

Diskussionsbeitrag

Zum Beitrag von S. Herbold et al.: „Kommunikationstraining im Zahnmedizinstudium – affektive Kompetenzen der Studierenden und deren Auswirkungen auf die Patientenbehandlung“, DZZ 66 (12), 2011, ist eine Diskussionsbemerkung eingegangen, die im Folgenden mit einer Schlussbemerkung der Autoren zu lesen ist. Wir möchten darauf hinweisen, dass dies nicht die Meinung der Schriftleitung wiedergibt.

Auf den ersten Blick stimmt es hoffnungsvoll, wenn sich ein offensichtlich junger Kollege schon am Anfang seiner beruflichen Tätigkeit mit Fragen der Psychologie innerhalb der Zahnheilkunde beschäftigt – schon in der Einleitung seines Artikels bemerkt er ganz richtig, dass eine effektive Kommunikation wichtig ist für die Arzt-Patienten-Beziehung und die Patientenzufriedenheit, und dass folglich Kommunikationsfertigkeiten schon während des Studiums trainiert werden sollten. Und er merkt richtig kritisch an, dass die bestehende Approbationsordnung unter diesem Blickwinkel völlig veraltet ist, und Kompetenzen im Bereich der Kommunikation nach wie vor „zu Gunsten von hoch spezifischen kognitiven Fachkenntnissen und manueller Präzision vernachlässigt“ werden.

Nun ließe sich „Material und Methode“ seiner Untersuchung generell diskutieren, sowohl was die Methodik der Kommunikationsverbesserung selbst anbelangt als auch die Validität der Ergebnisse bei bescheidenen Fallzahlen. So spricht der Autor selbst von 4 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten (Kommunikations- und Interaktionstraining) und einem zeitlichen Ablauf von insgesamt wenigen Monaten, wobei aus der dazu veröffentlichten Tabelle die tatsächliche Häufigkeit und Zeitdauer der einzelnen Ausbildungs- und Trainingsinhalte kaum zu entnehmen sind.

Ich möchte dennoch unterstellen, dass dies alles im streng naturwissenschaftlichen Sinne zumindest insofern richtig ist, wie dies ein Experimentalpsychologe einmal formuliert haben soll: „Wir wissen zwar nicht genau, was wir messen, aber was wir messen, messen wir sehr genau“ – was genau also meint der Autor mit „affektiver Kompetenz“? Schon nach kurzer Recherche im Inter-

net fällt die Vielseitigkeit der Erklärungen zu diesem Begriff auf:

„Affektive soziale Kompetenz ist definiert als die Fähigkeit effektiver Kommunikation über eigene Emotionen, die erfolgreiche Interpretation und Reaktion auf die emotionale Kommunikation des Interaktionspartners sowie die Bewusstheit, Akzeptanz und Regulation eigener Emotionen.“ – „Affektive Kompetenzen nennt man die Fähigkeiten, für deren Erwerb wir unser Herz (unsere Gefühle) brauchen. Von allen drei Bereichen (Kopf, Hand und Herz) zeichnen sich diese Fähigkeiten – auch Lebenskompetenzen genannt – dadurch aus, dass wir uns im besonderen Maße ein Leben lang damit auseinander setzen und wir darin nie ausgelernt haben.“

Wäre nun der Autor – gemessen allein schon an diesem jedermann zugänglichen Allgemeinwissen – zu dem Schluss gekommen, dass die aufgeführten Ausbildungs- und Trainingsbemühungen ein erster Schritt in die richtige Richtung gewesen seien und die Ergebnisse zu vorsichtigem Optimismus Anlass gäben, den eingangs aufgeführten Missständen überhaupt entgegenwirken zu können, dann blieben im Schatten seines anerkanntswerten Bemühens allenfalls einige Details einzuwenden:

So wird das Selbstwirksamkeitskonzept von *Bandura* hier derart interpretiert, dass es schon genüge, an die eigene Kompetenz (Fähigkeit, *Fertigkeit*) zu glauben, dann wäre sie auch schon vorhanden (fertig). Dies mag jenen Zeitgeist befriedigen, der die überhöhte Erwartung und das „Scheinen“ vor die Mühen des „Seins“ setzt – natürlich ebenso unsinnig wie eine „subjektive Lernerfolgskontrolle“ als valides „Feedback bezüglich der Entwicklung der Kompetenzen oder die Abbildung curricularer Veränderungen und Wirksamkeitseffekte“. Richtig bleibt natürlich die

Umkehr zum Ausgangspunkt der These *Banduras*: Wer nicht an die Wirksamkeit eigenen Handelns glaubt und an die Möglichkeit hierin Kompetenzen zu entwickeln, hat deutlich geringere Erfolgsaussichten als diejenige, die hierbei von ihrer Selbstwirksamkeit überzeugt sind.

Auch mögen bei der Entwicklung kommunikativer Kompetenzen „standardisierte und reglementierte Rollenspiele mit Schauspieler-Patienten und einem Rollen-Skript“ einen ersten Impuls setzen, eine „größere Realitätsbindung“ als der reale Kontakt mit echten Patienten und einen Effekt für eine nachhaltige „professionelle Einstellungs-Änderung oder gar Veränderung der persönlichen Haltung“ sind hier nicht zu erwarten.

Regelrecht falsch, ja, in der Auswirkung für die Kollegen irreführend, für Patienten in der Konsequenz schädlich und aus diesem Grund auch nicht zu tolerieren ist deshalb jene „Hochrechnung“ der Ergebnisse zu einem anhaltenden realen Kompetenz-Zuwachs durch die geschilderten Ausbildungs- und Trainingsmaßnahmen, als wären die in dieser Form trainierten Studenten jetzt „in der Lage, auch mit sensiblen, besonders anspruchsvollen oder aggressiven Patienten eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu erhalten“ und als könne man über einen Motivationseffekt auf der Verhaltensebene hinaus – offensichtlich besonders bei den männlichen Studenten, die anders als ihre weiblichen Kolleginnen mit „angeborenen“ sozialen Kompetenzen vielleicht erstmals hier einen Impuls in diese Richtung erhalten hatten – jetzt tatsächlich davon ausgehen, dass „der Kompetenzgewinn ...explizit eine affektive Leistung der Studierenden darstelle, die auf das Kommunikationstraining zurück geführt werden kann.“

Dies spiegelt jenes idealisierte Arzt-Selbstbild wieder, welches einerseits von einem integrieren Persönlichkeitskern jedes Arztes ausgeht, der weder erst einmal geschaffen werden müsse noch zerstörbar sein könnte, und andererseits eine „Tendenz, die Arzt-Patienten-Beziehung in einem unverbindlichen, lediglich auf dem wechselseitigen Aushandeln von Interessen beruhenden Kontakt zwischen Gesundheitsanbieter und Klient anzubieten“ [1]. So entstehen jedoch lediglich motivatorische Strohhalm und „Skills“, „(manipulative) Geschicklichkeit“ also, um passagere flüchtige Wahrnehmungs- Einstellungs- und Verhaltensmodifikationen zu erreichen.

Angesichts der Tatsache, dass schon die curriculare Weiterbildung beispielsweise für die psychosomatische Grundkompetenz 54 Stunden beträgt, zuzüglich einem Mindestbedarf von 30 Balint-Stunden für die Zulassung zur psychosomatischen Grundversorgung und beispielsweise die Grundausbildung zur klientenzentrierten (Gesprächs-)Psychotherapie 320 Stunden beträgt, dass es mindestens 2 Jahre einer regelmäßigen kontinuierlichen Balintgruppen-Teilnahme bedarf, um auf diesem Wege hinreichende Erfahrung für den psychosomatischen Berufsalltag zu erlangen, insgesamt aber 3 bis 5 Jahre, um die eigene Persönlichkeit mit Blick auf eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig zu formen, dann werden die Einschätzungen des Autors bezüglich der Effizienz der von ihm beschriebenen Ausbildungs- und Trainings-Intentionen – wenn auch unabsichtlich, so doch wirkungsvoll – zur Verhöhnung derer, die sich über viele Jahre sehr ernsthaft um „affektive Kompetenzen“ bemühen, vor allem aber zum leichtfertigen Alibi für all jene, die aus unterschiedlichsten und wenig respektablen Motiven gelehrt glauben oder andere glauben machen wollen, mit einer Pflichtübung von wenigen für die Psychologie abgetretenen Vorlesungs- und Trainingsstunden über den buchstäblich reinen Selbstzweck hinaus dem tatsächlichen Bedarf Genüge zu tun, der so zum Schaden für die Patienten und auch für die Kollegenschaft einmal mehr auf der Strecke bleibt. Es wäre gut gewesen, wenn hier ein Doktorand – dessen Doktorarbeit ja wohl die Grundlage für den Artikel gebildet hat – nicht nur gute wissenschaftliche Beratung und Betreuung

erhalten hätte, sondern auch aus der Erfahrung jener hätte schöpfen können, die um weiterreichende Zusammenhänge wissen müssten, bevor er in einem der gesamten Kollegenschaft zugänglichen Artikel verbreitet, was in seiner vorgängigen Doktorarbeit sicher keinen Anstoß erregen musste.

Korrespondenzadresse

Dr. Joachim Stoffel
ZA / HP-Psychotherapie
Psychosomatische Grundversorgung
Zä. Konsiliardienst
Balint- Gruppenleitung
Albert-Schweitzerstr. 4
87527 Sonthofen
Tel.: 0 83 21 / 8 29 95
E-Mail: Info@konsiliardienst-stoffel.de
www.konsiliardienst-stoffel.de

Literatur

1. Ertle A: „Beredtes Schweigen ...“ Balintjournal 12, 100 ff (2011)

Abschließende Stellungnahme der Autoren:

Kollege Dr. *Stoffel* formuliert eingangs seiner Zuschrift den Satz: „*Wäre nun der ... Autor ... zu dem Schluss gekommen, dass die aufgeführten Ausbildungs- und Trainingsbemühungen ein erster Schritt in die richtige Richtung gewesen seien und die Ergebnisse zu vorsichtigem Optimismus Anlass gäben, ... dann blieben allenfalls einige Details einzuwenden ...*“.

In dieser Hinsicht stellt sich die Frage, wie man die Schlussfolgerung unserer Studie anders als in diesem Sinne interpretieren soll, denn deren zentrales Resümee lautet: „*Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Kommunikations- und Interaktionstraining, wie es hier dargestellt wurde, eine solide Grundlage für eine Weiterentwicklung des Unterrichtsmoduls bildet ...*“.

Dementsprechend haben wir den Eindruck, für Aussagen gescholten zu werden, die zwar Dr. *Stoffel* in den Artikel hineininterpretiert, die jedoch bei näherer Inaugenscheinahme des Originaltextes dort so nicht zu finden sind.

Intendiert war, bereits während des Studiums zumindest ansatzweise Defizite der bestehenden, primär auf intellektuelle und manuelle Fertigkeiten fixierten Approbationsordnung auszugleichen und die Studierenden für den kommunikativ angemessenen Um-

gang mit Patienten zu sensibilisieren, eine Thematik, von der man – zu ihrem Nachteil – bislang erwartete, dass sie während der klinischen Kurse quasi nebenbei erarbeitet würde.

Da das Kommunikationstraining eine personal- und finanzintensive Lehrveranstaltung darstellt (Training und Honorierung der Schauspieler-Patienten, Ausbildung der Betreuer, Anschaffung von Videokameras etc.), die in harter Konkurrenz zu anderen fachspezifischen Kursen steht, war es selbstverständlich, diese wissenschaftlich zu begleiten, um einen zu erwartenden Nutzeffekt auch objektiv zu untermauern und die Berechtigung weiterer Investitionen nachzuweisen.

Sicher nicht intendiert war, monate- bzw. jahrelange hoch spezialisierte Fortbildungscurricula, wie sie Dr. *Stoffel* eindrucksvoll beschreibt, auch nur unvollkommen zu ersetzen. Dies wurde weder den Studierenden gegenüber so dargestellt noch dürften sich Zitate in unserem Beitrag finden, die – auch bei missgünstigster Auslegung – in diesem Sinne interpretierbar wären.

Sollte hingegen bei der Mehrzahl der Studierenden zumindest ansatzweise die Einsicht geweckt sein, dass ein angemessener kommunikativer Umgang mit dem Patienten keine Selbstläuferqualität besitzt, sondern dass es erstrebens- und lohnenswert ist, während des Studiums und auch danach die erforderlichen Fertigkeiten mit der gleichen Selbstverständlichkeit wie andere zahnärztliche Techniken fortwährend zu perfektionieren, wäre schon viel gewonnen.

Insofern könnte unser kleines Lehrmodul durchaus den ein oder anderen jungen Zahnmediziner zusätzlich motivieren, die von Dr. *Stoffel* angeführten Zusatzqualifikationen anzustreben.

Weswegen er unter diesem Gesichtspunkt in seinem mit leider reichlich irreführendem, überzogenen („... für die Kollegen irreführend, für Patienten in der Konsequenz schädlich ...“) Formulierungen greift, erschließt sich uns nur schwer. DZZ

Korrespondenzadresse

Dr. Sebastian Herbold
Herrensand 2
68219 Mannheim
Tel.: 06 21 / 4 37 07 98
E-Mail: sebastianherbold@gmx.de