypothese, dass die Präferenz zweier oder mehrerer Gruppen einer Antwortmöglichkeit sich ähneln. Das Ergebnis ist dabei nicht trivial – es besteht die Möglichkeit, dass z.B. unterschiedliche Altersgruppen unterschiedliche Bedürfnisse und somit unterschiedliche Präferenzen aufzeigen.

Da die Antwortmöglichkeiten der vier Fragen eine ordinale Datenstruktur aufweisen, werden im Folgenden nichtparametrische Teststatistiken verwendet. ([26], [27]) Die Testauswahl der Inferenzstatistiken basiert dabei auf den üblichen Empfehlungen der Literatur ([28], [26], [29]). Der Mann-Whitney-U- Test prüft die Nullhypothese, dass zwei unabhängige Stichproben aus einer Grundgesamtheit mit derselben Verteilung stammen. Der Kruskal-Wallis- Test hingegen prüft die Nullhypothese, dass mehrere Stichproben aus identischen Grundgesamtheiten stammen. Häufig werden diese beiden Tests als nichtparametrische Formen der bekannteren parametrischen Formen, t-Test und ANOVA, bezeichnet. Um die Ergebnissicherheit zu erhöhen werden die Ergebnisse des Mann-Whitney-U- Test mit den Ergebnissen des Kolmogorov-Smirnov- Test verglichen. Analog werden die Ergebnisse des Kruskal-

Wallis- Test mit den Ergebnissen des Jonckheere-Terpstra- Test überprüft. Beide Alternativtests prüfen vergleichbar ähnliche Nullhypothesen und eignen sich somit zur Ergebnisvalidierung. (vgl. [30], [26]) In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der Gruppenvergleiche dargestellt.

Tab. 7: Ergebnisse der Gruppenvergleiche

| Option | Beschreibende Variablen | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------|------|
| | Gruppe ^a | Geschl. ^a | Bildung ^b | Familie ^b | Beruf ^b | Eink. ^b | Vers. ^a | Alter_b. ^a | Kinder_b. ^a | |
| Abschnitt 1: Informationen zur Behandlung | 1 | n.S. | n.S. | (n.S.) | n.S. | ** | n.S. | n.S. | Alter_b. ^a (*) | n.S. |
| | 2 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | (n.S.) | n.S. | n.S. | (*) | n.S. |
| | 3 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | (n.S.) | (*) | (n.S.) | (n.S.) | n.S. |
| Abschnitt 2: Prävention/Prophylaxe | 1 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 2 | n.S. | n.S. | n.S. | (*) | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 3 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | * | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| Abschnitt 3: Rahmenbedingung der Behandlung | 1 | n.S. | n.S. | ** | n.S. | * | n.S. | n.S. | ** | n.S. |
| | 2 | (*) | n.S. | ** | n.S. | ** | ** | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 3 | ** | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| Abschnitt 4: Begleitumstände der Behandlung | 1 | n.S. | n.S. | ** | n.S. | * | n.S. | n.S. | ** | n.S. |
| | 2 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 3 | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 4 | n.S. | n.S. | (*) | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |
| | 5 | n.S. | n.S. | (**) | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. | n.S. |

(.): Die Überprüfung widerspricht der Inferenzstatistik (Signifikanz bei nicht-Signifikanz oder umgekehrt)

** : Statistisch signifikant mit 99% Sicherheit ($p < 0.01$); analog steht * für das 95% Konfidenzintervall; n.s. = nicht signifikant ($p > 0.05$)

^a: Variable mit zwei Ausprägungen. Ergebnisse zeigen Mann-Whitney-U

^b: Variable mit mehr als zwei Ausprägungen. Ergebnisse zeigen Kruskal-Wallis (tie-adjusted)

Geschl. = Geschlecht, Eink. = Einkommen, Vers. = Versicherung, Alter_b = Alter_binär, Kinder_b = Kinder_binär

Für jede Antwortmöglichkeit der vier Fragebogenabschnitte wurden für jede der beschreibenden Variablen zwei statistische Tests durchgeführt, um mögliche Präferenzunterschiede festzustellen. Beispielsweise zeigt sich, dass es statistisch keine Präferenzunterschiede zwischen Männern und Frauen gibt (für alle Fragenabschnitte ergibt sich keine Signifikanz der statistischen Tests). Mit anderen Worten, wir können die Nullhypothese, dass die Verteilung der Präferenzen gleich ist, nicht ablehnen. Im Gegensatz dazu zeigt sich beispielsweise für die beschreibende Variable ‚Bildung‘, dass es Präferenzunterschiede zwischen den Bildungsschichten der ersten zwei Antwortoptionen des Abschnittes drei (Rahmenbedingung der Behandlung) gibt. Mit anderen Worten, wir können mit 99% statistischer Sicherheit die Nullhypothese ablehnen, dass die Präferenzen unterschiedlicher Bildungsschichten dieselbe Verteilung für die Rahmenbedingungen der Behandlung haben.

Die grau hinterlegten Flächen zeigen die Fälle, in denen eine erneute, gruppierte Betrachtung der Präferenzen vielversprechend ist. In jedem dieser Fälle gibt es mindestens eine Antwortmöglichkeit, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen aufzeigt.

5.6.1 Gruppenvergleiche bei den Rahmenbedingungen der

Behandlung

Im Folgenden sollen zunächst die Rahmenbedingungen der Behandlung (= Abschnitt 3 des Fragebogens) näher betrachtet werden, da sich hier die meisten signifikanten Unterschiede in den Gruppenvergleichen finden lassen. Eine Übersicht zeigt Tabelle 8:

Tab. 8: Signifikante Gruppenvergleiche in den Rahmenbedingungen der Behandlung

| Abschnitt 3: Rahmenbedingung der Behandlung | | Option | | | N | |
|--|------------------------------------|---------------|----------|----------|----------|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | | |
| Versicherung | gesetzlich versichert (=1) | Median | 3 | 1 | 2 | 207 |
| | privat versichert (=2) | Median | 2 | 2 | 1 | 29 |
| Alter_binär | jünger oder gleich 47.9 Jahre (=0) | Median | 3 | 2 | 2 | 120 |
| | älter als 47.9 Jahre (=1) | Median | 3 | 1 | 2 | 106 |
| Bildung_binär | früherer Abschluss als Abitur (=0) | Median | 3 | 1 | 2 | 149 |
| | Abitur oder abgeschl. Studium (=1) | Median | 2 | 2 | 2 | 87 |
| Einkommen_b | kleiner oder gleich 3000€ (=0) | Median | 3 | 1 | 2 | 177 |
| | Größer als 3000€ (=1) | Median | 2 | 3 | 1 | 31 |
| Beruf | Schüler (=1) | Median | 1 | 3 | 1,5 | 6 |
| | Student (=2) | Median | 2 | 2 | 2 | 10 |
| | Auszubildender (=3) | Median | 2 | 2 | 2 | 4 |
| | Angestellter (=4) | Median | 3 | 2 | 2 | 78 |
| | Arbeiter (=5) | Median | 2 | 1 | 2 | 16 |
| | Beamter (=6) | Median | 2,5 | 2 | 2 | 16 |

| | | | | | |
|----------------------|--------|-----|-----|-----|----|
| Selbstständiger (=7) | Median | 2 | 2 | 2 | 13 |
| Hausfrau/-mann (=8) | Median | 3 | 1 | 2 | 26 |
| Rentner (=9) | Median | 3 | 1,5 | 1,5 | 48 |
| Pensionär (=10) | Median | 2,5 | 1,5 | 1 | 8 |
| Arbeitsloser (=11) | Median | 3 | 1 | 2 | 7 |

5.6.1.1 Gesetzlich versicherte vs. privat versicherte Patienten

Tabelle 8 stellt die Rangfolge anhand des Median fest. Es zeigt sich, dass gesetzlich Versicherte die Antwortmöglichkeiten für die Rahmenbedingungen der Behandlung anders bewerten als privat versicherte Patienten. Während gesetzlich Versicherte wahrscheinlich Option 2 vor Option 3 vor Option 1 wählen würden, wählen privat Versicherte wahrscheinlich Option 3 vor Option 1 vor Option 2. Dies bedeutet, dass es gesetzlich versicherten Patienten wahrscheinlich am wichtigsten ist, Informationen über die Kosten der Behandlung zu erhalten, gefolgt von Informationen über mögliche Behandlungsalternativen und über die anstehende Dauer der Behandlung. Privat versicherte Patienten hingegen werden mit signifikanter Wahrscheinlichkeit Informationen über mögliche Behandlungsalternativen als am wichtigsten erachten, gefolgt von Informationen über die Dauer der anstehenden Behandlung. Die Kosten der Behandlung werden privat Versicherten aller Wahrscheinlichkeit nach am unwichtigsten sein.

5.6.1.2 Alter

Die Variable „Alter“ wird aus bereits erläuterten Gründen binär codiert, d.h. es wird unterschieden, ob die Gruppe jünger oder älter als der Altersdurchschnitt von 47,9 Jahren ist. Die Ergebnisse für den Altersvergleich zeigen keine eindeutig relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Vielmehr verzerren fehlende Beobachtungen eine konsistente Interpretationsmöglichkeit.

5.6.1.3 Bildung

Die Variable „Bildung“ wurde zur Auswertung ebenfalls binär codiert, um aussagekräftigere Ergebnisse erzielen zu können. Demnach wird unterschieden, ob die Patienten über eine niedrige bis normal hohe Bildung verfügen (dies entspricht allen Abschlüssen bis einschließlich des Abiturs) oder ob die Patienten über eine hohe Bildung verfügen (dies entspricht allen höheren Abschlüssen als dem Abitur, also z.B. dem abgeschlossenen Hochschulstudium).

Die Gruppenvergleiche über den Median zeigen, dass es keine eindeutigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt. Somit scheinen niedrig bis normal gebildete Personen gegenüber hoch gebildeten Personen keine Unterschiede im Antwortverhalten bezüglich der Rahmenbedingungen der Behandlung zu zeigen.

5.6.1.4 Einkommen

Die Variable „Einkommen“ wurde ebenfalls binär codiert in Personen mit einem monatlichen Netto-Einkommen kleiner/ gleich 3000 € und Personen mit einem monatlichen Netto-Einkommen über 3000 €.

Hier zeigt der Gruppenvergleich mit dem Median eindeutig signifikante Unterschiede bezüglich des Antwortverhalten im Bereich der Rahmenbedingungen der Behandlung. Während Niedrig- und Normalverdiener überwiegend Antwortoption 2 vor Antwortoption 3 vor Antwortoption 1 gewählt haben, wählten die Besserverdiener Antwortoption 3 vor Antwortoption 1 vor Antwortoption 2.

In Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass es Niedrig- und Normalverdienern am wichtigsten ist, über die Kosten der anstehenden Behandlung aufgeklärt zu werden, gefolgt von Informationen über die Dauer der Behandlung und schließlich mögliche Behandlungsalternativen. Besserverdienern hingegen ist es am wichtigsten, über die möglichen Behandlungsalternativen aufgeklärt zu werden, gefolgt von Informationen über die Dauer der anstehenden Behandlung. Die anfallenden Kosten sind für diese Gruppe am unwichtigsten.

5.6.1.5 Beruf

Die Aufsplittung in die verschiedenen Berufsgruppen hat zur Folge, dass die Stichproben der einzelnen Gruppen relativ gering ausfallen. Dies hat natürlich zur Konsequenz, dass die statistische Auswertung leider nur eine geringe Aussagekraft besitzt. Besondere Auffälligkeiten in den Gruppenvergleichen können nicht festgestellt werden. Es zeigt sich, dass Antwortoption 1 (= Informationen über die Dauer der anstehenden Behandlung) für die meisten Berufsgruppen am unwichtigsten zu sein scheint. Lediglich den Schülern scheint diese Information am wichtigsten zu sein. Für Antwortoption 2 (= Kosten der Behandlung) und Antwortoption 3 (= mögliche Behandlungsalternativen) kann kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Berufsgruppen festgestellt werden.

5.6.2 Gruppenvergleiche bei den Begleitumständen der Behandlung

Im folgenden Kapitel sollen die Gruppenvergleiche in Abschnitt 4 des Fragebogens dargestellt werden, die auf einen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten schließen lassen. Dabei spielen zum einen das Alter der befragten Personen, zum anderen der jeweilige Bildungsstand eine Rolle. Für beide Variablen wurde anhand des Median überprüft, ob sich signifikante Unterschiede im

Gruppenvergleich finden lassen. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle 9 dargestellt.

Tab. 9: Signifikante Gruppenvergleiche in den Begleitumständen der Behandlung

| Abschnitt 4: Begleitumstände der Behandlung | | | Option | | | | | N |
|--|--|--------|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Alter_binär | jünger oder gleich 47.9 Jahre (=0) | Median | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 120 |
| | älter als 47.9 Jahre (=1) | Median | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 106 |
| Bildung_binär | früherer Abschluss als Abitur (=0) | Median | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 149 |
| | Abitur oder abgeschl. Studium (=1) | Median | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 87 |

5.6.2.1 Alter

Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, wird die Variable „Alter“ binär codiert, d.h. es wird unterschieden, ob die Befragten älter oder jünger als der Altersdurchschnitt von 47,9 Jahren sind. Diese Vorgehensweise lässt aussagekräftigere Ergebnisse erwarten.

Die Gruppenvergleiche über den Median zeigen, dass es keine eindeutigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt. Somit scheint es keine Unterschiede im Antwortverhalten bezüglich der Begleitumstände der Behandlung zu geben.

5.6.2.2 Bildung

Die Variable „Bildung“ wurde zur Auswertung ebenfalls binär codiert, um aussagekräftigere Ergebnisse erzielen zu können. Demnach wird unterschieden, ob die Patienten über eine niedrige bis normal hohe Bildung verfügen (dies entspricht allen Abschlüssen bis einschließlich des Abiturs) oder ob die Patienten über eine hohe Bildung verfügen (dies entspricht allen höheren Abschlüssen als dem Abitur, also z.B. dem abgeschlossenen Hochschulstudium).

Die Gruppenvergleiche über den Median zeigen, dass es keine eindeutigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt. Somit scheinen niedrig bis normal gebildete Personen gegenüber hoch gebildeten Personen keine Unterschiede im Antwortverhalten bezüglich der Begleitumstände der Behandlung zu zeigen.

6 Diskussion

In dem nun folgenden Kapitel sollen die bereits dargestellten statistischen Ergebnisse inhaltlich diskutiert werden, wobei die wesentlichen Aussagen der durchgeführten Fragebogenstudie übersichtlich herausgearbeitet werden sollen. Dabei soll insbesondere auf die in der Zielstellung (s. Kap. 3) formulierten Forschungsfragen eingegangen werden.

Die erste Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet: Gibt es Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der soziodemographischen Daten?

Das überraschende Ergebnis der durchgeführten Fragebogenstudie zeigt, dass es statistisch keine signifikanten Präferenzunterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Ebenfalls der Familienstand, also die Tatsache, ob die Befragten ledig, verheiratet, geschieden oder verwitwet sind, hat keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten erkennen lassen. Weiterhin gibt es in allen Fragenabschnitten statistisch keine signifikanten Präferenzunterschiede bei Befragten mit oder ohne Kindern. Die Variablen Alter, Bildung und Beruf zeigten bei näherer Betrachtung ebenfalls keine Auswirkungen auf Präferenzen in kommunikativen Situationen.

Es gibt aber auch einige soziodemographische Variablen, die Auswirkungen auf das Antwortverhalten erkennen lassen. Dabei

scheinen insbesondere finanzielle Rahmenbedingungen seitens des Patienten Auswirkungen auf die gewünschte Zahnarzt- Patienten-Kommunikation zu haben. So ist es gesetzlich versicherten Patienten sowie Patienten mit einem monatlichen Netto-Einkommen kleiner/ gleich 3.000 €, im Bereich "Rahmenbedingungen der Behandlung" am wichtigsten, über anstehende Kosten der Behandlung aufgeklärt zu werden. Erst dann folgen Informationen über mögliche Behandlungsalternativen und die Dauer der anstehenden Behandlung. Privat versicherte Patienten und Patienten mit einem monatlichem Netto-Einkommen größer 3.000 € möchten primär von ihrem Zahnarzt über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Die Dauer und insbesondere die Kosten scheinen eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Die zweite Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet: Welche Aspekte der Kommunikation sind den Patienten in den verschiedenen Bereichen der Kommunikation am wichtigsten?

Betrachtet man die absoluten statistischen Ergebnisse, so kann als Grundtendenz festgestellt werden, dass die Patienten aktiv an der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation teilnehmen möchten – und zwar als gleichwertiger Partner. So ist es den Patienten beispielsweise wichtiger, über mögliche Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung aufgeklärt zu werden und Informationen über die einzelnen Arbeitsschritte zu erhalten, als darüber informiert zu werden, wann Schmerzen auftreten können. Auch im Bereich Prävention und

Prophylaxe verdeutlicht sich dieses Bild. Hier ist es den Befragten am wichtigsten, zunächst über den aktuellen Mundgesundheitszustand informiert zu werden, um dann erklärt zu bekommen, wie die Mundhygiene zu Hause verbessert werden kann. Informationen über professionelle Prophylaxemaßnahmen durch den Zahnarzt selbst sind für die Patienten am unwichtigsten. Auch hier wird deutlich, dass sich der Patient eine fachliche Informationsvermittlung durch den Zahnarzt wünscht, um dann selbst aktiv zu werden und seinen Teil zur Mundgesundheit beitragen zu können. Im dritten Fragebogenabschnitt zeigt sich, dass den Patienten Informationen über mögliche Behandlungsalternativen und die anfallenden Kosten etwa gleich wichtig sind. Informationen über die anstehende Dauer der Behandlung hingegen ist für die Befragten am unwichtigsten. Deutlich zeigt auch der vierte Fragebogenabschnitt, dass die Patienten aktiv in die Zahnarzt- Patienten- Kommunikation eingebunden werden möchten. So ist es den Befragten am wichtigsten, jederzeit Fragen an den Zahnarzt stellen zu können und Wünsche äußern zu können. Weiterhin scheint es den Befragten wichtig zu sein, dass der Zahnarzt nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet und alles die Behandlung Betreffende verständlich erklärt. Dass der Zahnarzt anfangs über allgemeine Themen spricht (z.B. den letzten Urlaub, das Befinden etc.) oder spannungslösende Äußerungen vornimmt, um den Patienten die Nervosität zu nehmen, ist den Befragten am unwichtigsten. Diese Ergebnisse zeigen, dass Themen wie Angst,

Schmerz und Nervosität in der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation eine zunehmend unwichtigere Rolle zu spielen scheinen. Vielmehr möchte der Patient durch eine verständliche und kompetente Beratung in die Lage versetzt werden, selber Entscheidungen zu treffen. Er möchte aktiv Fragen stellen und Wünsche äußern können und dem Zahnarzt in der Kommunikation als gleichwertiger Partner begegnen.

Setzt man die in der vorliegenden Arbeit gewonnen Ergebnisse in Relation zu den eingangs angesprochenen wissenschaftlichen Studien (vgl. Kap. 2.3), so kommt man zu folgendem Ergebnis: SCHOUTEN, EIJKMAN und HOOGSTRAATEN [18] fanden in ihrer 2004 durchgeführten Studie heraus, dass alle Patienten einen Bedarf an zahnärztlichen Informationen haben, um dadurch in die Lage versetzt zu werden, als gleichberechtigter kommunikativer Partner am Entscheidungsprozess teilnehmen zu können. Auch YAMALIK [2] und LAHTI, TUUTTI, HAUSEN und KÄÄRIÄNEN [24] kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Die vorliegende Arbeit bestätigt diese Erkenntnisse. Besonders interessant erscheint dabei die Tatsache, dass die demographischen Daten keine besonders große Rolle zu spielen scheinen [18]. In dieser Studie konnte lediglich festgestellt werden, dass der finanzielle Hintergrund der Patienten einen signifikanten Einfluss auf die Gestaltung der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient hat. Weitergehende Untersuchungen in diesem Zusammenhang wären wünschenswert.

Ein besonders wichtiger Aspekt in der zahnärztlichen Kommunikation scheint der Wunsch der Patienten zu sein, dass im Gespräch möglichst wenig medizinische Fachausdrücke verwendet werden. Zu dieser Erkenntnis gelangt YAMALIK in seiner 2005 durchgeführten Studie [2] und dieses Ergebnis kann durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die durch WITT und BARTSCH 1993 gewonnene Erkenntnis, dass lediglich ein Drittel aller Einzelinformationen in kieferorthopädischen Fachgesprächen so von den Patienten verstanden wurden, dass diese nach 10 Tagen in der Lage waren, die Informationen korrekt wiederzugeben. [25] Die Fähigkeit von Zahnärzten, komplizierte Sachverhalte verständlich und ohne viele Fachtermini zu vermitteln, sollte idealerweise bereits in der universitären Ausbildung geschult werden. SAHM, BARTSCH und WITT fanden in ihrer 1990 durchgeführten Studie heraus, dass 42% der kieferorthopädisch betreuten Patienten auf persönliche Themen angesprochen werden möchten. Dieser Wunsch nahm dabei mit zunehmendem Alter ab. [23] Diese Erkenntnis konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Dass der Zahnarzt anfangs über allgemeine Themen spricht (z.B. den letzten Urlaub, das Befinden etc.) oder spannungslösende Äußerungen vornimmt, um den Patienten die Nervosität zu nehmen, ist den Befragten am unwichtigsten. Da der Altersdurchschnitt der Patienten jedoch bei 47,9 Jahren lag, ist nicht auszuschließen, dass

das Ergebnis bei einem geringeren Altersdurchschnitt anders ausgefallen wäre.

7 Schlussfolgerungen

Die in dieser Studie gewonnen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Am wichtigsten in der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation scheint den Befragten die Informationsvermittlung zur anstehenden Behandlung zu sein (z.B. die Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung, die einzelnen Arbeitsschritte, mögliche Behandlungsalternativen etc.). Diese Informationen sollten vom Zahnarzt leicht verständlich und möglichst ohne medizinische Fachausdrücke vermittelt werden.
- Die befragten Personen zeigen deutlich, dass sie in der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation zunehmend als Kommunikator agieren möchten, indem sie jederzeit Fragen stellen und Wünsche äußern möchten.
- Die erhobenen soziodemographischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf etc.) zeigen in der vorliegenden Studie keinerlei Auswirkungen auf die Präferenzen im Rahmen der Zahnarzt-Patienten-Kommunikation. Lediglich der Versichertenstatus und das monatliche Netto-Einkommen

zeigen signifikante Zusammenhänge. Bei gesetzlich versicherten Patienten und Patienten mit einem monatlichen Netto-Einkommen kleiner/ gleich 3.000 € spielt der finanzielle Rahmen der Behandlung eine wichtige Rolle. Hier sollte der Zahnarzt von sich aus ganz offen über die anstehenden Kosten der Behandlung aufklären und diese Themen aktiv ansprechen.

- Themen wie Angst, Schmerz und Nervosität spielen im Bereich der Dentalpsychologie seit jeher eine große Rolle. (vgl. [31], [32], [33], [34]) Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen jedoch, dass diese Themen bei den Befragten eine zunehmend untergeordnete Rolle in der Zahnarzt- Patienten-Kommunikation zu spielen scheinen, d.h. spannungslösende kommunikative Maßnahmen (z.B. Witze, Erkundigungen über den letzten Urlaub oder das Befinden etc.) seitens des Zahnarztes scheinen bei den Befragten eher unwichtig zu sein.

8 Zusammenfassung

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie wurde anhand eines eigens konzipierten Fragebogens durchgeführt, der einerseits in der Abteilung für Zahnerhaltung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und andererseits in der Abteilung für Zahnerhaltung der Universität Witten/ Herdecke verteilt wurde. Der Befragungszeitraum belief sich dabei auf das Sommersemester 2008 und Wintersemester 2008/2009. Dabei ist der Untersuchung keine vorhergehende Selektion der zu befragenden Personen vorausgegangen. Die Teilnahme an der Umfrage erfolgte natürlich freiwillig und anonym.

Für die Untersuchung waren zwei zugrundeliegende Fragen maßgeblich:

1. Gibt es Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der soziodemographischen Daten der Befragten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Versicherungsstatus etc.)?
2. Welche Aspekte der Kommunikation sind den Patienten in den verschiedenen Bereichen der Kommunikation persönlich am wichtigsten?

Es wurden insgesamt vier unterschiedliche Bereiche der Zahnarzt-Patienten- Kommunikation thematisiert:

- Informationen zur Behandlung
- Bereich Prävention/Prophylaxe
- Rahmenbedingungen der Behandlung
- Begleitumstände der Behandlung

Dabei wurden in jedem Unterabschnitt jeweils verschiedene Aussagen angegeben, die der Befragte individuell in der für ihn bestehenden Wichtigkeit ordnen sollte. Die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Am wichtigsten in der Zahnarzt- Patienten- Kommunikation scheint den Befragten die Informationsvermittlung zur anstehenden Behandlung zu sein (z.B. die Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung, die einzelnen Arbeitsschritte, mögliche Behandlungsalternativen etc.). Diese Informationen sollten vom Zahnarzt leicht verständlich und möglichst ohne medizinische Fachausdrücke vermittelt werden.

Weiterhin zeigen die befragten Personen deutlich, dass sie in der Zahnarzt- Patient- Kommunikation zunehmend als Kommunikator agieren möchten, indem sie jederzeit Fragen stellen und Wünsche äußern möchten.

Die erhobenen soziodemographischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf etc.) zeigen in der vorliegenden Studie keinerlei

Auswirkungen auf die Präferenzen im Rahmen der Zahnarzt-Patienten-Kommunikation. Lediglich der Versichertenstatus und das monatliche Netto-Einkommen zeigen signifikante Zusammenhänge. Bei gesetzlich versicherten Patienten und Patienten mit einem monatlichen Netto-Einkommen kleiner/ gleich 3.000 € spielt der finanzielle Rahmen der Behandlung eine wichtige Rolle. Hier sollte der Zahnarzt von sich aus ganz offen über die anstehenden Kosten der Behandlung aufklären und diese Themen aktiv ansprechen.

Themen wie Angst, Schmerz und Nervosität scheinen bei den Befragten eine zunehmend untergeordnete Rolle in der Zahnarzt-Patienten-Kommunikation zu spielen. Aus diesem Grund scheinen spannungslösende kommunikative Maßnahmen (Witze, Erkundigungen über den letzten Urlaub oder das Befinden etc.) seitens des Zahnarztes bei den Befragten eher unwichtig zu sein.

9 Ausblick

In den letzten Jahren hat in den Bereichen Medizin und Zahnmedizin nicht nur eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik Kommunikation stattgefunden, sondern darüber hinaus haben auch erstmals grundlegende Reformen in der universitären Ausbildung stattgefunden. Der Reformstudiengang HEICUMED (Heidelberger Curriculum Medicinale) der Medizinischen Fakultät Heidelberg gibt Medizinstudenten erstmals die Möglichkeit, ihre kommunikativen Kompetenzen in der Interaktion mit Laienschauspielern zu üben und zu beweisen, um so besser auf den späteren Berufsalltag und Patientenkontakt vorbereitet zu sein.

In der zahnmedizinischen Ausbildung findet die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen leider nur in sehr geringem Umfang statt. So merkt ALEC PARKER in seinem 2007 im North Carolina Medical Journal veröffentlichten Kommentar an: „Since most dental school curriculums do not include courses to improve communication skills, most practitioners graduate without any guidance as how to effectively deliver the information they have aquired.“ ([35], s.S. 365) Aktuelle Entwicklungen zeigen jedoch, dass erste Reformen zu verzeichnen sind. An der Universität Heidelberg startet in Anlehnung an HEICUMED das Projekt HEICUDENT (Heidelberger Curriculum Dentale), bei dem ein Kommunikationstraining mit Hilfe standardisierter Patientenfälle in die vorklinischen Kurse eingebunden wird. Auch an den Zahnkliniken in Düsseldorf, Ulm und Freiburg finden

ähnliche Projekte statt. Dennoch wäre es wünschenswert, diese vereinzelt Reformaten und Projekte zu einem festen Bestandteil der zahnmedizinischen Ausbildung zu machen. Voraussetzung für die erfolgreiche Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Rahmen des Zahnmedizinstudiums ist dabei weiterhin eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik, um „...eine effektive Gesprächsführung lehr- und lernbar zu machen“ ([3], S. 154) und in eine curriculare Neuregelung der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung zu integrieren. Die in den aufgeführten Studien gewonnen Erkenntnisse (siehe Kapitel 2.3 und die Ergebnisse dieser Arbeit) sollten dabei idealerweise in der universitären Ausbildung Berücksichtigung finden.

10 Literaturverzeichnis

1. **Helmich P**, Richter K.: 50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch. VAS Verlag, 2003
2. **Yamalik N.**: Dentist – Patient relationship and quality care 3. Communication. Int Dent J 2005; 55: 254-256
3. **Witt E**, Bartsch A.: Wirkung und Kommunikation im kieferorthopädischen Beratungs- und Behandlungsgespräch. Teil 3: Optimierte Gesprächsführung. J Orofac Orthop 1996; 57: 154-167
4. **Watzlawick P**, Beavin. Janet H, Jackson D: Menschliche Kommunikation. Formen. Störungen. Paradoxien. 11., unveränderte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber, 2007
5. **Birner U**: Psychologie in der Zahnmedizin. Über das Verhalten und Erleben von Menschen in der zahnärztlichen Praxis. Grundlagen – spezielle Problemfelder – Lösungswege. Berlin. Quintessenz Verlag, 1993
6. **Schulz von Thun F**: Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 38., unveränderte Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2003
7. **Schulz von Thun F**: Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation. 23. Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2003
8. **Schulz von Thun F**: Miteinander reden 3. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2003
9. **Leiß O**: Die Sprechstunde. Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gespräches. Der Anästhesist 2007; 56: 78-91

10. **Klages U**, Sergl H G: Kommunikation in der Zahnarztpraxis. In: Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. München. Wien. Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 1996
11. **Geisler L**: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt am Main. Pharma Verlag Frankfurt GmbH, 1987
12. **Rau H**, Pauli P: Medizinische Psychologie/ Medizinische Soziologie. 2. Auflage. Lorch/ Württemberg. Uni-Med-Verlag, 2004
13. **Ley P**: Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance. Sydney. New York. Croom Helm, 1988
14. **Burke F J T.**: What patients want...Dental update 2002; 29/ 4: 161
15. **Veldhuis B**: The relationship between communication styles of dentists and the satisfaction of their patients. Netherlands dental journal 2003; 110: 10
16. **Schneller T**: Das Problem der Compliance. In: Sergl H G: Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. München. Wien. Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 1996
17. **Bartsch A**, Witt E, Marks M: Wirkung von Information und Kommunikation im kieferorthopädischen Beratungs- und Behandlungsgespräch. Teil II: Kommunikationsstil und Compliance. J Orofac Orthop 1995; 56/ 1: 7-15
18. **Schouten BC**, Eijkman M A J, Hoogstraten J: Information and Participation Preferences of Dental Patients. J Dent Res 2004; 83: 961
19. **Schouten BC**: Dentists and Patients communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. Community Dental Health 2003; 20/ 1: 11-15.
20. **Metznitzer A**: Im Anfang war das Wort...Die Sprache (in) der Medizin. Der Anästhesist 2006; 10
21. **Addleson L**: New patient communication. Practical procedures & amp; Aesthetic Dentistry 2004; 16/ 4: 260

22. **Girke** M: Patient- Arzt- Beziehung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 9
23. **Sahm** G, Bartsch A, Witt E: Die kieferorthopädische Behandlung aus Patienten- und Elternsicht. Ergebnisse einer Fragebogenstudie in Praxis und Klinik. J Orofac Orthop 1990; 51/ 6: 336-344
24. **Lahti** S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R: Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? Community Dentistry and Oral Epidemiology 1996; 24: 240-244.
26. **Sheskin** D J: Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures. Boca Raton. Chapman & Hall/ CRC, 2004
27. **Atteslander** P: Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin. Erich Schmidt Verlag GmbH & Co, 2006
28. **Bland** M: Introduction to Medical statistics. Oxford. Oxford University Press, 2000
29. **Scott** I, Mazhindu D: Statistics for Health Care Professionals. London. SAGE Publications, 2005
30. **Conover** W J: Practical Nonparametric Statistics. New York. Wiley, 1999
31. **Kent** G, Blinkhorn, Andrew S: Psychologie in der Zahnheilkunde. München. Wien. Carl Hanser Verlag, 1993
32. **Kreyer** G: Grundlagen der klinischen Dentalpsychologie. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2004
33. **Raith**, E., Ebenbeck, G.: Psychologie für die zahnärztliche Praxis. Stuttgart. Georg Thieme Verlag, 2006
34. **Winnberg** G, Forberger E: Psychologie in der Zahnarztpraxis. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg. Hüthig Buch Verlag, 1992

35. **Parker A:** A Perspective on Doctor- Patient Communication in the Dental Office.
NC Med J 2007; 68/ 5: 365-367

Bibliographie weiterführender Literatur

Die folgende Literatur wurde bei der Einarbeitung in die Thematik gelesen, jedoch nicht als Grundlage für Zitate oder Textpassagen verwendet.

36. **Berg R**: Motivation als ausschlaggebender Faktor bei Erwachsenenbehandlung. J Orofac Orthop 1986; 47/ 4: 287-294

37. **Fleischer-Peters A**, Scholz U: Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie. München und Wien. Carl Hanser Verlag, 1985

38. **Krones C J**, Willis S, Steinau G, Schumpelick V: Der Arzt in der Wahrnehmung des Patienten. Ein aktuelles Meinungsbild. Der Chirurg, 2006

39. **Mostofsky D I**, Forgione A G, Giddon D B: Behavioral Dentistry. Oxford. Blackwell Publishing Company, 2006

40. **Müller-Fahlbusch H**: Ärztliche Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Stuttgart. Thieme Verlag, 1992

41. **Porter M**, Alder B, Abraham C: Psychology and Sociology applied to Medicine. London. Churchill Livingstone, 1999

42. **White J G**: Patient management: measuring patients expectations and perceptions of service quality in a dental training hospital. Journal of the South African Dental Association 2001; 56: 4

43. **Roberts L**, Alec M: Communicating with Patients: what happens in practice? Physical Therapie 2007; 87/ 5: 587-593

11. Anhang

11.1 Fragebogen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Ihnen liegt der Fragebogen einer Evaluationsstudie, die die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient untersuchen soll und von der Heinrich-Heine-Universität durchgeführt wird.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es herauszufinden, welche kommunikativen Aspekte Ihnen als Patient, im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung, besonders wichtig sind. Wir werden uns nach Auswertung dieser Studie noch mehr darum bemühen, auf Ihre Wünsche einzugehen.

Der Fragebogen besteht aus zwei Abschnitten: Am Anfang stehen so genannte soziodemographische Fragen, beispielsweise zu Alter oder Beruf. Anschließend geht es um verschiedene Bereiche der Kommunikation, die zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt/ Ihrer Zahnärztin stattfindet.

Alle Angaben sind freiwillig und anonym. Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an der Studie und wünschen Ihnen viel Spaß beim Beantworten der Fragen!

Prof. Dr. Zimmer
Studienleiter

B. von der Gracht

Teil A: Soziodemographische Fragen

1. Geschlecht männlich (1) weiblich (2)

2. Alter (in Jahren): _____

3. Ihr höchster Bildungsabschluss

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss (1) | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (5) |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (2) | <input type="checkbox"/> Abitur (Allg. Hochschulreife) (6) |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) (3) | <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule (7) |
| <input type="checkbox"/> 10. Klasse Gymnasium (4) | <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium an der Universität (8) |

4. aktueller Familienstand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ledig (1) | <input type="checkbox"/> verwitwet (4) |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/in fester Beziehung lebend (2) | <input type="checkbox"/> Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: _____ |
| <input type="checkbox"/> geschieden (3) | |

5. Berufstätigkeit

- Schüler (1)
- Student (2)
- Auszubildender (3)
- Angestellter (4)
- Arbeiter (5)
- Beamter (6)
- Selbstständiger (7)
- Hausfrau/-mann (8)
- Rentner (9)
- Pensionär (10)
- Arbeitsloser (11)

6. Monatliches Netto-Einkommen des gesamten Haushaltes

- bis 1.000 € (1)
- bis 2.000 € (2)
- bis 3.000 € (3)
- bis 5.000 € (4)
- bis 7.000 € (5)
- mehr als 7.000 € (6)

7. Versichertenstatus

- gesetzlich versichert (1)
- privat versichert (2)

Teil B: Fragen zur Kommunikation zwischen Zahnarzt/Zahnärztin und Patient

Bitte lesen Sie sich zunächst alle drei Aussagen eines Abschnittes durch und bewerten Sie dann, welche der Aussagen Ihnen am wichtigsten erscheint. Erstellen Sie also Ihre persönliche Reihenfolge und bewerten Sie die Aussagen von 1 (am wichtigsten) über 2 (wichtig) bis 3 (nicht so wichtig). Jede Zahl darf nur einmal pro Abschnitt vergeben werden, d.h. Sie müssen sich festlegen, welche Aussage Ihnen am wichtigsten bzw. unwichtigsten ist. Bitte tragen Sie dann die Zahl in das Kästchen vor der Aussage ein. Alle drei Kästchen müssen mit einer Zahl von 1-3 ausgefüllt sein, und zwar in der von Ihnen empfundenen Wichtigkeit der Aussage.

Beispiel:

- Aussage a**
- Aussage b**
- Aussage c**

Abschnitt: Informationen zur Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mir mögliche Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung ausführlich erklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich darüber informiert, wann Schmerzen auftreten können.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die einzelnen Arbeitsschritte und – abläufe informiert.

Abschnitt: Prävention/Prophylaxe

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über meinen Mundgesundheitszustand umfassend informiert.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mir erklärt, wie ich zu Hause meine Mundhygiene verbessern kann.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über professionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. Professionelle Zahnreinigung) informiert.

Abschnitt: Rahmenbedingungen der Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die Dauer der anstehenden Behandlung aufklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die Kosten der Behandlung aufklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über mögliche Behandlungsalternativen aufklärt.

Achtung: im folgenden Abschnitt gibt es 5 Aussagen, d.h. nun müssen Sie die Zahlen 1-5 verteilen.

Abschnitt: Begleitumstände der Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin anfangs mit mir über Themen spricht, die primär nichts mit meinen Zähnen zu tun haben und allgemeiner Natur sind (z.B. über mein Befinden, den letzten Urlaub etc.).
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin zu Beginn der Behandlung spannungslösende Äußerungen macht (z.B. Witze), um mir die Nervosität zu nehmen.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Fragen an den Zahnarzt/an die Zahnärztin stellen kann.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Wünsche äußern kann (z.B. dass ich eine Behandlungspause brauche oder dass ich umspülen möchte etc.).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.2 Fragebogen der Universität Witten/ Herdecke

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Ihnen liegt der Fragebogen einer Evaluationsstudie, die die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient untersuchen soll und von der Universität Witten/ Herdecke durchgeführt wird.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es herauszufinden, welche kommunikativen Aspekte Ihnen als Patient, im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung, besonders wichtig sind. Wir werden uns nach Auswertung dieser Studie noch mehr darum bemühen, auf Ihre Wünsche einzugehen.

Der Fragebogen besteht aus zwei Abschnitten: Am Anfang stehen so genannte soziodemographische Fragen, beispielsweise zu Alter oder Beruf. Anschließend geht es um verschiedene Bereiche der Kommunikation, die zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt/ Ihrer Zahnärztin stattfindet.

Alle Angaben sind freiwillig und anonym. Wir danken Ihnen für Ihre Teilnahme an der Studie und wünschen Ihnen viel Spaß beim Beantworten der Fragen!

Prof. Dr. Zimmer
Studienleiter

B. von der Gracht

Teil A: Soziodemographische Fragen

1. **Geschlecht** männlich (1) weiblich (2)

2. **Alter (in Jahren):** _____

3. Ihr höchster Bildungsabschluss

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss (1) | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (5) |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss (2) | <input type="checkbox"/> Abitur (Allg. Hochschulreife) (6) |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) (3) | <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium an einer Fachhochschule (7) |
| <input type="checkbox"/> 10. Klasse Gymnasium (4) | <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium an der Universität (8) |

4. aktueller Familienstand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ledig (1) | <input type="checkbox"/> verwitwet (4) |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/in fester Beziehung lebend (2) | <input type="checkbox"/> Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: _____ |
| <input type="checkbox"/> geschieden (3) | |

5. Berufstätigkeit

- Schüler (1)
- Student (2)
- Auszubildender (3)
- Angestellter (4)
- Arbeiter (5)
- Beamter (6)
- Selbstständiger (7)
- Hausfrau/-mann (8)
- Rentner (9)
- Pensionär (10)
- Arbeitsloser (11)

6. Monatliches Netto-Einkommen des gesamten Haushaltes

- bis 1.000 € (1)
- bis 2.000 € (2)
- bis 3.000 € (3)
- bis 5.000 € (4)
- bis 7.000 € (5)
- mehr als 7.000 € (6)

7. Versichertenstatus

- gesetzlich versichert (1)
- privat versichert (2)

Teil B: Fragen zur Kommunikation zwischen Zahnarzt/Zahnärztin und Patient

Bitte lesen Sie sich zunächst alle drei Aussagen eines Abschnittes durch und bewerten Sie dann, welche der Aussagen Ihnen am wichtigsten erscheint. Erstellen Sie also Ihre persönliche Reihenfolge und bewerten Sie die Aussagen von 1 (am wichtigsten) über 2 (wichtig) bis 3 (nicht so wichtig). Jede Zahl darf nur einmal pro Abschnitt vergeben werden, d.h. Sie müssen sich festlegen, welche Aussage Ihnen am wichtigsten bzw. unwichtigsten ist. Bitte tragen Sie dann die Zahl in das Kästchen vor der Aussage ein. Alle drei Kästchen müssen mit einer Zahl von 1-3 ausgefüllt sein, und zwar in der von Ihnen empfundenen Wichtigkeit der Aussage.

Beispiel:

- Aussage a**
- Aussage b**
- Aussage c**

Abschnitt: Informationen zur Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mir mögliche Risiken bzw. Komplikationen der Behandlung ausführlich erklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich darüber informiert, wann Schmerzen auftreten können.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die einzelnen Arbeitsschritte und – abläufe informiert.

Abschnitt: Prävention/Prophylaxe

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über meinen Mundgesundheitszustand umfassend informiert.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mir erklärt, wie ich zu Hause meine Mundhygiene verbessern kann.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über professionelle Prophylaxemaßnahmen (z.B. Professionelle Zahnreinigung) informiert.

Abschnitt: Rahmenbedingungen der Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die Dauer der anstehenden Behandlung aufklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über die Kosten der Behandlung aufklärt.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin mich über mögliche Behandlungsalternativen aufklärt.

Achtung: im folgenden Abschnitt gibt es 5 Aussagen, d.h. nun müssen Sie die Zahlen 1-5 verteilen.

Abschnitt: Begleitumstände der Behandlung

- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin nur wenige medizinische Fachausdrücke verwendet.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin anfangs mit mir über Themen spricht, die primär nichts mit meinen Zähnen zu tun haben und allgemeiner Natur sind (z.B. über mein Befinden, den letzten Urlaub etc.).
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass der Zahnarzt/ die Zahnärztin zu Beginn der Behandlung spannungslösende Äußerungen macht (z.B. Witze), um mir die Nervosität zu nehmen.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Fragen an den Zahnarzt/an die Zahnärztin stellen kann.
- Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es mir wichtig, dass ich als Patient jederzeit Wünsche äußern kann (z.B. dass ich eine Behandlungspause brauche oder dass ich umspülen möchte etc.).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.3 Lebenslauf

Persönliche Angaben

Anschrift: Britta von der Gracht
Teutonenstr. 2
40545 Düsseldorf

Geburtsdatum: 06.10.1980

Geburtsort: Aachen

Familienstand: ledig, keine Kinder

Nationalität: deutsch

Schulbildung

1987 – 1991 Katholische Grundschule, Jülich

1991 – 2000 Mädchengymnasium St. Josef, Jülich

Hochschulbildung

2000 – 2004 Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften an der Ruhr- Universität Bochum (M.A.)

2004 – 2010 Studium der Zahnheilkunde an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Weiterbildung

| | |
|-----------------|--|
| Juli 2010 | Vorbereitungsassistentin in der Gemeinschaftspraxis Dr. Bruckner und Neubecker, Pulheim |
| ab August 2010 | Weiterbildungsassistentin in der kieferorthopädischen Praxis Dr. Julia Tiefengraber, Meerbusch |
| seit April 2011 | Teilnahme am ERASMUS-Programm der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung für Kieferorthopädie, unter der Leitung von Prof. Dr. R. Schwestka-Polly |

11.4 Danksagung

Mit der Fertigstellung der vorliegenden Dissertation möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei den Menschen bedanken, die mich in dieser nicht immer einfachen Zeit begleitet und unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt dabei zunächst Prof. Dr. Stefan Zimmer, nicht nur für die freundliche Überlassung des Promotionsthema, sondern ebenso für die sorgfältige Betreuung und die geduldige Unterstützung insbesondere bei der statistischen Auswertung.

Schließlich möchte ich mich an dieser Stelle bei meinen Eltern bedanken, die mir bei beiden Studiengängen sowie der vorliegenden Dissertation stets mit Rat und Tat zur Seite standen. Ohne ihre liebevolle Unterstützung, Ermutigung und ihren unermüdlichen Zuspruch würde diese Dissertation sicherlich nicht vorliegen.

11.5 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

21.09.2012, Britta von der Gracht

Unterschrift: