

**Aus der Universitätsklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten
Abteilung für Zahnärztliche Prothetik
der Universität Würzburg**

Direktor: Professor Dr. med. dent. M. Schmitter

**Evaluation eines Kommunikationstrainings für
Zahnmedizinstudierende mit Fokus auf
kommunikationsbezogene Selbstwirksamkeit**

Inauguraldissertation

**zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

**vorgelegt von
Helena Lorz
aus Bad Windsheim**

Würzburg, Januar 2021

Referent: Prof. Dr. med. dent. M. Schmitter

Korreferentin: Prof. Dr. med. S. König

Dekan: Prof. Dr. med. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 18.01.2021

Die Promovendin ist Zahnärztin

Meiner Familie in Dankbarkeit gewidmet

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abkürzungsverzeichnis
1 Einleitung	1
1.1 Hinleitung zum Thema	1
1.2 Bedeutung der (zahn-)ärztlichen Kommunikation.....	2
1.2.1 Definition Kommunikation und die vier Seiten einer Nachricht.....	2
1.2.2 Non- und paraverbale Kommunikation.....	3
1.2.3 Das ärztliche Gespräch.....	3
1.2.4 Patientenzufriedenheit und Empathie	6
1.2.5 Selbstwirksamkeitserwartung und deren Auswirkung	7
1.3 Besonderheiten in der (zahn-)ärztlichen Kommunikation	11
1.3.1 Asymmetrie zwischen (zahn-)ärztlichem Behandler und seinem Patienten.....	11
1.3.2 Veränderungswünsche von Patienten an die zahnärztliche Behandlung.....	12
1.3.3 Der „schwierige Patient“	13
1.3.4 Beeinträchtigung der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Behandlers.....	14
1.4. Training von Kommunikationsfertigkeiten.....	14
1.4.1 Simulationsbasiertes Training	15
1.4.2 Kommunikationstraining und Selbstwirksamkeit	17
1.5 Fragestellung und Hypothesen	21
2 Material und Methodik.....	23
2.1 Studiendesign.....	23
2.2 Datenmanagement	23
2.3 Zeitlicher Ablauf der Studie.....	24
2.4 Kommunikationstraining für Studierende der Zahnmedizin	24
2.4.1 Lehrmethode und Strategie	26
2.4.1.1 Die Entwicklung der Patientenrollen	27
2.4.1.2 Training der standardisierten Patientenrollen	29
2.4.1.3 Moderatorenschulung	30
2.4.2 Ablauf der Rollenspiele	30
2.4.2.1 Ablauf des Feedbacks	31
2.4.2.2 Lehrevaluation	33

2.5 Instrumente zur Befragung der Studierenden	33
2.5.1 Fragebogen zur kommunikativen Selbstwirksamkeit	33
2.5.2 Fragebogen zur Effektivität des Kommunikationstrainings für Zahnmedizinstudierende.....	34
2.5.3 Lehrveranstaltungsevaluationsbogen	35
2.6 Statistische Auswertung.....	35
3 Ergebnisse.....	38
3.1 Stichprobe.....	38
3.2 Vergleich der kommunikationsbezogenen Selbstwirksamkeit	39
3.3 Vergleich der Einschätzung der Effektivität des Kommunikationstrainings	45
3.4 Lehrveranstaltungsevaluation	50
4 Diskussion	53
4.1 Einschätzung der Selbstwirksamkeit direkt nach dem Kommunikationstraining	53
4.2 Mittelfristige Veränderung der kommunikativen Selbstwirksamkeit ...	55
4.3 Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings direkt nach diesem.....	62
4.4 Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings nach erfolgtm Patientenkontakt	65
4.5 Limitationen	68
4.6 Fazit und Ausblick.....	70
5. Zusammenfassung.....	72
6. Literaturverzeichnis	76
7. Anhänge	95
8. Lebenslauf
9. Danksagung.....

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
MFT	Medizinischer Fakultätentag
MW	Mittelwert
n	Anzahl der an dieser Untersuchung teilgenommenen Studierenden
NKLZ	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin
p	Signifikanz
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SP	Schauspiel-, Simulations- oder standardisierte Patienten bzw. Simulationspersonen
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
ZEP	Zentrum für Psychische Gesundheit
ZMKG	Zentrums für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit

1 Einleitung

1.1 Hinleitung zum Thema

Die Notwendigkeit der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von in Gesundheitsberufen Tätigen für eine Optimierung der Patientenversorgung ist in den letzten Dekaden vermehrt in den Fokus getreten (Nørgaard et al., 2012). Auf europäischer Ebene besteht die Forderung ein Kommunikationstraining in allen europäischen Staaten für Studierende von Gesundheitsberufen entsprechend den Bologna-Kriterien einzuführen (Bachmann et al., 2013).

Für eine erfolgreiche Patientenbehandlung spielt nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern auch die Eigenschaften und Fähigkeiten des Arztes eine wichtige Rolle. Bereits vor fast 100 Jahren führte der deutsche Arzt und Publizist Erwin Liek (1878-1935) an: „Wenn man auch zum Arzt geboren sein muß, um etwas Gutes zu leisten, so gibt es doch Anlagen genug, die bei der richtigen Pflege sich entwickeln, bei falscher verkümmern.“ (Liek, 1927: S. 178–179). Um den Beruf des (Zahn-)Arztes ausüben zu dürfen, wird ein erfolgreich absolviertes (Zahn-) Medizinstudium vorausgesetzt, wodurch der Absolvent zunächst erst einmal „nur“ (Zahn-)Mediziner mit der entsprechenden fachlichen Kompetenz ist (Berberat & Teufel, 2018). In dem am 4. Juni 2015 verabschiedeten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) werden neben Wissen und Fertigkeiten auch übergeordnete Lernziele wie ärztliche Gesprächsführung, Wissenschaftskompetenzen und sogenannte Soft Skills wie zum Beispiel Empathie definiert (Medizinischer Fakultätentag, 2016; Richter-Kuhlmann, 2015). Erarbeitet wurde der NKLZ von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) mit Vertretern aus medizinischen Fachgesellschaften, Organisationen der Selbstverwaltung, zuständigen Ministerien und Behörden sowie Wissenschaftsorganisationen (zm online: 07.08.2015). Dennoch ist die Lehre in der Zahnmedizin immer noch von der Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 geprägt, wobei der Schwerpunkt auf spezifischen Fachkenntnissen und manueller Präzision liegt und die kommunikative Kompetenz eine untergeordnete Rolle spielt.

1.2 Bedeutung der (zahn-)ärztlichen Kommunikation

1.2.1 Definition Kommunikation und die vier Seiten einer Nachricht

Das Wort Kommunikation leitet sich laut Duden vom lateinischen communicatio = „Mitteilung, Unterredung“ ab und bedeutet „Verständigung untereinander; zwischenmenschlicher Verkehr besonders mithilfe von Sprache, Zeichen“ (Duden online-Wörterbuch).

Nach Schulz von Thun (2009) besteht Kommunikation aus dem Austausch von Informationen zwischen einem Sender und einem Empfänger. Dieser Transfer erfolgt meist nicht nur in eine Richtung, sondern reziprok, sprich der Sender erhält eine Rückmeldung über sein gesendetes Signal durch den Empfänger. Jede Nachricht beinhaltet dabei Botschaften auf vier verschiedenen Ebenen. Der Sender vermittelt verbal einen expliziten, bewussten Inhalt an den Empfänger (Sachebene, „Worum geht es?“) und nonverbal durch Intonation, Gestik und Mimik – sowohl bewusst als auch unbewusst - die Beziehungsebene („Wie stehen wir zueinander?“). Mit jeder Nachricht gibt der Sender sowohl freiwillig als auch unfreiwillig Informationen über sich selbst preis (Selbstoffenbarung) und versucht gegebenenfalls sein Gegenüber zu einer bestimmten Handlung zu bewegen (Appell). Missverständnisse können durch jede Seite der Nachricht entstehen, besonders wenn das Augenmerk von Sender und Empfänger auf unterschiedlichen Ebenen der Nachricht liegt (Schulz von Thun, 2009). Ein Beispiel aus dem zahnärztlichen Alltag wäre, wenn der Zahnarzt einen Neupatienten beim ersten Besuch fragt: „Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?“. Bezieht sich der Patient auf die Inhaltsebene der Frage, wird er eventuell antworten: „Vor einem Jahr“. Wertet er die Frage aber als leisen Vorwurf und bezieht sich auf die Beziehungsebene - obwohl das vom Fragesteller nicht beabsichtigt war, möglicherweise weil jener schon mit einem schlechten Gewissen in die Praxis gekommen ist (beispielsweise aufgrund von mangelnder Mundhygiene oder Nichteinhaltens der empfohlenen jährlichen Kontrolle) - wird er sich wahrscheinlich versuchen zu verteidigen, abzulenken oder auszuweichen (Raith & Ebenbeck, 1986).

1.2.2 Non- und paraverbale Kommunikation

Lange bevor sich die Sprache zur Kommunikation untereinander entwickelte, tauschten Menschen Nachrichten nonverbal aus. Auch heute noch spielt neben der verbalen die non- und paraverbale Kommunikation eine entscheidende Rolle in jeder menschlichen Interaktion. Nonverbale Kommunikation gibt eine Vielzahl von Hinweisen und umfasst Gestik und Mimik, Körperhaltung, Blickkontakt und zu guter Letzt auch Kleidung und Erscheinung. Zur paraverbalen Kommunikation zählen Schnelligkeit, Tonhöhe, Klang und Lautstärke der Stimme. Verbale Kommunikation kann durch nonverbale verstärkt, ergänzt oder betont, bzw. ihr widersprochen werden. Da nonverbales Verhalten nicht so leicht kontrollierbar ist, gilt dies als authentischer und vertrauensvoller als gesprochene Worte (Knapp & Daly, 2011). Die 55-38-7 Regel von Albert Mehrabian besagt, dass lediglich sieben Prozent einer Botschaft durch das gesprochene Wort, dagegen 38% durch Stimmlage und 55% durch nonverbale Kommunikation wie Körpersprache, Blickkontakt, etc. vermittelt werden (Mehrabian & Ferris, 1967). Durch das Senden von „gemischten Signalen“ können Missverständnisse entstehen.

1.2.3 Das ärztliche Gespräch

Das ärztliche Gespräch stellt eine besondere Form der Kommunikation dar und hat eine Vielzahl von Funktionen. Nach Bird und Cohen-Cole (1990) dient es zum einem dem Informationsgewinn, um eine Diagnose stellen und die Therapie planen zu können, zum anderen dem Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Aufklärung und Motivation des Patienten, was dem Verständnis der Krankheit und der Behandlung dient, sowie dessen Involvierung in den Behandlungsprozess erleichtert (Bird & Cohen-Cole, 1990). Ein klinischer Review von Maguire und Pitceathly (2002) über wichtige Kommunikationsfähigkeiten und wie diese erworben werden können, fasst folgende Punkte zusammen: Wenn Ärzte Kommunikationsfähigkeiten effektiv einsetzen, profitieren sowohl sie als auch ihre Patienten davon. Sie identifizieren die Probleme ihrer Patienten genauer (Maguire et al., 1986) und ihre Patienten sind zufriedener mit ihrer Versorgung

und können ihre Probleme, Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten besser verstehen. Dadurch zeigen die Patienten mehr Behandlungsmotiv und befolgen Ratschläge zu Verhaltensänderungen eher (Silverman et al., 2013); Patientenleid und Anfälligkeit für Angstzustände und Depressionen werden verringert (Roter et al., 1995; Zachariae et al., 2003). Außerdem verbessert sich auch das eigene Wohlbefinden der Ärzte durch erhöhte Arbeitszufriedenheit und reduzierten Arbeitsstress (Ramirez et al., 1996; Wright et al., 2010).

Zu den Schlüsselementen in der Patientenkommunikation gehören: Vom Patienten Informationen zu seinem Anliegen und Hauptproblem, sowie deren empfundenen physischen, emotionalen und sozialen Auswirkungen zu gewinnen. Des Weiteren sollten die übermittelten Informationen dem Patientenwunsch angepasst und sein Verständnis dafür geprüft, sowie seine Reaktion darauf beobachtet werden. Eine wichtige Rolle spielt, inwieweit der Patient in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden möchte und dies zu akzeptieren. Hierfür müssen die Behandlungsmöglichkeiten genau erörtert werden, damit der Patient die Auswirkungen dieser verstehen kann. Dies maximiert die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient den vereinbarten Beschluss über Behandlung und vorgeschlagene Lebensstiländerung befolgt (Maguire & Pitceathly, 2002). Ein Review von Stewart (1995) bestätigt, dass der Gesundheitszustand eines Patienten durch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation verbessert werden kann. Denn eine effektive Kommunikation hat nicht nur einen positiven Einfluss auf den emotionalen (Rainey, 1985), funktionellen (Kaplan et al., 1989) und psychologischen (Roter & Hall, 1991) Zustand des Patienten, sondern begünstigt auch eine Symptomminderung (Heszen-Klemens et al., 1984) und die Schmerzverarbeitung (Mistiaen et al., 2016). Um dies zu erreichen, sollte der Behandler eine weite Bandbreite von Fragen stellen und nicht nur die körperlichen Probleme fokussieren. Auch die Gefühle und Sorgen der Patienten, ihr Verständnis und Erwartungen an die Therapie und ihr eigene Wahrnehmung, wie die Krankheit sie beeinträchtigt, sollten erfragt werden. Allgemein sollte auf eine ruhige Atmosphäre, ausreichende Privatsphäre und einen geeigneten Zeitansatz geachtet werden (Groß, 2016).

Patienten möchten in die Behandlung in unterschiedlichem Maß mit einbezogen werden. Die Übereinstimmung von Arzt und Patient über die Problemursache und die weiteren zu ergreifenden Maßnahmen ist dafür unerlässlich (Stewart, 1995). Bei einer solchen partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) durchlaufen der Behandler und der Patient alle Phasen der Entscheidungsfindung gemeinsam, teilen sich ihre Behandlungspräferenzen mit und erlangen eine Einigung über die Wahl der Therapie (Joosten et al., 2008). Dadurch wird der Patient in seine eigene Behandlung aktiv mit einbezogen, dies erhöht seine Zufriedenheit mit der Entscheidung und somit die Wahrscheinlichkeit, dass dem Therapiekonzept Folge geleistet wird (Adhärenz). Hauptaspekte hierbei sind: für den Patienten verständliche Informationen, Behandlungspräferenzenerhebung und gründliche gemeinsame Abwägung der Optionen hinsichtlich Behandlung oder weiterem Vorgehen (Glass et al., 2012). Ärzte tun sich leider häufig mit den oben genannten Aufgaben schwer. Nur etwa die Hälfte der Beschwerden und Bedenken der Patienten werden aufgedeckt (Maguire et al., 1996), vor allem solche psychologischer oder sozialer Natur bleiben im Verborgenen (Ford et al., 1994). Ärzte übermitteln ihre Behandlungsstrategien meist unflexibel und neigen dazu den Informationswunsch des Patienten zu ignorieren und das Patientenverständnis nicht zu prüfen (Maguire et al., 1996). Zudem haben Untersuchungen gezeigt, dass Ärzte ihre Patienten im Schnitt nach 18 Sekunden zum ersten Mal unterbrechen, wodurch möglicherweise relevante Informationen verloren gehen können (Beckman & Frankel, 1984). Dabei enden die meisten Patienten bereits nach durchschnittlich 90 Sekunden, wenn man sie ausreden lässt (Langewitz et al., 2002).

Mögliche Gründe für die genannten Unzulänglichkeiten sind Befürchtungen von Ärzten, nicht mit den sozialen und emotionalen Problemen der Patienten umgehen zu können und das Patientenleiden zu erhöhen. Sie befürchten in zeitliche Bedrängnis zu kommen und eine eigene emotionale Belastung. Folglich reagieren sie auf emotionale Hinweise mit Strategien, die weitere Enthüllungen abwenden (Maguire et al., 1996). Zu diesem Verhalten gehören Ratschläge und Beruhigung bevor das Hauptproblem überhaupt identifiziert wurde; Schmerz und

Leid als normal abzutun, nur auf körperliche Aspekte zu achten und das Thema zu wechseln. Dem gegenüber stehen Gründe, warum Patienten ihre Probleme nicht offenlegen: Der Glaube, dass nichts für sie getan werden kann, Abneigung gegen den Arzt oder dessen blockierendes Verhalten, der Wunsch nicht jämmerlich oder undankbar zu wirken, sowie Angst vor der Bestätigung, dass etwas nicht mit ihnen stimmt (Maguire & Pitceathly, 2002).

1.2.4 Patientenzufriedenheit und Empathie

Die Patientenzufriedenheit wird im hohen Maße von der kommunikativen Fähigkeit des Arztes beeinflusst. Eine partnerschaftliche Kommunikation gilt als stärkster, unabhängiger Prädiktor für die Patientenzufriedenheit (Little et al., 2001). Eine verständliche Informationsübermittlung und Respektierung der Wahrnehmungen, Erwartungen und subjektiven Krankheitskonzepte des Patienten spielen eine wichtige Rolle (Farin, 2010). Die Empathie des Arztes, folglich seine Bemühungen sich in die Gefühle des Patienten hineinzusetzen und diese in Worte zu fassen, wurde als maßgeblicher Faktor für eine gelungene Kommunikation identifiziert (Neumann et al., 2009). Die Reaktion des Arztes auf die emotionalen Probleme des Patienten stärkt die therapeutische Beziehung zwischen den beiden Gesprächspartnern (Buszewicz et al., 2006), reduziert die Angst (van Dulmen & van den Brink-Muinen, 2004) und erhöht die Zufriedenheit des Patienten (Hojat et al., 2011). Empathie umfasst sowohl empathische und kommunikative Fähigkeiten als auch die Kompetenz eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen (Derksen et al., 2013). Eine empathische Kommunikation fördert das gegenseitige Verständnis, das Vertrauen des Patienten, seine Behandlungssadhärenz und Selbstwirksamkeit (siehe Abschnitt 1.2.5) (Street et al., 2009).

Die „Wirksamkeit“ von Ärzten beruht nicht nur auf der medizinisch-körperlichen Versorgung, sondern auch auf der von ihnen geschaffenen, beruhigenden und freundlichen Atmosphäre (Di Blasi et al., 2001). Empathische Gesprächsführung ermutigt den Patienten mehr über seinen Zustand und Symptome zu sprechen, welches der Informationsgewinnung dient. Des Weiteren wird die Selbstwirksamkeit des Patienten gefördert, was es ihm erleichtert aktiv an seiner

Behandlung teilzunehmen. Durch die Etablierung einer effizienten therapeutischen Interaktion wird der Genesungsprozess positiv beeinflusst (Halpern, 2003) und seine Adhärenz erhöht (Roter et al., 1998).

1.2.5 Selbstwirksamkeitserwartung und deren Auswirkung

„Wenn es einen Glauben gibt, der Berge versetzen kann,
so ist es der Glaube an die eigene Kraft.“

(Marie von Ebner Eschenbach, 1911)

Die kommunikativen Fähigkeiten werden durch die Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst (Smith & Hart, 1994). Die Theorie zur Selbstwirksamkeit geht auf den kanadischen Psychologen Albert Bandura (1977) zurück und beschreibt das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, neue oder schwierige Anforderungssituationen bewerkstelligen zu können. Die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten hängt mit allen bisherigen Lebenserfahrungen zusammen und beeinflusst, ob eine Herausforderung angenommen und wieviel Mühe bzw. Ausdauer investiert wird (Bandura, 1977). Menschen neigen dazu Situationen zu vermeiden, von denen sie ausgehen, diese nicht handhaben zu können (Saltzer, 1982). Eine Person mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung dagegen glaubt daran, etwas bewirken und die Umstände durch eigenes, selbständiges Handeln beeinflussen zu können. Das eigene Selbstbild, welches eng mit der Selbstwirksamkeit assoziiert ist, wirkt sich auf die Leistungen aus (Bandura, 1988; Heindle, 2009). Laut Bandura sind Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit erfolgreicher, effektiver und gesünder als jene mit geringerer Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997). Durch das erfolgreiche Lösen einer Aufgabe werden die Selbstwirksamkeitserwartungen verbessert, somit können sich diese und Erfolgserlebnisse gegenseitig verstärken und stabilisieren (Bandura, 1982). Voraussetzung hierfür ist, dass der Erfolg eigenen Kompetenzen und nicht externen Umständen wie beispielsweise Glück zugeschrieben wird.

Im Gegensatz zu Errungenschaften nach großem Aufwand festigen diese nach minimaler Anstrengung die Selbstwirksamkeit wesentlich, da sie auf hohe eigene Fertigkeiten zurückgeführt werden.

Das gleiche gilt bei als schwierig angesehenen Problemen, die einen größeren Effekt auf die Selbstwirksamkeit haben als Erfolge bei als leicht bewerteten Aufgaben. Erfolgserlebnisse stärken die Selbstwirksamkeit desto eher, als je vielfältiger, anspruchsvoller und komplexer die bewerkstelligte Problemsituation gilt (Schneider, 2006). Hoch Selbstwirksame neigen dazu Misserfolge auf mangelnde Anstrengung zurückzuführen, wohingegen Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit, aber gleichen Fähigkeiten, ihre Misserfolge eher mangelnder Kompetenz zuschreiben (Collins, 1982). Laut Ernst (2001) beeinflusst die Selbstwirksamkeit die Auswahl der gesetzten Ziele, die investierte Zeit und Ausdauer für die Zielerreichung und auch die Art und Weise, wie mit Rückschlägen umgegangen wird. Das Maß der eigenen Selbstwirksamkeit trägt zu dauerhaftem Erfolg bei, denn viele erfolgreiche Erlebnisse stärken den Glauben an sich selbst und ermutigen zur Annahme weiterer Herausforderungen (Ernst, 2001). Wurden einmal Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aufgebaut, wirken sich Misserfolge weniger ungünstig auf die eigenen Kompetenzüberzeugungen aus (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Dabei können Selbstwirksamkeitserwartungen, die schon lange Zeit existieren, schwieriger verändert werden als solche, die erst kürzlich erworben wurden (Schneider, 2006).

Das Maß der Selbstwirksamkeit berührt somit die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft (Bandura, 1982).

Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung

Nach Bandura (1997) gibt es vier Quellen für den Erwerb von Kompetenzüberzeugungen: eigene und stellvertretende Erfahrungen, verbale Überredung sowie das Erleben physiologischer Erregung.

Physiologische Rückmeldung

Physiologische Reaktionen bzw. gefühlsmäßige Erregung stellen die vergleichsweise schwächste Quelle zum Aufbau von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen dar. Physiologische Rückmeldungen in Form von erhöhtem Herzschlag, Schwitzen o.ä. werden von der Person wahrgenommen und bewertet, dadurch können diese einen Hinweis auf eigene Handlungsressourcen geben. Da körperliche Reaktionen wie erhöhter Herzschlag oder Schwitzen auch anderen Ursprungs sein können – z.B. übermäßiger Kaffeegenuss, Zeitdruck oder Hitze - und je nach Erfahrung und Persönlichkeit physiologische Reaktionen vom Betroffenen verschieden wahrgenommen und interpretiert werden, haben diese somit unterschiedliche Auswirkungen. Wird die Erregung ursächlich eher persönlichen Defiziten zugeschrieben, besteht die Gefahr einer reziproken Erregungseskalation (Schneider, 2006). Hierbei reagiert eine Person in einer neuen, herausfordernden Situation mit Aufregung und deren physiologischen Auswirkungen. Wenn die Ursache der Aufregung in der mangelnden Kompetenz gesehen wird, wird die Handlung wahrscheinlicher abgebrochen oder zu einem erfolglosen Abschluss gebracht – obwohl (objektiv betrachtet) ausreichende Kompetenzen vorhanden gewesen wären. In der Konsequenz traut sich der Betroffene in Zukunft weniger zu, Vorhaben gelingen erneut schlecht oder nicht und es entsteht ein Circulus vitiosus, dessen Ursprung die falsche Selbsteinschätzung der Fertigkeiten infolge physiologischer Rückmeldung war (Heindle, 2009).

Verbale Beeinflussung

Das Zutrauen in das eigene Können durch andere und die soziale Unterstützung in Form von verbalem Zuspruch stärkt den Glauben an die eigene Kraft (Bandura, 1982). Diese Beeinflussung ist umgebungs- und stimmungsabhängig sowie

bedingt davon, welche Person einen ermutigt und ob dieser die erforderliche Glaubwürdigkeit und Expertise zugesprochen wird. Dabei lernt der Mensch im Laufe des Lebens individuell, inwieweit er sich auf Empfehlungen und Kommentare der Mitmenschen verlassen kann (Bandura, 1977; Heindle, 2009). Nach Schwarzer und Jerusalem wird dieses Zutrauen jedoch nur aufrechterhalten, wenn die nachfolgenden Erfahrungen erfolgreich verlaufen sind und in dieser Weise aufgebaute Erwartungen eigener Kompetenz können durch Misserfolge schnell wieder abgebaut werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Stellvertretende Erfahrung

Beim „Lernen am Modell“ fühlt man sich selbst in der Lage eine Situation zu meistern, wenn eine andere Person in der Umgebung diese erfolgreich bewältigt hat. Das Beobachten erfolgreicher Verhaltensmodelle ist besonders wirksam, wenn Ähnlichkeiten in den zentralen Attributen (z.B. hinsichtlich des Alters, Geschlechts und sozialen Status, ...) mit dem Lernenden bestehen und die Fähigkeiten als vergleichbar angesehen werden (Heindle, 2009).

Eigene Erfahrung

Eigene Erfolgserfahrungen sind die stärkste Quelle zum Aufbau von Kompetenzüberzeugungen. Damit eigene Erfolgserlebnisse Selbstwirksamkeitsfördernde Effekte haben können, müssen Erfolge wahrgenommen und auf eigene Anstrengungen oder Fähigkeiten zurückgeführt werden (Schunk, 1995). Allgemein wirken sich Erfolge positiv auf die Kompetenzüberzeugungen aus, Misserfolge dagegen schwächen sie. Sind Selbstwirksamkeitsüberzeugungen aber einmal aufgebaut, haben einzelne Misserfolge kaum mehr negative Einflüsse auf die Selbstwirksamkeit, sie werden viel mehr konstruktiv genutzt, z.B. indem weitere Anstrengungen zur Zielerreichung investiert werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

1.3 Besonderheiten in der (zahn-)ärztlichen Kommunikation

1.3.1 Asymmetrie zwischen (zahn-)ärztlichem Behandler und seinem Patienten

Im Buch „Psychologie für die zahnärztliche Praxis“ von Raith und Ebenbeck (1986) findet man einige interessante Gesichtspunkte zu diesem Thema.

Ob im Bus, Zug oder Wartezimmer, es lässt sich immer das gleiche Phänomen beobachten: Neuankommende wahren meist den Abstand zu den Anwesenden. Erst wenn kein anderer Platz mehr frei ist, setzen sich die Leute neben jemand anderen. Laut Morris führt jeder ein „tragbares Territorium“, sprich seinen persönlichen Umraum mit sich. Die intime Distanz eines Menschen reicht von Hautkontakt bis zu circa 60 cm Abstand. In dieser Nähe werden normalerweise lediglich Liebespartner, Familienangehörige und enge Freunde toleriert. Berührungen am Kopf gelten somit als intime Geste, vor allem da dieser ein empfindlicher Körperteil und der Sitz der wichtigsten Sinnesorgane ist. Weil die Hand den potentiell gefährlichsten Körperteil darstellt, bedarf es für diese Berührung eines engen Vertrauensverhältnisses (Morris, 1996). Bei der zahnärztlichen Behandlung spielen diese Grundsätze eine bedeutende Rolle, denn hierbei wird eindeutig in die persönliche Sphäre des Patienten eingedrungen und die normalerweise vorhandenen Phasen der Annäherung und des Vertraut-Werdens werden schnell abgehandelt bzw. gar übersprungen. Der Behandler sollte darauf Rücksicht nehmen, dass durch seine Intervention die Intimsphäre des Patienten durchbrochen und unter Umständen dessen Selbstbewusstsein beeinträchtigt wird. In der gesellschaftlichen Hierarchie signalisieren übergeordnete Personen ihre Macht und ihren Einfluss durch eine erhöhte Position. Das für die zahnärztliche Behandlung notwendige Arrangement mit erhöht sitzendem Zahnarzt und liegendem Patienten löst gegebenenfalls beim Behandelten Unterlegenheitsgefühle aus. Die liegende Position ist gänzlich ungeeignet für die körperliche Selbstverteidigung (Goffman, 1981) und kann somit Gefühle der Angst und des Ausgeliefertseins auslösen. Um dem entgegen zu wirken, sollte der Zahnarzt versuchen verbal die Selbstsicherheit des Patienten zu stabilisieren (Raith & Ebenbeck, 1986).

Eine Besonderheit der zahnärztlichen Behandlung ist, dass diese hauptsächlich im Mund stattfindet, welcher nicht nur für die verbale Kommunikation benötigt

wird, sondern auch ein hoch empfindlicher und emotional bedeutsamer Bereich des Körpers ist. Bei der oralen Untersuchung durch den Zahnarzt wird der Patient daran gehindert sich verbal äußern zu können. Fokussiert sich der Zahnarzt auf die Mundpartie des Patienten, können wichtige kommunikative nonverbale Signale leicht übersehen oder missachtet werden. Dies wird durch das Tragen einer Lupenbrille und des daraus resultierten eingeschränkten Blickfeldes verstärkt. Des Weiteren entsteht durch das Ungleichgewicht zwischen dem Expertenwissen des Zahnarztes und dem Laienwissen des Patienten eine asymmetrische Beziehung. Diese wird durch den Gebrauch von Fachtermini seitens des Behandlers verschärft und kann dazu führen, dass sich der Patient durch mangelndes Verständnis unzureichend informiert fühlt, was sich wiederum negativ auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Dabei ist auch auf das richtige Maß an übermittelten Auskünften zu achten, um dem Patienten weder wichtige Informationen vorzuenthalten noch ihn damit zu überfordern (Groß, 2016).

1.3.2 Veränderungswünsche von Patienten an die zahnärztliche Behandlung

Laut einer in Deutschland durchgeführten Passantenbefragung wünschen sich potentielle Patienten in zahnärztlichen Behandlungen genaue Informationen zu Länge, Art und Dauer der Behandlung (69%), sowie Mitgefühl seitens des Zahnarztes (62%). Außerdem sollte die Behandlung schmerzfrei sein (58%). 53% der Befragten wünschen sich vom Zahnarzt Unterstützung ruhig zu bleiben und sich zu entspannen, sowie die Möglichkeit über ihre Angst zu reden (45%) (Enkling et al., 2006). Eine schriftliche Befragung von Patienten zur Bewertung ihrer zahnärztlichen Versorgung ergab, dass Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation wie Zuhören, Zeit haben und es leichtmachen, über Probleme zu sprechen einen großen Einfluss auf die Gesamtbewertung und Weiterempfehlungsbereitschaft haben. Die befragten Patienten wünschten sich z. T. mehr Freundlichkeit, weniger Hektik sowie mehr Informationen über die einzelnen Behandlungsschritte (Klingenberg et al., 2008). Allgemein lässt sich aus Befragungsergebnissen ableiten, dass die Kommunikation zwischen dem Patienten und Zahnarzt aus Patientensicht eine übergeordnete Rolle für die Bewertung der zahnärztlichen Versorgung spielt (Andela, 2001; Schouten et al.,

2003; Sondell et al., 2002; Vermaire & Eijkman, 2001). Ebenfalls hat die nonverbale Ausdrucksfähigkeit des Arztes Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Positiv bewertet werden dabei: weniger aufgewendete Zeit durch Lesen der Krankenakte oder Notizen machen; direkter Augenkontakt, Lächeln, eine angenehme Tonlage, eine zugewandte Sitzposition des Arztes mit offener Körperhaltung, eine angemessene zwischenmenschliche Distanz, zustimmendes Nicken und viele Gesten (Griffith et al., 2003; Hall et al., 1995; Mast, 2007).

1.3.3 Der „schwierige Patient“

Der Ausdruck „schwieriger Patient“ birgt das Risiko den Patienten für Kommunikationsprobleme verantwortlich zu machen. Dabei entstehen schwierige Situationen oft durch eine Dysfunktion der Arzt-Patienten-Beziehung und nicht aufgrund „falschen“ Verhaltens seitens des Patienten (Mehnert et al., 2012). Unter anderem folgende Verhaltensweisen von Ärzten führen zu Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung: resigniertes, hektisches oder nicht entgegenkommendes Verhalten, Mangel an Empathie, Schuldzuweisung an den Patienten, Ignorieren von Fragen und Hinweisen, häufiges Unterbrechen, sowie nonverbal ausgedrückte innere Abwesenheit oder Vermitteln von Zeitdruck (Buddeberg & Buddeberg-Fischer, 2004). Das Vertrauen zum Zahnarzt leidet unter anderem unter dem Bagatellisieren, Herunterspielen und Kleinreden von Sorgen und Ängsten der Patienten, da man diesen nicht gerecht wird. Ängstliche Patienten sind in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt und neigen dazu, Sachverhalte falsch zu verstehen. Daher ist eine klärende Information zu jedem Behandlungsschritt von großer Bedeutung und potentiell angstausslösende Worte gilt es zu vermeiden. Durch sogenannte „Killerphrasen“ („Lassen Sie das mal meine Sorge sein“ oder „Das ist allgemein anerkannt“) wird der weitere kommunikative Austausch unterbunden und der Patient kann sich abgewertet fühlen, genauso wie durch das sprachliche Instrumentalisieren von Patienten („Die Wurzelkanalbehandlung auf Zimmer 1 braucht noch ...“). Als problematisch erweist es sich weiterhin unliebsamen Patientenfragen auszuweichen z.B. zu

Erfolgswahrscheinlichkeiten bei Behandlungen mit ungünstiger Prognose oder wichtige Aspekte bewusst nicht zu thematisieren (Groß, 2016).

1.3.4 Beeinträchtigung der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Behandlers

Laut einer Studie von Smith und Hart (1994) kann der Umgang mit aufgebrachten Patienten negative Auswirkungen auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit des Behandlers haben. Fachpersonal mit geringer Selbstwirksamkeit neigen dazu, sich durch vorwurfsvolles Verhalten seitens der Patienten weiter verunsichern zu lassen. Auf diese Art und Weise entsteht ein *circulus vitiosus* der dysfunktionalen Beziehungsgestaltung (Smith & Hart, 1994). Entsprechend Bandura ist die emotionale Erregung auf Seiten des Behandlers umso höher, je niedriger der wahrgenommene Grad der Selbstwirksamkeit ist (Bandura, 1982). Diese Befunde unterstreichen die Wichtigkeit der Förderung der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung auch von Zahnmedizinierenden.

Studien, die die Auswirkungen eines Kommunikationstrainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit beleuchten, werden zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. Abschnitt 1.4.2) aufgeführt.

1.4. Training von Kommunikationsfertigkeiten

Da die Zufriedenheit der Patienten wesentlich durch die Kommunikation zwischen Behandler und Patient beeinflusst wird, sollten die kommunikativen Fähigkeiten der angehenden Ärzte und Zahnärzte bereits während des Studiums geschult werden. Aufgrund der Tatsache, dass der erste Behandlungskurs an Patienten in der zahnmedizinischen Ausbildung im 7. Fachsemester stattfindet, kommen die Studierenden rasch mit der Situation der Arzt-Patienten-Interaktion in Berührung. Bisher wurde hierfür die kommunikative Kompetenz der angehenden Zahnärzte quasi als gegeben vorausgesetzt (Herbold, 2011).

Studien ergaben, dass Studierende die Patientenängste während der Behandlung oft nicht adäquat einzuschätzen wussten (Lodge & Tripp, 1993) und sich meist nur auf die Symptome des Patienten und nicht auf dessen Erwartungen, Emotionen und psychosoziale Probleme fokussierten (White et al.,

2008). Des Weiteren verbessert sich die Kommunikationsfähigkeit nicht automatisch durch den Umgang mit Patienten (Haak et al., 2008). Eine gute Kommunikation hilft, Patientenängste zu reduzieren (van Dulmen & van den Brink-Muinen, 2004), die Patientenzufriedenheit zu erhöhen (Hojat et al., 2011) sowie Missverständnisse und Beschwerden zu minimieren. Daher sollten Kommunikationstrainings die Studierenden auf den realen Patientenkontakt im Behandlungskurs vorbereiten und ihre dialogischen Fähigkeiten verbessern. Es ist davon auszugehen, dass verbesserte kommunikative Fähigkeiten des Behandlers langfristig der Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung dienen.

Die Vermittlung von Kommunikationsfähigkeiten sollte praktisch und erfahrungsbasiert gestaltet sein, da Instruktionen allein nicht zu den erwünschten Ergebnissen führen und es den Teilnehmern schwer fällt, die in der Schulung erlernten Kommunikationsfähigkeiten in der praktischen Tätigkeit anzuwenden (Aspegren, 1999; Levinson & Roter, 1993). Diese Annahme wird durch eine Metaanalyse unterstützt, die zeigt, dass sich für Interventionen mit aktiven Methoden größere Effektstärken finden als für solche mit passiven Methoden (Mansouri & Lockyer, 2007). Erst die tatsächliche Handlungsausführung ermöglicht die eigentliche Erfahrung, so dass die Person einschätzen kann, wie gut sie die Aufgabe erfüllen kann (Flammer, 1990). Daher sollten die Ausübenden ihre Fähigkeiten und Grenzen durch Rückmeldungen kennen gelernt haben (Braun, 2003). Es gibt effektive Methoden, um Kommunikationsfähigkeiten zu schulen; dabei ist das Üben von Schlüssel Fertigkeiten und konstruktives Feedback unerlässlich. Eine Möglichkeit ist das Trainieren von Kommunikationsfähigkeiten mithilfe von Simulations- oder standardisierten Patienten (SPs, auch als Schauspielpatienten bezeichnet) (Bachmann, 2018). Dies führt zum Erwerb von verbesserter kommunikativer Kompetenz und erleichtert Verhaltensweisen aufzugeben, die dem Patienten und dessen Bedürfnissen nicht oder nicht ausreichend gerecht werden (Maguire & Pitceathly, 2002).

1.4.1 Simulationsbasiertes Training

Es ist unumstritten, dass eine Diskrepanz zwischen im Vorlesungssaal vermitteltem Wissen und der Anwendung bei der klinischen Tätigkeit besteht. Um

die Lücke zwischen grundlegenden wissenschaftlichen Kenntnissen, die in didaktischen Lehrveranstaltungen vermittelt werden, und den klinischen Fähigkeiten zu überwinden, werden die speziellen zahnmedizinischen an Phantompatienten geübt und die kommunikativen idealerweise an Schauspielpatienten trainiert. Dadurch sollen die Studierenden - bevor sie die reale klinische Tätigkeit aufnehmen - lernen wie sie ihr Wissen in entsprechende Handlungen übertragen (Putter-Katz et al., 2018). Rollenspiele bezwecken Lernen durch Selbsterfahrung, da die direkte Erprobung der beste Weg ist kommunikative Fähigkeiten zu erlernen (Rowan, 2008). Hierbei soll durch aktives Handeln der Transfer des Wissens und der Fähigkeiten in die Praxis erfolgen (Jünger & Köllner, 2003).

Erwachsene lernen am besten, wenn sie aktiv am Prozess teilnehmen. Sprichwörtlich das Geschehen an der eigenen Haut erfahren. Denn etwas aktiv zu erleben, besonders wenn es von Emotionen geprägt ist, kann zu einem dauerhaften Lernerfolg führen. Diese Art des Lernens lässt sich am besten als Erfahrungslernen beschreiben: Lernen durch Handeln, Nachdenken und Integration der erlernten Lektionen in das Alltagsverhalten (Kolb, 1984).

Durch Feedback der SPs, das auf nicht gut gelungene Interaktionen aufmerksam macht, werden das Selbstbild und vorhandene Handlungsmuster infrage gestellt. Doch in einer sicheren, schützenden Umgebung und einer respekt- und vertrauensvollen Beziehung wird es dem Lernenden ermöglicht, sich ohne Gesichtsverlust infrage stellen zu lassen und sein Selbstbild und Repertoire an Handlungsmustern an die neue Erfahrung anpassen zu können. Dadurch wird der Lernprozess gefördert (Poole et al., 2013). Dies setzt allerdings voraus, dass die Lernenden sich reflektierend mit dem Feedback auseinandersetzen, um neue Handlungsoptionen zu entwickeln. Feedback sollte so gestaltet sein, dass es von den Lernenden an- und ernst genommen werden kann. Das Risiko der Abwehr durch die Lernenden ist umso höher je mehr sich das Feedback auf die Persönlichkeit bezieht und je weniger glaubwürdig die Quelle ist (vgl. Merkmale eines strukturierten Feedbacks in Kapitel 2.4.2.1).

Verschiedene Studien im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen konnten die Wirksamkeit von Feedback durch SPs sowie eine

hohe Akzeptanz bei Studierenden belegen und legen nahe, dass SPs als glaubwürdige Quelle angesehen werden (Cahill et al., 2015; Engerer et al., 2019; Lin et al., 2013).

Laut Putter-Katz et al. (2018) haben Studierende bezüglich simulationsbasierter Trainings eine positive Einstellung und bewerten dieses als eine sehr wertvolle Lehrmethode. Mittels einer Studie konnte durch die Einbeziehung von SPs in die klinische Ausbildung in einer Reihe von klinischen Fertigkeiten eine signifikant erhöhte Selbstwirksamkeit der Studierenden festgestellt werden. Den stärksten Einfluss auf die Fähigkeit der Studierenden zur Umsetzung der beruflichen und kommunikativen Fähigkeiten haben Szenarien, die reale Situationen (Umgebung, Atmosphäre, Ausrüstung usw.) widerspiegeln (Putter-Katz et al. 2018). Simulationen haben sich somit als zuverlässiges und effektives Instrument zur Beurteilung der Zufriedenheit, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit von Lernenden erwiesen (Lane et al., 2001). Mit Hilfe von Rollenspielen können Kommunikationsfähigkeiten vermittelt und geübt werden. Es dient unter anderem dem Erlernen von Fähigkeiten, die für den Umgang mit sehr emotionalen Situationen erforderlich sind (Cushing & Jones, 1995). Durch erfolgreich absolvierte Simulationstrainings kann die Behandlung realer Patienten gut vorbereitet und erleichtert werden.

1.4.2 Kommunikationstraining und Selbstwirksamkeit

Es gibt zahlreiche Studien, die den Effekt von Kommunikationstrainings belegen. Die Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit wird als nützliches und valides Instrument zur Messung des Effekts eines Kommunikationstrainings angesehen. Die Validität der Selbstbewertung der Selbstwirksamkeit wird dadurch erhöht, dass die Selbsteinschätzung der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte durch die Leistungseinschätzung von Beobachtern (Fremdrating) bestätigt wurde (Smith et al., 1998).

In einer Beobachtungsstudie wurden die Auswirkungen eines achtstündigen Kommunikationstrainings für Ärzte auf Patientenzufriedenheit, Empathiefähigkeit, Burnout und Selbstwirksamkeit der Ärzte untersucht. Der Kurs verbesserte die Selbstwirksamkeit des Arztes eine patientenzentrierte

Kommunikation durchzuführen signifikant. Ebenfalls erhöhten sich die Patientenzufriedenheit und Empathiefähigkeit des Arztes, auch wurde die Burnoutneigung reduziert (Boissy et al., 2016).

Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Untersuchung des Nutzens eines Kommunikationstrainings aus Sicht von Ärzten und Krankenschwestern zeigte, dass durch das Training die Selbsteinschätzung bestimmte Kommunikationsaufgaben aus der täglichen Praxis erfolgreich durchzuführen, erhöht wurde (Ammentorp et al., 2007).

Der Effekt eines dreitägigen Kommunikationstrainings für Krankenschwestern einer Neugeborenen-Abteilung wurde in einer Studie untersucht. Das Training sollte der Stärkung der Fähigkeiten im empathischen Zuhören, Ausdrücken von Verständnis und Unterstützung, sowie Eruiern von Erfahrungen, Gefühlen und Erwartungen von Patienten dienen. Nach dem Kurs war die Selbstwirksamkeit der Krankenschwestern und damit der Glaube in ihre eigenen Fähigkeiten, auf die Bedürfnisse der Eltern eingehen zu können, signifikant erhöht (Ammentorp & Kofoed, 2010).

In einer anderen Untersuchung wurde die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Krankenschwestern im Post-Test höher eingestuft und sie fühlten sich souveräner in ihren Fähigkeiten schwierige Kommunikationssituationen zu initiieren, darauf zu reagieren und zu führen (Doyle et al., 2011).

Eine weitere Studie bestätigt, dass ein Kommunikationstraining einen signifikanten und dauerhaften Zuwachs der Selbstwirksamkeit von medizinischem Fachpersonal sowohl in der Kommunikation mit Patienten als auch mit Kollegen bewirken kann (Nørgaard et al., 2012).

Eine randomisierte, kontrollierte Studie von Hsu et al. (2015) in Taiwan verglich den Effekt eines traditionellen versus szenariobasierten Kommunikationstrainings auf die kommunikative Kompetenz und Selbstwirksamkeit von Krankenschwestern. Beide Kurse beinhalteten Vorträge, PowerPoint-Präsentationen sowie Gruppendiskussionen, Reflexion und Feedback. Beim szenariobasierten Training wurden zusätzlich Filme von simulierten Szenarien gezeigt. Durch beide Trainingsmethoden wurde die kommunikative Leistung und

Selbstwirksamkeit verbessert, wobei jedoch der Zuwachs in der Interventionsgruppe jeweils deutlicher war (Hsu et al., 2015).

Gulbrandsen et al. untersuchten in einer Studie (2013) die Langzeitwirkung eines Kommunikationstrainings auf die Beziehung zwischen der Selbstwirksamkeit und der Leistung von Ärzten. Das Kommunikationstraining führte zu einer nachhaltigen Steigerung der kommunikativen Selbstwirksamkeit teilnehmender Ärzte. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass das Kommunikationstraining nicht nur das Selbstvertrauen der Ärzte in ihren kommunikativen Fähigkeiten nachhaltig verbessern kann, sondern auch, dass das erhöhte Vertrauen mit einer Leistungssteigerung verbunden ist (Gulbrandsen et al., 2013).

Eine Pilotstudie von Awojobi et al. (2016) untersuchte die Auswirkungen eines Kommunikationstrainings zum Thema Mundhöhlenkarzinom auf das Verhalten von Zahnärzten sowie ihr Zutrauen in die eigene Diskussionsfähigkeit. Im Einklang mit psychologischen Verhaltenstheorien (Bandura) ist es wahrscheinlich, dass Zahnärzte mit mangelndem Vertrauen in ihre kommunikative Kompetenz schwierige Gespräche mit Patienten z.B. über orale Karzinome vermeiden. Daher sollte untersucht werden, ob eine Schulung im Umgang mit einem Kommunikationsleitfaden die Selbstwirksamkeit von Zahnärzten aufbauen kann, sodass sie sich in der Lage fühlen mit ihren Patienten über dieses Thema zu sprechen. Nach dem Training berichteten die Zahnärzte, dass sie häufiger mit ihren Patienten über Mundkrebs diskutierten. Sie fühlten sich bei solchen Gesprächen sicherer und weniger gehemmt, dies zu tun, was für einen Zuwachs der kommunikativen Selbstwirksamkeit spricht. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass nach einer Schulung im Umgang mit einem Mundkrebs-Kommunikationsleitfaden signifikant mehr Teilnehmer die Patienten über das durchgeführte Screening informierten und die im Leitfaden empfohlenen Themen ansprachen. Dies spricht für eine positive Auswirkung eines Trainings auf das Verhalten von Zahnärzten und eine positive Reaktion auf den Kommunikationsleitfaden (Awojobi et al., 2016).

Des Weiteren ist die Selbstwirksamkeit auch von der Länge der Berufserfahrung abhängig (Axboe et al., 2016). Es wurde zudem ein Zusammenhang zwischen

mangelnder kommunikativen Selbstwirksamkeit und Burnout unter Ärzten festgestellt. Interventionen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit erscheinen demnach sinnvoll, um Stress in der Kommunikation und Burnout-Level zu reduzieren (Travado et al., 2005).

Eine Studie von Bragard et al. (2010) untersuchte den Einfluss eines Kommunikations- und Stressmanagement-Trainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit, den kommunikativen Stress und Burnout von Medizinern. Die Hypothesen, dass die Intervention die kommunikative Selbstwirksamkeit erhöhen und den kommunikativen Stress reduzieren würde, wurden bestätigt. Diese Ergebnisse könnten Verbesserungen in der Kommunikation und Stressmanagement im tatsächlichen Umgang mit Patienten voraussagen (Bragard et al., 2010).

In einer Studie von Bonvicini et al. aus dem Jahr 2008 wurden die Auswirkungen eines Kommunikationstrainings auf den Ausdruck von Empathie in der Patientenbehandlung seitens des Arztes untersucht. Der globale Empathie-Punktwert von Ärzten, die am Kommunikationstraining teilgenommen hatten, stieg um mehr als 37% und die empathische Ausdrucksfähigkeit um 51% des Ausgangswertes, während keine Veränderungen bei Ärzten ohne Kommunikationstraining festgestellt werden konnten. Die geschulten Ärzte reagierten eher auf angesprochene Emotionen, Herausforderungen oder Fortschritte des Patienten und luden zu weiteren Diskussionen ein. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, welche Auswirkungen eine Schulung auf das Verhalten von Ärzten im Zusammenhang mit empathischer Kommunikation haben können (Bonvicini et al., 2009).

Die dargestellten Ergebnisse zeigen insgesamt, wie wichtig die Selbstwirksamkeit, die kommunikative Kompetenz und die Empathiefähigkeit für den Behandler selbst, seinen Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit sind. Dabei scheint es sinnvoll, Kommunikationstrainings schon bei Studierenden vor den ersten Patientenkontakten durchzuführen.

1.5 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Studie hat die Zielsetzung, die Pilotphase der Lehrveranstaltung „Kommunikationstraining Zahnmedizin“ im Wintersemester 2018/19 und im Sommersemester 2019 an der Universität Würzburg zu evaluieren. Durch ein interdisziplinäres/fachübergreifendes Projekt des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit (ZMKG) des Universitätsklinikums und des Arbeitsbereichs Medizinische Psychologie und Psychotherapie im Zentrum für Psychische Gesundheit (ZEP) des Universitätsklinikums und der Universität Würzburg soll untersucht werden, ob durch ein neu eingeführtes Kommunikationstraining die Einschätzung der kommunikativen Selbstwirksamkeit von Studierenden der Zahnmedizin verbessert werden kann.

Im Einzelnen werden die folgenden Hypothesen geprüft:

Hypothese 1: Eine Steigerung der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung kann sowohl direkt nach einem Kommunikationstraining (T2) als auch sechs Monate (T3) später nachgewiesen werden.

Es soll untersucht werden, ob die in der Literatur (vgl. Kapitel 1.4.2) beschriebene verbesserte Selbstwirksamkeit von berufserfahrenem medizinischem Fachpersonal durch ein Kommunikationstraining für im Umgang mit Patienten noch unerfahrene Studierende nachgewiesen und nach erfolgtem Patientenkontakt aufrechterhalten werden kann.

Ferner soll in der vorliegenden Studie der Frage nachgegangen werden, wie nach ersten Erfahrungen in der Gesprächsführung mit Patienten ein Semester später die Effektivität des Kommunikationstrainings eingeschätzt wird. Es wird angenommen, dass die retrospektive Beurteilung des Trainings von Erfahrungen im Behandlungskurs beeinflusst wird.

Hypothese 2: Es gibt einen Unterschied zwischen der Einschätzung der Effektivität des Trainings direkt nach dem Training (T2) und nach realem Patientenkontakt (T3).

Es soll überprüft werden, ob die in der Literatur beschriebene Effektivität eines Kommunikationstrainings (vgl. Kapitel 1.4) auch für Studierende der Zahnmedizin

repliziert werden und ein eventuell erzielter positiver Effekt des Trainings in der Einschätzung der Studierenden auch nach erfolgtem Kontakt mit Patienten aufrechterhalten werden kann. Mangels entsprechender Studien mit Zahnmedizinstudierenden handelt es sich hierbei um eine explorative Fragestellung.

Thema und Fragestellung der vorliegenden Dissertation wurden von den für die Durchführung des Kommunikationstrainings verantwortlichen Psychologen gemeinsam mit der Doktorandin erarbeitet und anschließend mit der Fachstudienberaterin der Zahnmedizin und dem Betreuer der Arbeit abgestimmt.

2 Material und Methodik

2.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine prospektive Fragebogenstudie. Es wurden sowohl Querschnitt- als auch Längsschnittuntersuchungen durchgeführt. Der zeitliche Studienablauf wird in Kapitel 3 detailliert dargestellt.

Für die vorliegende Studie wurde am 08.10.2018 ein Ethikantrag bei der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg gestellt.

Alle dafür benötigten Dokumente wie Antrag, Informationsschrift und Einwilligungserklärung für Studierende zur Studie, sowie Studienprotokoll und Fragebögen wurden von der Doktorandin angefertigt. Die Ethik-Kommission stellte eine Unbedenklichkeitsbescheinigung (siehe Anhang 12) aus und äußerte ihrerseits keine Einwände gegen die geplante Untersuchung.

2.2 Datenmanagement

Alle Befragungen im Rahmen der Studie wurden von der Doktorandin papierbasiert durchgeführt. Um den „informed consent“ zu gewährleisten, wurden alle Teilnehmer von ihr vorab über Ablauf und Ziel der Studie aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung. Die Datenerfassung erfolgte in pseudonymisierter Form, d.h. die Fragebögen sind den Personen durch einen Code zugeordnet, der jedoch keine Rückschlüsse auf diese ermöglicht. Die Teilnehmer wurden gebeten, einen persönlichen Code zu generieren und auf den Fragebögen einzutragen. Der Code besteht aus den ersten zwei Buchstaben des Geburtsortes, den ersten beiden Buchstaben des Vornamens der Mutter, der Quersumme des eigenen Geburtstages aus Tag und Monat und dem Immatrikulationsjahr (vierstellig). Dieser Code erlaubt es, Daten aus den verschiedenen Messzeitpunkten zu verknüpfen. Eine nachträgliche Zusammenführung der Daten (longitudinaler Verlauf) ist mit Hilfe des Codes möglich. Die Auswertung der Daten von an der Studie beteiligten Personen erfolgt anonymisiert. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.

2.3 Zeitlicher Ablauf der Studie

Die Datenerhebung fand zu drei Messzeitpunkten statt (vgl. Abb.1). Hierbei wurden folgende Variablen erfasst: die kommunikative Selbstwirksamkeit der Studierenden und die Effektivität des Kommunikationstrainings.

Abbildung 1 gibt hierzu einen Überblick.

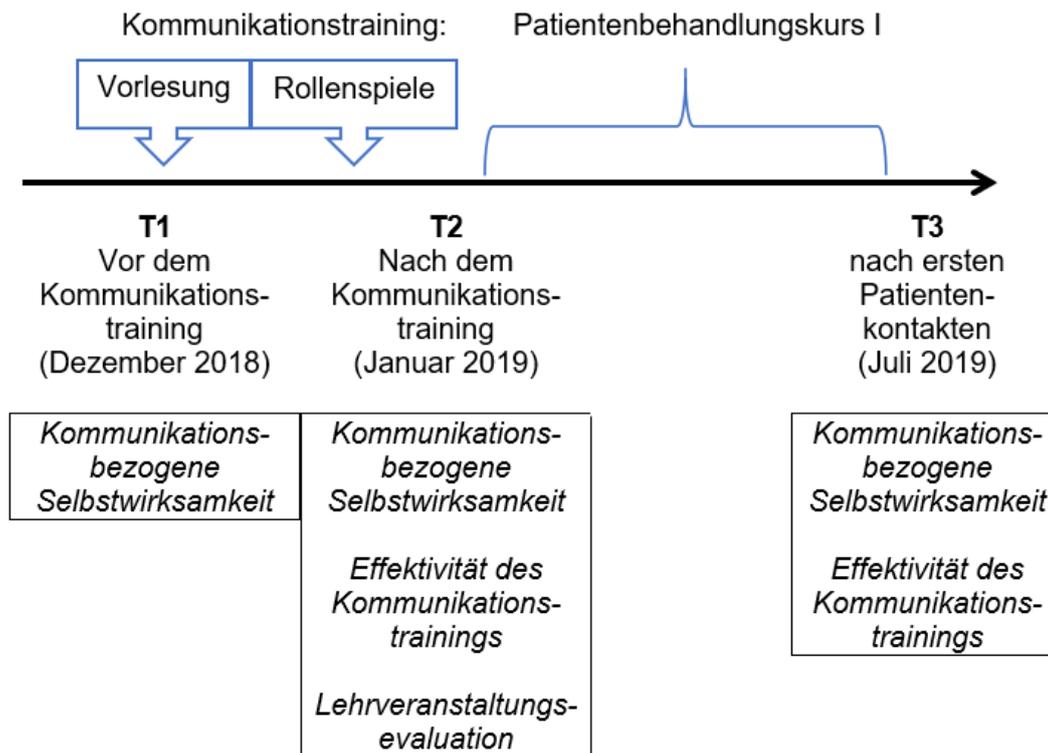


Abbildung 1. Zeitlicher Ablauf der Studie. Die zu den jeweiligen Messzeitpunkten erhobenen Variablen sind *kursiv* in den jeweiligen Kästen aufgeführt.

2.4 Kommunikationstraining für Studierende der Zahnmedizin

Im Kommunikationstraining kamen Schauspielpatienten (SPs) zum Einsatz, um typische/häufige Arzt-Patient-Interaktionen in der Zahnmedizin zu simulieren (vgl. Kapitel 2.4.1.1). SPs sind Personen, die trainiert wurden, um einen Patienten(fall) genau und konsequent darzustellen. So wird den Studierenden die Möglichkeit geboten, ausreichend und standardisiert zu üben, ohne dabei reale Patienten zu stark zu belasten (Jünger & Köllner, 2003). Mittlerweile stellen Simulationen einen wesentlichen Bestandteil in der medizinischen Ausbildung dar. Dabei werden SP-Fälle von Experten speziell entwickelt, um definierte Fähigkeiten zu unterrichten oder zu bewerten. Ziel der Simulation ist es,

Patientenbehandlungsszenarien in einer realistischen Umgebung zu simulieren, um zu üben und ein strukturiertes und konstruktives Feedback zu erhalten. Simulationen bieten ein ideales Lernumfeld, da diese vorhersagbar, konsistent, standardisiert, sicher und reproduzierbar sind. Experimentieren und Ausprobieren fördert das Lernen, wobei die Möglichkeit besteht zu üben und zu reflektieren und wenig Gelingen noch einmal zu wiederholen ohne Patienten zu beeinträchtigen. Es wäre unzulänglich essentielle klinische Fähigkeiten erst in der realen klinischen Umgebung zu erlernen. Spezifische (Lern-)Ziele können in der Simulationssituation definiert werden und alle Lernenden können die Aufgabe und Ziele erfolgreich erfüllen, weil das Lernen mit Hilfe von geschultem Personal in gesonderten Lehrveranstaltungen und nicht während einer Patientenbehandlung stattfindet (Lane et al., 2001). Eine Vorbereitungsphase ist von hoher Relevanz und sollte folgende Punkte umfassen: Zweck und Lernziele der Simulation darlegen; den Teilnehmern erklären, dass die Veranstaltung dem Lernen dient und nicht mit einer Leistungsbewertung verbunden ist; dass besonders im Rahmen dieser Schulung aus Fehlern gelernt werden kann und dass die Vertraulichkeit gewahrt wird. Aspekte einer erfolgreichen Nachbesprechungen sind: Schaffung einer angenehmen und freundlichen Atmosphäre, offene Fragen zu stellen, Erleichterung der Selbstbesprechung, positive Verstärkung und Alternativen aufzeigen. Eckpfeiler der Erlebnis- lernerfahrung sind Reflexion und Analyse eines Ereignisses bzw. einer Aktivität. Durch Simulationstrainings können Simulationsübung und anschließende Analysen und Reflexionen über die Erfahrung kombiniert werden. Dies erleichtert den Transfer von Änderungen in die Praxis. Hierfür soll der Teilnehmer seine Leistung selbst kritisch analysieren und sich aktiv am Lernprozess beteiligen (Fanning & Gaba, 2007). Da in der Nachbesprechung der wichtigste Teil eines realistischen Simulationstrainings liegt, ist sie für einen erfolgreichen Lernprozess von entscheidender Bedeutung. Wenn sie schlecht durchgeführt wird, kann dies den Lernerfolg und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Teilnehmers negativ beeinflussen. Die Aufgabe des Moderators der Simulation erfordert sowohl klinische als auch Unterrichtserfahrung, daher wird ein Briefing

durch einen Psychologen empfohlen. Elemente, die während der Nachbesprechung vermieden werden sollten, sind: geschlossene Fragen, Kritik mit destruktiver Sprache, Konzentration auf Fehler, Schuldzuweisung und Spott (Rall et al., 2000). Das Feedback gilt als wichtigstes Merkmal der simulationsbezogenen medizinischen Ausbildung (Issenberg et al., 2005). Die SPs sollten aus ihrer Rolle heraus die durch das Gespräch ausgelösten Gefühle und die empfundene Empathie seitens des Behandlers rückmelden. Darüber hinaus sollten sie über eine durch das Arztgespräch bewirkte Änderung der Motivation ihres dargestellten Charakters zu gesundheitsbezogenem Verhalten, z.B. für bessere Mundhygiene, berichten.

2.4.1 Lehrmethode und Strategie

Im Sommersemester 2018 wurde erstmalig im Studiengang Zahnmedizin der Universität Würzburg ein Kommunikationstraining für Zahnmedizinstudierende durchgeführt. Dieses wurde in Zusammenarbeit des ZMKGs des Universitätsklinikums und des Arbeitsbereichs Medizinische Psychologie und Psychotherapie im ZEP des Universitätsklinikums und der Universität Würzburg entwickelt. Zunächst nahmen die Studierenden des sechsten Semesters in zwei möglichst gleich großen Gruppen an einer Vorlesung zur Kommunikation in der Zahnmedizin, gehalten von einer Psychologin, teil. Ziel dieser Veranstaltung war es, dass die Studierenden danach in der Lage sind:

- ein Kommunikationsmodell anzuwenden
- das aktive Zuhören zu praktizieren
- mit verärgerten oder ängstlichen Patienten umzugehen
- ihre Patienten zur Zahnpflege zu motivieren

Danach erfolgten als weiterer zentraler Bestandteil des Kommunikationstrainings Rollenspiele im Sinne simulierter Gespräche mit Patienten. In Kleingruppen erhielt jeder Studierende unter Leitung eines geschulten Moderators die Möglichkeit unter realen Bedingungen die Rolle des Arztes in einem Übungsgespräch mit einem Simulationspatienten zu erproben. Der genaue Ablauf der Rollenspiele wird in Abschnitt 2.4.2 beschrieben. Folgende Schwerpunkte sollten vermittelt werden:

- eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen
- das Anliegen des Patienten zu klären
- angemessen auf die Gefühle und Sorgen des Patienten einzugehen
- Information über die Krankheitsgenese und Behandlungsmöglichkeiten
- Motivation des Patienten zu einer optimalen Mundhygiene

Die Rollenspiele bedurften einer detaillierten Vorbereitung, die im Folgenden erläutert wird.

2.4.1.1 Die Entwicklung der Patientenrollen

Für die Rollenspiele wurden in Anlehnung an Patienten aus der zahnärztlichen Behandlung fünf verschiedene Patientenrollen entwickelt (an der Ausarbeitung der Rollenskripte beteiligte Autoren siehe Anhang 13). Diese wurden an das fachliche Wissen der Studierenden und an den für die Simulation verfügbaren zeitlichen Rahmen angepasst. Für die Durchführung des Rollenspiels wurde zum einen ein ausführliches Rollenskript für die Schauspieler mit Rollen-anweisung und Hintergrundinformationen erstellt. Zum anderen wurde eine analoge Studierendenversion mit Situationsbeschreibung und Aufgabenstellung entwickelt (siehe Anhang 6 – 10). Im Folgenden werden die Rollen kurz skizziert.

Frau Jacobi (vgl. Anhang 6)

Sie ist eine sehr vorsichtige und eher ängstliche Person, die sich viele Sorgen und Gedanken macht. Der Zustand und das Aussehen ihrer Zähne machen ihr zunehmend Sorgen, gleichzeitig hat sie Angst vor dem Zahnarztbesuch und möglichen (schmerzhaften) Behandlungen. Sie hat mehrfach Termine vereinbart, diese dann aber wieder verschoben. Zu dem aktuellen Termin hat sie sich zwar durchgerungen, läuft aber im Behandlungsbereich unruhig hin und her und will eigentlich gar nicht auf dem Behandlungsstuhl Platz nehmen. Aufgrund ihrer Nervosität wirkt sie eher fahrig und unruhig im Gespräch. Allzu viel sagt sie als eher ängstlicher Mensch nicht.

Frau Kempf (vgl. Anhang 7)

Bei einer Kontrolluntersuchung im Vorfeld hat sich ergeben, dass bei Frau Kempf ein Zahn mit einer Wurzelkanalbehandlung versorgt werden muss. Bei einer

Behandlung dieser Art vor ein paar Jahren hat sie allerdings schlechte Erfahrungen gemacht und große Schmerzen gehabt. Die Aussicht auf eine erneute Behandlung dieser Art löst bei ihr große Besorgnis und Ängste aus. Aktuell versucht sie, sich zusammenzureißen und ihre Angst im Griff zu behalten, aber auf den Behandlungsstuhl setzt sie sich nicht, sondern bleibt zunächst stehen. Sie wirkt angespannt und nervös.

Herr Albert (vgl. Anhang 8)

Er ist eher forsch und gewohnt, sich durchzusetzen und seine Ziele zu erreichen. Er erwartet schnelle und genaue Antworten auf seine Fragen und einen kompetenten Zahnarzt mit einer ausgeprägten „Kundenorientierung“. Dass er zunächst trotz Termins länger warten musste, ärgert ihn und nährt Zweifel an der Qualifikation der Klinik und der dort tätigen Zahnärzte. Dem Zahnarzt/der Zahnärztin gegenüber bringt er seinen Missmut zum Ausdruck. Er äußert sich skeptisch, ob die Beratung und Behandlung durch einen jüngeren Zahnarzt bzw. Zahnmedizinierenden wirklich qualifiziert und kompetent geleistet werden kann. Sofern der Zahnarzt/die Zahnärztin angemessen auf seine Bedenken und Gefühle eingeht, wird er etwas kooperativer.

Frau Liebermann (vgl. Anhang 9)

Sie ist ein aufgeschlossener, umgänglicher und eher optimistischer Mensch. Trotz mehrfacher Aufklärung über richtige Putztechniken wurde erneut Karies diagnostiziert. Angesichts der fehlenden Effekte ist sie zunehmend frustriert und auch immer weniger motiviert, die Zahnputztechniken anzuwenden, da diese ihrer Einschätzung nach wenig bringen. Zum heutigen Termin geht sie mit gemischten Gefühlen, wobei Frustration und Irritation überwiegen. Sie bemüht sich, höflich und verbindlich zu bleiben. Allerdings merkt man ihr ihre Verärgerung an. Zwischendurch bringt sie auch immer mal zum Ausdruck, dass ihr mehr und mehr die Motivation fehlt, sich an die (offenbar wirkungslosen/aus ihrer Sicht sinnlosen) Empfehlungen zu halten.

Herr Sauer (vgl. Anhang 10)

Er ist ein geselliger und offener Mensch sowie nie um einen Spruch verlegen. Seine Frau hat den Termin für ihn ausgemacht, wobei er selbst keinen Grund dafür sieht. Er hat inzwischen mehrere wackelnde Zähne, Sorgen deshalb macht er sich aber wenig und über die möglichen weiteren Auswirkungen denkt er nicht weiter nach. Er ist daher recht entspannt und denkt sich eher, dass sich vielleicht die Gelegenheit zu einem netten Schwätzchen ergibt. Er erzählt munter drauf los und schweift dabei immer mal ab und kommt von diesem auf jenes Thema. Sein Gegenüber hat dadurch etwas Mühe, ihn thematisch wieder „einzufangen“ und den Fokus des Gesprächs auf das Thema Zahngesundheit zu lenken.

2.4.1.2 Training der standardisierten Patientenrollen

Das Feedback an den Zahnmedizinierenden durch den SP nach dem Gespräch ist ein wesentlicher Bestandteil des Kommunikationstrainings. Um dessen Wirkung zu maximieren, müssen SPs den Studierenden ein effektives Feedback zu ihren Kommunikationsfähigkeiten geben. Dies setzt eine entsprechende Schulung der SPs voraus. Sie werden in Würzburg regelmäßig (einmal pro Semester) darin trainiert, in Rollenspielen das Verhalten der Studierenden zu beobachten und ihnen ein klares, beschreibendes, nicht wertendes und konstruktives Feedback zu vermitteln. Ein gutes konstruktives Feedback ermöglicht es dem Lernenden sein Verhalten und seine kommunikativen Fähigkeiten zu reflektieren und zu verbessern (Howley et al., 2005).

Für das Kommunikationstraining der Zahnmedizinierenden wurden 10 Schauspieler aus dem Pool des Schauspielpatienten-Programms der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg¹ rekrutiert, die speziell auf die ausgewählten Fälle vorbereitet wurden. Um eine optimale Schulung der SPs zu gewährleisten, wurde das Training der SP gleichzeitig durch Zahnmediziner als auch durch die Koordinatoren des SP-Programms (Psychologen) durchgeführt. Auch die Doktorandin der vorliegenden Arbeit beteiligte sich an den Übungen für die SPs und fungierte u.a. als „Probestudierende“. Zum einen lag das Augenmerk

¹ <http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/schauspielpatienten/>

auf der überzeugenden Darstellung des Patienten gemäß Rollenskript, um eine realistische Übungssituation herzustellen. Zum anderen wurde die Fähigkeit des SP, ein strukturiertes und konstruktives Feedback zu geben, geübt.

2.4.1.3 Moderatorenschulung

Vor dem Kommunikationstraining erhielten alle Moderatoren der Kleingruppen eine Kurzeinweisung bezüglich organisatorischer Aufgaben, Ablauf und Feedback-Regeln durch Psychologen. Die Aufgabe des Moderators war es, das Zeitmanagement und den Gesamtprozess zu koordinieren und gegebenenfalls nach Verstreichen der für das Gespräch vorgesehenen Zeit auf einen Gesprächsabschluss und die Verabschiedung des Patienten hinzuweisen. Als Moderatoren fungierten Zahnärztinnen und Zahnärzte des ZMKGs, die Fachstudienberaterin der Zahnmedizin, die SP-Programm-Koordinatoren sowie eine Psychologin des Universitätsklinikums Würzburg, des Weiteren die Doktorandin der vorliegenden Arbeit, die ebenfalls Zahnärztin und als Promotionsstudentin an der Universität Würzburg immatrikuliert ist.

2.4.2 Ablauf der Rollenspiele

Jeweils in Kleingruppen zu drei oder vier Studierenden wurde unter den Teilnehmern im Vorhinein ein „Zahnarzt“ festgelegt. Die Studierenden erhielten bereits im Voraus ihre Arzthinformation mit Situationsbeschreibung, Aufgaben und medizinischen Hintergrundinformationen und bekamen somit die Möglichkeit sich auf das Rollenspiel vorzubereiten. Die übrigen Gruppenteilnehmer nahmen die Rolle des Beobachters ein und der Dozent agierte als Moderator. Die Rollenspiele fanden im Behandlungssaal der Zahnklinik Würzburg statt. Die SPs warteten zu Beginn im Wartebereich, das Gespräch selbst erfolgte in einem Behandlungsabteil. Somit entsprachen die Räumlichkeiten einem realistischen Behandlungs-Setting. Zu Beginn wurden der allgemeine Ablauf und die Feedbackregeln besprochen. Dabei sollte das Augenmerk nicht nur auf dem medizinischen Inhalt und der Struktur liegen sowie der Art der Gesprächsführung, sondern vorrangig auf dem Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung und der non- bzw. paraverbalen Kommunikation. Die Beobachter wurden angehalten sich

genaue Notizen zu machen, um eine möglichst exakte Bewertung rückmelden zu können; das heißt konkrete Beispiele, etwa bestimmte Aussagen, Verhaltensweisen, Gestik, Mimik zu benennen und nicht im Allgemeinen oder Vagen zu bleiben mit Aussagen wie z.B. „war ein gutes Gespräch...“. Das Feedback sollte ausgewogen sein und positive Dinge sowie Verbesserungswürdiges sollten sich die Waage halten. Die Rückmeldung war direkt an den Betreffenden zu richten und es sollte nicht über ihn/sie gesprochen werden. Schauspieler und Moderatoren wurden - wie oben beschrieben - im Vorhinein ausführlich bezüglich des Feedbacks geschult. Nach dem Austeilen der Kursunterlagen (siehe Anhang 6 - 10) wurde dem Studierenden eine Vorbereitungszeit eingeräumt, in der er seine erhaltene Rollenbeschreibung laut vorlas, um auch die Beobachter über die folgende Situation zu informieren und mögliche Fragen klären zu können. Für die Dauer des Gespräches wurden maximal 15 Minuten veranschlagt. Dabei hatte der Moderator die Aufgabe rechtzeitig auf das Zeitlimit hinzuweisen. Nach der Konsultation konnten sich die Studierenden, Schauspieler und der Moderator mittels einer schriftlichen Feedback-Hilfe (siehe Anhang 11) 3 Minuten auf das Feedback vorbereiten.

2.4.2.1 Ablauf des Feedbacks

Das strukturierte Feedback erfolgte in geregelter Reihenfolge: 1. Studierende in der Zahnarztrolle, 2. Schauspielpatient, 3. Beobachter und 4. Moderator. Zuerst beurteilte der Studierende in der Arztrolle, wie das Gespräch aus seiner Sicht gelaufen und wie es ihm in der Situation ergangen ist. Daraufhin meldete der SP zurück, wie er das Gespräch aus Patientensicht - nicht aus der persönlichen Sicht des Schauspielers - erlebt hat. Anschließend gaben die anderen Kursteilnehmer und der Moderator ihr Feedback.

Feedback-Regeln

Der Feedback-Geber sollte respektvoll sein und das beobachtete Verhalten nur möglichst konkret und spezifisch beschreiben, aber nicht bewerten. Folgende Regeln können bei der Feedbackgabe hilfreich sein, um einen Reflexionsprozess anzustoßen und werden den SPs im Rahmen des regelmäßigen Feedbacktrainings vermittelt:

- Subjektive Sichtweise: Die Rückmeldung sollte in der Ich-Form und damit subjektiv formuliert werden.
- Direkte Ansprache: Das Feedback sollte immer direkt an den Feedback-Empfänger gerichtet sein.
- Konkrete Beispiele: Diese können z.B. bestimmte Aussagen oder Verhaltensweisen umfassen und sollten zunächst neutral beschrieben werden ohne sie zu beurteilen.
- Wertfreiheit: In Bezug auf das Handeln und die Person des Feedback-Empfängers sollte das Feedback keine Wertung enthalten.
- ausgewogene und überschaubare Kritik: je 1-3 positive und kritische Aspekte sollten genannt werden.
- Mit positivem Aspekt beginnen: Dies reduziert die Anspannung/mögliche Abwehrhaltung und erhöht die Bereitschaft das Feedback anzunehmen (Bachmann, 2018).

Der Feedback-Nehmer sollte gut zuhören, nachfragen und Unklarheiten klären, sowie sich nicht verteidigen oder rechtfertigen. Wichtig ist das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren und selbst zu entscheiden, ob und was man an seinem Verhalten ändern möchte.

Dem Ablauf des Feedbacks liegt das **DESC**-Schema zugrunde (Howley et al., 2005).

Describe behavior: Im ersten Schritt des Feedbacks aus Patientensicht sollte die Situation beschrieben und die eigene Wahrnehmung als Ich-Botschaft geschildert werden. Beispielsweise: „Ich hatte den Eindruck, dass Sie mich wenig angesehen haben!“

Express feelings: Daraufhin sollten die daraus resultierenden Gefühle angesprochen, Eindrücke und individuelle Folgen geschildert werden. Im o.g. Beispiel: „Das hat bei mir den Eindruck erweckt, dass Sie sich unsicher fühlen.“

Specify desired behavior change; Communicate consequences: Letztendlich sollten Verhaltensalternativen bzw. Wunsch nach Beibehaltung des Verhaltens aufgezeigt und kommuniziert werden. „Ich hätte es angenehmer gefunden, wenn Sie mehr Blickkontakt gehalten hätten.“

2.4.2.2 Lehrevaluation

Unabhängig von der vorliegenden Studie wurde am Ende des Kommunikationstrainings eine eigene Lehrveranstaltungsevaluation der Universität Würzburg durchgeführt.

2.5 Instrumente zur Befragung der Studierenden

2.5.1 Fragebogen zur kommunikativen Selbstwirksamkeit

Dieser von der Doktorandin erstellte Fragebogen ist angelehnt an den englischsprachigen Self-Efficacy Questionnaire (SE-12) von Axboe et al. aus dem Jahr 2016, der die Selbstwirksamkeit bezüglich der klinischen Kommunikationsfähigkeiten von medizinischen Fachkräften misst.

Ziel der Entwicklung des originalen SE-12-Fragebogens (Self-Efficacy Questionnaire) (Axboe et al., 2016) war es, ein allgemeingültiges Bewertungsinstrument für die Fertigkeit der patientenzentrierten Gesprächsführung für medizinisches Fachpersonal zu erstellen. Jede Frage beginnt mit den Worten: „How certain are you that you are able to successfully...“ gefolgt von einer spezifischen Kommunikationsfähigkeit. Die 10-Punkte-Antwortskala reicht von 1 (sehr unsicher) bis 10 (sehr sicher) und ist inspiriert von Banduras Leitfaden für den Aufbau von Selbstwirksamkeitsskalen (Bandura, 2006). Als weitere Antwortmöglichkeit wurde das Ankreuzfeld „nicht relevant“ hinzugefügt. Den Befragten wurde empfohlen diese Auswahlmöglichkeit nur zu verwenden, wenn die Kommunikationsfähigkeit keinerlei Relevanz in ihrer klinischen Tätigkeit besäße. Der SE-12-Fragebogen stellt ein eindimensionales und zuverlässiges Instrument zur Beurteilung der kommunikativen Selbstwirksamkeit im medizinischen Bereich vor und nach dem Erhalt eines Kommunikationstrainings dar. Er gilt als inhaltssvalide und die Antwort-Skala wird als angenehm empfunden, da sie in den täglichen Routinen mit Patienten verwendeten Skalen ähnelt. Der Fragebogen ist benutzerfreundlich und weist eine akzeptable Reliabilität (ICC: 0.71) auf. Dies spricht für keine systematischen Fehler bei den Messungen und eine hohe Korrelation zwischen den Items der Skala (Cronbach's $\alpha = .95$) (Axboe et al., 2016).

Der von der Doktorandin abgeleitete Fragebogen (siehe Anhang 3) unterscheidet sich vom Original durch die Übersetzung ins Deutsche, die Kürzung um fünf Fragen bestimmte Gesprächssituationen mit Patienten/Angehörigen betreffend unter dem Punkt „In Ihrer täglichen Arbeit mit Patienten/Verwandten“. Des Weiteren wurden sechs Fragen zu Hintergrunddaten und zur Beschäftigung sowie eine Kommentarspalte, wenn der Befragte etwas hinzufügen möchte oder eine seiner Antworten ausarbeiten möchte, weggelassen. Als Resultat besteht der in dieser Studie angewendete Fragebogen aus 12 Fragen bezüglich der kommunikativen Selbstwirksamkeit in einer 10 Punkte-Likert-Skala, deren Extreme von „sehr unsicher“ bis „sehr sicher“ reichen. Zusätzlich zu jeder Frage gibt es die Antwortmöglichkeit „nicht relevant“. Auch in der vorliegenden Stichprobe erreicht die interne Konsistenz einen hohen Wert (Cronbach´s $\alpha = .80$)

2.5.2 Fragebogen zur Effektivität des Kommunikationstrainings für Zahnmedizinstudierende

Dieser Fragebogen ist eine Eigenentwicklung der Doktorandin in Zusammenarbeit mit dem für die Durchführung des Kommunikationstrainings verantwortlichen Psychologen des Arbeitsbereiches Medizinische Psychologie und Psychotherapie im ZEP Würzburg zum Zwecke der vorliegenden Studie (siehe Anhang 4). Er besteht aus insgesamt 18 Fragen und die interne Konsistenz kann mit einem gesamt Cronbach´s $\alpha = .97$ als sehr hoch angesehen werden. Es wurden mittels dreier Fragen die persönliche Einschätzung bezüglich der Relevanz der kommunikativen Kompetenz des Zahnarztes und des Trainings erfragt (Cronbach´s $\alpha = .81$). Des Weiteren umfasst der Bogen sechs Fragen zum Lernerfolg, um zu erfahren wie die Inhalte des Kommunikationstrainings verstanden und verarbeitet werden konnten (Cronbach´s $\alpha = .94$). Daran schlossen sich fünf Fragen zur Praxisbezogenheit und konkreten Anwendbarkeit an (Cronbach´s $\alpha = .85$). Ferner wurden vier Items zu den erwarteten Auswirkungen und Veränderungen aufgrund der erworbenen Fertigkeiten abgefragt (Cronbach´s $\alpha = .89$). Diese rein inhaltliche Einteilung in 4 Subkategorien wurde gewählt, da eine statistische Gruppierung auf faktorenanalytischer Basis bei der kleinen Stichprobe nicht zielführend gewesen wäre.

Das Antwortformat bestand aus einer fünfstufigen Likert-Skala, deren Extreme von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“ reichen. Am Schluss sollte das Kommunikationstraining allgemein mit Schulnoten bewertet werden.

2.5.3 Lehrveranstaltungsevaluationsbogen

Die Befragung mittels des mit EvaSys erstellten universitären Lehrveranstaltungsevaluationsbogen zum Kommunikationstraining von Zahnmedizinstudierenden (siehe Anhang 5) wurde von der Fachstudienberaterin durchgeführt und die Ergebnisse der Doktorandin freundlicherweise zur eigenen Analyse zur Verfügung gestellt. Er besteht aus einer Likert-Skala und umfasst allgemeine Informationen zu Teilnahmedatum und Geschlecht, Bewertung der einzelnen Seminarbestandteile und freie Kommentare bezüglich Lobs und Verbesserungsvorschlägen.

2.6 Statistische Auswertung

Die Daten wurden prospektiv und papierbasiert mithilfe von Fragebögen von der Doktorandin selbst erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte selbstständig und wurde nach Abschluss dieser von einer professionellen Statistikerin zur Absicherung überprüft. Als Software diente für die Textverarbeitung Microsoft Word 2016 und für die Tabellenkalkulation sowie zur Anfertigung von Graphiken Microsoft Excel 2016. Die Ergebnisberechnung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 25. Für alle statistischen Berechnungen wurde a priori ein Signifikanzniveau von $p < .05$ festgelegt (Jürgen & Döring, 2006).

Die folgenden Daten wurden gesammelt, bearbeitet und statistisch ausgewertet:

- kommunikative Selbstwirksamkeit
- Effektivität des Kommunikationstrainings
- Lehrveranstaltungsevaluation

Es wurden deskriptiv-statistische sowie inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen.

Da es sich bei der Bewertung der kommunikationsbezogenen Selbstwirksamkeit um eine Messwiederholung innerhalb der gleichen Gruppe zu unterschiedlichen

Zeitpunkten handelt, fand für die statistische Analyse eine Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung Anwendung. Zur Testung der Normalverteilung der Variablen wurde der Shapiro-Wilk-Test aufgrund seiner hohen Teststärke auch bei kleinen Stichproben gewählt (Leonhart, 2013). Bezüglich der kommunikativen Selbstwirksamkeit war zu Messzeitpunkt T2 und T3 die Voraussetzung einer Normalverteilung gegeben. Lediglich zu Erhebungszeitpunkt T1 konnte diese nicht angenommen werden. Aufgrund der gleichbleibenden Stichprobe und relativen Robustheit der ANOVA gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme (Blanca et al., 2017; Pagano, 2012; Salkind, 2010; Wilcox, 2012), fand dennoch die Varianzanalyse mit Messwiederholung als statistisches Auswertungsverfahren in der vorliegenden Studie Anwendung. Die Sphärizitätsvoraussetzung wurde mit dem Mauchly-Test auf Sphärizität überprüft. Bei Verletzung der Sphärizität wurde eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geiser vorgenommen.

Um differenzieren zu können, in welchen einzelnen Items der kommunikativen Selbstwirksamkeit eine signifikante Änderung zu verzeichnen war, wurden Friedman-Tests mit anschließenden Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-Tests) durchgeführt.

Bei der Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings wurden Mittelwerte der Subkategorien gebildet. Eine Normalverteilung lag sowohl zu Messzeitpunkt T2 (außer in den Subkategorien „Relevanz“ und „Lernerfolg“) als auch zu T3 vor (Shapiro-Wilk-Test). Aufgrund der Robustheit gegenüber einer Verletzung der Normalverteilung, fanden für die Analyse abhängige t-Tests Anwendung (Wilcox, 2012). Infolge der durchgeführten vier zusammenhängenden Hypothesentests hinsichtlich der vier Subkategorien wurde eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen. Um das korrigierte Signifikanzniveau zu erhalten, wurden die p -Werte mit der Anzahl der Testungen multipliziert.

In die statistische Auswertung wurden lediglich die Studierenden mit einbezogen, die die Fragebögen zu allen drei Erhebungszeitpunkten ausgefüllt haben. Einzelne fehlende Werte führten zum paarweisen Fallausschluss.

Insgesamt wurde die Auswertung der Daten auf die Überprüfung der folgenden statistischen Nullhypothesen ausgerichtet, die sich aus den in Kapitel 1.5 dargestellten Forschungshypothesen ergeben:

H1_0: Es gibt keinen Unterschied in der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung zwischen T1, T2 und T3.

H2_0: Es gibt keinen Unterschied in der Einschätzung der Effektivität des Trainings zwischen T2 und T3.

3 Ergebnisse

Allen Ergebnisinterpretationen der Doktorandin wird ein α -Niveau von .05 zu Grunde gelegt. Zur Überprüfung der Hypothesen werden neben den Signifikanzen die Effektstärken berichtet. Bei den Varianzanalysen wird das partielle Eta-Quadrat (η^2) angegeben. Der Einteilung von Cohen (1988) zufolge wird $\eta^2 = .01$ als ein kleiner Effekt, $\eta^2 = .06$ als mittlerer Effekt und $\eta^2 = .14$ als großer Effekt bewertet. Für Gruppenunterschiede, die mit Hilfe eines t-Test berechnet wurden, wird das Effektstärkenmaß r bzw. d angegeben. Nach Cohen liegt ein kleiner Effekt bei $r = .10$ bzw. $d = .20$, ein mittelgroßer bei $r = .30$ bzw. $d = .50$ und ein großer bei $r = .50$ bzw. $d = .80$ vor (Cohen, 1992 bzw. 1988).

In den vorliegenden Tabellen und Grafiken werden die Mittelwerte (MW) als Lageparameter und die Standardabweichung (SD) als Streuungsmaß dargestellt.

3.1 Stichprobe

Die Untersuchung wurde an Studierenden der Zahnmedizin, die sich im Wintersemester 2018/2019 im sechsten Fachsemester an der Universität Würzburg befanden, durchgeführt. Insgesamt nahmen an der Untersuchung zu T1 und T2 jeweils $N = 34$ Personen teil. Aufgrund von Studienabbruch, Nichtbestehen des 6. Fachsemesters und anderen Gründen und damit Nichtzulassung zum Behandlungskurs I reduzierte sich die Studiengruppe zu T3 im Sommersemester 2019 um sechs Probanden. In die statistische Auswertung wurden die Studierenden mit einbezogen, die die Fragebögen zu allen drei Erhebungszeitpunkten ausgefüllt haben. Dies ergab eine Probandenanzahl von $N = 28$. Davon waren 23 weiblich (82.14%) und 5 männlich (17.85%). Die Teilnehmer waren zwischen 21 und 31 Jahren alt und das mittlere Alter lag bei 23.93 Jahren mit einer Standardabweichung von 2.79.

Rückläufe und fehlende Werte

Von den ursprünglich 34 Studierenden haben alle die Fragebögen zu den ersten beiden Erhebungszeitpunkten (T1 und T2) ausgefüllt (Rücklaufquote von 100%). Zu T3 konnten aus o.g. Gründen lediglich die Fragebögen von 28 Studierenden

und damit 82.35% der Ausgangsgruppe erhoben werden (s.o.). Zusätzlich wurden einige Fragen nicht beantwortet.

3.2 Vergleich der kommunikationsbezogenen Selbstwirksamkeit

Bei der Befragung der Zahnmedizinierenden bezüglich ihrer kommunikativen Selbstwirksamkeit zeigten sich im Verlauf folgende Ergebnisse (Tab. 1):

Tabelle 1: Vergleich der kommunikativen Selbstwirksamkeit aller Teilnehmer zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3

N	T1		T2		T3		p_{T1-T2}	p_{T2-T3}	p_{T1-T3}
	MW	SD	MW	SD	MW	SD			
24	82.33	14.460	93.85	12.048	91.33	16.597	<u><.001</u>	0.742	0.052

Anmerkung. Dargestellt sind Anzahl der in den Vergleich einbezogenen Studierenden (N), Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD) und Signifikanzen (p -Wert). Die Bonferroni-Korrigierten p -Werte stammen aus den nach der ANOVA gerechneten Post-Hoc-Tests. Signifikante Werte ($p < .05$) sind markiert. Aufgrund von nicht beantworteten Fragen konnte der Score-Wert zu allen drei Messzeitpunkten lediglich von $N = 24$ erhoben werden.

Im Folgenden wird die Veränderung der Score-Werte in einer Grafik veranschaulicht (Abb. 2).

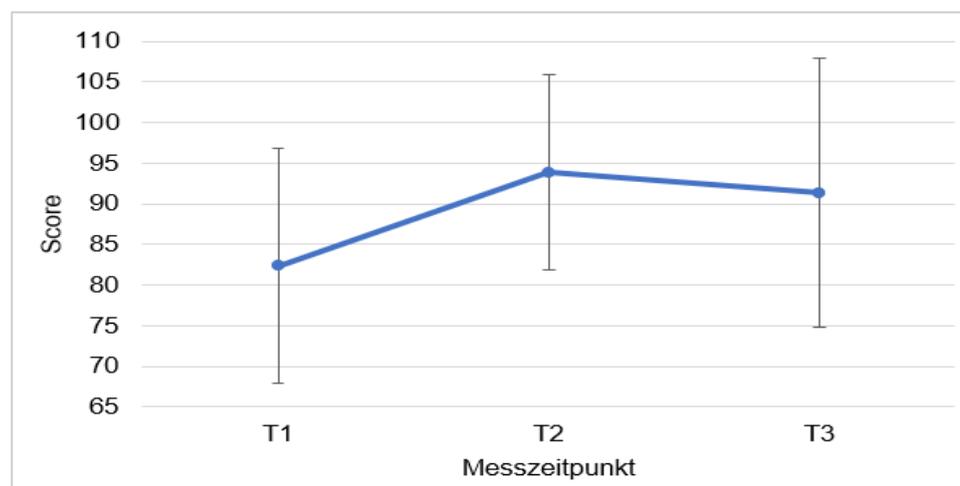


Abbildung 2. Grafische Darstellung des Vergleichs der Score-Werte (MW) und Standardabweichung (SD) der kommunikativen Selbstwirksamkeit zu den Zeitpunkten T1, T2 (T1-T2: $p < .001$) und T3.

Wie aus Tabelle 1 und Abbildung 2 hervorgeht, stieg die kommunikative Selbstwirksamkeit der Studienteilnehmer vom Ausgangswert T1 ($MW = 82.33$, $SD = 14.46$) zu T2 ($MW = 93.85$, $SD = 12.05$) an und nahm zu T3 ($MW = 91.33$, $SD = 16.60$) geringfügig wieder ab.

Eine ANOVA mit Messwiederholung mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigte einen signifikanten Haupteffekt der kommunikativen Selbstwirksamkeit ($F(1.41, 32.33) = 9.79$, $p = .002$, partielles $\eta^2 = .30$).

Folglich kann die Effektstärke als hoch angesehen werden.

Ein Bonferroni-korrigierter post-hoc Test wies einen signifikanten Unterschied ($p < .001$) in den Score-Werten der kommunikativen Selbstwirksamkeit zwischen T1 und T2 nach. Dadurch kann eine bedeutsame Zunahme der kommunikativen Selbstwirksamkeit von vor dem Training (T1) zu direkt nach diesem (T2) verzeichnet werden.

Dieser Test ergab von T1 zu T3 einen Unterschied von $p = .052$. Eine Erhöhung der kommunikativen Selbstwirksamkeit nach erfolgtem Patientenkontakt (T3) im Vergleich zum Ausgangswert (T1) war zwar deutlich, fiel aber gerade nicht mehr signifikant aus.

Zwischen T2 und T3 zeigte sich mit $p = .742$ keine signifikante Veränderung in den Score-Werten der kommunikativen Selbstwirksamkeit.

Somit kann Hypothese 1, dass sowohl direkt nach einem Kommunikationstraining (T2) als auch sechs Monate (T3) später eine Steigerung der kommunikativen Selbstwirksamkeitsüberzeugung nachgewiesen werden kann, teilweise bestätigt werden.

Der Übersichtlichkeit halber erfolgt an dieser Stelle lediglich eine grafische Darstellung der Mittelwerte der einzelnen Items zu T1, T2 und T3 (Abb. 3). Eine ausführliche Tabelle zu allen drei Messzeitpunkten befindet sich im Anhang 1 (Tab. I).

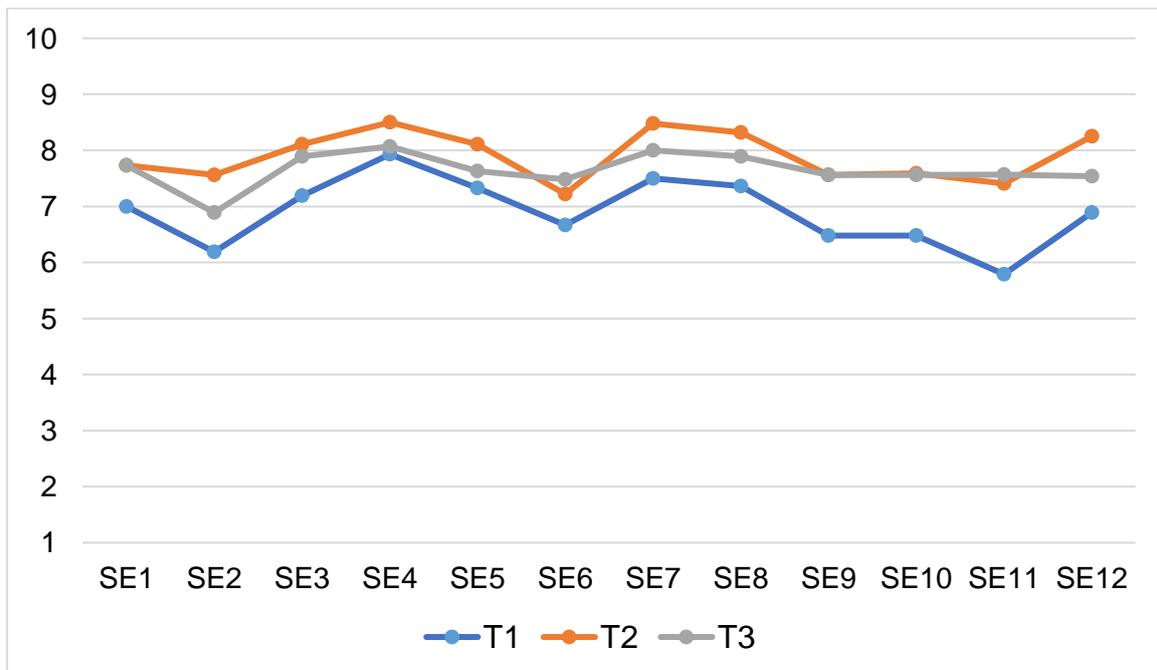


Abbildung 3. Grafische Darstellung des Vergleichs der einzelnen Items des SE-12-Fragebogens zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3. Darstellung der Mittelwerte (MW), Items sind skaliert von 1 = „sehr unsicher“ zu 10 = „sehr sicher“. Der Übersichtlichkeit halber wird auf die Darstellung der Standardabweichungen (SD) als Fehlerbalken verzichtet.

Um differenzieren zu können, in welchen Bereichen eine signifikante Änderung zu verzeichnen war, soll im Folgenden ergänzend kurz auf die einzelnen Items aus dem Fragebogen der kommunikativen Selbstwirksamkeit eingegangen werden.

Tabelle 2: Vergleich der einzelnen Items der kommunikativen Selbstwirksamkeit aller Teilnehmer zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3

Item	Friedman-Test				Dunn-Bonferroni-Tests		
	N	Chi-Quadrat	d f	p	p_{T1-T2}	p_{T2-T3}	p_{T1-T3}
1. Wie sicher sind Sie, dass Sie die Probleme, die der Patient während des Gesprächs ansprechen möchte, erfolgreich erkennen können?	26	7.447	2	.024	.249	>.999	.080
2. Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich einen Plan für das Gespräch mit dem Patienten erstellen können?	27	8.696	2	.013	.019 ($r = .52$)	.521	.521
3. Wie sicher sind Sie, dass Sie den Patienten erfolgreich dazu bringen können, seine Probleme näher auszuführen?	27	15.407	2	< .001	.003 ($r = .63$)	>.999	.043 ($r = .47$)
4. Wie sicher sind Sie, dass Sie aufmerksam zuhören können, ohne zu unterbrechen oder den Fokus/die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu richten?	27	4.095	2	.129	.207	.434	>.999
5. Wie sicher sind Sie, dass Sie den Patienten dazu ermutigen können, seine Gedanken und Gefühle auszudrücken?	27	13.977	2	.001	.003 ($r = .64$)	.231	.353

Item	Friedman-Test				Dunn-Bonferroni-Tests		
	N	Chi- Quadrat	d f	ρ	p_{T1-T2}	p_{T2-T3}	p_{T1-T3}
6. Wie sicher sind Sie, dass Sie das Gespräch mit dem Patienten erfolgreich strukturieren können?	27	8.112	2	.017	>.999	.231	.035 ($r = .48$)
7. Wie sicher sind Sie, dass Sie in der Lage sind, angemessenes nonverbales Verhalten zu zeigen (Augenkontakt, Gesichtsausdruck, Sitzposition, Haltung und Tonfall)?	28	11.556	2	.003	.015 ($r = .53$)	>.999	.135
8. Wie sicher sind Sie, empathisch auf Ihren Patienten eingehen zu können (einfühlsames Anerkennen der Ansichten und Gefühle des Patienten)?	28	12.025	2	.002	.010 ($r = .56$)	.613	.285
9. Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich das Vorwissen des Patienten erfassen können, um die richtige Menge an Informationen zu vermitteln?	27	15.687	2	< .001	.024 ($r = .51$)	>.999	.003 ($r = .63$)
10. Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich das Verständnis des Patienten für die gegebenen Informationen überprüfen können?	27	14.857	2	.001	.005 ($r = .60$)	>.999	.008 ($r = .58$)

Item	Friedman-Test				Dunn-Bonferroni-Tests		
	N	Chi- Quadrat	d f	p	p_{T1-T2}	p_{T2-T3}	p_{T1-T3}
11. Wie sicher sind Sie, dass Sie einen Behandlungsplan erstellen können, der auf gemeinsam getroffenen Entscheidungen von Ihnen und dem Patienten basiert?	28	9.916	2	.007	.027 ($r = .49$)	>.999	.048 ($r = .45$)
12. Wie sicher sind Sie, dass Sie das Gespräch erfolgreich abschließen können, indem Sie sicherstellen, dass die Fragen des Patienten beantwortet wurden?	28	14.644	2	.001	.003 ($r = .63$)	.613	.115

Anmerkung. Dargestellt sind Anzahl der in den Vergleich einbezogenen Studierenden (N), Ergebnisse der Friedman-Tests mit Chi-Quadrat, df , und p , sowie anschließende Post-hoc-Test (Dunn-Bonferroni-Tests) mit $p_{angepasst}$. Signifikante Werte ($p < .05$) sind markiert, sowie deren Effektstärke nach Cohen (1992) mit r aufgeführt.

3.3 Vergleich der Einschätzung der Effektivität des Kommunikationstrainings

Bei der Befragung der Zahnmedizinierenden bezüglich ihrer Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings zeigten sich folgende Ergebnisse

(Tab. 3):

Tabelle 3: Deskriptiver Vergleich der Effekteinschätzung anhand einer 5-stufigen Likert-Skala zu den Zeitpunkten T2 und T3

Item		N	T2		T3		Δ T3-T2	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD
Relevanz								
1	Ich persönlich halte die kommunikative und sozialen Kompetenz des Zahnarztes für wichtig und relevant im Praxisalltag	26	4.81	.402	4.04	1.148	-.77	1.070
2	Die Veranstaltung verdeutlicht die Relevanz der ärztlichen Kommunikation und Interaktion	28	4.64	.678	3.54	.881	-1.11	1.031
3	Die dargestellten Situationen sind für den Praxisalltag relevant	28	4.64	.488	3.46	1.105	-1.18	.983
Durchschnitt Relevanz		28	4.70	.411	3.67	.943	-1.03	.861
Lernerfolg								
4	Ich denke, dass ich von diesem Training viel profitiert habe	28	4.14	.891	3.07	.940	-1.07	1.052
5	Die Teilnahme an der Veranstaltung lohnt sich	27	4.39	.875	3.44	1.050	-.96	.980
6	Ich habe Sinnvolles und Wichtiges gelernt	27	4.33	.920	3.29	1.117	-.96	1.018

Item		N	T2		T3		Δ T3-T2	
			MW	SD	MW	SD	MW	SD
7	Die Veranstaltung verbessert meine kommunikative Kompetenz	28	3.93	.900	2.91	1.139	-1.02	.822
8	Die Veranstaltung hilft mir, strukturiert mit Patienten umzugehen	28	4.07	.858	3.18	1.020	-.89	.956
9	Die Inhalte des Trainings sind nachhaltig vermittelt worden	28	4.18	.819	3.11	1.066	-1.07	1.120
Durchschnitt Lernerfolg		28	4.17	.733	3.16	.971	-1.01	.801
Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit								
10	Das Training hat viel praxisbezogenes Wissen vermittelt	28	3.96	.838	2.61	.737	-1.36	.989
11	Im Rollenspiel konnte ich das in der Vorlesung Gelernte anwenden	28	3.11	.956	2.89	.875	-.21	1.134
12	Das Erlernete werde ich bei meiner zukünftigen Tätigkeit gut anwenden können	28	4.23	.833	3.18	.983	-1.05	1.039
13	Für meine künftige Tätigkeit ist das Training von großem Nutzen	28	4.21	.995	3.18	1.056	-1.04	.999
14	Ich bin jetzt gut vorbereitet, das Erlernete anzuwenden	28	3.89	.994	3.07	.940	-.82	1.124
Durchschnitt Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit		28	3.88	.666	2.99	.756	-1.01	.806

Item	N	T2		T3		Δ T3-T2	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD
erwartete Auswirkungen und Veränderungen							
15 Die behandelten Themen und das Erlernte werden die Qualität meiner Leistungen positiv beeinflussen	26	3.88	.952	3.11	.994	-.73	.724
16 Was ich im Training erlernt habe, wird mir helfen den benötigten Zeitaufwand bei meiner Tätigkeit zu verringern	26	3.35	.797	2.89	.994	-.39	1.061
17 Ich denke, dass das Training positive Auswirkung auf mein Verhalten bei meiner beruflichen Tätigkeit hat	26	4.31	.736	3.32	1.020	-.89	.864
18 Durch das Training wird mein Umgang mit Patienten positiv beeinflusst werden	26	4.38	.697	3.18	1.056	-1.08	.796
Durchschnitt erwartete Auswirkungen und Veränderungen	26	3.98	.596	3.21	.830	-.77	.565

Anmerkung. Dargestellt sind Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und Mittelwertdifferenzen (Δ *MW* T3-T2) für jedes Item, sowie die durchschnittliche Bewertung der Subkategorien Relevanz, Lernerfolg, Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit, erwartete Auswirkungen und Veränderungen; Die Items sind auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = „trifft gar nicht zu“, 2 = „trifft eher nicht zu“, 3 = „teils, teils“, 4 = „trifft eher zu“ zu 5 = „trifft voll und ganz zu“ skaliert.

Zur Veranschaulichung der Effektivitätseinschätzung des Kommunikationstrainings werden zunächst die Durchschnittswerte der vier Subkategorien (Relevanz, Lernerfolg, Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit, erwartete Auswirkungen und Veränderungen) im Folgenden grafisch dargestellt (Abb. 4).

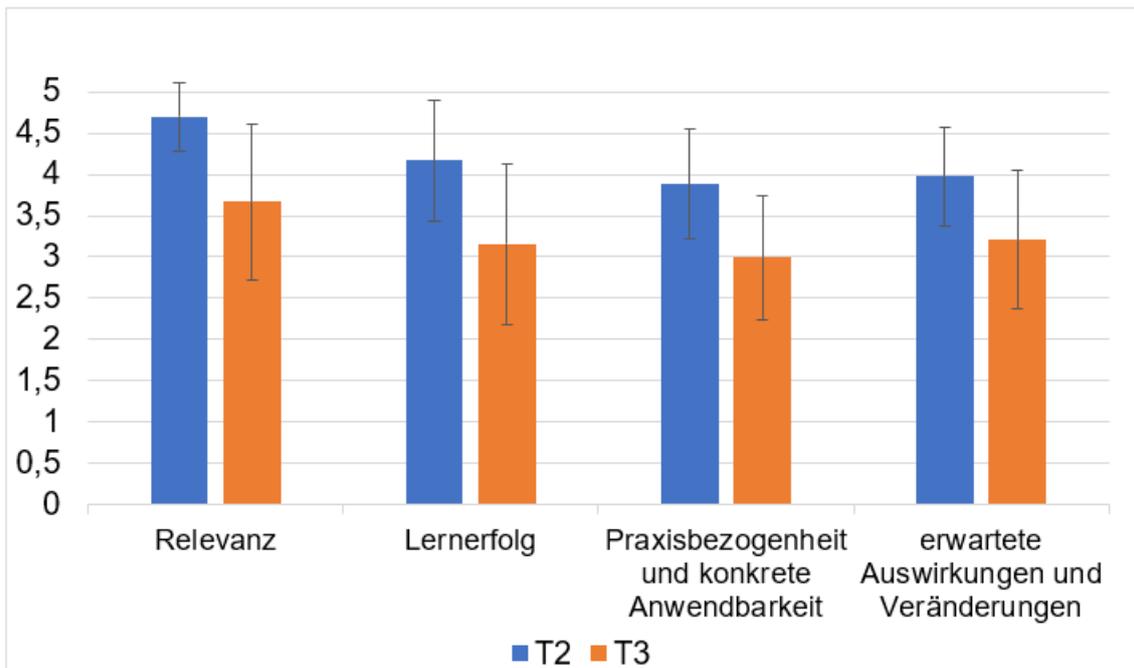


Abbildung 4. Grafische Darstellung des Vergleichs der Effektivitätsbewertung zu T2 und T3. Darstellung der Durchschnittswerte und Standardabweichung (SD) der Subkategorien. Skalierung der Items von 1 = „trifft gar nicht zu“, 2 = „trifft eher nicht zu“, 3 = „teils, teils“, 4 = „trifft eher zu“ zu 5 = „trifft voll und ganz zu“.

Nachstehend werden die einzelnen Item-Mittelwerte zur Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings in einem Diagramm abgebildet (Abb. 5).

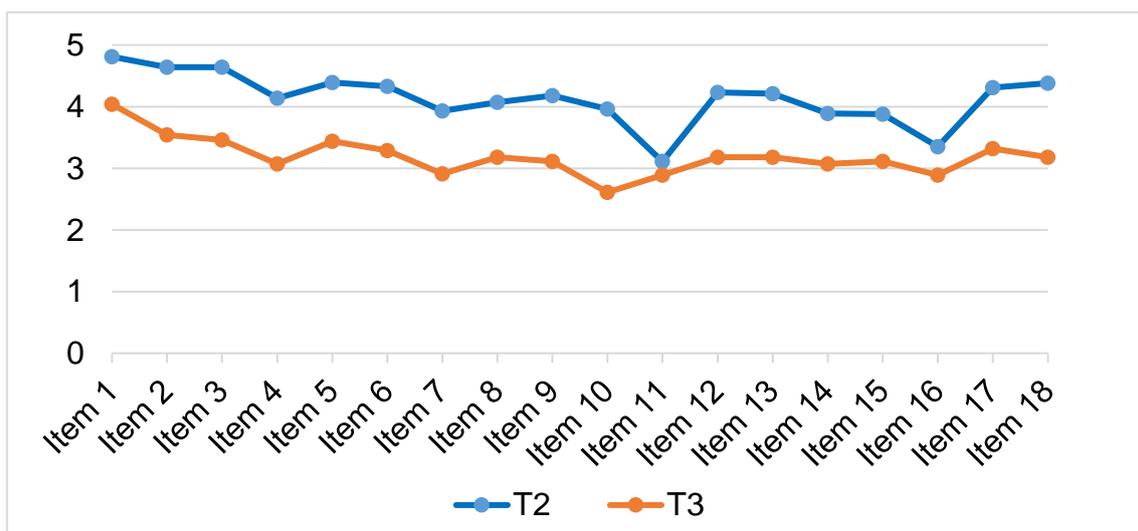


Abbildung 5. Grafische Darstellung des Vergleichs der Effektivitätsbewertung zu T2 und T3. Darstellung der Mittelwerte (MW), Skalierung der Items von 1 = „trifft gar nicht zu“, 2 = „trifft eher nicht zu“, 3 = „teils, teils“, 4 = „trifft eher zu“ zu 5 = „trifft voll und ganz zu“. Der Übersichtlichkeit halber wird auf die Darstellung der Standardabweichungen (SD) als Fehlerbalken verzichtet.

Die eingeteilten Subkategorien (Relevanz, Lernerfolg, Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit, erwartete Auswirkungen und Veränderungen) wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala direkt nach dem Kommunikationstraining (T2) wie nachstehend bewertet: führend der Abschnitt „Relevanz“ ($MW = 4.70$, $SD = .411$), gefolgt von der Kategorien „Lernerfolg“ ($MW = 4.01$, $SD = .686$), „Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit“ ($MW = 4.01$, $SD = .612$) und „erwartete Auswirkungen und Veränderungen“ ($MW = 3.98$, $SD = .596$).

Einzeln betrachtet wurden lediglich 2 Items zum Zeitpunkt T2 mit „teils, teils“ bewertet: „Im Rollenspiel konnte ich das in der Vorlesung Gelernte anwenden“ ($MW = 3.11$, $SD = .956$) und „Was ich im Training erlernt habe, wird mir helfen den benötigten Zeitaufwand bei meiner Tätigkeit zu verringern“ ($MW = 3.35$, $SD = .797$).

Aus Tabelle 3 und Abbildung 5 geht hervor, dass die Einschätzung der Effektivität des Kommunikationstrainings von T2 (direkt nach dem Training) zu T3 (nach dem ersten Patientenkontakt) in allen erhobenen Items abnahm.

Die Bewertung der Kategorien waren jeweils zum Messzeitpunkt T3 signifikant niedriger als zu T2:

Δ Relevanz T2 – T3: $t(27) = 5.85$, $p < .001$, $d = 1.10$

Δ Lernerfolg T2 - T3: $t(27) = 6.61$, $p < .001$, $d = 1.25$

Δ Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit T2 – T3: $t(27) = 6.38$, $p < .001$, $d = 1.21$

Δ erwartete Auswirkungen und Veränderungen T2 – T3: $t(25) = 6.94$, $p < .001$, $d = 1.36$

Durch eine Bonferroni-Korrektur ($\alpha_i \leq \frac{\alpha}{k}$) ergibt sich ein Signifikanzniveau von $p < .0125$.

Aufgrund der bestehenden signifikant unterschiedlichen Bewertung des Trainings zu T2 und T3 kann Hypothese 2 angenommen werden, welche besagt, dass eine Differenz zwischen der Einschätzung der Effektivität des Trainings direkt nach diesem (T2) und nach realem Patientenkontakt (T3) besteht.

Auch zu T3 wurde die Subkategorie Relevanz ($MW = 3.67$, $SD = .943$) mit der höchsten durchschnittlichen Punktzahl bewertet, gefolgt von den Abschnitten erwartete Auswirkungen und Veränderungen ($MW = 3.21$, $SD = .830$), Lernerfolg

($MW = 3.16$, $SD = .971$) und Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit ($MW = 2.99$, $SD = .756$).

Ferner sollten die Studierenden das Kommunikationstraining in Schulnoten bewerten (Tab. 4).

Tabelle 4: Deskriptiver Vergleich des Allgemeinurteils in Schulnoten zu den Zeitpunkten T2 und T3

		T2		T3		Δ T3-T2	
	N	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Allgemeinurteil in Schulnoten	24	1.84	1.028	2.16	.898	.32	.900

Anmerkung. Das Allgemeinurteil wird in Schulnoten angegeben.

Das Allgemeinurteil veränderte sich von Schulnote 1.84 ($SD = 1.028$) zu 2.16 ($SD = .898$)

(Δ Note T2 – T3: $t(24) = -1.778$, $p = .088$, $d = .36$)

3.4 Lehrveranstaltungsevaluation

Die einzelnen Bestandteile des Kommunikationstrainings wurden anhand eines universitären Lehrveranstaltungsevaluationsbogen direkt nach dem Kommunikationstraining (T2) mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet. Die Ergebnisse werden der Übersicht halber in der folgenden Abbildung dargestellt (Abb. 6). Eine Tabelle mit einzelnen Werten befindet sich im Anhang 2 (Tabelle II).

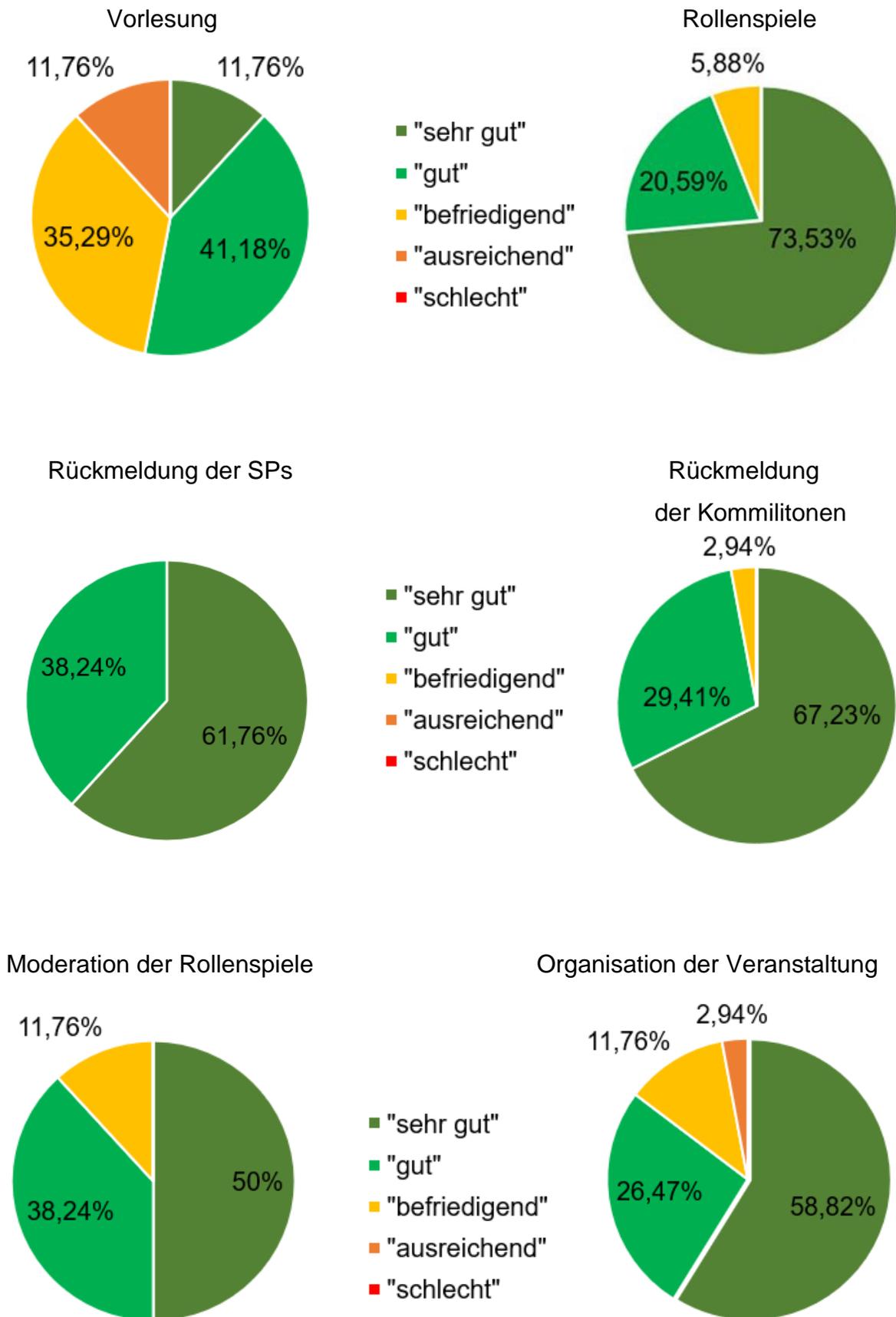


Abbildung 6. Grafische Darstellung der Bewertungen der einzelnen Bestandteile des Kommunikationstrainings zu T2.

Es kann gezeigt werden, dass die Rollenspiele mit Simulationspatienten am besten beurteilt wurden, gefolgt von der Rückmeldung der Kursteilnehmer sowie der Simulationspatienten. Die theoretische Einführung (Vorlesung) wurde vergleichsweise am schlechtesten bewertet.

In den Freitextkommentaren wurde nachstehendes Lob geäußert:

12 Studierende führten den Punkt, eigene Erfahrungen sammeln zu können positiv an; acht Mal wurde das hilfreiche erhaltene Feedback erwähnt; von sieben Kursteilnehmern wurden explizit die Schauspielpatienten und von vier die Moderatoren gelobt. Die Möglichkeit anderen dabei zuzusehen wie sie mit schwierigen Situationen umgehen, empfanden fünf Studierende erwähnenswert; in jeweils vier Kommentaren wurde die Chance sich mit den Räumlichkeiten vertraut zu machen und die realitätsnahen Situationen wertgeschätzt; die kleinen Gruppen wurden ebenfalls gesondert erwähnt.

Als Kritik wurden zu lange Pausen zwischen den einzelnen Patientengesprächen und das Stattfinden der Veranstaltung in der Klausurenphase angeführt. Zwei Studierende äußerten die Forderung die Vorlesung näher am Training zu orientieren.

4 Diskussion

Gegenstand der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob durch das Kommunikationstraining die Einschätzung der kommunikativen Selbstwirksamkeit von Studierenden der Zahnmedizin verbessert und ob diese auch mittelfristig positiv verändert werden konnte. Ferner sollte der Frage nachgegangen werden, wie nach erfolgtem Patientenkontakt ein Semester später die Effektivität des Kommunikationstrainings eingeschätzt wurde. Des Weiteren sollte das Feedback der Zahnmedizinierenden im Rahmen der Evaluation dazu dienen, das Kommunikationstraining zu optimieren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse detailliert dargestellt, in Bezug zur aktuellen Forschung gesetzt und mögliche Erklärungen erläutert. Zudem werden Einschränkungen der vorliegenden Arbeit und mögliche Implikationen diskutiert.

4.1 Einschätzung der Selbstwirksamkeit direkt nach dem Kommunikationstraining

Die Zahnmedizinierenden schätzten direkt nach dem Kommunikationstraining ihre kommunikative Selbstwirksamkeit insgesamt signifikant höherer ein als vor diesem. Dadurch konnte der positive Einfluss eines Kommunikationstrainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit übereinstimmend mit der bisherigen Studienlage bestätigt werden (Ammentorp et al., 2007; Ammentorp & Kofoed, 2010; Awojobi, et al. 2016; Boissy et al., 2016; Doyle et al., 2011; Gulbrandsen et al., 2013; Hsu et al., 2015; Nørgaard et al., 2012). Durch die im Kommunikationstraining stattfindenden Rollenspiele mit Schauspielpatienten werden alle vier von Bandura (1977) postulierten Quellen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung angesprochen. Diese sind eigene und stellvertretende Erfahrungen, verbale Überzeugung sowie das Erleben physiologischer Erregung. Es ist davon auszugehen, dass die in der vorliegenden Studie nachgewiesene Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Studierenden durch die im Rahmen des Kommunikationstrainings ermöglichte Verwirklichung der von Bandura genannten Quellen der Selbstwirksamkeit (mit)bedingt wurde. Da Studierende in den jeweiligen Gruppen auch die Rolle des Beobachters einnehmen, machen sie dadurch stellvertretende Erfahrungen und können des

Weiteren Einblicke in die Ansätze und Perspektiven anderer erlangen. Der Effekt durch die aktive Rolle des Behandlers ist jedoch auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung am stärksten. Diese kann besonders durch ein positives Feedback gestärkt werden. In der vorliegenden Untersuchung konnte anhand des Lehrveranstaltungsevaluationsbogens gezeigt werden, dass die Rollenspiele (eigene und stellvertretende Erfahrung) von 74% der Teilnehmer als „sehr gut“ und von 21% als „gut“ bewertet wurden. Laut Heindle (2009) ist das Beobachten erfolgreicher Verhaltensmodelle besonders wirksam, wenn Ähnlichkeiten in den zentralen Attributen mit den Lernenden bestehen und die Fähigkeiten als vergleichbar angesehen werden. Da sich die Studierenden in demselben Semester befinden und sich im Alter sowie Ausbildungsstand ähneln, treffen die genannten Aspekte zu.

Die verbale Beeinflussung ist nach Bandura ebenfalls wichtig für die Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura, 1977). Diese erlebten die studierenden Behandler in Form eines Feedbacks im Anschluss an das Rollenspiel durch die Schauspielpatienten (SPs), die Kommilitonen und die Moderatoren. Die Rückmeldung der Schauspielpatienten wurde von 56% der Teilnehmer als „sehr gut“ und 38% als „gut“ bewertet. Die Beurteilung der Rückmeldung durch Kommilitonen fiel noch positiver aus (67% „sehr gut“ und 29% „gut“). Auch andere Studien belegen die Wichtigkeit von Feedback und der dadurch ermöglichten verbesserten Selbsteinschätzung für den Lernerfolg. Die Selbsteinschätzung des eigenen Leistungsniveaus ist die effektivste Variable für den Lernerfolg und wird durch erhaltenes Feedback positiv beeinflusst (Hattie et al., 2013). Das Feedback gilt wiederum als wichtigstes Merkmal der simulationsbezogenen medizinischen Ausbildung (Issenberg et al., 2005). Damit Studierende ihre eigenen kommunikativen Stärken und Schwächen adäquat einschätzen können, ist ein Feedback, das die Perspektive der Patienten beinhaltet, essentiell. Dadurch wird den Studierenden einen Einblick in die Innenperspektive der SPs ermöglicht, denn nur diese können Auskunft darüber geben, wie es ihnen in der mit dem Studierenden erlebten Situation ergangen ist (Bachmann, 2018). Verschiedene Studien im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen konnten die Wirksamkeit von Feedback durch SPs sowie

eine hohe Akzeptanz bei Studierenden belegen, da SPs als glaubwürdige Quelle angesehen werden (Cahill et al., 2015; Engerer et al., 2019; Lin et al., 2013).

In der vorliegenden Untersuchung konnte direkt nach dem Kommunikationstraining (T2) sowohl im Gesamt-Score als auch in allen erhobenen Items der kommunikativen Selbstwirksamkeit eine Verbesserung verzeichnet werden, signifikante Steigerungen zeigten sich neben dem Score-Wert bei 9 der 12 Items. Dies entspricht den Studienergebnissen von Nørgaard et al. (2012), die entsprechend dem Design in der vorliegenden Arbeit den Effekt eines Kommunikationstrainings für medizinische Fachkräfte anhand von Fragebögen vor (T1), sofort nach diesem (T2) und 6 Monate später (T3) erhoben und ebenfalls einen signifikanten Zuwachs der kommunikativen Selbstwirksamkeit von T1 zu T2 nachweisen konnten (Nørgaard et al., 2012).

Entsprechend der Untersuchung von Cämmerer et al. (2016), die die Veränderung der selbsteingeschätzten Gesprächsführungskompetenz bei Medizinstudierenden vor und nach einem zweisemestrigen Gesprächsführungskurs untersuchten, schätzten sich die Studierenden in der vorliegenden Arbeit nach Ablauf des Trainings bezüglich der eigenen kommunikativen Kenntnisse und Handlungsfähigkeiten als kompetenter ein. Demzufolge lässt sich ableiten, dass die verschiedenen wissens- und handlungsbezogenen Aspekte der Kommunikation, die im Training gelehrt wurden, erfolgreich vermittelt werden konnten. Dies wiederum weist darauf hin, dass das Lehrkonzept die didaktischen Voraussetzungen erfüllt, um die Gesprächsführungskompetenzen der Studierenden auszubauen und sie zu einer verbesserten Gesprächsführung im zahnärztlichen Kontext zu befähigen (Cämmerer et al., 2016).

4.2 Mittelfristige Veränderung der kommunikativen Selbstwirksamkeit

Wichtiger als die kurzfristige Verbesserung der kommunikativen Selbstwirksamkeit durch ein entsprechendes Training ist jedoch der Nachweis des mittelfristig anhaltenden Effektes. Daher erfolgt an dieser Stelle eine detaillierte Analyse der Veränderung der einzelnen kommunikativen Selbstwirksamkeits-Items nach erfolgtem Patientenkontakt sechs Monate später (T3). Eine erhöhte

kommunikative Selbstwirksamkeit zu T3 im Vergleich zum Ausgangswert (T1) konnte anhand des Score-Wertes nachgewiesen werden, fiel aber nicht mehr signifikant aus.

Ammentorp et al. (2007) verglichen bei einem fünftägigen Kommunikations-training für Ärzte und Krankenschwestern die Veränderung der Einschätzung der kommunikativen Kompetenz zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Es konnte bei der Interventionsgruppe eine bis zu 6 Monate nachhaltige positive Veränderung statistisch signifikant nachgewiesen werden (Ammentorp et al., 2007). Im Vergleich dazu ergab sich in der vorliegenden Untersuchung eine geringfügige Verschlechterung der Einschätzung der kommunikativen Selbstwirksamkeit von T2 (direkt nach dem Training) zu T3 (6 Monate später). Auch in der bereits angeführten Studie von Nørgaard et al. (2012) war die Zunahme der kommunikativen Selbstwirksamkeit im Kollektiv der Ärzte von T1 zu T3 nicht mehr signifikant. Von den Autoren wird vermutet, dass dieses Ergebnis durch den hohen Ausgangswert der Selbstwirksamkeit und die kleine Studienteilnehmerzahl der Ärzte bedingt sein könnte (Nørgaard et al., 2012).

In der vorliegenden Studie schätzen die Studierenden folgende kommunikativen Kompetenzen zum Ausgangszeitpunkt (T1) bereits hoch ein, sodass die Verbesserung zu T3 statistisch nicht signifikant ausfiel (i.S. eines Deckeneffekts):

- Fähigkeit aufmerksam zuzuhören
- Eingehen auf Gedanken und Gefühle des Patienten
- Angemessenes nonverbales Verhalten
- Empathie

Entsprechend dem Erklärungsansatz von Nørgaard et al. (2012) könnte die hohe Selbsteinschätzung in den genannten Items zum Zeitpunkt T1 erklären, dass die Differenz im Vergleich zu T3 nicht signifikant war. Während sich das Kollektiv bei Nørgaard et al. (2012) aus berufserfahrenen Ärzten zusammensetzte, wurden in der vorliegenden Untersuchung Studierende befragt, die im 6. Semester noch keinen Patientenkontakt gehabt hatten. Es ist erstaunlich, dass die Studierenden ihre kommunikative Selbstwirksamkeit zu T1 so hoch einschätzten. Eine Rolle hierbei könnte spielen, dass es für sie schwierig war ihre kommunikative

Selbstwirksamkeit in diesen Situationen genau zu beurteilen, da es sich um eine neue Aufgabe handelt und auf keine Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte - auffällig ist, dass es sich bei den genannten Items eher um sogenannte Soft Skills handelt, die weniger die professionellen Fähigkeiten, sondern mehr Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen betreffen. Eine weitere Erklärung lässt sich von sozialpsychologischen Erkenntnissen zum Selbstkonzept ableiten. Durch sogenannte „positive Illusionen“ schätzen Menschen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen in der Regel immer etwas ins Positive verzerrt ein (Taylor & Brown, 1988).

Die Empathie des Arztes wurde als maßgeblicher Faktor für eine gelungene Kommunikation bestimmt (Neumann et al., 2009). Bonvicini et al. (2009) belegten in ihrer Studie die positiven Auswirkungen einer Schulung auf die empathische Kommunikation von Ärzten. Das Training umfasste drei 6-stündige Workshops mit jeweils anschließendem individuellem Coaching. Dabei konnte ein Zuwachs der empathischen Kommunikationsfähigkeiten um 37% festgestellt werden (Bonvicini et al., 2009).

Des Weiteren führt eine kompetente Kommunikation seitens des Behandlers zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung. Dazu zählen neben dem Gebrauch von Empathie, wertfreies Zuhören und klare Rahmenbedingungen der Begegnung in Bezug auf Zeit und Umgebung (Steinmetz & Tabenkin, 2001). Das von Smith entwickelte NURSE-Schema nennt fünf hilfreiche Verhaltensweisen im Umgang mit sehr ängstlichen bzw. emotional belasteten Patienten:

- **Naming:** Die Gefühle und Ängste des Patienten sollten angesprochen werden, damit sie im weiteren Gesprächsverlauf aufgearbeitet werden können.
- **Understanding:** Es sollte versucht werden Verständnis für die Emotionen des Patienten auszudrücken.
- **Respecting:** Auch wenn die geäußerten Ängste des Patienten für unberechtigt gehalten werden, gilt es, dem Patienten zu vermitteln, dass er damit respektiert wird.

- **Supporting:** Im Gespräch sichtbar werdende Wut und Enttäuschung sind häufig ein Appell um Hilfe. Daher sollte Unterstützung angeboten werden, allerdings ohne falsche bzw. unrealistische Versprechungen zu machen.
- **Exploring:** Ist die Gesprächssituation stabilisiert, bietet sich die Möglichkeit, den Gefühlen durch weiteres Nachfragen auf den Grund zu gehen und ein besseres Verständnis für die aufgetretenen Emotionen und Ängste zu gewinnen (Groß, 2016; Smith, 2002).

Ein überdurchschnittlich hoher Abfall konnte zwischen T2 und T3 für die Selbstbeurteilung der Gesprächsplanung und des erfolgreichen Abschlusses des Gespräches verzeichnet werden. Diese Items beziehen sich überwiegend auf die Fähigkeit ein Gespräch mit dem Patienten zu leiten und abzuschließen.

In einer theoretischen Analyse von Gist und Mitchell (1992) wird davon ausgegangen, dass die Beurteilung der Selbstwirksamkeit sich verändert, wenn neue Informationen und Erfahrungen gesammelt werden. Nach Schwarzer und Jerusalem (2002) kann das durch ein Kommunikationstraining verbesserte Zutrauen in die eigenen kommunikativen Fähigkeiten jedoch nur aufrechterhalten werden, wenn die nachfolgenden Erfahrungen erfolgreich verlaufen. In dieser Weise aufgebaute Erwartungen eigener Kompetenzen können durch Misserfolge schnell wieder abgebaut werden (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Ergebnisse von Parle et al. (1997) weisen darauf hin, dass sowohl die verbesserte Selbsteinschätzung als auch das veränderte Kommunikationsverhalten im Gespräch mit Simulationspatienten keine Rückschlüsse auf das Verhalten in der Praxis zulassen. Denn trotz beobachtbarer Veränderungen im Dialogverhalten nach dem Training berichten die Teilnehmenden sechs Monate später Schwierigkeiten, die erarbeiteten Inhalte einer patientenorientierten Gesprächsführung in der Praxis umzusetzen. Eine bedeutende Rolle spielt hierbei die Angst, mit den Reaktionen der Patienten in der Realität überfordert zu sein. Voraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung des Erlernten scheint neben dem Training von Fertigkeiten auch die Reflexion der eigenen Haltung zu sein (Parle et al., 1997). Durch den erfolgten Patientenkontakt im Rahmen des Behandlungskurses I und damit verbundenen zahlreichen Gesprächssituationen

mit unterschiedlichen Patienten könnte den Studierenden die Schwierigkeit der praktischen Umsetzung von Gesprächsführung in konkretes Handeln bewusster geworden sein. Dies könnte eine Zunahme der Selbstkritik bezüglich der Kommunikationsfähigkeit nach sich gezogen haben, was wiederum bedingen könnte, dass die eigene kommunikative Selbstwirksamkeit realistischer beurteilt wurde. Diese Interpretation erfolgt in Anlehnung an Cämmerer et al. (2016), die wie o.g. die Veränderung der selbsteingeschätzten Gesprächsführungskompetenz bei Medizinstudierenden untersuchten.

Während sich die Einschätzung zum Zeitpunkt T3 verglichen zu T2 bei den sechs o.g. genannten Items verschlechterte, blieb die Beurteilung der Fähigkeit, das Anliegen des Patienten zu erkennen, konstant und es war keine signifikante Steigerung von T1 zu T3 zu verzeichnen.

Eine mittelfristig anhaltende Verbesserung der kommunikativen Selbstwirksamkeit konnte in der Beurteilung der folgenden Fähigkeiten nachgewiesen werden:

- Problemvertiefung
- Gesprächsstrukturierung
- Angemessene Informationsvermittlung
- Überprüfung des Verständnisses der gegebenen Informationen
- Gemeinsame Entscheidungsfindung

Für diese genannten fünf Items konnte eine signifikante Verbesserung von T1 zu T3 festgestellt werden.

Das Ausmaß, in dem Behandler im Gesundheitswesen effektive Kommunikationsfähigkeiten anwenden, die die angemessene Informationsübermittlung, das Ausloten von Bedenken und die Bewertung von psychologischen Problemen von Patienten fördern, ist multifaktoriell bestimmt. Faktoren wie Wissen und Qualifikationsniveau, Selbstwirksamkeit (vgl. Abschnitt 1.2.5) und Ergebniserwartung sowie Unterstützung (sowohl praktisch als auch psychologisch) sind einige der Determinanten. Der kumulative Effekt der Defizite von Fähigkeiten, geringer Einschätzung der Selbstwirksamkeit, negativer Ergebniserwartung und einem vermeintlichen Mangel an Unterstützung können die antizipierende Angst und selbstschützendes Verhalten wie Distanzierung

oder Vermeidung erhöhen. Die Distanzierungs- und Vermeidungsstrategien haben wahrscheinlich einen Feedbackeffekt auf die Fertigkeiten, die für das Eruiieren der Patientensorgen und das Eingehen darauf von Nöten sind. Je seltener man dies übt, desto weniger Erfahrungen werden gesammelt und damit eine Verschlechterung der Überzeugungen und ein größeres Bedürfnis nach Unterstützung verursacht (Parle et al., 1997).

Mehrere Untersuchungen unterstreichen die Relevanz der Fähigkeit die Probleme des Patienten zu erkennen und ihm die Gelegenheit zu geben diese näher auszuführen. Die vermeintliche Zeitersparnis durch die schnelle Abfertigung von Patienten führt zu negativen Effekten, wie unnötige oder falsche Behandlungen sowie Unzufriedenheit bei Patienten und auch Behandlern (Rothmund & Schwartz, 2017). Unter anderem weisen Patienten von kommunikativ weniger gewandten Medizinerinnen häufigere Arztbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte auf (Di Blasi et al., 2001). In der Gesamtheit betrachtet führen eine patientenzentrierte Kommunikation und der wirksame Umgang mit Emotionen letztendlich zu einer Zeitersparnis und höheren Zufriedenheit auf beiden Seiten. Daher stellt das Kommunikationstraining eine gute Möglichkeit dar, vor ersten Patientenkontakten durch Rollenspiele schwierige Situationen im Umgang mit Patienten zu erproben und Hilfestellungen bzw. Feedback zu erhalten.

Die in der vorliegenden Untersuchung signifikant verbesserte Fähigkeit, das Vorwissen des Patienten adäquat zu erfassen, spielt im Patientengespräch eine wichtige Rolle. Laut einer Studie von Aspegren und Lønberg-Madsen (2005) informieren ungeschulte Studierende und Ärzte den Patienten auf arztzentrierte Weise mit wenig Rücksicht auf dessen Vorwissen, Verständnis, Ansichten und Emotionen.

Die Kompetenz, das Verständnis des Patienten für die gegebenen Informationen überprüfen zu können, zählt zu den Schlüsselementen in der Patientenkommunikation: die übermittelten Informationen dem Patientenwunsch anzupassen und sein Verständnis dafür zu prüfen, sowie seine Reaktion darauf zu beobachten (Maguire & Pitceathly, 2002).

Die Relevanz der Fähigkeit, einen Behandlungsplan erstellen zu können, der auf gemeinsam mit dem Patienten getroffenen Entscheidungen basiert (Shared Decision Making), unterstreicht die klinische Übersichtsarbeit von Maguire und Pitceathly (2002). Nach den Autoren spielt es eine wichtige Rolle, inwieweit der Patient in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden möchte. Hierfür müssen die Behandlungsmöglichkeiten genau erörtert werden, damit der Patient die Auswirkungen dieser verstehen kann. Dies maximiert die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient den vereinbarten Beschluss über Behandlung und vorgeschlagene Lebensstiländerung befolgt (Maguire & Pitceathly, 2002).

Die Wichtigkeit der anhaltend erhöhten Selbstwirksamkeit für die Fähigkeit das Gespräch mit dem Patienten erfolgreich strukturieren zu können, wird anhand der Studie von Aspegren und Lønberg-Madsen (2005) deutlich. Laut dieser können einige kommunikative Fähigkeiten wie beispielsweise höflich zu sein, Augenkontakt zu halten und die Vermeidung von Fachjargon von Medizinstudierenden während konventioneller klinischer Kurse erworben werden. Jedoch können andere grundsätzliche professionelle Kommunikationsfähigkeiten nicht spontan von ihnen gelernt werden. Die Autoren vertreten die Meinung, dass sich junge Ärzte diese Grundfertigkeiten auch in ihrer täglichen Arbeit nicht spontan aneignen und diese Mängel im Berufsleben fortbestehen. Ungeschulte Studierende und Ärzte haben ein ähnliches Muster in der Gesprächsführung. Dieses besteht aus einem hohen Maß an Professionalität in Bereichen der höflichen sozialen Konversation und einem geringen in wichtigen Fachkenntnissen, die für eine wirksame Gesprächsstrukturierung sowie für die Durchführung medizinischer Befragung und Information erforderlich sind. Besonders schwer fällt ihnen einen Gesprächsplan zu erstellen und eine Beziehung zum Patienten aufzubauen (Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005).

Die von den Studierenden in der vorliegenden Studie als nachhaltig verbessert beurteilten Items sind für das spätere Berufsleben wichtig. Eine wertschätzende und gleichzeitig zielführende Kommunikation ist essentiell, um durch eine professionelle ärztliche Gesprächsführung effizient zum Ziel zu kommen. Die Strukturierung des Gesprächs, verständliche Informationsvermittlung und eine Einigung auf ein gemeinsames Behandlungskonzept spielen dabei eine wichtige

Rolle, ebenso wie eine patientenzentrierte Gesprächsführung und der konstruktive Umgang mit Emotionen etwa anhand des o.g. NURSE-Schemas (Pütter, 2019).

4.3 Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings direkt nach diesem

Eine weitere Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es, die Bewertung der Effektivität des Kommunikationstrainings durch die Studierenden direkt nach diesem und retrospektiv nach erstmalig erfolgtem Patientenkontakt im Behandlungskurs I zu untersuchen. Dabei wurde die Hypothese aufgestellt, dass es einen Unterschied zwischen der Einschätzung der Effektivität des Trainings direkt nach dem Training (T2) und nach realem Patientenkontakt (T3) gibt.

Im Allgemeinurteil gaben die Studierenden dem Training direkt nach diesem die Schulnote 1,84. Der erstellte Fragebogen wurde inhaltlich in 4 Subkategorien (Relevanz, Lernerfolg, Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit, sowie erwartete Auswirkungen und Veränderungen) unterteilt.

Die Beurteilung der Relevanz des Trainings fiel zum Zeitpunkt T2 deutlich besser aus als die Bewertung der anderen Kategorien. In diesen erreichte kein einzelnes Item einen so hohen Wert wie die separat beurteilten Relevanz-Items.

Die Relevanz der Arzt-Patienten-Kommunikation wird in der Literatur anhand zahlreicher Studien empirisch nachgewiesen (Buszewicz et al., 2006; Derksen et al. 2013; Di Blasi et al., 2001; Farin, 2010; Halpern, 2003; Hojat et al., 2011; Little et al., 2001; Neumann et al., 2009; Roter et al., 1998; Street et al., 2009; van Dulmen & van den Brink-Muinen, 2004).

Die deutschlandweite Implementierung eines Lehrplanes unter anderem für die Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten im (Zahn-)Medizinstudium und damit die Einführung der ärztlichen Gesprächsführung zum Ausbildungsgegenstand und Inhalt der Staatsprüfung (im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (Zahn-) Medizin NKLZ bzw. NKLM) verdeutlichen die hohe Relevanz eines Kommunikationstrainings (Jünger et al., 2015). Auch auf europäischer Ebene bestehen seitens der Lehrenden Forderungen, in allen europäischen Staaten für Studierende von Gesundheitsberufen entsprechend

den Bologna-Kriterien ein Kommunikationstraining einzuführen (Bachmann et al., 2013).

Die hohen Punktwerte der Subkategorie Relevanz in der vorliegenden Studie unterstreichen, dass auch aus Sicht der Studierenden die Kommunikation mit dem Patienten eine sehr wichtige Rolle spielt. Ein vergleichbares Ergebnis erzielte eine Lehrevaluation des Medizinstudiums an der Universität Zürich (Wirth et al., 2009). In einer 2002 an sieben deutschen Universitäten durchgeführten retrospektiven Bewertung des Medizinstudiums wurden erhebliche Defizite in psychosozialen Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten im Umgang mit Patienten von den Absolventen gesehen und geeignete Lehrveranstaltungen zur Verbesserung dieser Fertigkeiten vermisst (Jungbauer et al., 2004). Auch nach ausführlicher Literaturrecherche konnte keine entsprechende Untersuchung für das Studienfach Zahnmedizin gefunden werden. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Durchführung und Evaluation des Kommunikationstrainings in der vorliegenden Arbeit.

Es gab in der Beurteilung der anderen drei Subkategorien kaum Unterschiede, lediglich zwei Items wurden zum Zeitpunkt T2 deutlich schlechter bewertet. Zum einen: „Was ich im Training erlernt habe, wird mir helfen den benötigten Zeitaufwand bei meiner Tätigkeit zu verringern“.

Kommunikation beansprucht Zeit, welche auch in der zahnärztlichen Behandlung eine knappe Ressource darstellt. Ursache dafür ist unter anderem eine unzureichende Vergütung kommunikativer Leistungen. Ungünstige Arbeitsbedingungen, das emotionale Überfordert-Sein sowie empfundener Zeitmangel können nach sich ziehen, dass eine patientenbezogene Kommunikation nicht realisiert wird. Wie bereits erwähnt, führt eine vermeintliche Zeitersparnis durch die schnelle Abfertigung von Patienten in der Bilanz gesamtgesellschaftlich gesehen zu negativen Effekten wie unnötigen oder falschen Behandlungen, Ausweitungen von Medikamentengebrauch sowie Unzufriedenheit bei Patienten und auch Behandlern (Rothmund & Schwartz, 2017). Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient führen häufig zu Vertrauensverlust und damit assoziierten Arztwechseln (Keating et al., 2002). Wie zuvor genannt, weisen Patienten von kommunikativ weniger versierten Medizinern häufigere

Arztbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte auf (Di Blasi et al., 2001). Dadurch zieht eine suboptimale Arzt-Patienten-Kommunikation neben individuellen auch negative volkswirtschaftliche Konsequenzen nach sich (Rothmund & Schwartz, 2017).

In der vorliegenden Untersuchung sehen die Studierenden vermutlich nur den kurzfristig vermehrten Zeitaufwand durch eine verbesserte Kommunikation mit den Patienten und haben noch nicht erkannt, dass unter ökonomischen Gesichtspunkten gelungene Kommunikation im Endeffekt Zeit und Geld spart und zu höherer Zufriedenheit auf beiden Seiten führt. Hinzu kommt, dass in Zeiten von Social Media die Patientenbewertungen beispielsweise auf Google und Jameda das Image und die Reputation von Ärzten beeinflussen (Pütter, 2019). Aus diesem Grund spielt auch aus wirtschaftlicher Sicht die Zufriedenheit der Patienten eine Rolle, um weitere zu gewinnen.

Zum anderen wurde folgendes Item zum Zeitpunkt T2 bedeutend schlechter bewertet: „Im Rollenspiel konnte ich das in der Vorlesung Gelernte anwenden“. Darüber hinaus wurde die Vorlesung anhand der Lehrveranstaltungsevaluationsbogens - siehe unten - von den Studierenden wesentlich negativer beurteilt als die Rollenspiele.

Dies kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, wie wichtig es ist den Studierenden die Möglichkeit zu geben, das in der Theorie Gelernte auch praktisch zu üben. Diese Annahme wird durch eine Metaanalyse unterstützt, die zeigt, dass Interventionen mit aktiven Methoden größere Effekte aufweisen als solche mit passiven (Mansouri & Lockyer, 2007).

Die Bewertung der einzelnen Bestandteile der Veranstaltung anhand des universitären Lehrveranstaltungsevaluationsbogen direkt nach dem Kommunikationstraining fiel durchwegs positiv aus. Wie bereits dargestellt wurden vor allem die Durchführung der Rollenspiele mit Simulationspatienten, die Rückmeldung der Kursteilnehmer sowie der Simulationspatienten am besten beurteilt. Die theoretische Einführung (Vorlesung) wurde vergleichsweise am schlechtesten bewertet, was sich auch in der verhältnismäßig schlechteren Bewertung des Items „Im Rollenspiel konnte ich das in der Vorlesung Gelernte anwenden“ aus dem Effektivitätsfragebogen widerspiegelt.

In den Freikommentaren wurde viel Lob angeführt, wie Erfahrungen sammeln zu können, hilfreiches Feedback zu erhalten, die Möglichkeit anderen dabei zuzusehen, wie sie mit schwierigen Situationen umgehen und die Chance sich mit den Räumlichkeiten vertraut zu machen. Positiv hervorgehoben wurden auch die Schauspielpatienten und Moderatoren sowie die realitätsnahen Situationen. Als Kritik wurden zu lange Pausen zwischen den einzelnen Patientengesprächen und das Stattfinden der Veranstaltung in der Klausurenphase geäußert. Zwei Studierende forderten die Vorlesung näher am Training zu orientieren.

Insgesamt wurden direkt nach dem Kommunikationstraining 47 positive und vier negative schriftliche Kommentare zu diesem abgegeben, woraus auf die Rückmeldungsbereitschaft und Wertschätzung seitens der Studierenden geschlossen werden kann.

4.4 Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings nach erfolgtem Patientenkontakt

Die zweite Hypothese, dass die retrospektive Beurteilung des Trainings von Erfahrungen mit Patientenkontakten im Behandlungskurs I beeinflusst wird, konnte durch die Ergebnisse gestützt werden. Die Bewertung der Effektivität des Kommunikationstrainings verschlechterte sich zum Erhebungszeitpunkt T3 in Schulnoten von 1,84 auf 2,16. Diese Verschlechterung zeigte sich in allen erhobenen Items. Wie bereits zu T2 wurde auch zu T3 die Subkategorie Relevanz im Vergleich zu den anderen am besten beurteilt.

Dabei stellt sich die Frage, aus welchen Gründen das Kommunikationstraining nach Patientenkontakten schlechter bewertet wurde. Zu einem liegt der Nachteil von retrospektiven Bewertungen darin, dass die abgerufenen Informationen durch rekonstruktive Prozesse beeinflusst werden, was sich wiederum auf deren Genauigkeit auswirkt. Gesammelte Informationen zeitlich näher zum Ereignis weisen eine geringere Abhängigkeit von Erinnerungen und damit eine bessere Genauigkeit auf (Moskowitz & Young, 2006). Topp et al. (2018) zeigten in einer Studie, dass die patientenberichtete gesundheitsbezogene Lebensqualität der vergangenen vier Wochen retrospektiv negativer eingeschätzt wurde als bei einer wiederholten täglichen Befragung. Eine mögliche Erklärung ist, dass

rückblickende Betrachtungen die Einschätzung verzerren, da negative Situationen stärker gewichtet werden (Topp et al., 2018). Diese könnte sich in der vorliegenden Untersuchung besonders auf von den Studierenden als schwierig erlebte Gesprächssituationen mit Patienten beziehen. Zum anderen wird das Ausmaß ungenauer Erinnerungen in retrospektiven Studien durch Interessens-Merkmale wie Detaillierungsgrad, Bedeutung für den Befragten, Motivation, soziale Akzeptanz und Zeitraum bestimmt (Coughlin, 1990).

Evaluationen von Lehrveranstaltungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg haben gezeigt, dass die Lehrveranstaltungen in der zeitnahen Evaluation gut bis mittelmäßig abschnitten. In der Endevaluation (12 Monate später) ergab sich ein insgesamt deutlich negativeres Bild. Gänzlich zeigte sich eine Differenz zwischen zeitnaher und zeitferner Evaluation von einem ganzen Punkt auf einer Sechskerskala. Zahlreiche Erklärungen für die Unterschiede zwischen zeitnaher und -ferner Evaluation wurden als denkbar aufgeführt (van den Bussche et al., 2006). Auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit übertragen, mag zu einer positiven Bewertung, die direkt im Anschluss an das Training abgegeben wurde, die Erleichterung der Studierenden beigetragen haben, ein gutes Patientengespräch geführt zu haben. Andererseits kann die weniger positive Bewertung der Veranstaltungen in der zeitfernen Evaluation verschiedene Gründe gehabt haben: In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Erhebung zu T3 am Ende des 7. Semesters in der Prüfungsphase. Die verschlechterte Beurteilung könnte das Resultat einer insgesamt getrübbten Stimmung der Studierenden am Ende des Semesters sein. Sie wäre somit Ausdruck von (Prüfungs-)Stress und Zeitmangel, die sich auch in der Bewertung der Veranstaltungen niederschlägt; Sie könnte aber auch eine Verärgerung über die vielen verschiedenen verpflichtenden Lehrveranstaltungen widerspiegeln. Van den Bussche et al. sprachen eine Empfehlung aus, bei der Evaluation von Veranstaltungen unterschiedliche Zeitpunkte zu wählen, da eine einmalige Messung für valide Aussagen nicht ausreicht und Mehrfachmessungen bzw. Längsschnittvergleiche unerlässlich sind. Des Weiteren ist die Kontextabhängigkeit des Bewertungsverhaltens zu berücksichtigen (van den Bussche et al., 2006).

Es ist für Teilnehmer schwierig, Kommunikationsfähigkeiten, die sie in einem Trainingsumfeld gelernt haben, in die klinische Umgebung zu übertragen (Aspegren, 1999; Aspegren & Lønberg-Madsen, 2005; Levinson & Roter, 1993). Laut Hascher (2006) können Studierende aus der Erfahrung heraus, dass ihre theoretischen Kompetenzen nicht unmittelbar handlungsleitend und viele ihrer im Training erworbenen Fähigkeiten nicht direkt übertragbar sind, zu Beginn ihrer - im vorliegenden Fall - Behandlungstätigkeit einem „Praxisschock“ erliegen. In einer Studie wurde überprüft, wie Praktika von Studierenden in der Retrospektive beurteilt werden. Die Absolventen waren zunächst mit dem Praktikum hochzufrieden und stufen ihre eigenen Lernerfolge in diesem sehr hoch ein. In der Retrospektive fiel die Beurteilung in nahezu allen Bereichen kritischer aus. Die Reduktion der eingeschätzten Wirkung von Praktika war zum Teil gravierend (Hascher, 2006).

Um einen nachhaltigen Effekt des Kommunikationstrainings auch nach erfolgreichem Patientenkontakt zu ermöglichen, wären longitudinale Lehrveranstaltungen zur Unterstützung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden notwendig. Durch Kommunikationstrainings, die über einen längeren Zeitraum durchgeführt und in denen sowohl theoretisches Wissen mit praktischen Übungen und konstruktives Feedback von Ebenbürtigen und qualifizierte Moderatoren übermittelt werden, können die nachhaltigsten Effekte erreicht werden (Gysels et al., 2005). Ein weiteres Training zur Kommunikation mit Patienten wäre möglicherweise ein sinnvolles Angebot für die Studierenden, die ihre Kompetenzen vertiefen oder auffrischen möchten. Das Ziel wäre ein longitudinales Lehrkonzept, das sicherstellt, dass alle Studierenden im Verlauf des Zahnmedizinstudiums für Kernthemen der Patientenkommunikation sensibilisiert werden (van Oorschot et al., 2008). Laut Monton et al. (2000) nehmen mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Kursveranstaltung deren Effekte ab. Um die vorübergehende Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten zu erhalten, bedarf es der Weiterbildung durch weitere Übung und Feedback, um die neu erworbenen Kompetenzen zu bewahren (Morton et al., 2000). Eine Studie von Heaven et al. (2006) zeigte, dass durch ein Kommunikationstraining zwar die betreffenden Fähigkeiten verbessert, aber

ohne darauffolgende Supervision nur eine geringe Auswirkung auf die praktische Tätigkeit verzeichnet werden konnte. Denn wenn nicht irgendeine Art von Intervention oder Begleitung stattfindet, werden trotz effektiven Lernens und Motivation Verbesserungen der Kommunikationsfähigkeiten nicht automatisch in die praktische Tätigkeit übertragen, beibehalten oder verallgemeinert. Die potenzielle Rolle der Supervision als ein Weg zur Verbesserung der klinischen Wirksamkeit von Trainingsprogrammen für Kommunikationsfähigkeiten wird betont. Schon kurze, aber fokussierte Interventionen können den Übertragungsprozess begünstigen. Supervision stellt dafür eine potentielle Möglichkeit dar, und es wurde gezeigt, dass es ohne Unterstützung am Arbeitsplatz sehr schwierig ist, die neu erlernten Fähigkeiten zu integrieren und eine optimale Betreuung der Patienten zu gewährleisten (Heaven et al., 2006).

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass eine Institutionalisierung von Supervision und praktischen Übungsmöglichkeiten im weiteren Verlauf notwendig wäre, um die Nachhaltigkeit des Kommunikationstrainings zu erhöhen. Banduras Theorie des kognitiven Lernens (Bandura, 1988) stützt die Auffassung, dass eine Intervention, die auf eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit abzielt und eine dem Training folgende Unterstützung am Arbeitsplatz den Transfer und die Integration der Fähigkeiten verbessert (Parle et al., 1997). Um dies zu gewährleisten, sollte erstens eine unterstützende Atmosphäre geschaffen werden; zweitens die Möglichkeit geboten werden, über Erfahrungen beim Versuch die erlernten Fähigkeiten in die Praxis zu integrieren, zu sprechen und drittens sollte es den Studierenden erleichtert werden objektiv auf positive und negative Erfahrungen zu blicken (Heaven et al., 2006).

4.5 Limitationen

Um eine angemessene Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten, müssen einige insbesondere methodische Einschränkungen der Studie erläutert werden. Vergleichbar mit der von Cämmerer et al. (2016) durchgeführten Studie handelt es sich bei der Fragebogenerhebung in der vorliegenden Untersuchung um eine quasi-experimentelle Ein-Gruppen-Längsschnitterhebung mit drei Messzeitpunkten. Ein (randomisierter) Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne

Intervention war nicht möglich, da den Studierenden die Möglichkeit eines Kommunikationstrainings nicht vorenthalten werden sollte und dessen Durchführung zu einem späteren Zeitpunkt organisatorische Schwierigkeiten erzeugt hätte. Bezüglich weiterführender Forschung wäre es sehr aufschlussreich, die Fragebogenuntersuchung zusätzlich mit einer Kontrollgruppe aus Zahnmedizinstudierenden, die keinen Gesprächsführungskurs absolviert haben, durchzuführen. Dadurch könnten mehr Informationen über etwaige externe Einflussfaktoren gewonnen und eine erhöhte Aussagekraft über die tatsächlichen Effekte des Kommunikationstrainings erzielt werden.

Trotzdem erlaubt der Vorher-Nachher-Vergleich der selbsteingeschätzten Selbstwirksamkeit der Studierenden einen guten Einblick in die selbstberichtete Änderung dieser (Cämmerer et al., 2016).

Darüber hinaus kann die relativ kleine Stichprobengröße bedingen, dass statistisch signifikante Unterschiede nicht erkannt werden, auch wenn sie existieren (Awojobi et al., 2016). Durch mehrere Studien konnte belegt werden, dass die Selbsteinschätzung der Kompetenz mit den tatsächlichen Fähigkeiten korreliert (Ackerman et al., 2002; Mabe & West, 1982). Dennoch ist die selbsteingeschätzte Beurteilung der eigenen Fertigkeiten durch die Studierenden eher mit systematischen Messfehlern behaftet als dies bei objektiver Beurteilung im Sinn einer Leistungsprüfung der Fall wäre (Atwater & Yammarino, 1997; Braun, 2003). Durch die Verwendung eines modifizierten und eines selbstentwickelten Fragebogens in der Untersuchung ist ein Vergleich der Befunde dieser Studie mit denen anderer Studien nur begrenzt möglich. Ein weiteres Defizit ist die fehlende Testung auf Validität und Reliabilität. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch eine mögliche Tendenz zur sozialen Erwünschtheit kann nicht ausgeschlossen werden. Übereinstimmend mit Cämmerer et al. (2016) sollten kausale Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Studie mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden, da der gefundene selbstberichtete Selbstwirksamkeitszuwachs auch durch die Steigerung von Wissen und Fähigkeiten im Zahnmedizinstudium generell bedingt sein könnte. Um einen ursächlichen Effekt des Kommunikationstrainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit der Studierenden nachzuweisen, wären wie

erwähnt prospektive, kontrollierte Untersuchungen erforderlich (Sundling et al., 2017). In Anlehnung an Cämmerer et al. (2016) sollte darauf hingewiesen werden, dass die Befragung der Studierenden über lediglich zwei Kurssemester nur eine Momentaufnahme ihrer kommunikativen Selbstwirksamkeit erlaubt. Der angestrebte langfristige Effekt müsste daher in einer longitudinalen Studie untersucht werden (Cämmerer et al., 2016). Entsprechend den Ergebnissen eines 2007 eingeführten 90-minütigen Kommunikationstrainings mit SPs zur Diagnosemitteilung bei Krebserkrankungen am Universitätsklinikum Würzburg würde das in der vorliegenden Studie untersuchte Training überschätzt, wenn erwartet würde, dass dadurch langfristige kommunikative Fertigkeiten für die spätere zahnärztliche Tätigkeit resultieren (van Oorschot et al., 2008). Dazu wäre mehr Zeit mit mehrfachem Üben in verschiedenen Situationen im Verlauf des Studiums erforderlich (Keller & Werner, 2006). Entsprechend zielt das Training auf eine längerfristige Sensibilisierung der Studierenden für die Situation der Patienten und die eigene Rolle im Patientengespräch ab. Die bisherige Einmaligkeit des Trainings für jeden Studierenden stellt eine Limitation dar und könnte durch methodisch vielfältige weitere Angebote in ein Gesamtkonzept zahnmedizinischer Lehre eingebunden werden (vgl. van Oorschot et al., 2008).

4.6 Fazit und Ausblick

Durch das Kommunikationstraining konnte eine mittelfristige, statistisch signifikante Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten bei den teilnehmenden Studierenden im Hinblick auf Gesprächsführung, Strukturierung des Gesprächs, Umgang mit Informationen und gemeinsame Entscheidungsfindung nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse sind besonders wichtig vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Beratungstätigkeit des Zahnarztes aufgrund zunehmend differenzierter Behandlungsmöglichkeiten wichtiger wird. Dagegen überschätzten sich die Studierenden vor dem Kommunikationstraining eher in den im zwischenmenschlichen Bereich liegenden Soft Skills (insbesondere Empathie, nonverbale Kommunikation, Eingehen auf die Probleme und Gefühle des Patienten und Zuhören) und es konnte in diesen nach dem Training zwar eine

mittelfristige Steigerung festgestellt werden, die aber statistisch nicht signifikant ausfiel. Das Kommunikationstraining insgesamt wurde 6 Monate nach der Durchführung schlechter evaluiert als direkt danach. Die realistische Einschätzung der Soft Skills und deren Verbesserung durch ein Kommunikationstraining spielt auch eine wichtige Rolle bei einem Ausblick in die Zukunft. Bei zunehmender Digitalisierung, Nutzung von Telemedizin und künstlicher Intelligenz stellt sich die Frage, welche Aufgaben und Fähigkeiten Maschinen in der Lage sind zu übernehmen. Der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Professor Erbguth konstatiert in einem Interview: „Auch wenn ein Roboter vielleicht supernett aussieht, die Empathie, die einer menschlichen Begegnung innewohnt, ist nicht zu ersetzen. [...] Der persönliche Kontakt eines Patienten mit einem menschlichen Gegenüber ist wesentlicher Bestandteil der Therapie. [...] Der Patient heute [...] will den Arzt und die menschliche Unterstützung.“ (Winkler, 2019). Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der dem Patienten vom Arzt entgegengebrachten Empathie.

Diese Resultate und Aspekte legen nahe, dass im Laufe des 7. Semesters, in dem erstmalig Patientenkontakte stattfinden, eine Supervision der Studierenden implementiert werden sollte. Dabei sollten die Studierenden die Möglichkeit erhalten über schwierige Situationen mit Patienten zu berichten, die eigenen Anteile zu reflektieren und evtl. durch Rollenspiele mit Kommilitonen neue Erfahrungen zu sammeln. Auf diese Weise könnte ein erster wichtiger Baustein für einen nachhaltigen Effekt des Kommunikationstrainings gelegt werden. Dies wäre für die Berufsausübung eminent wichtig im Hinblick auf die Effektivität der Arbeit, auf die eigene und die Patientenzufriedenheit sowie auf ökonomische Gesichtspunkte für den Behandler im Speziellen und das Gesundheitssystem im Allgemeinen.

5. Zusammenfassung

Für eine Optimierung der Patientenversorgung ist in den letzten Jahrzehnten die Notwendigkeit der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von in Gesundheitsberufen Tätigen – darunter auch Zahnärzte – vermehrt in den Fokus getreten. Neben Wissen und Fertigkeiten werden in dem am 4. Juni 2015 verabschiedeten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) auch übergeordnete Lernziele wie ärztliche Gesprächsführung, Wissenschaftskompetenzen und sogenannte Soft Skills wie zum Beispiel Empathie definiert. Dennoch ist die Lehre in der Zahnmedizin immer noch von der Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 geprägt, wobei der Schwerpunkt auf spezifischen Fachkenntnissen und manueller Präzision liegt und die kommunikative Kompetenz eine untergeordnete Rolle spielt. Jedoch sollten die kommunikativen Fähigkeiten der angehenden Ärzte und Zahnärzte bereits während des Studiums geschult werden, da die Patientenzufriedenheit im hohen Maße von der kommunikativen Fähigkeit des Arztes beeinflusst wird.

Ab dem Sommersemester 2018 wurden im Studiengang Zahnmedizin der Universität Würzburg im Rahmen eines interdisziplinären Projekts in Zusammenarbeit des ZMKGs und des Arbeitsbereichs Medizinische Psychologie und Psychotherapie im ZEP ein Kommunikationstraining für Zahnmedizin-studierende durchgeführt und in der vorliegenden Arbeit evaluiert. Eingangs fand für die Studierenden des sechsten Semesters eine Vorlesung zur Kommunikation in der Zahnmedizin statt. Danach erfolgten als weiterer zentraler Bestandteil des Kommunikationstrainings Rollenspiele im Sinne simulierter Gespräche mit Patienten. Unter Leitung eines geschulten Moderators erhielt jeder Studierende in Kleingruppen die Möglichkeit unter realen Bedingungen die Rolle des Arztes in einem Übungsgespräch mit einem Simulationspatienten (SP) zu erproben. Wesentlicher Bestandteil des Kommunikationstrainings war das konstruktive Feedback an den Zahnmedizin-studierenden durch den SP nach dem Gespräch. Durch dieses wurde es dem Lernenden ermöglicht sein Verhalten und seine kommunikativen Fähigkeiten zu reflektieren und zu verbessern.

Die Bewertung der einzelnen Bestandteile der Veranstaltung anhand des universitären Lehrveranstaltungsevaluationsbogen direkt nach dem

Kommunikationstraining fiel durchwegs positiv aus. Am besten beurteilt wurden vor allem die Durchführung der Rollenspiele mit Simulationspatienten (SPs), die Rückmeldung der Kursteilnehmer sowie der SPs. Die theoretische Einführung (Vorlesung) wurde vergleichsweise am schlechtesten bewertet, was die Wichtigkeit unterstreicht den Studierenden die Möglichkeit zu geben, das in der Theorie Gelernte auch praktisch zu üben.

Die kommunikativen Kompetenzen werden auch durch die eigenen Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob durch das durchgeführte Kommunikationstraining die Einschätzung der kommunikativen Selbstwirksamkeit von Zahnmedizin-studierenden verbessert und ob diese auch mittelfristig gestärkt werden konnte. Ferner sollte der Frage nachgegangen werden, wie nach erfolgtem Patientenkontakt ein Semester später die Effektivität des Kommunikationstrainings die Einschätzung verändert hat.

Direkt nach dem Kommunikationstraining schätzten die Zahnmedizin-studierenden ihre kommunikative Selbstwirksamkeit insgesamt signifikant höherer ein als vor diesem. Dadurch konnte der positive Einfluss eines Kommunikationstrainings auf die kommunikative Selbstwirksamkeit übereinstimmend mit der bisherigen Studienlage bestätigt werden. Durch die im Kommunikationstraining stattfindenden Rollenspiele mit Schauspielpatienten werden alle vier von dem Begründer der sozialkognitiven Lerntheorie Albert Bandura (1977) postulierten Quellen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung angesprochen. Dazu zählen eigene und stellvertretende Erfahrungen, verbale Überzeugung sowie das Erleben physiologischer Erregung. Es ist davon auszugehen, dass durch die mittels des Kommunikationstrainings ermöglichte Verwirklichung der Quellen der Selbstwirksamkeit die in der vorliegenden Studie nachgewiesene Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Studierenden (mit)bedingt wurde. Es lässt sich ableiten, dass die verschiedenen wissens- und handlungsbezogenen Aspekte der Kommunikation, die im Training gelehrt wurden, erfolgreich vermittelt werden konnten, da sich die Studierenden nach Ablauf des Trainings bezüglich der eigenen kommunikativen Kenntnisse und Handlungsfähigkeiten als kompetenter einschätzten.

Bei den Studierenden konnte durch das Kommunikationstraining eine mittelfristige (6 Monate später), statistisch signifikante Verbesserung der Hard Skills der Kommunikation (Gesprächsführung, Strukturierung des Gesprächs, Umgang mit Informationen und die gemeinsame Entscheidungsfindung) nachgewiesen werden. In den Soft Skills (insbesondere Empathie, nonverbale Kommunikation, Eingehen auf die Probleme und Gefühle des Patienten sowie Zuhören) konnte nach dem Training zwar eine mittelfristige Steigerung festgestellt werden, diese fiel aber statistisch nicht signifikant aus. Dies ist möglicherweise durch eine Überschätzung der Studierenden in diesen Aspekten vor dem Kommunikationstraining bedingt.

Die Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings erfolgte in vier Subkategorien (Relevanz, Lernerfolg, Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit, sowie erwartete Auswirkungen und Veränderungen) sowohl direkt nach dem Training als auch 6 Monate später. Der hohe Punktwert in der Subkategorie Relevanz zu beiden Erhebungszeitpunkten deutet darauf hin, dass aus Sicht der Studierenden die Kommunikation mit dem Patienten eine sehr wichtige Rolle spielt. In der Bewertung der Effektivität des Kommunikationstrainings nach erfolgtem Patientenkontakt ein Semester später, zeigte sich in allen erhobenen Items eine Verschlechterung.

Die Selbstwirksamkeit wurde 6 Monate nach dem Kommunikationstraining noch deutlich besser eingeschätzt als vor dem Training, aber es zeigte sich eine Verschlechterung zum Zeitpunkt direkt nach dem Training. Auch die Effektivität des Trainings wurde direkt nach diesem besser beurteilt als nach erfolgtem Patientenkontakt.

Um einen nachhaltigen Effekt des Kommunikationstrainings auch nach erfolgtem Patientenkontakt zu ermöglichen, wären longitudinale Lehrveranstaltungen zur Unterstützung der kommunikativen Fähigkeiten der Studierenden notwendig. Ein weiteres Training zur Kommunikation mit Patienten wäre möglicherweise ein sinnvolles Angebot für die Studierenden, die ihre Kompetenzen vertiefen oder auffrischen möchten. Das Ziel wäre ein longitudinales Lehrkonzept, das sicherstellt, dass alle Studierenden im Verlauf des Zahnmedizinstudiums für Kernthemen der Patientenkommunikation sensibilisiert werden.

Eine Institutionalisierung von Supervision und praktischen Übungsmöglichkeiten der Kommunikationsfähigkeiten im weiteren Verlauf des klinischen Abschnittes des Zahnmedizinstudiums wären notwendig, um die Nachhaltigkeit des Kommunikationstrainings zu erhöhen.

6. Literaturverzeichnis

Ackerman, P. L., Beier, M. E., & Bowen, K. R. (2002). What we really know about our abilities and our knowledge. *Personality and Individual Differences*, 33(4), 587–605.

Ammentorp, J., & Kofoed, P.-E. (2010). Coach training can improve the self-efficacy of neonatal nurses. A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 258–261.

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P.-E., & Mainz, J. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 270–277.

Andela, M. G. (2001). What does the patient expect from the dentist now and in the future? *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 108(8), 335–337.

Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563–570.

Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*, 27(6), 539–543.

Atwater, L. E., & Yammarino, F. J. (1997). Self-other rating agreement: A review and model.

Awojobi, O., Newton, J. T., & Scott, S. E. (2016). Pilot study to train dentists to communicate about oral cancer: the impact on dentists' self-reported behaviour, confidence and beliefs. *British dental journal*, 220(2), 71.

- Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P.-E., & Ammentorp, J. (2016). Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC medical education*, 16(1), 272.
- Bachmann, C. (2018). *Simulationspatienten: Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen Berufen.* (Peters, T., & Thrien, C., Eds.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., et al. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77–98.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control.* New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307–337.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Annals of internal medicine*, 101(5), 692–696.
-

- Berberat P. O., Teufel D. (2018). Arzt, nicht „nur“ Mediziner. Deutsches Ärzteblatt, 115(47), A 2172-74.
- Bird, J., & Cohen-Cole, S. A. (1990). The three-function model of the medical interview. *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry*, 20, 65-88. Karger Publishers.
- Blanca, M., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29(4), 552–557.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., et al. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 31(7), 755–761.
- Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 3–10.
- Bragard, I., Etienne, A.-M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1075–1081.
- Braun, M. W. (2003). Genauigkeit der Selbsteinschätzung beim Erwerb neuer Kompetenzen in Abhängigkeit von Kontrollmeinung, Erfahrung, Selbstaufmerksamkeit, Ängstlichkeit und Geschlecht. Dissertation. Universität Bern.
- Buddeberg, C., & Buddeberg-Fischer, B. (2004). Die Arzt-Patient-Beziehung. *Psychosoziale Medizin*, 327–360. Springer.
-

- Buszewicz, M., Pistrang, N., Barker, C., Cape, J., & Martin, J. (2006). Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(528), 496–503.
- Cahill, H., Coffey, J., & Sancu, L. (2015). 'I wouldn't get that feedback from anywhere else': learning partnerships and the use of high school students as simulated patients to enhance medical students' communication skills. *BMC medical education*, 15(1), 35.
- Cämmerer, J., Martin, O., & Rockenbauch, K. (2016). Learning Doctor-Patient Communication—Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS journal for medical education*, 33(3).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Abingdon: United Kingdom: Routledge.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Collins, J. L. (1982). Self-efficacy and ability in achievement behavior Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. New York.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiologic studies. *Journal of clinical epidemiology*, 43(1), 87–91.
- Cushing, A.M., & Jones, A. (1995). Evaluation of a breaking bad news course for medical students. *Medical education*, 29(6), 430–435.

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(606), 76-84.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757–762.

Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., & Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 100–109.

Duden online. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kommunikation>
[Stand 11.03.2019, 14:21].

Engerer, C., Berberat, P. O., Dinkel, A., Rudolph, B., Sattel, H., & Wuensch, A. (2019). Specific feedback makes medical students better communicators. *BMC medical education*, 19(1), 51.

Enkling, N., Marwinski, G., & Jöhren, P. (2006). Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clinical oral investigations*, 10(1), 84–91.

Ernst, H. (2001). Perfektion, Konzentration, Meisterschaft: Das Geheimnis der Könner. *Psychologie heute*, 28(1), 20–27.

Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2), 115–125.

- Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Die Rehabilitation*, 49(05), 277–291.
- Flammer, A. (1990). Erfahrung der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Ford, S., Fallowfield, L. J., & Lewis, S. (1994). Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *British journal of cancer*, 70(4), 767.
- Gist, M. E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management review*, 17(2), 183–211.
- Glass, K. E., Wills, C. E., Holloman, C., Olson, J., Hechmer, C., Miller, C. K., & Duchemin, A.-M. (2012). Shared decision making and other variables as correlates of satisfaction with health care decisions in a United States national survey. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 100–105.
- Goffman, E. (1981). *Geschlecht und Werbung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Griffith III, C. H., Wilson, J. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 170–174.
- Groß, D. (2016). Kommunikationsprobleme zwischen Zahnarzt und Patient sowie ihre Vermeidung. *Zahnmedizin up2date*, 10(02), 175–193.

- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A., & Blanch-Hartigan, D. (2013). Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 180–185.
- Gysels, M., Richardson, A., & Higginson, I. J. (2005). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Supportive care in cancer*, 13(6), 356-366.
- Haak, R., Rosenbohm, J., Wicht, M., & Noack, M. (2008). Klinischer Patientenkontakt steigert nicht die Kommunikationsfertigkeiten von Zahnmedizinstudierenden. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 25.
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician—patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21–37.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670–674.
- Hascher, T. (2006). Veränderungen im Praktikum-Veränderungen durch das Praktikum. Eine empirische Untersuchung zur Wirkung von schulpraktischen Studien in der Lehrerbildung. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft*; 51, 130-148.
- Hattie, J., Beywl, W., & Zierer, K. (2013). *Lernen sichtbar machen*. Schneider-Verlag Hohengehren.
- Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 313–325.

Heindle, B. J. (2009). Entwicklung eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege. Med. Dissertation. Universität Marburg.

Herbold, S. (2011). Kommunikationstraining im Zahnmedizinstudium: Affektive Kompetenzen der Studierenden und deren Auswirkungen auf die Patientenbehandlung. Med. Dissertation. Universität Heidelberg.

Heszen-Klemens, I., & Lapinska, E. (1984). Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Soc Sci Med*, 19(1), 9–18.

Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F. W., Wender, R. C., & Gonnella, J. S. (2011). A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 43(6), 412.

Howley, L. D., Simons, D. F., & Murray, J. A. (2005). Focusing feedback on interpersonal skills: a workshop for standardized patients. Unpublished training manual.

Hsu, L.-L., Chang, W.-H., & Hsieh, S.-I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), 37–49.

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher*, 27(1), 10–28.

Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., Weert, G. H. de, Sensky, T., van der Staak, C. P.F., & Jong, C. A. J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(4), 219–226.

Jungbauer, J., Kamenik, C., Alfermann, D., & Brähler, E. (2004). Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 66(1), 51–56.

Jünger, J., & Köllner, V. (2003). Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(02), 56-64.

Jünger, J., Mutschler, A., Kröll, K., Weiss, C., Fellmer-Drügg, E., Köllner, V., Ringel, N. (2015). Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung-Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt*, 66(4), 189–192.

Jürgen, B., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. 4. überarb. Aufl: Heidelberg: Springer.

Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E., JR (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical care*, 27(3), 110-27.

Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29–39.

- Keller, M., & Werner, A. (2006). Consultation and attendance for tumor patients. *Onkologie*, 12(1), 55–61.
- Klingenberg, A., Walther, W., Dörfer, C. E., & Szecsenyi, J. (2008). Wie bewerten Patienten ihre zahnärztliche Versorgung? Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten bei niedergelassenen Zahnärzten. *Das Gesundheitswesen*, 70(08/09), 525–531.
- Knapp, M. L., & Daly, J. A. (2011). *The SAGE Handbook of Interpersonal Communication*. SAGE Publications.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning as the science of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lane, J. L., Slavin, S., & Ziv, A. (2001). Simulation in Medical Education: A Review. *Simulation & Gaming*, 32(3), 297–314.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rütimann, S., & Wössmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *British Medical Journal*, 325(7366), 682–683.
- Leonhart, R. (2013). *Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung (3.Aufl.)*. Lehrbuch Psychologie. Bern: Huber.
- Levinson, W., & Roter, D. (1993). The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 8(6), 318–324.
- Liek, E. (1927). *Der Arzt und seine Sendung*. München: J.F.Lehmanns Verlag.

- Lin, E. C.-L., Chen, S.-L., Chao, S.-Y., & Chen, Y.-C. (2013). Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. *Nurse Education Today*, 33(6), 677–683.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., et al. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, 323(7318), 908–911.
- Lodge, J., & Tripp, G. (1993). Dental students' perception of patient anxiety. *The New Zealand dental journal*, 89(395), 50–52.
- Mabe, P. A., & West, S. G. (1982). Validity of self-evaluation of ability: A review and meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 67(3), 280.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325(7366), 697–700.
- Maguire, P., Fairbairn, S., & Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *British Medical Journal (Clin Res Ed)*, 292(6535), 1573–1576.
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32(1), 78–81.
- Mansouri, M., & Lockyer, J. (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1), 6–15.

Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315–318.

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2016). Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin und Zahnmedizin (NKLM/NKLZ), <https://medizinische-fakultaeten.de/studium/themen/aktuelle-themen/nklm-nklz/>
[Stand 06.09.2019, 16:45].

Mehnert, A., Lehmann, C., & Koch, U. (2012). Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(9), 1134–1143.

Mehrabian, A., & Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of consulting psychology*, 31(3), 248.

Mistiaen, P., van Osch, M., van Vliet, L., Howick, J., Bishop, F. L., Di Blasi, Z., et al. (2016). The effect of patient–practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20(5), 675–688.

Morris, D. (1996). *Der Mensch, mit dem wir leben: Ein Handbuch unseres Verhaltens*, (16. Aufl.). München, Zürich: Droemer Knaur.

Morton, J., Blok, G. A., Reid, C., van Dalen, J., & Morley, M. (2000). The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): enhancing communication skills with bereaved relatives. *Anaesthesia and intensive care*, 28(2), 184–190.

- Moskowitz, D. S., & Young, S. N. (2006). Ecological momentary assessment: what it is and why it is a method of the future in clinical psychopharmacology. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(1), 13.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346.
- Nørgaard, B., Ammentorp, J., Ohm Kyvik, K., & Kofoed, P.-E. (2012). Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *The journal of continuing education in the health professions*, 90–97.
- Pagano, R. R. (2012). *Understanding statistics in the behavioral sciences* (Vol.1). Cengage Learning.
- Parle, M., Maguire, P., & Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science & Medicine*, 44(2), 231–240.
- Poole, G., Jones, L., & Whitfield, M. (2013). Helping students reflect: lessons from cognitive psychology. *Advances in Health Sciences Education*, 18(4), 817–824.
- Pütter, L. (2019). Effiziente und gute Patientenkommunikation. <https://cambialine.ch/patientenkommunikation/>
[Stand 25.11.2019, 09:22].
-

- Putter-Katz, H., Gvion, A., Wechsler-Kashi, D., A-B Said, L., Yaacobi, H., Feldman, I., et al. (2018). Students' Evaluation of Simulation-Based Training in a Communication Sciences and Disorders Program. *Journal of allied health*, 47.
- Rainey, L. C. (1985). Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer*, 56(5), 1056–1061.
- Raith, E., & Ebenbeck, G. (1986). *Psychologie für die zahnärztliche Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Rall, M., Manser, T., & Howard, S. K. (2000). Key elements of debriefing for simulator training. *European Journal of Anaesthesiology*, 17(8), 516–517.
- Ramirez, A., Graham, J., Richards, M., Cull, A., Gregory W. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, (347), 724–728.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Lernzielkatalog Medizin: Mehr als Faktenwissen. *Dtsch Arztebl*, 112(33-34).
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1991). Improving psychosocial problem address in primary care: Is it possible, and what difference does it make. *International Consensus Conference on Doctor-Patient Communication*, Toronto.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877–1884.

- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical care*, 1138–1161.
- Rothmund, M., & Schwartz, W. (2017). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik-Methodik-Anwendung*. Schattauer Verlag.
- Rowan, K. E. (2008). Monthly communication skill coaching for healthcare staff. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 402–404.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of research design*. Sage.
- Saltzer, E. B. (1982). The relationship of personal efficacy beliefs to behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 21(3), 213-221.
- Schneider, J. (2006). Selbstwirksamkeitserwartungen bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung. *Die Rehabilitation*, 45(02), 110-117.
- Schouten, B. C., Eijkman, M. A., & Hoogstraten, J. (2003). Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Community dental health*, 20(1), 11–15.
- Schulz von Thun, F. (2009). *Miteinander reden: Differentielle Psychologie der Kommunikation* (30. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schunk, D. H. (1995). Self-efficacy and education and instruction. *Self-efficacy, adaptation, and adjustment*, 281-303. Boston: Springer.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft* 44, 28–53.

Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients*. London: Radcliffe Medical Press.

Smith, M. E., & Hart, G. (1994). Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting. *Journal of advanced nursing*, 20(4), 643–651.

Smith, R. C. (2002). *Patient-centered interviewing: an evidence-based method*. Lippincott Williams & Wilkins. Presentation at the International Consensus Conference on Doctor-Patient Communication, Toronto, Nov 14–16, 1991.

Smith, R. C., Lyles, J. S., Mettler, J., Stoffelmayr, B. E., van Egeren, L. F., Marshall, A. A., et al. (1998). The effectiveness of intensive training for residents in interviewing: a randomized, controlled study. *Annals of internal medicine*, 128(2), 118–126.

Sondell, K., Söderfeldt, B., & Palmqvist, S. (2002). Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry. *International Journal of Prosthodontics*, 15(1).

Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001). The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family practice*, 18(5), 495–500.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 152(9), 1423–1433.

Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301.

- Sundling, V., Sundler, A. J., Holmström, I. K., Kristensen, D. V., & Eide, H. (2017). Mindfulness predicts student nurses' communication self-efficacy: A cross-national comparative study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1558–1563.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Topp, J., Andrees, V., Augustin, M., Schäfer, L., Heesen, C., & Blome, C. (2018). Die Bedeutung des Recall Bias in der retrospektiven Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität. *Quality of life research*, 27, 112. Netherlands: Springer.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., & Martins, C. (2005). Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14(8), 661–670.
- van den Bussche, H., Weidtmann, K., Kohler, N., Frost, M., & Kaduszkiewicz, H. (2006). Evaluation der ärztlichen Ausbildung. *GMS Z Med Ausbild*, 23(2).
- van Dulmen, S., & van den Brink-Muinen, A. (2004). Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Education and Counseling*.
- van Oorschot, B., Neuderth, S., Faller, H., & Flentje, M. (2008). Kommunikation mit Palliativpatienten—Erste Erfahrungen mit standardisierten Patienten im Rahmen der Interdisziplinären Onkologie. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 9(03), 120–125.

- Vermaire, J. H., & Eijkman, M. A. (2001). Complaints against dentists. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 108(1), 11–15.
- von Ebner-Eschenbach, M. (1911). Aphorismen
<https://www.aphorismen.de/zitat/1740>
[Stand 12.03.2019, 11:10].
- White, J. G., Krüger, C., & Snyman, W. D. (2008). Development and implementation of communication skills in dentistry: an example from South Africa. *European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 12(1), 29–34.
- Wilcox, R. R. (2012). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing*. Academic press.
- Winkler, K. (2019). Plädoyer fürs Gehirn: Ein Neurologe über künstliche und menschliche Intelligenz. *Windsheimer Zeitung* Nr. 58,16.
- Wirth, F., Russi, E., Wenger, R., & Schirlo, C. (2009). *Lehrevaluation: Retrospektive Beurteilung von Ausbildungsstärken und -defiziten des Curriculums*. German Medical Science GMS Publishing House.
- Wright, K. B., Banas, J. A., Bessarabova, E., & Bernard, D. R. (2010). A communication competence approach to examining health care social support, stress, and job burnout. *Health Communication*, 25(4), 375–382.
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & Maase, H. von der (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British journal of cancer*, 88(5), 658–665.

zm online (2015). NKLZ: Jetzt geht es um den Stoff.

<https://www.zm-online.de/zm-starter/studium/nklz-jetzt-geht-es-um-den-stoff/>

[Stand 2.12.2019, 15:12].

7. Anhänge

- Anhang 1 - Tabelle I: Vergleich der einzelnen Items der kommunikativen Selbstwirksamkeit
- Anhang 2 - Tabelle II: Bewertung der einzelnen Bestandteile des Kommunikationstrainings anhand des Lehrveranstaltungsevaluationsbogens
- Anhang 3 - Fragebogen zur kommunikativen Selbstwirksamkeit
- Anhang 4 - Fragebogen zur Effektivität des Kommunikationstrainings für Zahnmedizinstudierende
- Anhang 5 - Fragebogen zur Lehrveranstaltungsevaluation
- Anhang 6 - Patientenfall: Frau Jacobi
- Anhang 7 - Patientenfall: Frau Kempf
- Anhang 8 - Patientenfall: Herr Albert
- Anhang 9 - Patientenfall: Frau Liebermann
- Anhang 10 - Patientenfall: Herr Sauer
- Anhang 11 - Checkliste zur Bewertung des Simulationsgesprächs
- Anhang 12 - Unbedenklichkeitsbescheinigung
- Anhang 13 - An der Entwicklung der Rollenskripte beteiligte Autoren
- Statistiküberprüfung
-

Tabelle I:

Vergleich der einzelnen Items der kommunikativen Selbstwirksamkeit aller Teilnehmer zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3

Wie sicher sind Sie, ...		T1		T2		T3					
		N	MW	SD	MW	SD	MW	SD	p _{T1-T2}	p _{T2-T3}	p _{T1-T3}
1	... dass Sie die Probleme, die der Patient während des Gesprächs ansprechen möchte, erfolgreich erkennen können?	26	7.00	1.575	7.73	1.116	7.73	1.733	.249	>.999	.080
2	... dass Sie erfolgreich einen Plan für das Gespräch mit dem Patienten erstellen können?	27	6.19	2.095	7.56	1.396	6.89	1.888	.019	.521	.521
3	... dass Sie den Patienten erfolgreich dazu bringen können, seine Probleme näher auszuführen?	27	7.19	1.272	8.11	1.121	7.89	1.219	.003	>.999	0.043
4	... dass Sie aufmerksam zuhören können, ohne zu unterbrechen oder den Fokus/die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu richten?	27	7.93	1.357	8.50	1.434	8.07	1.730	.207	.434	>.999

Wie sicher sind Sie, ...		T1			T2		T3				
		N	MW	SD	MW	SD	MW	SD	p _{T1-T2}	p _{T2-T3}	p _{T1-T3}
5	... dass Sie den Patienten dazu ermutigen können, seine Gedanken und Gefühle auszudrücken?	27	7.33	1.271	8.11	1.396	7.63	1.523	<u>.003</u>	.231	.353
6	... dass Sie das Gespräch mit dem Patienten erfolgreich strukturieren können?	27	6.67	1.797	7.22	1.476	7.48	1.673	>.999	.231	.035
7	... dass Sie in der Lage sind, angemessenes nonverbales Verhalten zu zeigen (Augenkontakt, Gesichtsausdruck, Sitzposition, Haltung und Tonfall)?	28	7.50	1.291	8.48	1.371	8.00	1.563	<u>.015</u>	>.999	.135
8	... empathisch auf Ihren Patienten eingehen zu können (einfühlsames Anerkennen der Ansichten und Gefühle des Patienten)?	28	7.36	1.446	8.32	1.188	7.89	1.663	<u>.010</u>	.613	.285
9	... dass Sie erfolgreich das Vorwissen des Patienten erfassen können, um die richtige Menge an Informationen zu vermitteln?	27	6.48	1.695	7.56	1.368	7.56	1.672	<u>.024</u>	>.999	<u>0.003</u>

Wie sicher sind Sie, ...		T1			T2		T3				
		N	MW	SD	MW	SD	MW	SD	p _{T1-T2}	p _{T2-T3}	p _{T1-T3}
10	... dass Sie erfolgreich das Verständnis des Patienten für die gegebenen Informationen überprüfen können?	27	6.48	1.718	7.59	1.152	7.56	1.739	<u>.005</u>	>.999	<u>.008</u>
11	... dass Sie einen Behandlungsplan erstellen können, der auf gemeinsam getroffenen Entscheidungen von Ihnen und dem Patienten basiert?	28	5.79	2.672	7.41	1.738	7.57	1.687	<u>.027</u>	>.999	<u>.048</u>
12	... dass Sie das Gespräch erfolgreich abschließen können, indem Sie sicherstellen, dass die Fragen des Patienten beantwortet wurden?	28	6.89	1.988	8.25	1.110	7.54	1.972	<u>.003</u>	.613	.115

Anmerkung. Dargestellt sind Anzahl der in den Vergleich einbezogenen Studierenden (*N*), Mittelwerte (*MW*), Standardabweichungen (*SD*) und Signifikanzen (*p*-Wert). Es handelt sich um die Werte aus den Bonferroni-korrigierten Post-Hoc Tests nach Friedman-Tests. Signifikante Werte ($p < .05$) sind markiert.

Tabelle II: Bewertung der einzelnen Bestandteile des Kommunikationstrainings anhand des Lehrveranstaltungsevaluationsbogens

Ich fand ...	schlecht				Sehr gut
... die Einführungsveranstaltung (Seminar/Vorlesung)	0 (0,00%)	4 (11,76%)	12 (35,29%)	14 (41,18%)	4 (11,76%)
... die Durchführung von Rollenspielen mit Simulationspatienten*innen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,88%)	7 (20,59%)	25 (73,53%)
... die in den Rollenspielen bearbeiteten Fälle	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (5,88%)	13 (38,24%)	19 (55,88%)
... die Rückmeldung der Simulationspatienten*innen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	13 (38,24%)	21 (61,76%)
... die Rückmeldung der anderen Kursteilnehmer*innen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,94%)	10 (29,41%)	23 (67,65%)
... die Moderation der Gruppendiskussion (der Übung)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (11,76%)	13 (38,24%)	17 (50,00%)
... die Organisation der Veranstaltung (Informationsvermittlung, Gruppeneinteilung, Materialeien usw.)?	0 (0,00%)	1 (2,94%)	4 (11,76%)	9 (26,47%)	20 (58,82%)

Anmerkung. Die Bewertungen sind in Anzahl und in Klammern in Prozentangaben aufgeführt. Einbezogen wurden alle Studierenden, die den universitären Evaluationsbogen ausgefüllt haben ($N = 34$).

Fragebogen zur kommunikativen Selbstwirksamkeit

Liebe/r Studienteilnehmer/in,

vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage zum Würzburger Kommunikationstrainings für Zahnmedizinstudierende teilnehmen. Hierzu bitten wir Sie die angehängten Fragebögen auszufüllen. Antworten Sie dabei spontan und ehrlich. Es gibt dabei kein „richtig“ oder „falsch“.

Bitte generieren Sie zunächst Ihren Versuchspersonen-Code, der sich wie folgt zusammensetzt:

1. 1. und 2. Buchstabe des Geburtsorts
2. 1. und 2. Buchstabe des Vornamens der Mutter
3. 3. Quersumme des eigenen Geburtstages aus Tag und Monat (z.B.: 25.04.=11)
4. 4. Immatrikulationsjahr vierstellig (z.B. 2010)

Ihr Code:

1		2		3		4			

Ihre Person: Alter _____ Fachsemester _____ Männlich Weiblich

Die folgenden Fragen betreffen verschiedene Kommunikationsfähigkeiten in Bezug auf das Gespräch mit Patienten. Bitte beantworten Sie jede Frage und verwenden Sie das Feld "nicht relevant" nur, wenn die gestellte Frage nicht auf Sie zutrifft.

Auf einer Skala von 1-10, 1 = sehr unsicher 10 = sehr sicher

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1	Wie sicher sind Sie, dass Sie die Probleme, die der Patient während des Gesprächs ansprechen möchte, erfolgreich erkennen können?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2	Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich einen Plan für das Gespräch mit dem Patienten erstellen können?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3	Wie sicher sind Sie, dass Sie den Patienten erfolgreich dazu bringen können, seine Probleme näher auszuführen?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4	Wie sicher sind Sie, dass Sie aufmerksam zuhören können, ohne zu unterbrechen oder den Fokus/die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu richten?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

5	Wie sicher sind Sie, dass Sie den Patienten dazu ermutigen können, seine Gedanken und Gefühle auszudrücken?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

6	Wie sicher sind Sie, dass Sie das Gespräch mit dem Patienten erfolgreich strukturieren können?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7	Wie sicher sind Sie, dass Sie in der Lage sind, angemessenes nonverbales Verhalten zu zeigen (Augenkontakt, Gesichtsausdruck, Sitzposition, Haltung und Tonfall)?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8	Wie sicher sind Sie, empathisch auf Ihren Patienten eingehen zu können (einfühlsames Anerkennen der Ansichten und Gefühle des Patienten)?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

9	Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich das Vorwissen des Patienten erfassen können, um die richtige Menge an Informationen zu vermitteln?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

10	Wie sicher sind Sie, dass Sie erfolgreich das Verständnis des Patienten für die gegebenen Informationen überprüfen können?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

11	Wie sicher sind Sie, dass Sie einen Behandlungsplan erstellen können, der auf gemeinsam getroffenen Entscheidungen von Ihnen und dem Patienten basiert?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

12	Wie sicher sind Sie, dass Sie das Gespräch erfolgreich abschließen können, indem Sie sicherstellen, dass die Fragen des Patienten beantwortet wurden?										Nicht relevant <input type="radio"/>
	Sehr unsicher								Sehr sicher		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Beurteilung der Effektivität des Kommunikationstrainings für Zahnmedizinierende

Relevanz

Hier geht es darum, für wie relevant Sie das Kommunikationstraining halten.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich persönlich halte die kommunikative und soziale Kompetenz des Zahnarztes für wichtig und relevant im Praxisalltag					
Die Veranstaltung verdeutlicht die Relevanz der ärztlichen Kommunikation und Interaktion					
Die dargestellten Situationen sind für den Praxisalltag relevant					

Lernerfolg

Hier geht es darum, wie Sie die Inhalte des Kommunikationstrainings verstehen und verarbeiten konnten.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Ich denke, dass ich von diesem Training viel profitiert habe					
Die Teilnahme an der Veranstaltung lohnt sich					
Ich habe Sinnvolles und Wichtiges gelernt					
Die Veranstaltung verbessert meine kommunikative Kompetenz					
Die Veranstaltung hilft mir, strukturiert mit Patienten umzugehen					
Die Inhalte des Trainings sind nachhaltig vermittelt worden					

Praxisbezogenheit und konkrete Anwendbarkeit

Hier geht es um Ihre Einschätzung der Anwendbarkeit der Trainingsinhalte in Ihrer zukünftigen, praktischen Tätigkeit.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Das Training hat viel praxisbezogenes Wissen vermittelt					
Im Rollenspiel konnte ich das in der Vorlesung Gelernte anwenden					
Das Erlernete werde ich bei meiner zukünftigen Tätigkeit gut anwenden können					
Für meine künftige Tätigkeit ist das Training von großem Nutzen					
Ich bin jetzt gut vorbereitet, das Erlernete anzuwenden					

Erwartete Auswirkungen und Veränderungen aufgrund der erworbenen Fertigkeiten

In diesem Abschnitt bitten wir Sie einzuschätzen, inwieweit Sie die erlernten Inhalte einsetzen können und diese dann von konkretem Nutzen sind.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Die behandelten Themen und das Erlernete werden die Qualität meiner Leistungen positiv beeinflussen					
Was ich im Training erlernt habe, wird mir helfen den benötigten Zeitaufwand bei meiner Tätigkeit zu verringern					
Ich denke, dass das Training positive Auswirkung auf mein Verhalten bei meiner beruflichen Tätigkeit hat					
Durch das Training wird mein Umgang mit Patienten positiv beeinflusst werden					

Allgemeinurteil

Mit welcher (Schul-)Note würden Sie das Kommunikationstraining insgesamt bewerten?

Note: 1 2 3 4 5 6

Lehrveranstaltungsevaluationsbogen

EvaSys	Kommunikationstraining zur Patienteninteraktion von Zahnmedizinstudierenden [Copy]	
Zahnmedizin	Kommunikationstraining zur Patienteninteraktion von Zahnmedizinstudierenden	
Übungen	[Sommersemester 2018]	

Bitte so markieren: [Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.]

Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Allgemeine Informationen

- 1.1 Wann hatten Sie Ihr Patientengespräch? Mi, 09.01.2019 Mi, 16.01.2019
 1.2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an weiblich männlich keine Angabe

2. Bewertung der Seminarbestandteile

Bitte bewerten Sie die einzelnen Bestandteile der Veranstaltung.
Ich fand...

- | | | | | | | | |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 2.1 ...die Einführungsveranstaltung (Seminar/Vorlesung) | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.2 ...die Durchführung von Rollenspielen mit Simulationspatienten*innen | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.3 ...die in den Rollenspielen bearbeiteten Fälle | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.4 ...die Rückmeldung der Simulationspatienten*innen | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.5 ...die Rückmeldung der anderen Kursteilnehmer*innen | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.6 ...die Moderation der Gruppendiskussion (der Übung) | schlecht | <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| 2.7 ...die Organisation der Veranstaltung (Informationsvermittlung, Gruppeneinteilung, Materialien usw.)? | schlecht | | | | | | sehr gut |

3. Freie Kommentare

- 3.1 Was fanden Sie an der Veranstaltung besonders gut? (Lob)

- 3.2 Was würden Sie an der Veranstaltung verbessern?

Vielen herzlichen Dank!





Arztinformation zu Frau Jacobi „Frau Jacobi macht sich Gedanken“

Situation:

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin in der Universitäts-Zahnklinik. Frau Jacobi kommt zum ersten Mal zu Ihnen. Sie hat im Vorfeld schon mehrere Termine, zum Teil sehr kurzfristig, verschoben. Nun ist sie da, wirkt aber sehr nervös und unruhig. Sie steht etwas verloren in Ihrem Behandlungszimmer.

Ihre Aufgabe:

- Bauen Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung auf.
- Klären Sie im Gespräch mit der Patientin, was der Anlass für ihren Besuch ist.
- Gehen Sie angemessen auf ihre Gefühle und Sorgen ein.
- Informieren Sie auf Wunsch die Patientin zum weiteren Vorgehen der Behandlungsplanung (Schritt für Schritt erläutern).
- Vereinbaren Sie ggf. einen Folgetermin für die eingehende Diagnostik und Befundung.

Nutzen Sie dabei soweit möglich die in der Vorlesung erlernten Kommunikationsmodelle.

Medizinische Hintergrundinformation:

Standardvorgehen bei Erstaufnahme:

- Anamnese (allgemein/speziell)
- 01 ggf. PSI
- MH Aufklärung (ggf. PZR-Termin)
- ggf. Röntgenstatus (OPG/Bissflügel je nach Indikation)
- ggf. weitere Planung und Terminvereinbarung



**Information für die Zahnärzte
zu Frau Kempf
„Frau Kempf ist angespannt“**

Situation:

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin in der Universitäts-Zahnklinik. Frau Kempf kommt zum ersten Mal zu Ihnen. Bei einer Kontrolluntersuchung im Vorfeld hat sich ergeben, dass ein Zahn mit einer Wurzelbehandlung versorgt werden muss. Geplant ist der Beginn der Wurzelkanalbehandlung für den heutigen Termin. Frau Kempf wirkt angespannt und nervös.

Sie kennen die Patientin noch nicht persönlich.

Ihre Aufgabe:

- Bauen Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung auf.
- Finden Sie im Gespräch mit der Patientin heraus, warum sie so angespannt ist.
- Gehen Sie angemessen auf ihre Gefühle ein und geben Sie bei Wunsch Informationen zur geplanten Behandlung.

Nutzen Sie dabei soweit möglich die in der Vorlesung erlernten Kommunikationsmodelle.

Medizinische Hintergrundinformation:

- Anästhesie während der Behandlung unter Umständen nicht nötig, da Zahn avital
- Erstbehandlung häufig schmerzhafter, da oft akute Entzündung vorliegt -> Anästhesie wirkt nicht so gut im entzündeten Gebiet
- Alternative: Wurzelspitzenresektion (OP) oder Extraktion, dann Zahnersatz notwendig; daher: Versuch, die Patientin zu motivieren den Zahn zu „retten“



Arztinformation zu Herrn Albert „Herr Albert hat ziemliche Bedenken“

Situation:

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin in der Universitäts-Zahnklinik. Herr Albert kommt zu einem Beratungsgespräch bezüglich einer Prophylaxe und Zahnreinigung zu Ihnen. Leider ist heute viel los und er musste etwas länger warten. Der Patient wirkt sehr aufgebracht und empört.

Sie kennen den Patienten noch nicht persönlich.

Ihre Aufgabe:

- Bauen Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf.
- Klären Sie den Patienten über die Möglichkeit einer Zahnreinigung und Prophylaxe in der Zahnklinik auf.
- Versuchen Sie, ihn zu beruhigen und die Situation zu deeskalieren.
- Gehen Sie angemessen auf die Gefühle und Bedenken des Patienten ein.

Nutzen Sie dabei soweit möglich die in der Vorlesung erlernten Kommunikationsmodelle.

Medizinische Hintergrundinformation:

- Aufklären über Sinn und Notwendigkeit von regelmäßigen Zahnarztbesuchen / PZR
- Zahnreinigungen teilweise 1-2x pro Jahr von KK übernommen, abklären mit KK
- Parodontitis/Karies Vorbeugung
- Fluoridierungsmaßnahmen



Uniklinikum
Würzburg



Information für die Zahnärzte zu Frau Liebermann „Frau Liebermann kommt nicht weiter“

Situation:

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin in der Universitäts-Zahnklinik. Frau Liebermann hat heute einen Termin zur weiteren Behandlungsplanung. Von Ihrem Kollegen wissen Sie, dass Frau Liebermann bei den letzten Terminen hoch motiviert war, die neu gelernten Techniken in die Praxis umzusetzen und ihre Mundhygiene so zu verbessern. Ihr Kollege hat Ihnen auch mitgeteilt, dass sich bei der letzten Kontrolluntersuchung vor 1 Woche herausgestellt hat, dass die Mundhygiene verbesserungswürdig ist und eine Kariesbehandlung notwendig ist.

Sie kennen die Patientin noch nicht persönlich.

Ihre Aufgabe:

- Bauen Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf.
- Erkennen Sie die Bemühungen der Patientin an.
- Versuchen Sie herauszufinden, warum dennoch Probleme vorhanden sind.
- Motivieren Sie die Patientin zu weiterem Putzen bzw. zur Zahnhygiene.
- Informieren Sie sie ggf. erneut über Zahnhygiene und Putztechniken.

Nutzen Sie dabei soweit möglich die in der Vorlesung erlernten Kommunikationsmodelle.

Medizinische Hintergrundinformation:

- Putztechniken
- Ernährungslehre
- Hilfsmittel



Arztinformation zu Herrn Sauer „Herr Sauer schaut mal rein“

Situation:

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin in der Universitäts-Zahnklinik. Herr Sauer kommt zum ersten Mal zu Ihnen (Erstvorstellung). Sie kennen den Patienten noch nicht persönlich.

Ihre Aufgabe:

- Bauen Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung auf.
- Klären Sie das Anliegen, mit dem der Patient zu Ihnen kommt.
- Machen Sie dem Patienten die Relevanz einer Behandlung für seine Gesundheit deutlich.
- Informieren Sie den Patienten ggf. über die Behandlungsmöglichkeiten.
- Klären Sie ggf. die Motivation des Patienten ab, eine Behandlung wahrzunehmen.

Nutzen Sie dabei soweit möglich die in der Vorlesung erlernten Kommunikationsmodelle.

Medizinische Hintergrundinformation:

- Was ist PA (Parodontitis)?
- PA Behandlung Vorgehen
- Folgen bei Nichttherapie



Kommunikationstraining Zahnmedizin
Checkliste zur Bewertung des Simulationsgesprächs

	ja	teils	nein
<i>Gesprächsverlauf</i>			
Begrüßung des Patienten mit Namen, Blickkontakt			
Zahnarzt/-ärztin stellte sich mit Namen und Funktion vor			
Zahnarzt/-ärztin zeigte Interesse und Respekt, sorgte für bequemes Sitzen/Liegen			
Anamnese: aktuelle Beschwerden, bereits durchgeführte Maßnahmen, Vorgeschichte			
Die geplante bzw. nachfolgende Behandlung wurde erklärt			
Ein Zeitrahmen für das weitere Vorgehen wurde abgesteckt			
Zahnarzt/-ärztin hat vor Abschluss das Gesagte nochmals zusammengefasst			
Zahnarzt/-ärztin hat den Patient adäquat verabschiedet (z.B. Blickkontakt, zum Ausgang begleitet)			
<i>Frage- und Gesprächstechnik</i>			
Zahnarzt/-ärztin stellte offene Fragen zu Beginn			
Zahnarzt/-ärztin stellte keine Doppel- oder Mehrfachfragen in einer Frage			
Zahnarzt/-ärztin stellte keine Suggestivfragen			
Information war einfach und verständlich (kurze Sätze, Fachbegriffe vermieden bzw. erklärt)			
Informationsvermittlung erfolgte schrittweise und Tempo war angemessen			
Patient wurde ggf. angemessen unterbrochen			
<i>Aktives Zuhören</i>			
Blickkontakt			
Patient konnte mitbestimmen, was besprochen und entschieden wurde			
Patient konnte dem Zahnarzt/-ärztin seine Sorgen mitteilen			
Zahnarzt/-ärztin hat den Patienten ausreden lassen			
Zahnarzt/-ärztin hat auf Gefühle mit Akzeptanz, Empathie und Interesse reagiert			
Zahnarzt/-ärztin hat nachgefragt, ob Informationen verstanden wurden			
Zahnarzt/-ärztin nahm nonverbales Verhalten wahr (Mimik, Körpersprache, Schweigen, Gesten)			
Dem Patienten wurde Zeit für Fragen / Rückfragen gegeben			
<i>Allgemein / Gesprächsführung – soweit relevant:</i>			
Zahnarzt/-ärztin ist sachlich und ruhig geblieben			
Zahnarzt/-ärztin hat eigene Fehler oder Fehler der Klinik eingestanden			
Zahnarzt/-ärztin hat die für den Patienten schwierige Situation anerkannt			
ZA/ZÄ hat trotz Konflikt/schwieriger Beziehung den Kontakt zum Patienten aufrecht erhalten			
Zahnarzt/-ärztin war in der Lage, den Patienten zu motivieren			



Ethik-Kommission • Versbacher Str. 9 • 97078 Würzburg

Prof. Dr. med. dent. Marc Schmitter
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Ethik-Kommission
Institut für Pharmakologie und Toxikologie
Versbacher Str. 9
97078 Würzburg

Vorsitzende: Prof. Dr. E.-B. Bröcker
Geschäftsführer: K. Reith, Ass. Jur.
Dr. R. Wölfel

Sekretariat: S. Schmidt, A. Meister, A. Metzger
Telefon 0049 (0)931 31 48315
Telefax 0049 (0)931 31 87520
ethikkommission@uni-wuerzburg.de

Würzburg, 08.01.2019/sc

bei Schriftwechsel bitte angeben: **20181008 01**

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Projekt: Evaluation eines Kommunikationstrainings für Zahnmedizinstudierende mit Fokus auf kommunikationsbezogene Selbstwirksamkeit.

Sehr geehrter Prof. Schmitter,

zu Ihrer Anfrage vom 08.10.2018 zu o.g. Frage bzw. Projekt nimmt die Ethik-Kommission wie folgt Stellung.

Auf der Grundlage der vorgelegten Informationen besteht keine Notwendigkeit einer gesonderten Antragstellung bei der Ethik-Kommission für die geplanten Untersuchungen.

Es bestehen Seitens der Ethik-Kommission keine Einwände gegen die geplanten Untersuchungen im Rahmen des o.g. Projekts.

Die Ethik-Kommission wünscht Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Ausgefertigt im Auftrag

Prof. Dr. med. Eva-Bettina Bröcker
Seniorprofessorin
Vorsitzende der Ethik-Kommission

Dr. med. Reinhard Wölfel
Stellv. Geschäftsführer der Ethik-Kommission

Vorgelegte Unterlagen:
Einverständniserklärung.pdf
Ethikantrag.pdf
Ethikantragunterschriften.pdf
Informationsschrift zur Studie.pdf
SE-12 english version.pdf
Studienprotokoll.pdf

An der Entwicklung der Rollenskripte beteiligte Autoren:

- Dr. phil. Matthias Lukaszczik
(ZEP: Arbeitsbereichs Medizinische Psychologie und Psychotherapie)
- Dipl. Psych. Hans Wolf
(ZEP: Arbeitsbereichs Medizinische Psychologie und Psychotherapie)
- Dr. med. dent. Sophia Terebesi
(ZMKG: Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik)
- Dr. med. dent. Jeanine Hess
(ZMKG: Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie)
- Dr. med. dent. Peggy Stölzel
(ZMKG: Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie)
- Nicole Petersen
(ZMKG: Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie)
- Dr. med. dent. Lena Goetz
(ZMKG: Poliklinik für Kieferorthopädie)
- Dr. med. dent. Jana Grote
(ZMKG: Poliklinik für Kieferorthopädie)
- Dr. rer. nat. Elke Wischmeyer
(ZMKG: Fachstudienberatung)

Nach Fertigstellung der statistischen Auswertung durch die Doktorandin erfolgt eine Überprüfung dieser durch die Statistikerin Frau Keller.

d.keller@statistik-und-beratung.de

8. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname: Lorz, Helena Alexandra

Schulischer Werdegang

1999-2003: Pastorius Grundschule in Bad Windsheim

2003-2006: Gymnasium der Christian-von-Bomhardt-Schule in Uffenheim

2006-2011: Georg-Wilhelm-Steller Gymnasium in Bad Windsheim

16.06.2011: Abitur

Universitärer Werdegang

Wintersemester 2011/12: Beginn des Studiums der Zahnmedizin an der der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

20.09.2012: Naturwissenschaftliche Vorprüfung

27.03.2014: Zahnärztliche Vorprüfung

Wintersemester 2014/15: Wechsel an die Universität Ulm

31.05.2017: Zahnärztliche Prüfung

21.07.2017: Approbation als Zahnärztin

Seit Februar 2018: Assistenz Zahnärztin

9. Danksagung

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Marc Schmitter für die Überlassung des Themas und seinen Einsatz bei der Fertigstellung der Arbeit.

Ganz besonders danken möchte ich Herr Dr. Lukaszczik für seine außerordentliche Hilfsbereitschaft und große Geduld bei sämtlichen Fragen, die er mir trotz seiner Belastung in Lehre und Forschung, entgegenbrachte. Dankeschön für die hervorragende Unterstützung während der gesamten Zeit der Entstehung dieser Doktorarbeit.

Außerdem gilt mein Dank Frau Dr. Elke Wischmeyer für die Vermittlung der Betreuung und die mich stets, vor allem bei organisatorischen Fragen, sehr unterstützt hat.

Abschließend möchte ich meiner Familie danken: meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglichten und mich in meiner gesamten Ausbildungszeit und darüber hinaus unermüdlich unterstützten und meinen Geschwistern, auf die ich ebenfalls immer zählen konnte.
