

Persönlichkeit und ärztlich kommunikative Kompetenz bei Studierenden der Medizin

S. Fischbeck

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Mainz

In neueren Modellen zu Studienerfolgsprognosen (z. B. Trapmann et al., 2007) werden neben traditionellen kognitiven Prädiktoren (z. B. Schulnoten) auch Trait-Variablen (z. B. Persönlichkeit) aufgegriffen. Nur wenig Studien haben sich hier mit dem Zusammenhang von Persönlichkeitseigenschaften und kommunikativer Kompetenz beschäftigt: Gewissenhaftigkeit (Haight et al., 2012; Adam et al., 2012) sowie emotionale Stabilität (Manuel et al., 2005) zeigten sich bereits als prädiktiv. Will man bei der Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung, wie bei jeder guten Lehre, die Studierenden „dort abholen, wo sie stehen“, dürften Erkenntnisse zu diesen Determinanten hilfreich sein.

Fragestellung

Die Studie „Persönlichkeit und Kommunikation (PeKom)“ sollte Antwort auf die Frage geben, inwieweit Persönlichkeits-, Selbsteinschätzungs- und Einstellungsvariablen sowie Daten zur Person (etwa Geschlecht, sprachliche Herkunft) oder etwa die Prüfungsgegebenheiten den Erfolg in einer Kommunikations-OSCE determinieren.

Methode

Alle Medizinstudierende eines im zweiten Semester der Vorklinik gelegenen Kurses der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie erhielten die Möglichkeit, an der Studie teilzunehmen. Sie bearbeiteten vor einer obligatorischen Kommunikations-OSCE (5 Stationen: Anamnese, Partizipative Entscheidungsfindung, Nebenwirkungen, Stressanalyse, Mitteilung einer Krebsdiagnose) das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (Big-Five NEO-FFI, Borkenau & Ostendorf, 2008). Um mögliche Determinanten der Kommunikationsleistung zu untersuchen, bearbeiteten sie außerdem einen Fragebogen zur Person zusätzlich:

- die Communication Skills Attitude Scale (CSAS) (Rees et al., 2002),
- die Jefferson Scale of Physicians Empathie (JSPE-S) (Neumann et al., 2012).

Die Kommunikationsleistung in der OSCE wurde auf drei Ebenen beurteilt:

- Prüfende: Checklisten an den Stationen,
- Tutoren: Calgary-Cambridge-Observation Guide (CCOG, Kurtz und Silverman, 1996; Simmenroth-Nayda et al., 2008),
- Simulationspatienten: Zuhören, Empathie, Patientenzufriedenheit, Wiederaufsuchen des Arztes (Ad-hoc-Scala).

Persönlichkeiten in der Kommunikation-OSCE



Studienteilnehmende

- n = 132 „Freiwillige“ von n = 208 OSCE-Prüfungskandidaten
- Alter M = 22,4 (18-40), 66% weiblich, 34% männlich
- 84% Muttersprache deutsch
- 54% mind. eine Schwester, 58% mind. einen Bruder
- 56% Mutter Akademikerin, davon 7% Ärztin; 59% Vater Akademiker, davon 18% Arzt
- 41% medizinrelevante Berufsausbildung (z. B. Pflege, Rettungsassistent)
- 30% keine medizinbezogene(n) Berufserfahrung/Praktika

Tab. 1. Multiple schrittweise lineare Regression auf die ärztlich kommunikative Kompetenz (OSCE-Leistung) (120 < n < 133).

	Nicht standard. Koeffizienten B	Standard. Koeffizienten Beta	Standard. T	Konfidenz-Grenzen	Signifi-kanz
(Konstante)	21,67	1,47	14,73		
Kommunikation in Familie problemoffen	0,62	0,29	0,19	2,12	0,036
Muttersprache	1,96	0,75	0,23	2,62	0,010
Geschlecht	-1,16	0,49	-0,20	-2,37	0,020
NEO-FFI „Gewissenhaftigkeit“	0,02	0,01	0,18	2,11	0,037
				0,001	0,041

Korrigiertes R-Quadrat = .17 (p < .05), Selektionslevel 0,05

Nicht signifikant mit der Kommunikationsleistung korrelierende Merkmale (exkludiert):

- Soziale Daten und Kommunikation in der Familie (Alter, Schwester in Familie, Bruder in Familie, 1. oder 2. Leistungskurs naturw./math., Abiturnote)
- Persönlichkeit (NEO-FFI-Extraversion, NEO-FFI-Offenheit für Erfahrungen, LOT-Optimismus)
- Selbstwirksamkeitserwartung kommunikativer Kompetenz
- Selbsteinschätzte Empathie (JSPE-S-Therapeutische Relevanz, JSPE-S-Beziehungsrelevanz)
- Einstellung zur ärztlichen Kommunikation (CSAS-Positive Effekte, CSAS-Notwendigkeit, CSAS-Integrierbarkeit)
- Kursmerkmale (Dozent im Kursus, Prüfungstag, Anzahl Rollenspiele in Arztrolle, stud. Benotung des Kurses)

Ergebnisse

Persönlichkeitsmerkmale im Vergleich

Im Vergleich mit der alters- und geschlechtsbezogenen Normstichprobe des NEO-FFI wiesen die Studienteilnehmenden die Persönlichkeitseigenschaften „Extraversion“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ stärker auf. „Neurotizismus“ hingegen war geringer ausgeprägt.

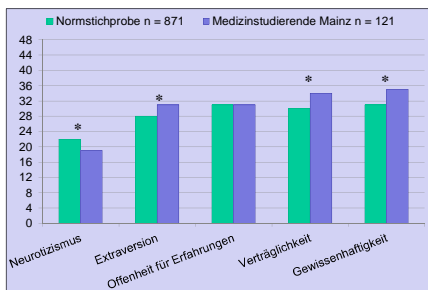


Abb. 1. Ausprägung der Big-Five Persönlichkeitsmerkmale (Skalensummen der Skalen des NEO-FFI)

Determinanten der Kommunikations-OSCE-Leistung

In eine Multiple lineare Regression flossen diejenigen Variablen ein, die signifikante Korrelationen mit der Zielvariable „OSCE-Leistung“ aufwiesen oder bei denen sich Gruppenunterschiede nachweisen ließen. Die OSCE-Ergebnisse waren demnach besser, wenn:

- Geschlecht weiblich***
- Berufsausbildung im medizinischen Bereich vorhanden*
- Muttersprache deutsch***
- Punkte in schriftlichen Kursklausuren, r = .23**
- „Neurotizismus“ des NEO-FFI, r = -.19*
- „Verträglichkeit“ des NEO-FFI, r = .26**
- „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI, .25**
- Kommunikation im Elternhaus intensiv, r = .24***
- Kommunikation im Elternhaus offen für Probleme, r = .29***

Wie Tab. 1 zeigt konnten 17% (korrigiertes R-Quadrat) der Varianz durch die Variablen „Kommunikation in der Familie offen für Probleme“, „Muttersprache (nicht deutsch/deutsch)“, „Geschlecht (weiblich/männlich)“ und „Gewissenhaftigkeit (NEO-FFI)“ erklärt werden. Das höchste Beta-Gewicht zeigt die Muttersprachlichkeit (Beta = 0,23; p ≤ .05). Die Gewichte der anderen Prädiktoren bewegen sich auf annähernd gleichem Niveau in der absteigenden Reihe: Geschlecht (Beta = -0,20, Minuswert bedingt durch die Codierung 1 = weiblich, 2 = männlich, p ≤ 0,05), Kommunikation in der Familie über Probleme (Beta = 0,19; p ≤ .05) und NEO-FFI-„Gewissenhaftigkeit“ (Beta = 0,18; p ≤ .05).

Einstellung zur Kommunikation (CSAS) und selbsteinschätzte Empathiefähigkeit (JSPE-S) korrelierten nicht mit den Checklisten-Ergebnissen der Kommunikations-OSCE.

Kommunikations-OSCE-Leistung im CCOG und aus der Sicht der Simulationspatienten

OSCE-Prüfer- und CCOG-Tutorenurteil standen mittelhoch im Zusammenhang: Am höchsten korrelieren OSCE-Checkliste und CCOG-Gesamtwert bei der Station „Partizipative Entscheidungsfindung“ (r = .54, p ≤ .001), am geringsten bei der Station „Anamnese“ (r = .21, p ≤ .001). Simulationspatienten- und Prüferbewertung waren bei allen Stationen signifikant positiv in mittlerer Höhe korreliert (im Mittel r = .50). Simulationspatienten- und CCOG-Urteil in geringerer Höhe (im Mittel r = .42).

Diskussion

Bei größtenteils positiver Einstellung zur Arzt-Patient-Kommunikation kommen die Studierenden mit unterschiedlichen Voraussetzungen in die ärztliche Ausbildung: Ihre kommunikative Kompetenz wird am Beginn des Studiums durch ihre Muttersprache, ihr Geschlecht, ihre Persönlichkeit (v. a. Gewissenhaftigkeit) und die Kommunikationsmuster in der Ursprungsfamilie mitbestimmt. Ihre Selbsteinschätzung ist kein gutes Maß für die tatsächliche Kommunikationsleistung. Das Globalurteil der Simulationspatienten zeigte sich als besserer Schätzer der OSCE-Checklistenpunkte als das etablierte generisches Instrument CCOG. Bei der Konzeptionierung von Ausbildungen in ärztlicher Gesprächsführung sollten die beschriebenen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Intensivkurse zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz nicht-deutschmutter-sprachlicher Studierender oder anderer eher wenig in (problembeladener) Kommunikation Geübter wären gewiss ein Ansatzpunkt.