



Empirische Arbeitsforschung

Empirische Beiträge aus der Psychologie, Soziologie
und Pädagogik der Arbeit

Nr. 05, Mai 2011

Etelvina C. Fernández, Sabine Lehner, Andrea Leibold,
Gabriela Suter & Christa Riesen

Klinikeinstieg in der zahn- medizinischen Ausbildung: Eine Feldstudie zu Belastungen bei Studierenden und Assistenzärzten/innen

MENSCH

Web: www.empirische-arbeitsforschung.de
Herausgeber: Michael Dick & Theo Wehner
ISSN: 1614-1415

Empirische Arbeitsforschung

Herausgeber & Redaktion

Prof. Michael Dick & Prof. Theo Wehner

FH Nordwestschweiz

Hochschule für Angewandte Psychologie

Riggenbachstr. 16

CH 4600 Olten

Telefon: +41 (62) 286 - 0343

Fax: +41 (62) 286 - 0090

Email: kontakt@empirische-arbeitsforschung.de

Web: www.empirische-arbeitsforschung.de

ISSN: 1614-1415

Empirische Arbeitsforschung

Nr. 05, Mai 2011

Etelvina C. Fernández, Sabine Lehner,
Andrea Leibold, Gabriela Suter & Christa Riesen

**Klinikeinstieg in der zahnmedizinischen Ausbildung:
Eine Feldstudie zu Belastungen bei Studierenden
und Assistenz-ärzten/innen**

Zusammenfassung

Mediziner/innen und Zahnmediziner/innen sind im klinischen Berufsalltag besonderen Stressoren ausgesetzt, die psychische Erschöpfungssymptome zur Folge haben können, welche wiederum zu einer reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit und ernsthaften gesundheitlichen Problemen führen können. Es liegen Hinweise darauf vor, dass insbesondere der Klinikeinstieg für junge Berufsleute eine besondere Herausforderung und Belastung darstellt. Die dargestellte Studie betrachtet daher die besondere Situation von Berufseinsteigern/innen in den klinischen Ausbildungssemestern sowie der sie ausbildenden - in der Regel ebenfalls noch jungen - Assistenzärzte/innen.

In Kooperation mit einer Universitätsklinik aus dem Fachbereich Prothetik wurden die spezifischen Belastungsfaktoren aus der Sicht der Berufseinsteigenden untersucht und klinikspezifische Lösungsansätze abgeleitet. Dieses explorative Projekt orientiert sich methodisch am Action Research Ansatz und hat daher Organisationsentwicklungscharakter. Anspruch der Studie ist eine hohe ökologische Validität, indem dichte Beschreibungen der Situation des Übergangs von der theoretischen in die praktische Ausbildung am Detail und auf realer Basis erfolgen.

Die bei in dreizehn narrativ interviewten Studierenden und Assistenzärzten/innen erhobenen Daten zeigen, dass hohe Ansprüche, mangelndes gegenseitiges Vertrauen, Schwächen in der Kommunikation und Auswirkungen der fehlenden pädagogischen Ausbildung der Ober- und Assistenzärzte/innen zu Überforderungen auf allen Seiten führen. Es zeichnet sich jedoch ein positives Bild hinsichtlich der Ressourcen ab, welche insbesondere im Zusammenhalt der Studierenden untereinander, der Motivation sowie einem positiven Berufsbild liegen. Die Arbeit schliesst mit einem Ausblick auf die auf dieser Grundlage geplante Intervention sowie sinnvolle mögliche weitere Forschung. Hauptaugenmerk der Intervention sollte es sein, eine Vertrauenskultur zu schaffen, die Kommunikation und Kooperation im klinischen Alltag zu verbessern sowie die pädagogischen Kompetenzen der Ausbilder/innen zu verbessern.

Schlagworte

Berufseinstieg, Zahnmedizin, Belastungen von Studierenden, Anforderungen, Ressourcen, Stressoren, narrative Interviews

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Belastungssituation in der Zahnmedizin	4
2.1.1 Studierende der Zahnmedizin	4
2.1.2 Ausgebildete Zahnmediziner/innen	5
2.2 Arbeitspsychologische Erklärungsmodelle	5
2.3 Begründung der Studie	5
3 Methode	6
3.1 Forschungsansatz	6
3.2 Stichprobe.....	6
3.3 Erhebung.....	7
3.4 Auswertung.....	7
3.5 Herausforderungen	8
4 Ergebnisse und Interpretation	8
4.1 Übersicht.....	8
4.2 Anforderungen und Belastungen der Behandlungstätigkeit	9
4.2.1 Patientenbehandlung in der praktischen Ausbildung: Dokumentation	9
4.2.2 Studienorganisation: Dokumentation	9
4.2.3 Kooperation Studierende - Auszubildende: Dokumentation	11
4.3 Ressourcen.....	12
4.3.1 Soziale Unterstützung: Dokumentation	12
4.3.2 Patientenbehandlung: Dokumentation	13
5 Diskussion	13
6 Methodische Kritik und Ausblick	14
Literaturverzeichnis	15

1. Einleitung

Als Initialzündung zur Durchführung des hier vorgestellten Projektes kann die Staatsrede eines engagierten ehemaligen Zahnmedizinierenden aus dem Jahr 2009 gesehen werden. In dieser Rede legte der frisch gebackenen Zahnarzt zwar unterhaltsam und anschaulich, aber trotzdem in sehr kritischer und zum Nachdenken anregender Art und Weise die insgesamt unbefriedigende Ausbildungssituation der Studierenden in der Klinik dar. Neben der eindrücklichen Rede verfasste er ein Thesenpapier zu den Herausforderungen, Problemen und auch Missständen in den Universitätskliniken für Zahnmedizin, mit denen Studierende und (Ober-)Assistierende in ihrem Ausbildungs- und Berufsalltag konfrontiert sind. Staatsrede und Thesenpapier waren der Auslöser für die Bereitschaft der Klinikleitung, die Situation näher anzuschauen und dazu externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Durch das von Seiten der Klinikleitung an die Forscher/innengruppe gerichtete Anliegen zur Untersuchung der derzeitigen Belastungssituation war der Zugang zum Feld gut gewährleistet.¹

Das Forschungsprojekt soll die spezifischen Belastungen berufsjunger Zahnärzte/innen in Kliniken differenziert erfassen, um geeignete Interventionsansätze für deren Reduktion oder besseren Umgang damit zu entwickeln. Die besondere Situation aus der Perspektive der Betroffenen soll sich durch explorative Verfahren - zunächst mittels narrativer Interviews - rekonstruieren lassen. Damit werden zwei Ziele verfolgt: Eine Ermöglichung gemeinsamen Lernens im Arbeitsprozess in der auftrag gebenden Klinik - im Sinne einer partizipativ zu erreichenden Verminderung der der wahrgenommenen Belastungen und einer Stärkung bzw. produktiveren Nutzung der Ressourcen - sowie eine Grundlage für weitere Forschungsvorhaben innerhalb des gleichen Settings und darüber hinaus.

Bisherige Untersuchungen zeigen auf, dass die Zahnmediziner/innen - gerade auch während des Klinikeinstiegs - unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt sind, die unter anderem zu Burnout führen können. Spezifische Schwierigkeiten der Berufseinsteiger/innen in die Praxis liegen vor allem in jenen Bereichen, auf welche sie im Studium nicht genügend vorbereitet werden. Diese erlebte Stresssituation anlässlich des Klinikeinstiegs kann sich äusserst ungünstig auswirken. Gerade während und unmittelbar nach dem Übergang in die Praxis stellen Routinen ein und werden Handlungsmuster gestrickt, die aufgrund des erlebten Stresses möglicherweise suboptimal, defensiv oder gar schädlich für die Betroffenen sind. Solche "falschen" Muster und Routinen gibt es am besten von Anfang an zu verhindern, indem die Studien- und Arbeitsbedingungen entsprechend förderlich gestaltet werden und darauf geachtet wird, dass die Berufseinsteigenden über die nötigen Coping-Ressourcen verfügen. D.h., sowohl auf der bedingungs- als auch personenbezogenen Ebene muss rechtzeitig sensibilisiert und bei Bedarf interveniert werden.

Vor diesem Hintergrund haben die zahnmedizinische Klinik und die Forschungsgruppe anlässlich einer gemeinsamen Diskussion die folgende Fragestellung formuliert:

Welche Belastungsfaktoren gibt es für die Studierenden der Zahnmedizin beim Übergang von der theoretischen in die praktische Ausbildung?

Das Forschungsprojekt hat – noch einmal zusammenfassend - neben der Erfassung spezifischer Belastungsfaktoren für Berufseinsteigende der Zahnmedizin zum Ziel, Verfahren zur Entwicklung und Unterstützung zu suchen, die eine produktive Verarbeitung von Stress und emotionalen Belastungen im untersuchten Setting erlauben und verhindern, dass defensive Bewältigungsstrategien zur Routine werden.

¹ Das Projekt wurde finanziell gefördert durch die Stiftung Suzanne und Hans Biäsch zur Förderung der Angewandten Psychologie (Zürich). Die vorliegende Teilstudie wurde im Rahmen einer Forschungswerkstatt der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW realisiert. Während eines Semesters haben die Autorinnen (Studierende des Masterstudiengangs Angewandte Psychologie) am Forschungsprojekt mitgearbeitet und die Datenerhebung und -auswertung durchgeführt.

Im Kapitel 1 werden weitere Befunde und Modelle zur Belastung von Berufseinsteigenden erläutert. Kapitel 2 beschreibt das methodische Vorgehen des explorativen Forschungsprojekts und Kapitel 3 die Ergebnisse und deren Interpretation. Im anschließenden vierten Kapitel werden die Interpretationen und Lösungsansätze diskutiert sowie Limitationen aufgezeigt. Schlussendlich wird ein Ausblick auf mögliche weitere Schritte gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Belastungssituation in der Zahnmedizin

2.1.1 Studierende der Zahnmedizin

Belastungen bei Studierenden der Zahnmedizin sind in der letzten Zeit vermehrt untersucht worden. Dies einerseits, um die Studienbedingungen zu reflektieren, andererseits als Prädiktor für einen negativen Verlauf der Berufskarriere von Zahnärzten/innen. Hinweise auf Stress und Burnout finden sich z.B. in einer Studie von Pöhlmann, Jonas und Harzer (2005), welche Studierende vor dem zweiten Staatsexamen aus Dresden, Freiburg und Bern untersuchte. Auch Humphris und Cooper (1998) stellten an sieben Europäischen Zahnmedizinausbildungen Stress bei den Studierenden fest. Amin, Muna H. Al-Ali, Duaibis, Oweis und Badrand (2009) fanden, dass fast alle von ihnen untersuchten Zahnmedizin-Studierenden des vierten und fünften Jahres Symptome emotionaler Erschöpfung zeigten. Dies wahrscheinlich aufgrund von Druck, Prüfungen, Wettbewerb und dem direkten Patientenkontakt. In einer anderen Studie wurden Arbeitsbelastung, Leistungsdruck und Selbstwirksamkeitserwartung als die am meisten stressprovozierenden Faktoren genannt (Polychronopoulou & Divaris, 2005). Auch hatte das Geschlecht einen Einfluss auf das Stresserleben (Frauen zeigten höhere Werte als Männer). Bei Heath, Mcfarlane und Umar (1999) waren Prüfungen, wenig Freizeit und Veränderungen im Ausbildungscurriculum Quellen von Stress für die Studierenden. Nach Newton und Gibbons (1994) waren hohe Anforderungen (durch ängstliche Patienten/innen, Zeitlimiten, komplizierte und irreversible Interventionen) an die Studierenden der Auslöser für Stresserleben.

Eine Studie zu Bewältigungsstrategien von Studierenden empfiehlt eine studienbegleitende Ausbildung in Stressmanagement und die Möglichkeit, ausserhalb der Universitäten in Zahnarztpraxen ein Praktikum zu absolvieren (Rada & Johnson-Leong, 2004). Divaris et al. (2008) wiesen nach, dass es wichtig ist, die Studierenden in die Ausbildungsdiskussion mit einzubeziehen, da dies ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden verbessert. Auch das Alter, die Lebensumstände und speziell ein früher erster Patientenkontakt können protektive Faktoren gegen Stress und Burnout darstellen. Ausserdem können Supervision, Feedback und klare Perspektiven hilfreich für den erfolgreichen Umgang mit Stress und der Prävention von Burnout in der zahnmedizinischen Ausbildung sein (Humphris & Cooper, 2002; Heath et al., 1999; Newton & Gibbons, 1994).

Aus einem Arbeitspapier, das die Situation von Zahnärzten/innen und Studierenden der Zahnmedizin in einer prothetischen Klinik aus verschiedenen Perspektiven beschreibt, geht hervor, dass die Belastungen auf den verschiedenen Stufen der zahnärztlichen Tätigkeit unterschiedliche Ursachen und Erscheinungsformen haben. Wichtige Themen dabei sind die Abweichung zwischen theoretischem Wissen und der Entscheidungssituation im konkreten Fall sowie die Frage der Führung und kollegialen Unterstützung von Lernprozessen (Jordi, 2009).

2.1.2 Ausgebildete Zahnmediziner/innen

Für die Zahnmedizin liegen Untersuchungen meist kleinerer Stichproben vor. Die beschriebenen Belastungen sind relativ vielfältig. Emotionale Belastungen sind belegt für die Türkei (Taskaya-Yilmaz, Ceylan, Güler, Ergun, Çankaya & Bek, 2004), die USA (Rada & Johnson-Leong, 2004), Kanada (Bourassa & Baylard, 1994), Australien (Winwood, Winefield & Lushington, 2003), und für Großbritannien (N=500) (Denton, Newton & Bower, 2008). Einige qualitative Studien aus Großbritannien weisen darauf hin, dass Zahnmediziner/innen starken Zeitdruck empfinden und durch administrative Tätigkeiten belastet sind, jene in Kliniken mehr als niedergelassene Zahnärzte/innen (Newton & Gibbons, 1996). Zahnmediziner/innen beklagen auch ständige Veränderungen der Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, erhöhte Patientenerwartungen, Aggression durch Patienten/innen oder die Angst vor Gerichtsverfahren (Humphris & Cooper, 1998). Zeitmanagement und mangelnde Kooperation seitens der Patienten/innen waren in einer Untersuchung von Roth, Heo, Varnhagen, Glover und Major (2003) die häufigsten Faktoren für Stress. Befunde über die Zusammenarbeit mit anderen Zahnärzten sind uneinheitlich. Unter bestimmten organisatorischen Umständen kann diese Zusammenarbeit belastend sein (Croucher, Osborne, Marcenes & Sheiham, 1998), aber auch entlasten im Sinne einer kollegialen Umgebung (Denton, Newton & Bower, 2008). Junge niedergelassene Zahnärzte/innen aus den Niederlanden berichten, dass sie sich insbesondere auf das Praxismanagement, rechtliche Fragen und das Management ihres Teams nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Gorter, Storm, Brake, Kersten & Eijkman, 2007).

2.2 Arbeitspsychologische Erklärungsmodelle

Die Arbeitspsychologie betont verschiedene Faktoren, die Zufriedenheit einschränken und Belastungen zur Folge haben können. Dazu zählen - abgesehen von körperlichen Belastungen - eingeschränkte Autonomie und fehlende Partizipationsmöglichkeiten, fehlende Rückmeldung, unzureichende Führungskompetenz oder Monotonie (Ulich, 2003). Als spezifische Belastungen am Arbeitsplatz des/der Zahnarztes/ärztin werden häufig Zeitdruck, hohe Ansprüche und Unzufriedenheit von Seiten der Patienten/innen, hohe Ansprüche an sich selbst, unkooperative Patienten/innen und Konflikte mit Mitarbeitenden genannt (Roth et al., 2003; Richter, 2007). Die emotionale Komponente in der Arbeit mit Patienten/innen ist ein weiterer Faktor, der für alle personenbezogenen Dienstleistungsberufe angenommen wird (Maslach, 1982). Positive Kriterien für die Gestaltung von Arbeit wären die Ganzheitlichkeit der Aufgabe, transparente Ziele, Anforderungsvielfalt, Zeit- und Gestaltungsautonomie (Ulich, 2001) sowie Bedeutsamkeit der Aufgabe, Verantwortlichkeit, Rückmeldung und Erfolgskontrolle (Hackman & Oldham, 1974). Zur Erklärung von Stress werden vor allem zwei Modelle angewendet: die Kohärenz von Anforderungen, Kontrolle und Unterstützung (Karasek 1979) sowie die Reziprozität zwischen Leistung und erfahrener Belohnung (Effort-Reward-Imbalance; Siegrist et al., 2004). Formelle und informelle soziale Unterstützung, sowohl von Vorgesetzten als auch von Kollegen/innen, können den Umgang mit Stress und Belastungsfaktoren erleichtern. Fehlt diese, dann wirkt sich Stress stärker aus (Dormann & Zapf, 1999; Chen et al., 2009).

2.3 Begründung der Studie

Zusammenfassend liegen deutliche Hinweise dafür vor, dass Zahnmediziner/innen im Berufsalltag vielen Stressoren ausgesetzt sind, die psychische Erschöpfungssymptome zur Folge haben können. Besondere Schwierigkeiten für Berufseinsteiger/innen und Studierende, die zum ersten Mal Patienten/innen behandeln, liegen in jenen Bereichen der Berufspraxis, auf die sie im Studium nicht genügend vorbereitet wurden: die Interaktion mit Patienten/innen und mit dem Praxisteam, rechtliche Fragen sowie die Entscheidungsfindung im Einzelfall. Problematisch ist, dass sich in den ersten Mona-

ten gerade in eben jenen Bereichen berufliche Routinen einstellen. So droht beispielsweise die mangelhafte Kommunikation mit Kollegen/innen, Team und Patienten/innen zur defensiven Routinen zu chronifizieren. Ebenfalls gut belegt ist die Annahme, dass die soziale Beziehung zu Kollegen/innen, besonders den erfahrenen, eine wesentliche Quelle der Unterstützung sein kann - wenn sie fehlt, aber auch die Belastungen verstärkt. Vereinfachend kann angenommen werden, dass die Kombination aus hohen Anforderungen (qualitativ und quantitativ), niedriger Autonomie und Handlungskontrolle, geringer Berufserfahrung und fehlender sozialer Unterstützung eine besondere Belastung ist und ein erhöhtes Risiko darstellt, berufsbedingte Stresserkrankungen zu entwickeln.

3. Methode

3.1 Forschungsansatz

Für das explorative und interventionsorientierte Forschungsprojektes ist der Action Research Ansatz - auch als Handlungs- oder Aktionsforschung bekannt - ideal geeignet. Als Begründer dieses Ansatzes gilt Kurt Lewin. Für ihn war es nicht genug, Dinge nur zu erklären wie es gemeinhin das Ziel der klassischen experimentellen Forschung ist. Er forderte, dass man sie auch zu verstehen und zu verändern versucht und Betroffene in diesen Verstehens- und Veränderungsprozess mit einbezieht (Coghlan & Jacobs, 2007). Ausserdem erkannte Lewin, dass es in sich verändernden menschlichen Systemen oft nicht möglich ist, die involvierten Variablen streng zu kontrollieren, wie es in den Naturwissenschaften üblich ist (Coghlan & Jacobs, 2007). Halbesleben, Osburn und Mumford (2006) haben mit ihrer Studie gezeigt, dass der Action Research Ansatz als Intervention zur Reduktion von Burnout bei der bundesstaatlichen Feuerwehr effektiv war. Als erfolgskritisch für die Effektivität sehen sie insbesondere, dass es sich um einen ganzheitlichen Ansatz handelt, der spezifisch auf die Situation und die Bedürfnisse der jeweiligen Organisation zu geschnitten werden kann. Ihnen zufolge sind die meisten Burnout-Interventionsprogramme deshalb ungenügend effektiv, weil sie sich an univestellen Lösungen zur Reduktion des Burnout-Erlebens orientieren statt die spezifischen Gegebenheiten und Ursachen für Burnout in der jeweiligen Organisation zu untersuchen. Es ist anzunehmen, dass diese Argumentation gut auf die angestrebte Reduktion der wahrgenommenen Belastungen und deren Folgen in einer zahnmedizinischen Klinik übertragen werden kann.

Mit der hier dargestellten Interviewstudie sollen also nicht nur neue Erkenntnisse zu Belastungsfaktoren von Klinikeinsteiger/innen generiert werden, sondern auch die gefundenen ungünstigen Bedingungen mittels Interventionen verbessert und damit den unerwünschten Folgen entgegen gewirkt werden. In der hier beschriebenen ersten Projektphase beschränkt sich die Intervention auf die Sensibilisierung der Betroffenen und die Durchführung der Interviews. Den diesbezüglichen Interventionseffekt gilt es jedoch nicht zu unterschätzen. Beispielsweise kann sich das Befinden und die Zufriedenheit der Studierenden allein durch die Erkenntnis ändern, dass ihre Probleme während der Transitionsphase innerhalb der Klinik - und insbesondere von ihren Ausbilder/innen - erkannt und ernst genommen werden. Zentral ist jedoch sicher, dass im Anschluss an die Datenerhebung auch tatsächlich weitere Interventionen folgen.

3.2 Stichprobe

Die Stichprobe (N=13) setzt sich zusammen aus Studierenden aus dem 4. und 5. Studienjahr (n=10) sowie Assistenz- und Oberassistentenärzten/innen (n=3) der untersuchten zahnmedizinischen Klinik.²

² Es handelt sich um eine Klinik aus dem Fachgebiet Prothetik. Auf eine nähere Beschreibung der Klinik wird an dieser Stelle verzichtet um die Anonymität zu wahren.

Es wurden neun Frauen und vier Männer befragt. Die interviewten Zahnärzte/innen absolvierten alle ihre Ausbildung an der untersuchten Klinik und traten nach der Ausbildung die Stelle als Assistenzärzte/innen an. Die Auswahl der Interviewten erfolgte durch die Klinik.

3.3 Erhebung

Die Interviews setzten sich aus zwei Teilen zusammen. Während der erste Teil der Form eines narrativen Interviews folgte, bestand der zweite Teil aus zuvor entwickelten Fragen zur erlebten Belastung während der praktischen Ausbildung. Für diesen Teil wurden einmal für Studierende und einmal Assistenz- bzw. Oberassistenten/innen je 14 Fragen entwickelt, welche die Belastungen im Allgemeinen erfragen.

Das narrative Interview, eine Form des offenen Interviews, verfolgt das Ziel, selbsterfahrene Ereignisabläufe in einer Stegreiferzählung wiederzugeben. Zu Beginn jedes Gespräches wurden die Interviewten begrüßt und über den Ablauf des Interviews informiert. Der erste Teil begann mit der Aus Handlungsphase, in welcher nachfolgender Erzählstimulus eingesetzt wurde:

"Blicke doch einmal zurück auf deine berufliche Ausbildung. Richte dein Augenmerk insbesondere auf den Klinikeinstieg und die ersten Behandlungen. Wie hast du diese Situation (des Praxiseinstiegs) erlebt? Und wie ist alles Weitere bis heute verlaufen? Erzähl doch einfach einmal darauf los. Jedes Detail ist für mich interessant."

Während der Haupterzählung erfolgten keine Interventionen. Erst nach Abschluss der Haupterzählung nahmen die Interviewerinnen zum Erzählten Bezug und stellten Nachfragen. Während der Erzählung nicht spontan schon angesprochene Aspekte und Themen wurden im zweiten Teil mittels der vorbereiteten Fragen aufgegriffen. Die Abschlussfrage gab den Interviewten die Möglichkeit, Hinweise zu geben und zu erläutern, was sie an der aktuellen Situation ändern würden um das Studium bzw. die Arbeitssituation zu optimieren.

Die Interviews dauerten zwischen einer und zwei Stunden und wurden vom Projektteam durchgeführt. Anschliessend wurden sie als Vorbereitung für die Auswertung anonymisiert transkribiert. Für die Transkription wurde eine präzise Form gewählt, d.h. die Aufnahmen wurden wörtlich transkribiert, allerdings ohne non-vokale Informationen. Weiter wurden die im Dialekt geführten Interviews soweit als möglich und sinnvoll ins Hochdeutsche übertragen. Spezifisch schweizerdeutsche Ausdrücke und Redewendungen wurden beibehalten um durch die Übersetzung keine ungewollte Sinnveränderung herbeizuführen.

3.4 Auswertung

Die Auswertung der Interviews wurde „am Material“ gemäss den Auswertungstechniken für Leidfadeninterviews von Schmidt (2003) vorgenommen. Hierbei erfolgt die Kategorienbildung bei der Auseinandersetzung mit dem Material. In einem ersten Schritt wurden die Interviewtranskripte im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand gelesen mit dem Ziel, auch offen für Neues zu sein und das Gelesene mit Anmerkungen zu versehen. Verbindungen und Widersprüche zwischen den Interviews wurden in diesem Schritt mit notiert. Aus den Anmerkungen wurden in einem weiteren Schritt entsprechende Begriffe bzw. Überschriften formuliert, welche die Aussagen so gut wie möglich zusammenfassten. Teilweise konnten keine Begriffe gefunden werden, welche die Anmerkungen bzw. Textteile ohne zu grossen Informationsverlust beschrieben. In diesem Fall wurden die Hinweise von Schmidt (o.a.) beachtet, nach welchen lieber ein kurzer Satz oder eine Sammlung von Begriffen zu wählen ist als eine Anmerkung auf einen Begriff zu reduzieren. Bei der Wahl der Begriffe war es auch möglich, mehrere Textteile mit derselben Überschrift zu versehen. Jedes Interview wurde dabei ein-

zeln behandelt und es bestand nicht der Anspruch, dass letztlich in allen Interviews dieselben Überschriften stehen. Nach der Zuteilung der Begriffe resp. Überschriften wurden in einem Workshop die Begriffe, Anmerkungen und Notizen unter den Interviewerinnen bzw. Auswerterinnen ausgetauscht, verglichen und diskutiert. Dabei wurde das Ziel verfolgt, den Katalog der Begrifflichkeiten zu ergänzen, gleichbedeutende Begriffe zu vereinheitlichen und die gewonnenen Kategorien zu interpretieren und mit Interviewausschnitten zu unterlegen (vgl. Kap. 4).

In einer Sitzung des Projektteams mit der Steuerungsgruppe wurden die Ergebnisse der Erhebung erläutert und durch die Steuerungsgruppe validiert.

3.5 Herausforderungen

Während der Erhebung galt es zwei Herausforderungen zu meistern. Zum einen kursierten in der zu untersuchenden zahnmedizinischen Klinik Gerüchte. Beispielsweise, dass die Auswahl der Interviewten durch die Praxispartnerin nicht randomisiert erfolgte, sondern die einzelnen Personen nach bestimmten Kriterien ausgesucht wurden. Solche Informationen sorgten insbesondere unter den Studierenden für Unruhe und eine starke emotionale Betroffenheit. Diese wurde in den Interviews thematisiert und hatte zu Beginn des Interviews auch Einfluss auf den Erzählvorgang bzw. steuerte diesen. Ebenfalls führten die kursierenden Gerüchte zu Angst vor mangelnder Anonymität wie auch vor Repressalien. Dies war zum Teil spürbar und wurde auch von einigen Studierenden direkt expliziert. Zum anderen bestand eine Herausforderung darin, dem Prinzip der narrativen Interviews gerecht zu werden. Laut Glinka (1998) ist die Voraussetzung der Kategorie Stegreiferzählung, dass die Interviewten vor dem Interview keine systematischen Vorbereitungen auf die beabsichtigte Erzählthematik vornehmen können. Denn Stegreiferzählungen sollten der Situation als etwas Neues entspringen. Diese Voraussetzung konnte nicht gewährleistet werden, da aufgrund erhaltener Informationen und Beobachtungen angenommen werden muss, dass sich die Interviewten austauschten und mit nicht Interviewten vereinbarten, was unbedingt gesagt werden muss. Zudem erschienen einige mit Notizen zum Interview. Dadurch reagierten die Interviewten in erster Linie nicht auf die Erzählaufforderung, sondern verfolgten das Ziel, alle Notizpunkte der jeweiligen Interviewerin zu erläutern bzw. „abzuarbeiten“.

Anhand dieser Herausforderungen wird deutlich, wie stark allein die Datenerhebung an sich schon als Intervention wirkt, und wie wichtig eine flexible Handhabung der methodischen Planung ist.

4. Ergebnisse und Interpretation

4.1 Übersicht

Die Ergebnisse werden anhand der drei Kategorien - Anforderungen und Belastungen der Behandlungstätigkeit, Kooperation und Ressourcen - sowie in jeweilige Unterkategorien gegliedert dargestellt. In die Kategorie Anforderungen und Belastungen der Behandlungstätigkeit fällt neben der Patientenbehandlung auch die Studienorganisation. Die Studienorganisation ermöglicht Lernen und das Sammeln von Praxiserfahrung. Nach Fröhlich (2005) ist sie die Voraussetzung für effektive Arbeit, beinhaltet die Interaktion von Menschen in den Strukturen und bietet Grundlage der Organisationskultur. Unter Kooperation wird das zielorientierte Zusammenwirken bei der situativen Bewältigung und Anpassung arbeitsteilig geplanter Aufträge und subjektiv redefinierter Arbeitsaufgaben verstanden (Wehner, Clases, Endres & Raeithel, 1998). Als Ressourcen gelten Gegebenheiten, die man in der eigenen Lebensgestaltung wertschätzt, und die für die Lebensbewältigung benötigt werden. Sie sollen erlangt, geschützt und bewahrt werden (Nestmann, 1997). Die Ergebnisse werden dokumentarisch wiedergegeben und, wo sinnvoll mittels einiger Zitate (*kursiv*) aus den Interviews anschaulicher

gemacht. Bewertende Kommentare aus Sicht der Forscherinnen sind als eigenständige Absätze kenntlich gemacht.

4.2 Anforderungen und Belastungen der Behandlungstätigkeit

4.2.1 Patientenbehandlung in der praktischen Ausbildung: Dokumentation

In der praktischen Ausbildung wird von Druck und von Aushalten gesprochen („Wir arbeiten von morgens um halb acht bis nachts um zwölf und manchmal haben wir kaum Zeit für eine Mittagspause!“), aber nicht davon, lernen zu können. In vielen Fällen fehle die Unterstützung der Auszubildenden und Vorgesetzten („Die Patienten kommen mit enorm komplexen Problemen und dem Student wird einfach gesagt: Mach! Es wird uns keine Hilfestellung gewährleistet, man ist alleine gelassen ...“). Die Studierenden sind frustriert darüber, dass sie ihrer Ansicht nach so wenig in der untersuchten zahnmedizinischen Klinik lernen können („Ich habe auch nicht das Gefühl, dass ich im letzten Jahr in dieser klinischen Ausbildung wirklich etwas gelernt habe. ... Was wir in diesem Fach lernen sollten, lernen wir dann halt später in der Privatpraxis. Es ist bitter, aber es geht halt nicht anders.“). Es würden vor allem gute Studierende in der Ausbildung unterstützt. Diese bekämen auch eher die Möglichkeit, Patienten/innen zu behandeln und ihr Wissen zu erweitern. Die Studierenden erleben ihre Kontrolle darüber, wie sie die Lernziele erreichen können, als gering, weil sie z.B. keine Patienten/innen haben oder weil der Behandlungsplan abgeändert werden muss und sie „grosse“ Behandlungen nicht durchführen können. So meint eine Studentin: „...ähm die Patientenverteilung, das geht ja gar nicht, dass einige Studenten einen Patienten haben und einige Studenten keine Patienten haben, das geht einfach nicht, finde ich.“. Eine andere sagt: „Und es war dann so, dass viele keine Patienten hatten, unter anderem auch ich ... und ich habe dann ein halbes Jahr keine Patienten gehabt ... Ich habe nichts selbst gekonnt und konnte meine Fähigkeiten nicht verbessern ...“

Bewertung

Der wahrgenommene Kontrollverlust - insbesondere darüber, was in der praktischen Ausbildung gelernt werden kann - führt zu einem Ohnmachtsgefühl und dem Gefühl ausgeliefert zu sein (Konzept der gelernten Hilflosigkeit, Seligmann, 1975). Folgen können Motivationsverlust, Lernbehinderung und Furcht bis hin zur Depression sein. Auch das Demand-/Control-Model von Karasek und Theorell (1990) kann hier beigezogen werden, um die Belastungen der Studierenden zu erklären: Es werden sehr hohe Anforderungen an sie gestellt, aber sie haben einen sehr geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum und sind in hohem Masse von den Auszubildenden und der Zuteilung von Patienten abhängig.

Nach der Selbstbestimmungstheorie der Motivation (Deci & Ryan, 1985) sollten die Tätigkeiten der Mitarbeitenden so gestaltet sein, dass sie Nutzung und Erweiterung von Kompetenzen ermöglichen. Dazu gehört auch, den Mitarbeitenden Freiräume zu schaffen und sie ihre Tätigkeiten selbst mitgestalten zu lassen im Sinne eines «job crafting». Auch das Setzen von individuellen, erreichbaren Zielen kann dabei helfen, die Motivation und die Leistung zu verbessern (Goal Setting Theory, Locke & Latham, 1991).

4.2.2 Studienorganisation: Dokumentation

Aufgrund der Bologna-Reform werde vieles spontan geändert und angeblich erst sehr kurzfristig kommuniziert. Das heisst, die Studierenden haben aus ihrer Sicht viel Unsicherheit auszuhalten („... wir sind jetzt halt noch ein wenig (.) blöd dran weil wir sind der erste Bachelor-Studiengang und wir

sind voll in der Umstellung und es kommen laufend wieder Neuerungen und dann heisst es eben ‚das ist jetzt das und-‘ ... ‚ab jetzt ist so und ihr müsst das haben und sonst besteht ihr den Kurs nicht‘. Also das geht einfach nicht.“).

Die Studieninhalte werden (zeitlich) als zu wenig aufeinander abgestimmt wahrgenommen. Die Zusammenhänge zwischen einzelnen Studieninhalten werden oft erst lange im Nachhinein erkannt („...man könnte es einfach noch ein bisschen besser strukturieren, ... da haben wir zum Beispiel schon gehabt wie man eine Totalprothese herstellt und wir haben dann eine Vorlesungsreihe gehabt und wir haben dazu das Labor gehabt. Und das ist aber nicht aufeinander abgestimmt gewesen. Also man hat dann im Labor irgendetwas gemacht und man hat keine Ahnung gehabt für was man es macht. Weil man hat sich überhaupt nicht vorstellen können wie sieht denn überhaupt ein Patient aus und die Vorlesung ist dann trotzdem erst zwei Wochen später gekommen. ... ich habe erst nachher im vierten Jahr dann geschnallt 'ah:::, das ist das gewesen, was wir da im dritten gemacht haben, haben wir das für das und das dann gemacht' aber ich habe dann erst im vierten Jahr gewusst warum dass ich das damals schon so gemacht habe“).

Der Übergang von der theoretischen in die praktische Ausbildung ist für Studierenden nicht einfach. Sie beurteilen ihre Sozialkompetenzen (um sich gegenseitig zu unterstützen, für den Umgang mit Patientinnen) und Selbstkompetenzen (z.B. der Umgang mit Druck oder Ängsten) sowie ihre Kommunikationsfähigkeit teilweise als ungenügend („ Ich weiss bei den Medizinern, da lernt man wie man Gespräche führen sollte, und das hatten wir eigentlich im 2. Jahreskurs bei der allgemeinen medizinischen Ausbildung bekommen. Mhhh, das ist ein bisschen knapp am Anfang und dann verschwindet das aus dem Studium...“). Für den Umgang mit den Patienten/innen und für administrative Aufgaben fühlen sich die Studierenden zu wenig vorbereitet. Als hilfreich würden sie es sehen, wenn sie bei Behandlungen erst einmal zusehen dürften, bevor sie sie selbst durchführen.

Während der Behandlung von Patienten sind Assistenz- oder Oberärzte/innen für die Kontrolle und Unterstützung der Studierenden vor Ort. Manche werden von den Studierenden als unterstützend (nett) wahrgenommen; es wird aber auch von Ärzten/innen berichtet, die die Studierenden vor den Patienten/innen anschreien. Zu Letzteren haben die Studierenden kein Vertrauen und gehen ihnen aus dem Weg, statt Fragen zu stellen und von ihnen zu lernen. Als weiteres Problem wird berichtet, dass Assistierende und Oberassistierende oft unterschiedliche Meinungen haben, was die Patientenbehandlung betrifft. Man wisse dann nicht, wen man jetzt fragen und wem man schlussendlich glauben soll. Dies führe zu Verunsicherungen seitens der Studierenden, aber auch seitens der Patienten/innen.

Bewertung

Nach dem Lernkonzept von Bandura (1976) hat das sogenannte „Lernen am Modell“ den Effekt, dass neue Verhaltensweisen durch das Beobachten einer bestimmten Situation erlernt und in einer ähnlichen Situation wieder abgerufen werden können. Wichtig wäre folglich, dass die Studierenden „mustergültige“ Behandlungsschritte, aber auch Verhaltensweisen beobachten können.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Assistenzärzte/innen selbst zum Teil noch wenig erfahren sind. Besonders als Anfänger/in benötigt man allerdings Sicherheit und eine erfahrene Person, die einem im Lernprozess begleiten kann. Keinesfalls jedoch mehrere Vorgesetzte mit unterschiedlichen Meinungen, wie es laut den Studierenden oft der Fall zu sein scheint.

Ein Grund für die wahrgenommene Unfreundlichkeit einiger Assistenz- und Oberärzte/innen könnte die Überforderung mit der Ausbildung der Studierenden oder mit den Behandlungssituationen sein, da viele Assistenzärzte/innen selbst noch relativ unerfahren sind (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist ein Zielkonflikt zwischen der eigenen (Facharzt-)Ausbildung und der Ausbildung von Studierenden. Weiter sind Rollenkonflikte möglich, da die Assistierenden die Studie-

renden teilweise noch aus ihrer eigenen Studenzeit - als Kollegen/innen - kennen und sich jetzt plötzlich in der Rolle als Vorgesetzte wiederfinden.

4.2.3 Kooperation Studierende - Ausbildende: Dokumentation

Es scheint ein angespanntes Verhältnis zwischen den Ausbildenden und Studierenden zu herrschen (*„Es herrscht eine Atmosphäre der Angst“*). Das geht so weit, dass Assistenzärzte/innen sogar als *„Feinde“* bezeichnet werden. Die Studierenden beklagen sich auch über ungleiche und ungerechte Behandlung durch die Ausbildenden. Sie würden nicht neutral, sondern nach Sympathien behandelt. Die Verteilung der Patienten/innen zur Behandlung wird als intransparent bzw. als an Prüfungsleistungen gebunden gesehen. Auch Informationen werden ungleich verteilt (*„Es ist einfach enorm willkürlich. Enorm willkürlich, das hat dann eigentlich gar nichts mehr mit der Leistung von einem Studenten zu tun, sondern es geht sehr viel um das Persönliche.“*). Dies führt zu Unruhe und Gerüchten unter den Studierenden und stellt eine weitere Belastung dar. Zwischen den verschiedenen Parteien fehlt das Vertrauen. Folge davon ist, dass die Studierenden bei Unsicherheiten häufig nicht nachfragen und deshalb ihre Arbeit während des Klinikeinstiegs zusätzlich erschwert wird (*„Wenn man fragt, wird man fertig gemacht, wenn man nichts fragt, dann wird man fertig gemacht, weil man nichts weiss. Wenn man einen Fehler macht, wird man sowieso fertig gemacht.“*). Zu gross sei ihre Angst, dass sie in die Kategorie *„schlechter Student“* geschoben oder vor den Patienten/innen bloss gestellt werden. Häufig werde Kritik nicht auf der Sachebene, sondern auf der persönlichen Ebene wahrgenommen, teilweise auch auf rüde Art und Weise.

Zum Teil sei das Feedback auch sehr inkonsistent, d.h. dass man bekomme plötzlich negatives Feedback für etwas, das die Woche zuvor noch als gut galt (*„Eine Woche darauf...hat man mich zusammengeschissen, dass die Präparation nicht richtig wäre. Dabei habe ich sie ja gar nicht gemacht. ... Also ich sitze dann da wie ein geprügelter Hund für etwas, das ich nicht zu verantworten habe. Und das ist einfach psycho... das ist einfach gemein so etwas. Es läuft wirklich ziemlich schief in dieser Abteilung“*). Es scheint, dass sich in der Klinik noch keine gute Feedbackkultur etabliert hat und dass das Feedback zu wenig als Teil des Lernprozesses angesehen wird. Wertschätzung wünschen sich die Interviewten auch von der Klinikleitung, diese setze hohe Ansprüche, lobe aber zu selten.

Bewertung

In einer Umgebung mit mangelndem Vertrauen ist es schwierig zu lernen und sich zu entwickeln. Vertrauen stellt ein wesentliches Merkmal für die Qualität der Lehrer-Schüler-Beziehung dar, darüber hinaus hat Vertrauen einen angstmindernden und leistungsförderlichen Effekt (Schweer, 2008). Weiter ist Vertrauen eng mit Aspekten der sozialen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung verbunden und befriedigt zentrale Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse. Diese Bedürfnisse sind bei den befragten Studierenden mehrheitlich nicht befriedigt. Sie fühlen sich vielmehr ausgeliefert und schlecht behandelt. Sie sollen ihrer Ansicht nach Leistungen erbringen, die sie als Praxiseinsteiger/innen noch gar nicht leisten könnten. Dies löst enormen Druck und Angstgefühle aus. Diese Angstgefühle werden durch die Rückmeldungen der Vorgesetzten noch geschürt, indem die Studierenden angeblich oft beschimpft werden und ihnen damit gedroht werde, dass ihnen ihr/e Patient/in weggenommen werde.

Wertschätzung und positive Rückmeldungen leisten einen grossen Beitrag bezüglich der Motivation (Wenninger, 1991; Deci & Ryan, 1985). Siegrist (1996) zeigt im Modell der Gratifikationskrise ausserdem auf, dass ein Nichtbeachten von Anstrengungen und guten Leistungen zu Stressreaktionen und Unzufriedenheit führen kann. Diese mangelnde Reziprozität von Kosten und Nutzen aus Sicht des Mitarbeitenden gilt als Auslöser für Gratifikationskrisen. Die Studierenden wie auch die (Ober-) Assistenten könnten durch fehlende Wertschätzung in einer Gratifikationskrise stecken.

Eine mögliche Erklärung für die schwierige Beziehung zwischen Ausbildenden und Studierenden könnte sein, dass die Ausbildenden selber sehr unter Druck stehen. Ihnen fehlt die eigene Behandlungserfahrung, denn sie sind noch recht jung und einige sind direkt nach dem Studium in der zahnmedizinischen Klinik als Assistierende eingestiegen. Weiter müssen sie ihre Facharztausbildung vorantreiben und schliesslich lastet auf ihnen ein gewisser finanzieller Druck, d.h. sie müssen Budgetvorgaben erfüllen resp. Umsätze generieren. Anzunehmen ist, dass sich dieser Druck auch auf die Studierenden überträgt. Erschwert wird diese Situation durch die Tatsache, dass die Assistenzärzte/innen auf ihre Aufgabe als Ausbildungsverantwortliche scheinbar nicht vorbereitet werden. Ein Überforderungserleben entsteht zusammenfassend möglicherweise, weil sowohl fachlich als auch ökonomisch als auch pädagogisch - also auf drei Ebenen - Vorgaben existieren, die nicht oder nur zum Teil erfüllt werden können.

4.3 Ressourcen

4.3.1 Soziale Unterstützung: Dokumentation

Die Untersuchung zeigte, dass die gegenseitige Unterstützung unter den Studierenden eine zentrale Ressource während des Studiums darstellt. Gemeinsam bereite man sich auf Behandlungssituationen vor und gemeinsam führe man die Behandlungen auch durch. Bei Unsicherheit könne man immer eine/n Mitstudierenden nach seiner/ihrer Meinung fragen. Untereinander werden auch Informationen ausgetauscht. Die Unterstützung der Studienkollegen/innen untereinander vermittelte Sicherheit und motiviere dazu, das Studium durchzuziehen. Eine Studierende beschreibt die Zusammenarbeit mit ihrer Behandlungspartnerin wie folgt: *„Also wir unterstützen uns auch gegenseitig mega fest und (.) ja, ich finde das ist auch mega mega wichtig dass du einfach auch für einander ein bisschen schaut und dass du nicht nur für dich halt schaut (..) weil dann kannst du auch den ganzen- ja Stress, oder kannst irgendwie alles auch (.) ein wenig verteilen und ein bisschen minimieren und (..) ja.“*

Neben den Studierenden wird auch ein Teil der Vorgesetzten als unterstützend erlebt. Es werden hier Feedback und Hilfeleistung beschrieben. So wurde z.B. ausgesagt: *„Ja man bekommt gesagt, wenn etwas gut ist.“* Allerdings sind solche positiven Aussagen der Studierenden bezüglich Feedback gegenüber negativen in der Minderzahl.

Bewertung

Rückmeldungen sind sehr wichtig, damit die Studierenden in der Lage sind, ihr persönliches Potenzial zu steigern und es sinnbringend zu nutzen. Sie haben nicht nur positive Auswirkungen auf die Leistung, sondern auch auf das Engagement für die Aufgabe, die Anstrengung und die Zufriedenheit mit der Ausführung. Rückmeldungen leisten also einen wesentlichen Beitrag zur Zufriedenheit und Motivation der Studierenden (Hackman & Oldham, 1976; Narciss, 2004; Wenninger, 1991). Innerhalb von Organisationen haben besonders die Vorgesetzten grosse Bedeutung für die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung (Kalveram, Trimpop, & Kracke, 2003). Durch soziale Unterstützung können Auswirkungen von Stressbelastungen reduziert werden, indem sowohl konkrete Hilfeleistungen bei der Lösung von Problemen oder Hilfestellungen bei der Bewältigung von Aufgaben, aber auch emotionale und bewertungsbezogene Unterstützung geleistet werden. Dies dient auch der Prävention von Gesundheitsschädigungen. Die stressreduzierende und gesundheitsförderliche Wirkung der sozialen Unterstützung gilt als empirisch gesichert (vgl. Mohr & Udris, 1997; Dormann & Zapf, 1999). Dabei ist weniger die konkrete Hilfeleistung als vielmehr die Wahrnehmung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung von grosser Bedeutung.

4.3.2 Patientenbehandlung: Dokumentation

Von allen interviewten Studierenden wird die Freude am Umgang mit den Patienten/innen beschrieben („*ich muss sagen ich bin glücklich mit Patienten.*“). Die positiven Rückmeldungen seitens der Patienten/innen bestätigen die Studierenden darin, dass sie etwas können und etwas Sinnvolles tun und dass sie daher den richtigen Studiengang gewählt haben („*... mir geben eigentlich die Patienten das Gefühl dass ich es gut mache, //ja// also ich kriege mehr von den Patienten positive Rückmeldungen über als jetzt halt von den ja Assistenten oder (..) und das freut also freut mich dann eigentlich noch mehr, weil (.) ja, wenn ich es wenn ich von denen höre, dass ich es gut mache...*“).

Bewertung

Wertschätzung und positive Rückmeldungen leisten einen grossen Beitrag bezüglich der Motivation (Wenninger, 1991; Deci & Ryan, 1985). Die Studierenden scheinen in dieser Hinsicht von den Patienten/innen zu erhalten, was sie von ihren Vorgesetzten oftmals vermissen: Wertschätzung und positives Feedback.

Der Umgang mit Patienten erhöht die Vielfalt in der Tätigkeit und insbesondere auch die erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit. In der zahnmedizinischen Klinik kann man relativ selbständig arbeiten. Für eher unsichere Studierende kann dies allerdings auch ein Problem sein; sie können sich durch wenig konkrete Vorgaben und Anweisungen überfordert fühlen.

5. Diskussion

Wie im Kapitel 1 erläutert, liegen bei Berufseinsteiger/innen vor allem in jenen Bereichen Belastungsfaktoren vor, auf die sie während der ersten drei Studienjahren nur ungenügend vorbereitet werden: Beispiele sind die Interaktionen mit Patienten/innen und Praxisteam sowie die Entscheidungsfindung im Einzelfall. Nach Pöhlmann et al. (2005) sind Stressoren im Zahnmedizinstudium Angst Fehler zu machen, hohe Anforderungen, Konflikte mit den Vorgesetzten, zu wenig Zeit für die Behandlung und der Sprung ins kalte Wasser von der Theorie in die Praxis. Die Ergebnisse (Kapitel 3) dieses Forschungsprojekt widerspiegeln diese Stressoren.

Zusätzlich zu diesen Stressoren ist die Situation in der untersuchten Klinik insofern belastend, als dass in der Führung Transparenz vermisst wird und die Mitarbeitenden vermutlich mangels Information mit diversen Unklarheiten zurecht kommen müssen. Es werden hohe Leistungsansprüche gestellt, und zwar sowohl an sich selbst als auch an die anderen. Weiter gibt es Hinweise auf Rollenkonflikte der sehr jungen Assistenzärzte/innen. Studierende mit hohem Potential werden angeblich gezielt gefördert, jene die sich nicht beweisen können, fühlen sich hingegen vernachlässigt. Dies führt zu einer subjektiv wahrgenommenen Ungleichbehandlung der Studierenden. Gesamthaft kann angenommen werden, dass die einzelnen Faktoren - insbesondere hohe Ansprüche, mangelndes gegenseitiges Vertrauen, Schwächen in der Kommunikation und die Auswirkungen fehlender pädagogischer Ausbildung - zur Gesamtbelastung und in der Folge zu einem allfälligen Überforderungserleben sowohl der Studierenden als auch der (Ober-)Assistenzärzte/innen führen.

Die Autorinnen sehen als Lösungsansätze keinen „quick-fix“, sondern legen den Fokus auf einen länger dauernden und nachhaltigen Veränderungsprozess. Ziel ist es, eine Vertrauenskultur zu schaffen, indem die Kommunikation und soweit als möglich auch die Kooperation verbessert wird. Beispielsweise kann der Austausch zwischen den verschiedenen Parteien durch Teamsitzungen, Sitzungen mit der Studierendenvertretung und strukturierte Feedbacksitzungen gefördert werden.

Ein weiteres wichtiges Augenmerk sollte auf das pädagogische Konzept gerichtet werden. Der Fokus sollte hier auf die Assistenzärzte/innen gelegt werden, welche für die praktische Ausbildung der Studierenden verantwortlich sind. Ziel ist es, hier ein Konzept wie etwa ein „Train the Trainer“ zu erarbeiten. Mögliche Inhalte und Formen können sein: Qualitätszirkel, Gestaltung von Lernsituationen und Lerninhalten durch Fallbeispiele, Fallstudien, Einführungsblock erweitern und Lerngruppen.

6. Methodische Kritik und Ausblick

Als methodische Kritik kann die kleine Stichprobe (N= 13) angeführt werden, insbesondere bei den Ärzte/innen (N=3). Da es sich jedoch ganz bewusst explorative Vorstudie handelt, sollte diesem Punkt nicht zu viel Gewicht gegeben werden. Weiter kann bemängelt werden, dass die Interviewpartner/innen durch die Klinik ausgesucht wurden und nach Selbstaussage der Studierenden eher leistungsstarke Studierende befragt wurden. Aus methodischer Sicht sicher negativ auszulegen ist, dass -wie im Abschnitt „Herausforderungen“ erläutert - manche Studierende auf die Interviews vorbereitet waren. Es ist laut Glinka (1998) jedoch Voraussetzung für die Durchführung narrativer Interviews, dass die Interviewten vor dem Interview keine systematischen Vorbereitungen auf die beabsichtigte Erzählthematik vornehmen können. Dies konnte teilweise nicht gewährleistet werden. Trotz allem ist anzumerken, dass die narrativen Interviews sehr ergiebig waren.

Sowohl als Herausforderung also auch als besondere Chance kann die Tatsache betrachtet werden, dass die Autorinnen sich zum Zeitpunkt der Befragung im gleichen Studienjahr wie die befragten Zahnmedizinistudierenden befanden. Dies ermöglichte einerseits einen einfacheren Zugang zum Feld und begünstigte die Offenheit und das Vertrauen untereinander; andererseits erschwerte es jedoch auch eine professionelle Abgrenzung.

Die hier berichteten empirischen Ergebnisse sind nur der Anfang einer Bearbeitung der Situation. Als Nächstes werden Rückmeldungen an die Klinikleitung und die beteiligten (Ober)Assistierenden und Studierenden erfolgen und es soll eine geeignete Intervention abgeleitet werden. Auch diese weiteren Schritte sind im Sinne des Aktionsforschungsansatzes zu dokumentieren.

Dieses Projekt wird weitergeführt. Interessant dürfte es sein, die erhobenen Daten durch eine mögliche Vollbefragung der Studierenden und (Ober-)Assistenzärzte/innen mittels eines Fragebogens und evtl. offenen Beobachtungen zu verifizieren.

Ein weiteres Ziel des Forschungsprojektes könnte sein, vergleichbare Erhebungen über Belastungssituationen durchzuführen, die den beruflichen Erfahrungsgrad im Kontext und Einflüsse weiterer Faktoren berücksichtigen. Dies kann beispielsweise mittels eines spezifisch dafür entwickelten resp. zusammengestellten Inventars erreicht werden.

Grundsätzlich sind die Aussichten auf die Fortsetzung des Projektes und somit auf die Interventionsplanung und -durchführung sehr gut, da die Klinikleitung sich der Schwierigkeiten und des Unmuts unter der Studierenden bewusst ist und sehr offen und konstruktiv auf die erhobenen Daten reagiert hat. Die Klinikleitung ist sehr interessiert an Interventionsvorschlägen, die zu einer positiven Entwicklung der Stimmung führen können.

Literaturverzeichnis

- Amin, W. M., Muna H. Al-Ali, M.H., Duaibis, R.B., Oweis, T. & Badrand, D.H. (2009). Burnout Among the Clinical Dental Students in the Jordanian Universities. *J Clin Med Res*, 1 (4) 207-211.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell*. Stuttgart: Klett.
- Bourassa, M. & Baylard, L. (1994). Stress Situations in Dental Practice. *Journal of the Canadian Dental Association*, 60, 65-71.
- Chen, W., Siu, O., Lu, J., Cooper, C. & Phillips, D. R. (2009). Work stress and depression: the direct and moderating effects of informal social support and coping. *Stress and Health*, 25, 431-444.
- Coghlan, D. & Jacobs, C. (2005). Kurt Lewin on Reeducation. Foundations for Action Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41 (4) 444-457.
- Croucher, R., Osborne, D., Marcenes, W. & Sheiham, A. (1998). Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom. *Community Dental Health*, 15, 40-43.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Denton, D., Newton, J. & Bower, E. (2008). Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *British Dental Journal*, 205, 382-383.
- Divaris, K., Barlow, P., Chendea, S., Cheong, W., Dounis, S., Dragan, I., Hamlin, J., Hosseinzadeh, L., Kuin, D., Mitirattanakul, S., Mo'nes, M., Molnar, N., Perryer, G., Pickup, J., Raval, N., Shanahan, D., Songpaisan, Y., Taneva, E., Yaghoub-Zadeh, S., West, K., & Vrazic, D.(2008). The academic environment: the students' perspective. *European Journal of Dental Education*, 12, 120-130.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social Support, Social Stressors at Work, and Depressive Symptoms: Testing for Main and Moderating Effects With Structural Equations in a Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 874-884.
- Dreyfus, S. & Dreyfus, H. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkeley: University of California, Operations Research Center.
- Fröhlich, W. (2005). *Wörterbuch der Psychologie* (25. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Glinka, H. (1998). *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim: Juventa.
- Gorter, R., Storm, M., Brake, J., Kersten, H. & Eijkman, M. (2007). Outcome of career expectancies and early professional burnout among newly qualified dentists. *International Dental Journal*, 57, 279-285.
- Hackman, J. & Oldham, G. (1974). *The job diagnostic survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. New Haven, Conn.: Yale University.
- Hackman, J. & Oldham, G. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.

- Halbesleben, J. R. B., Osburn, H. K. & Mumford, M. D. (2006). Action Research as a Burnout Intervention. Reducing Burnout in de Federal Fire Service. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 42 (2) 24-266.
- Heath, J.R., Mcfarlane, T.V. & Umar, N.S. (1999). Perceived Sources of Stress in Dental Students. *Dent Updat*, 26, 94-100.
- Humphris, G. & Cooper, C. (1998). Occupational stress - New stressors for GPs in the past ten years: A qualitative study identifies new stressors experienced by general dental practitioners from those reported in the UK national surveys of 1986 and 1996. *British Dental Journal*, 185, 404-406.
- Humphris, G., Blinkhorn, A., Freeman, R. et al. (2002). Psychological Stress in Undergraduate Students: Baseline Results from Seven European Dental Schools. *Eur J Dent Educ*, 6, 22-29.
- Jordi, D. (2009). *Der Klinikeinstieg in der zahnmedizinischen Ausbildung Problembereiche und Lösungsansätze Ein Arbeitspapier Der Klinikeinstieg in der zahnmedizinischen Ausbildung Problembereiche und Lösungsansätze*. Arbeitspapier, unveröffentlicht.
- Kalveram, A., Trimpop, R. & Kracke, B. (2003). Initiative Neue Qualität der Arbeit: Stressreduktion in Arbeit, Freizeit und Familie bei familialer und beruflicher Doppelbelastung - Das Projekt StrAFF bei VW. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten Report 2003. Zahlen Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben* (S. 195-211). Berlin: Springer.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Locke, E. & Latham, G. (1991). Self-Regulation through goal setting. *Organisational Behavior And Human Decision Processes*, 50, 212-247.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg). *Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch* (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 553-573). Göttingen: Hogrefe.
- Narciss, S. (2004). The impact of informative tutoring feedback and self-efficacy on motivation and achievement in concept learning. *Experimental Psychology*, 51, 214-228.
- Nestmann, F. (1997). Beratung als Ressourcenförderung. In F. Nestmann (Hrsg.), *Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*, Bd 37 (S. 15-38). Tübingen: DGVT.
- Newton, J.T., Baghainenaini, F., Goodwin, S.R., Invest, J., Lubbock, M., Marouf, Saghakhaneh N. (1994). Stress in Dental School: a Survey of Students. *Dent Updat*, 5, 162-164.
- Newton, J. T. & Gibbons, D. (1996). Stress in dental practice: A qualitative comparison of dentists working within the NHS and those working within an independent capitation scheme. *British Dental Journal*, 180, 329-33.

- Pöhlmann, K., Jonas, I. & Harzer, W. (2005). Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. *European Journal of Dental Education*, 9, 78-84.
- Polychronopoulou, A. & Divaris, K. (2005). Perceived Sources of Stress Among Greek Dental Students. *Journal of Dental Education*, 69, 687-692.
- Rada, R. & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, Burnout, Anxiety and Depression Among Dentists - The authors examine stress, anxiety and depression among dentists and ways of coping with these problems. *Journal of the American Dental Association*, 135, 788-794.
- Richter, H. (2007) *Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig unter besonderer Berücksichtigung von Religiosität und Glauben*. Universität Leipzig, Medizinische Fakultät: Dissertation.
- Roth, S., Heo, G., Varnhagen, C., Glover, K. & Major, P.W. (2003). Occupational Stress Among Canadian Orthodontists. *Angle Orthodontist*, 73, 43-50.
- Schmidt, C. (2003). "Am Material": Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In B. Friebertshäuser & A. Annedore (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 544 - 568). Weinheim: Juventa.
- Schweer, M. (2008). Vertrauen im Klassenzimmer. In M. Schweer (Hrsg.), *Lehrer-Schüler-Interaktion. Pädagogisch-psychologische Aspekte des Lehrens und Lernens in der Schule* (2. völlig überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Seligmann, M. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman and Comp.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1500.
- Taskaya-Yilmaz, N., Ceylan, G., Güler, A., Ergun, G., Çankaya, B. & Bek, Y. (2004). The level of burnout in a group of dental research assistants. *Stress & Health*, 20, 105-112.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie* (5. Aufl.). Zürich: vdf.
- Ulich, E. (Hrsg.). (2003). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis: Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Huber.
- Wehner, T., Clases, C., Endres, E. & Raeithel, A. (1998). Zwischenbetriebliche Kooperation: Zusammenarbeit als Ereignis. In E. Spiess (Hrsg.), *Formen der Kooperation* (S. 95-124). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Wenninger, G. (1991). *Arbeitssicherheit und Gesundheit. Psychologisches Grundwissen für betriebliche Sicherheitsexperten und Führungskräfte*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Winwood, P., Winefield, A. & Lushington, K. (2003). The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: A study of South Australian general dental practitioners. *Australian Dental Journal*, 48, 102-109.