

Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey

Abstract

Objectives: Increasingly, communicative competencies are becoming a permanent feature of training and assessment in German-speaking medical schools (n=43; Germany, Austria, Switzerland – "D-A-CH"). In support of further curricular development of communicative competencies, the survey by the "Communicative and Social Competencies" (KusK) committee of the German Society for Medical Education (GMA) systematically appraises the scope of and form in which teaching and assessment take place.

Methods: The iterative online questionnaire, developed in cooperation with KusK, comprises 70 questions regarding instruction (n=14), assessment (n=48), local conditions (n=5), with three fields for further remarks. Per location, two to three individuals who were familiar with the respective institute's curriculum were invited to take part in the survey.

Results: Thirty-nine medical schools (40 degree programmes) took part in the survey. Communicative competencies are taught in all of the programmes. Ten degree programmes have a longitudinal curriculum for communicative competencies; 25 programmes offer this in part. Sixteen of the 40 programmes use the Basler Consensus Statement for orientation. In over 80% of the degree programmes, communicative competencies are taught in the second and third year of studies. Almost all of the programmes work with simulated patients (n=38) and feedback (n=37). Exams are exclusively summative (n=11), exclusively formative (n=3), or both summative and formative (n=16) and usually take place in the fifth or sixth year of studies (n=22 and n=20). Apart from written examinations (n=15) and presentations (n=9), practical examinations are primarily administered (OSCE, n=31); WPA (n=8), usually with self-developed scales (OSCE, n=19). With regards to the examiners' training and the manner of results-reporting to the students, there is a high variance.

Conclusions: Instruction in communicative competencies has been implemented at all 39 of the participating medical schools. For the most part, communicative competencies instruction in the D-A-C-H region takes place in small groups and is tested using the OSCE. The challenges for further curricular development lie in the expansion of feedback, the critical evaluation of appropriate assessment strategies, and in the quality assurance of exams.

Keywords: medical studies, communicative competencies, instruction, assessment, longitudinal curriculum

Anja Härtl¹
 Cadja Bachmann²
 Katharina Blum¹
 Stefan Höfer³
 Tim Peters⁴
 Ingrid Preusche⁵
 Bianca Raski^{6,7}
 Stefan Rüttermann⁸
 Michaela
 Wagner-Menghin⁵
 Alexander Wünsch^{9,10}
 Claudia Kiessling¹¹
 GMA-Ausschuss
 Kommunikative und
 Soziale Kompetenzen

- 1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland
- 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland
- 3 Medizin Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck, Österreich
- 4 Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät, Zentrum für Medizinische Lehre, Bochum, Deutschland
- 5 Medizinische Universität Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung, Wien, Österreich
- 6 Universitätsklinikum Düsseldorf, Studiendekanat, Düsseldorf, Deutschland

- 7 Universitätsklinikum
Düsseldorf, Klinisches
Institut für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Düsseldorf, Deutschland
- 8 Goethe-Universität
Frankfurt, ZZMK Carolinum,
Poliklinik für Zahnerhaltung,
Frankfurt, Deutschland
- 9 Klinikum rechts der Isar,
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
München, Deutschland
- 10 Technische Universität
München, TUM MeDiCAL,
München, Deutschland
- 11 Medizinische Hochschule
Brandenburg Theodor
Fontane, Bereich
Assessment und
Prüfungsorganisation,
Neuruppin, Deutschland

Introduction

Communicative competencies have been taught and integrated into pass-relevant exams in many countries for years now [1], [2], [3], [4], [5]. In German-speaking Europe, curriculum development has been supported and facilitated in recent years by the defining of learning objectives catalogues, such as the Basler Consensus Statement, [6], [7] or by the development of a longitudinal, Bologna-compatible model curriculum [8]. A survey by Roch et al. [9] showed that the extent of instruction in doctor-patient communication varied between the different medical schools. The question of the degree to which this instruction was oriented on a learning-objectives catalogue and on which models and theories it was based remained open. The issue of assessment was only briefly outlined in the von Roch survey, making differentiated assertions regarding assessment methods infeasible.

In the training context, it is becoming increasingly important to develop appropriate assessment strategies for assessing not only the efficacy of communication training but above all the learning progress of students [10]. Furthermore, communicative competency evaluation is considered to be a long-term strategy for the implementation of communication training in the framework of regular instruction [11]. The joint planning of courses as well as the corresponding examinations were highlighted by Bachmann et al. [8] in 2009.

The call for instruction and assessment of communicative competencies in medical education was augmented by the stipulations of the 2012 revision of the German

Medical Licensure Regulation, requiring the testing of communications skills within the state exams (retrieved September 11, 2014, from http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf). Since the introduction of the “clinical skills” test within the scope of the Swiss examination procedure, communicative competencies have also become relevant to passing Switzerland’s state exams [12]. In Austria, communicative competencies are incorporated in the “Austrian Competence Level Catalogue for Medical Skills” (retrieved December 14, 2014, from <http://kpj.meduniwien.ac.at/fileadmin/kpj/oesterreichischer-kompetenzlevelkatalog-fuer-aerztliche-fertigkeiten.pdf>). To date, however, only scarce data are available regarding the assessment of communicative and social competencies in German speaking faculties in these three countries.

According to Weinert [13], communicative competencies can be seen as skills and conduct that contribute to problem solving – normally patient problems. Hence, all established assessment strategies may be applied in order to evaluate communicative competencies or segments of these competencies: written and computer-based tests (e.g. multiple choice questions - MCQ) [14], practical exams in simulated situations (e.g., objective structured clinical examinations - OSCE) [15], [16] and evaluations in real situations, i.e., workplace-based assessment (WBA) [17]. Papers, presentations, case summaries or online or paper-based portfolios (retrieved September 3, 2014, http://methodenpool.uni-koeln.de/portfolio/frameset_portfolio.html), [18], [19] are also principally conceivable as evaluation formats.

A recent survey by Laidlaw et al. [20] showed that the average frequency of clinical communication assessment came to ten test intervals per degree programme. Students were tested an average of 2.4 times per year. The main assessment point was in the final academic year. On the average, 3.1 examination methods were used per course, while only 26% of the courses were tested using one single method. OSCEs were implemented most frequently. Written exams (MCQ, short-answer questions, portfolios) were particularly prevalent in the first years of training. OSCEs and WBA were used at greater frequency in later years of study [20]. At present, there are no data available for German-speaking Europe from which a similar development might be deduced.

The objective of the present study is, in cooperation with the committee for “Communicative and Social Competencies” (*KusK*) of the German Society for Medical Education, to survey the current practice of the teaching and assessment of communicative competencies in medical studies programmes in German-speaking Europe.

The study addresses the following questions:

1. How are communicative competencies taught in programmes of medical study in German-speaking Europe?

- When does instruction take place?
- Which teaching formats/methods are being implemented?
- What is being taught?
- How is feedback applied in instruction?

2. How are communicative competencies assessed in programmes of medical study in German-speaking Europe?

- When does assessment take place?
- Which assessment formats / methods are being implemented?
- How is assessment quality assured?
- How is feedback applied in assessment?

Methods

An online survey was conducted in every medical faculty, medical college or medical university (n=43) in Germany, Austria and German-speaking Switzerland offering a complete curriculum at the time of survey. The cross-sectional study aimed at an exhaustive inventory.

The questionnaire for the survey was developed in a multistage process in consultation with the *KusK* committee. An initial version of the questionnaire was created in January 2013 using the open-source software “Lime Survey” (version 1.92+). The questionnaire was sent by e-mail to the 41 participants of the February 2013 *KusK* committee workshop in Vienna. Twenty-two participants from Germany, Austria and Switzerland responded, providing answers from 18 different faculties in total. The results were presented in the course of the workshop and discussed and modified in the “Assessment” workgroup.

After further revision, the final questionnaire contained 70 items (see Attachment 1). Twelve of the questions concerned the teaching of and 43 the assessment of communicative competencies (see Table 1).

For each site (medical faculty, medical university, medical college), two to three contact persons were sought to fill out the questionnaire for their respective faculty. An essential criterion in the search was the respective contact person’s thorough familiarity with the courses and exams/assessments in which communicative competencies play a role. Many of the reference persons could be directly contacted by active committee members. In August 2013, contacts from 43 German-speaking sites were approached by e-mail and asked to process the survey. All of the participants who had taken part in the pilot survey were able to access the answers they had provided at the time of its implementation. In cases in which two separate responses were received from a single site, the contact persons were approached again and asked to determine a joint final version. Once the survey was concluded, the results were exported to Microsoft Excel 2010 and descriptively evaluated. All information was treated confidentially, and the participants were assured that the results would be reported in anonymous form.

Ethics commission approval

A request for approval of the survey was placed with the ethics commission of the medical faculty of the Ludwig Maximilian University of Munich. The ethics commission issued a declaration of no-objection (UE No. 140-13).

Results

Response return and data on site and degree programme

Thirty-nine of the 43 sites approached (medical faculties/universities/colleges) participated in the survey. This number represents a 91% return (see Table 2). At one site, the survey was processed by two different programmes in human medicine (one regular course of studies and on model programme), resulting in information for 40 programmes from only 39 sites.

An overview of the cities participating in the survey is offered in Figure 1. In Munich, both the Ludwig Maximilian University and the Technical University participated in the survey.

Between 42 and 900 students are taught in the 40 degree programmes from which the data herein were retrieved. This comes to an average (median) of 265 students per academic year.

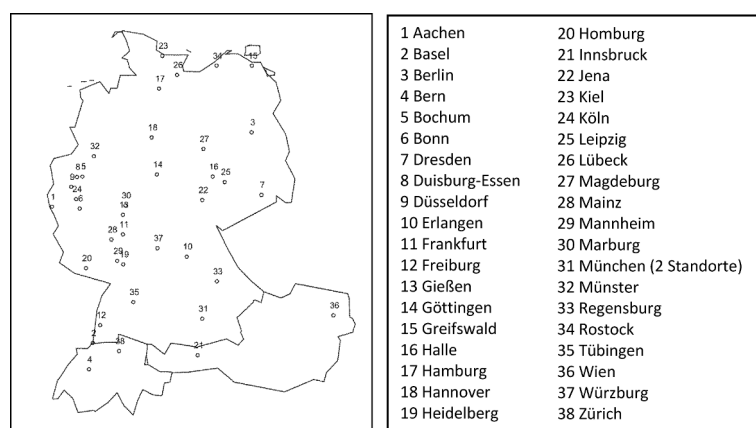
Table 1: Distribution of the 70 survey questions according to the issues addressed in the present study

Questionnaire structure	Number of questions
1. Data on site and degree programme	5
2. Self-estimation of the contact person's knowledge level regarding instruction and assessment of communicative competencies in their respective programme	2
3. Conveyance of communicative competencies	1
3.1 When does instruction take place?	2
3.2 Which teaching formats/methods are being implemented?	2
3.3. What is being taught?	2
3.4. How is feedback applied in instruction?	5
4. Assessment of communicative competencies	3
4.1. When do assessments take place?	6
4.2. Which assessment formats are being implemented?	1
4.2.1 Computer-based and paper-based assessment	6
4.2.2 OSCE	9
4.2.3 WBA	4
4.2.4 Portfolio	4
4.3. How is the quality of assessments assured?	8
4.4. How is feedback applied in assessments?	2
5. Remarks and general and supplementary comments	8

Table 2: Online-survey participation by site (medical faculty/university/college) in German-speaking Europe

	Sites addressed	Participating sites	unresponsive sites	Response rate percentage
Germany	36	34*	2	94
Austria	4	2	2	50
Switzerland	3	3	0	100
Total	43	39	4	91

*At one site, the survey was processed by two different programmes in human medicine (one regular course of studies and one model programme), resulting in information for 40 programmes from only 39 sites.

**Figure 1: Overview of survey-participating cities**

Contact person's self-estimation of their knowledge regarding the instruction and assessment of communicative competencies in their own degree programmes

Of the 40 contact persons, more than half (55%) estim-

ated their familiarity the communicative-competency related aspects of the entire respective curriculum to be good, 30% confirmed good familiarity with the majority of the relevant courses, while 15% reported familiarity with only part of the relevant courses.

Of the 32 contact persons whose curricula included pass-relevant communicative competencies assessments, 47% estimated their knowledge levels of the exams in the area of communicative competencies to be good. Twenty-eight percent reported a good overview of the exams, while 25% reported a general overview of the relevant tests in this area.

Transmitting communicative competencies

When does instruction take place?

At the time of the survey, communicative competencies were being taught in all of the participating degree programmes. Ten of the 40 degree programmes indicated that all of their courses in communicative competencies were coordinated in accordance with a longitudinal curriculum. A longitudinal curriculum existed in part or had just been implemented in 25 degree programmes, while five programmes reported having no longitudinal curriculum (see Table 3).

Over 80% of the programmes emphasised instruction during the second and third years. Communicative competencies were taught in the sixth year in 38% of the programmes. Degree programmes with fully or partially implemented longitudinal curricula indicated comparable distribution of instruction. Instruction in the first, second and sixth year of studies was comparatively rare in programmes without a longitudinal curriculum (see Table 3). A detailed breakdown of the distribution of instruction by academic year is offered in Attachment 2.

Which teaching formats/methods are being implemented?

Teaching formats

In 18 programmes, instruction took place in three different teaching formats: lecture and seminar format (max. 20 participants), small-group format (max. 6 participants). In 12 programmes, two different teaching formats were used: seminar format (n=12), small-group format (n=10), lecture format (n=2). Ten programmes used only one teaching format – usually seminars (n=8).

Overall, the most frequently (38 of 40 degree programmes) implemented form of instruction of communicative competencies was the seminar format (between six and 20 participants). Thirty programmes indicated that instruction took place in groups with less than six students (e.g., practical exercises). Multiple entries were possible.

Teaching methods

Role-play with simulated patients (SP, n=38) and feedback (n=37) were the most frequently deployed forms of instruction. A detailed breakdown of the implemented teaching methods is available in Table 4. Furthermore, discussions with representatives of self-help groups and video feedback were indicated in the answers to open-ended questions.

What is being taught?

In 28 of the 40 degree programmes (70%), teaching staff referred to a superordinate model, a learning-objectives catalogue or other instruments of curriculum planning for orientation in instructional content design. Cited 16 times, the Basler Consensus Statement⁷ was by far the most frequently indicated learning objectives catalogue. The German National Competency-Based Learning Objectives Catalogue NKLM [21] (retrieved September 14, 2014, from <http://www.nklm.de>) was named five times. Further learning objectives catalogues were: self-developed learning objectives catalogues, the content outline of the German Institute for Medical and Pharmaceutical Examination Questions (IMPP; retrieved November 14, 2014, from <https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html>) and the CanMEDS Physician Competency Framework of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [22]. Within the framework of instruction, various techniques or schemes were implemented (see Table 5). The SPIKES model [23] for delivering bad news and the NURSE model [23], [24] for dealing with emotions were cited most frequently.

How is feedback applied in instruction?

Thirty-seven of the 40 programmes reported that feedback was used in the teaching and assessment of communicative competencies. All of the 37 programmes used feedback in their instruction (classroom teaching). In 18 of the programmes, feedback was also used in assessment, and five of the 37 employed it in an e-learning framework.

Teaching staff provided the feedback in all 37 programmes in which it was implemented. Additional feedback came from fellow students in 35 programmes and from SPs in 31 programmes. Real patients were rarely (n=4) named as sources of feedback. None of the programmes indicated nursing staff as sources of feedback. The situations on which feedback was given are detailed in Table 6.

Twenty-six of the 37 programmes (70%) using feedback employed observation forms in the structuring of feedback. Self-developed forms were predominantly used (n=25). In six programmes, the Calgary Cambridge Guide [25], [26] was used. Multiple entries were possible.

The theoretical model on which the delivery of feedback was based in the 37 programmes in which feedback was implemented was also surveyed. Responses to this query were received from 19 programmes. Multiple entries were possible. Thirteen programmes made no response to the query. Four programmes responded that they did not know, and one programme replied that there was no model/theory base.

The most frequently named models or theories were theme-centred interaction [27] (n=9), the sandwich model [28], [29] (n=4) and Schulz von Thun [30] (n=3). All other theories or models were indicated once or twice.

Table 3: Data on curricular instruction of communicative competencies by academic year and the full, partial or non-implementation of a longitudinal communication curriculum (academic year=AY, degree programme=DP).

Longitudinal communication curriculum implemented	Number of degree programmes (DP)		Number of DPs with instruction in 1 st AY	Number of DPs with instruction in 2 nd AY	Number of DPs with instruction in 3 rd AY	Number of DPs with instruction in 4 th AY	Number of DPs with instruction in 5 th AY	Number of DPs with instruction in 6 th AY
	N	%	N	N	N	N	N	N
in full	10	25	8	8	8	8	7	4
in part	25	62.5	19	22	22	19	16	10
not at all	5	12.5	2	3	4	4	3	1
Sum	40	100	29	33	34	31	26	15

(academic year = AY, degree programme = DP)

Table 4: Number of answers to the question: “Which pedagogical elements are used?” (multiple selection, 40 participants)

Answer	Number of entries
Role-play with simulated patients	38
Feedback	37
Role-play with students	36
Presentations/lectures and discussions	32
Consultations with real patients	32
Group work or group work phases	23
Complex situations (e.g., simulator)	16
E-learning (e.g., interactive videos)	14

(multiple selection, n=40)

Table 5: Answers to the question: “Are specific techniques, schemes or the like imparted?” (multiple entries possible)

Technique/ Scheme	SPIKES [29]	NURSE [29, 30]	WWSZ [30]	CCG [31, 32]	PEF [33]	Other*
Number of entries (N=39)	29	20	14	13	12	11

(multiple entries possible)

*The following answers were given once or twice: the four-ears model, active listening, Schulz von Thun [30], CALM [41], book metaphor [24], motivational interviewing according to Miller and Rollnick [42], FrOCK Frankfurt Observer Communication Checklists [32] and unspecified general communication models.

Table 6: Number of answers to the question: “What do students receive feedback on?” (multiple entries possible)

Situation	Number of entries (n=37)
on consultations with simulation patients, directly following the consultation	37
on video-recorded consultations	21
on assessment performance	20
on patient presentation	16
on papers	10
on teamwork	5
on assignments	4

(multiple entries possible)

Furthermore, a “combination” or “a sound mixture” of various models and theories was reported for five of the degree programmes.

Assessing communicative competencies

Communicative competencies were tested in 88% (n=35) of the 40 degree programmes. Communicative competencies were evaluated summatively (relevant to passing) in 32 of these programmes, while in 14 programmes evaluation was formative (multiple entries possible). Among these, 16 programmes employed both evaluation modalities and 14 programmes only one (exclusively

summative: n=11; exclusively formative: n=3). Five programmes reported summative evaluations but could not provide an answer concerning the implementation of formative evaluations (formative: “no knowledge”, n=5).

When does assessment take place?

Summative and formative evaluations were conducted most frequently in the fourth or fifth academic year. The distribution of evaluations throughout the years of study is detailed in Appendix 3. In 21 programmes, marks were given in evaluations in which communicative competencies were covered along with other competencies. Six

programmes reported giving no marks, while four reported giving a single mark solely for communicative competencies.

In 29 of the 40 degree programmes, there was a central examination department or faculty deanery that assists teaching staff in the preparing, implementation and/or evaluation of examinations. A negative response was received for nine programmes. The question could not be answered for two of the programmes.

Which assessment formats are being implemented?

Of the various assessment formats, OSCEs were named most frequently (31 entries). Portfolios were rarely used (see Table 7).

Paper-based and computer-based assessments

For ten of the twelve programmes reporting summative evaluations, it was indicated that the paper-based and computer-based evaluation of communicative competencies that were relevant to passing were administered in combination tests (i.e., together with other formats or competencies). Pure communication tests were indicated for six programmes. Predominantly multiple choice questions were used, testing only factual knowledge. Table 8 details question types/stimuli and answer formats as well as the number of entries.

The examiners responsible for preparing and conducting the tests in nine programmes came from the field of medical psychology and sociology (n=9), followed by psychosomatics (n=6), general medicine (n=4), internal medicine as well as surgery and psychiatry (n=3 for each), paediatrics (n=2), orthopaedics, ENT, ophthalmology, neurology, medical ethics, palliative medicine, medical students and pedagogically trained staff from other professions (n=1 for each). In six programmes, the examiners also were also conducted instruction; in nine programmes they only instructed to some extent. For one programme, it was reported that examiners did not teach at all. "Varies greatly" or "unknown" was indicated twice.

Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Of the 31 programmes in which OSCEs [15], [16] were conducted, the number of OSCEs varied between one and twelve. In 68% of the programmes, communicative competencies were tested in one or two OSCEs (see Table 9).

The OSCEs in which communicative competencies were tested were conducted primarily in one or two different years of study (n=22). In one programme, OSCEs were held in five different years of study.

The individual OSCE stations predominantly (n=26) comprised integrated stations (various skills - e.g., case history, examination and communication - are tested in one station). Furthermore, communicative competencies were tested in stations in which various competencies were being tested simultaneously (e.g., physical examin-

ation, case history, resuscitation; n=20). OSCE stations exclusively testing communicative competencies were less frequent (n=7).

Student performance was assessed most frequently by means of unvalidated instruments (n=19). In 18 programmes, instruments were used that had been theoretically tested beforehand. These were either self-developed instruments (n=10) or published instruments (n=8). For five programmes, the question regarding evaluation instruments could not be answered. Multiple entries were possible.

Six of the instruments indicated were validated assessment instruments, the Berlin Global Rating [31] (n=4) and the Calgary Cambridge Guide [25], [26] (n=2) being the most frequently named. The Frankfurt Observer Communication Checklist (FrOCK) [32], the communication evaluation form from the University of Cologne (KEK) [33], the Swiss performance-based rating (Eidgenössisches Verhaltensbasiertes Rating) [34] and the Vienna performance-based rating (global rating scales ÄGF -A) [35] were each named once.

Most of the programmes kept detailed checklists independent of the applied instrument (n=17). Global assessments (n=10) and a combination of both (n=13) were used less frequently. In addition, one programme employed a single-point checklist, and another programme used a personal progress reflection.

The examiners were predominantly physicians (n=29), followed by professionals from social sciences such as psychology, educational science, and sociology (n=15). In five programmes, SP were installed as examiners, and four programmes used students.

The configuration of physicians was usually a mix of representatives of different specialist fields (n=15). General medicine (n=10) and internal medicine (n=7) were the most frequently named. All other specialist fields were named five times or less: surgery, psychosomatics, medical psychology and medical sociology (in Germany), paediatrics, gynaecology, psychiatry, anaesthesiology, palliative medicine, hygiene, ENT, neurology, ophthalmology.

In eight programmes, instruction and assessment were conducted by the same staff, while 20 programmes reported this to be only partially the case. One programme reported that examiners and teachers were not one and the same, while two programmes were not able to provide a response.

Workplace-Based Assessment (WBA)

WBA [17] was implemented in eight degree programmes, using both unvalidated (n=4) and test-theory controlled instruments (self-developed and non-self-developed; n=2 for each). Non-self-developed instruments used were the Mini-CEX (Mini Clinical Examination; n=3), the DOPS (Direct Observation of Procedural Skills; n=1) and a modified encounter card (n=1) [17]. WBA was not administered as a pass-relevant individual assessment in any

Table 7: Distribution of individual assessment formats over the course of the years of study (n=35). Multiple entries were possible. The number of entries per academic year is detailed here.

Academic years:	1-6**	Number of which were summative	Distribution of assessment formats by academic year	1	2	3	4	5	6
summative assessments*	32					4	12	12	14
formative assessments*	19			3	7	6	8	7	6
OSCE	31	31		3	11	18	15	13	4
paper-based or computer-based	21	12		7	10	3	5	4	0
WBA	8	3		0	0	0	2	6	4
portfolios	2	0		1	1	1	1	1	0

*Additionally named: presentations/lectures (n=9), assignments (n=5) and oral assessments (n=2)

**The total number of entries represents the number of sites in total that conducted summative or formative assessments over the 6 years of study. The distribution of assessment formats by academic year represents the number of sites that implemented a particular assessment format per respective academic year.

Table 8: Question types/stimuli and answer formats used in paper-based and computer-based written tests. (Multiple entries possible)

Question formats	Number (n=21)
without factual knowledge scenarios	12
without explanatory knowledge/procedural knowledge scenarios	6
with paper-based case scenarios	9
with video-based case scenarios	2
prompting self-reflection on actions and attitudes	3
Answer formats	
Multiple Choice (single and multiple response)	12
Short-answer formats	6
Essays	3

(Multiple entries possible)

Table 9: Total number of OSCEs and number of OSCEs in which communicative competencies were tested per degree programme

Total number of OSCEs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	no answer
Number of programmes (n=31)	7	10	4	4	2	1	1	-	-	-	-	1	1
Number of OSCEs with communication	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	no answer
Number of programmes (n=31)	9	12	3	1	1	1	-	1	-	-	-	-	3

of the programmes. In three programmes, the WBA together with other assessments was relevant to passing.

Portfolio

The portfolio (retrieved Sep 9 2014, from http://methoden-pool.unikoeln.de/portfolio/frameset_portfolio.html), [18], [19] was used as an assessment format for communicative competencies in two programmes. Clinical skills both including and excluding communicative competencies were evaluated by portfolio. In one of the programmes, the portfolio comprised six to ten individual certificates, according to the stipulations of the various practical stations. The other programme could not provide any details in this regard. Physicians fulfilled the function of examiner in one programme; the other programme could not provide these details. The portfolio was neither relevant to passing nor part of a pass-relevant evaluation in either programme.

How is assessment quality assured?

In the 32 programmes with communicative competencies assessments relevant to passing, norm-referenced methods [36] were predominantly used to establish a cut-off score (e.g., a specified percentage of 60%). Criterion-referenced methods [36] were only used with OSCEs. The methods used for the paper-based and computer-based evaluations and OSCEs are detailed in table 10. No methods were reported for WBA.

For the quality assurance of the most frequently used assessment formats (paper-based and computer-based assessments and OSCEs), various methods were used (see Table 11).

Examiner training was the most frequently employed measure for quality assurance, particularly with the OSCE. The participation conditions for examiners varied between absolutely voluntary participation to obligatory participation with corresponding certification. Training duration varied between 30 minutes and two days. For the most part, training of one to four hours was offered (n=11).

Table 10: Methods employed for establishing a cut-off score [39] for the summative assessments (multiple entries possible)

Assessment format	Pre-determined cut-off (e.g., 60 %)	According to Ebel	Borderline method / borderline regression method	Angoff method (incl. modifications)	unknown
Paper-based/computer-based (n=17)	15	0	0	0	2
OSCE (n=31)	21	0	5	2	6

(multiple entries possible)

Table 11: Implemented methods for the quality assurance of assessments, as well as the number of methods per programme

Measure	Paperbased/computerbased (n=21)	OSCE (n=31)
writing workshops	2	13
review procedures for validation	7	16
statistical analyses	9	19
examiner training	7	22
not consistent	2	-
not necessary	1	-
not specified	2	4
Number of measures taken for quality assurance	number of programmes	number of programmes
1 measure	3	4
2 measures	7	7
3 measures	3	8
4 measures	-	7
Number of programmes implementing measures	13	26

(multiple entries possible)

The following formats for examiner training were reported: classroom lectures, small group work, training with simulated patients, video training, peer observation and individual coaching. Technical training, instrument testing, observation with feedback and station-specific briefings took place during the training. Additionally, “refresher courses” for experienced examiners were conducted in two of the programmes. The proximity in time to the administering of the assessments was predominantly reported as being one week before to directly before the assessment. Cases in which examiners with several years of experience required no further training were also reported (n=2).

How is feedback applied in assessments?

Feedback in the context of paper-based and computer-based assessments

In two of the programmes, all of the students received detailed feedback following the assessment. Detailed feedback for subgroups (e.g., students who did not pass) was made available in four of the programmes. Students in all of the programmes in which paper-based and computer-based assessments were implemented received feedback in the form of overall results. In four programmes, the feedback was delivered in the form of

results for the individual questions. Multiple entries were possible.

Feedback in the context of OSCEs

Feedback on OSCE results was given in the form of overall results to students in 24 of the 31 programmes in which this assessment format was implemented. In 17 programmes, feedback was also given in the form of results for each individual station. Detailed feedback was given to all of the students in eight programmes, and twelve programmes gave detailed feedback to certain subgroups (e.g., students who had not passed). Additionally, oral feedback subsequent to the individual stations, electronic feedback and feedback in terms of individual coaching was given. Multiple entries were possible.

Discussion

The objective of the survey was a complete inventory of the transmission and assessment of communicative competencies in German-speaking Europe. This is the first survey that has systematically covered both of these subdomains in Germany, Austria and German-speaking Switzerland. With response returns of over 90%, sound informative value of the results for German-speaking Europe can be assumed. The high rate of participation

in the survey can be attributed to the now broad acceptance of the subject and the good networking of instructors through the *KusK* committee of the *GMA*.

The most significant result of the survey is the finding that in 2013 all of the sites participating in the survey, irrespective of the size of the programme, implemented communicative competencies instruction in medical studies. This was not the case at all sites in 2010 [9]. Furthermore, communicative competencies are assessed in almost 90% of the programmes. In notable contrast to the study by Laidlaw [20] however, communicative competencies are instructed and assessed less frequently in German-speaking countries than in the United Kingdom. According to Laidlaw et al. [20], students were assessed 2.4 times per academic year on average in the United Kingdom. In German-speaking Europe, only three programmes assessed communicative competencies in four or five academic years at the time of the survey. In 22 programmes, assessment took place in two or three academic years. Furthermore, the main assessment point of communicative competencies in the United Kingdom was in the final year of studies. In German-speaking Europe, the main assessment took place in the fourth or fifth academic year.

Longitudinal, cross-semester curricula were already in place at many of the survey sites. At the majority of sites where they were not yet in place, they were either in the planning or in the implementation phase. The most frequently employed learning-objectives catalogue was the Basler Consensus Statement, a position paper from the German Society for Medical Education (*GMA*) from the year 2008 [6]. This also speaks for the success of the now long-standing committee work of the *GMA*.

The use of SPs in communications instruction has largely prevailed in German-speaking Europe, as has the use of feedback. Instruction in groups with a maximum of 20 students was the most frequent form of instruction, followed closely by small-group instruction with groups of six students or less. Particularly in light of the resources and personnel necessary, this is a development that was not foreseeable several years ago.

The most frequently used communications model or flowchart was the SPIKES protocol [23]. For other consultation occasions - obtaining information (medical history), informing the patient or regular consultation, for example - no model seems to have prevailed in the same manner. Less situation-specific communication models, such as the WWSZ model or the NURSE model [24], were also implemented, however less frequently than the previously indicated SPIKES protocol. This could be explained by the fact that breaking bad news represents an obvious difficulty entailed in the medical practice of instructors and students that is easily comprehensible - in contrast with general consultations or dealing with emotions, which may be seen as less specific and hence less urgent.

The preconception that communication is imparted exclusively through the disciplines of psychology, psychiatry or psychosomatics, for example, is refuted by the broad discipline range of the instructors. Thus, the recommend-

ation to execute the communication of information through various disciplines is being followed at many sites in German-speaking Europe in the meantime [11].

In 2013, 80% of the sites assessed communicative competencies predominantly as relevant to passing and most frequently by means of OSCEs. Paper-based and computer-based assessments were usually implemented in the first two years of study, while OSCEs were used mostly in the fourth and fifth years.

For the most part, communicative competencies were assessed together with other clinical competencies, pure communication OSCEs being rather the exception. This adheres to current recommendations that communicative competencies be integrated and not separated in instruction and assessment [11], (retrieved May 4, 2015, from <http://www.each.eu/teaching/can-teach-offer/assess/assess-general-principles-assessment/>). In the evaluation of student performance, checklists as well as global assessments and hybrid forms were used. No clear trend in this area has been established yet.

For the most part, multiple choice questions relating to factual knowledge were used in the written assessments (paper-based or computer-based). On the one hand, it can be seen as a success that the subject of communicative competencies has made its way into what is doubtless a very prevalent and established assessment format in the faculty, on the other, however, the adequacy of a focus on factual knowledge for establishing clinical knowledge and allowing the transfer of communicative competencies to daily clinical life must be critically scrutinised. An enhancement with context-rich question types would be a desirable change in this respect.

The establishment of a cut-off score by means of criterion-oriented methods was practiced at only a few of the sites. International recommendations have apparently yet to reach German-speaking faculties to an adequate extent [36], [37]. This may be due in part to the respective examination regulations of the medical schools in which the cut-off score can be limited to norm-referenced methods (e.g., pre-determined points or percentages, regardless of the examination in question - for instance, 60%). The introduction of review procedures, writing workshops, statistical analyses or examiner training represents another aspect of assessment quality assurance. The implementation of these varied strongly, especially with respect to examiner training - the diversity is not otherwise explainable. The need for further research was particularly evident concerning OSCEs.

More recent assessment formats, seemingly more appropriate for formative assessments, such as the WBA or the portfolio, showed only scattered implementation. This may be due to the fact that formative assessment is generally less frequent in German-speaking countries. Considering, however, the use of feedback as an effective teaching and learning format already being implemented in many places, it is exactly these assessment formats that should be more widespread. Additionally, in light of the current change from "assessment of learning" to "assessment for learning" [38], the progression towards

the promotion of enduring and reflective learning would be very beneficial for precisely these formative formats as accompanying instruments.

Limitations

Despite the relative lengthiness of the 70-item questionnaire, not all of the questions necessary for a complete picture of the situation could be asked. In preparing the questionnaire, priority was given to information needs as well as the practical manageability of the instrument. The considerable surplus of items in the area of evaluations/assessments compared to those used to acquire data in the area of instruction is due to the fact that only scarce systematic information was available on the assessment of communicative competencies in German-speaking countries. The consequence of this was that relatively few questions on the transmission of communicative competencies could be asked (see Attachment 3).

It is possible that the subject of communication was also taught and assessed in other courses that were not captured within the scope of the survey. For example, it is conceivable that bedside teaching was used for this subject. Thus, it must be taken into account that not all courses in which communication was incorporated were reported, but that the emphasis was moreover on courses that dealt primarily with the subject of communicative competencies. Furthermore, the contact persons at the different sites respectively reported varied levels of knowledge regarding the instruction and assessment of communicative competencies in their programmes. Consequently, the survey cannot claim to offer a complete picture of the curricula for communicative competencies at all of the participating sites. Particularly with regard to subtopics such as team communication or interprofessional communication that have gained in significance in recent years, information may not have been captured by the survey. These emerging topics in clinical communication should be subjected to a systematic analysis in the years ahead.

Furthermore, the survey could not capture the quantitative student-teacher-ratio, nor was it possible to gather information on the number of communicative-competency instruction hours that the individual students had in the framework of compulsory training during their studies. The subject of “resources” for instruction and assessment was also only rudimentarily probed. An analysis of which influential factors for the implementation of a longitudinal communication curriculum are identifiable would be of further interest. These could aid faculties still in the implementation phase in advancing the successful development of a curriculum.

Perspectives

The survey was limited to curricula for human medicine in German-speaking Europe. Further surveys could be used to acquire information regarding the instruction and assessment of communicative competencies in other health professions. The questionnaire has already been adapted and conducted for dental medicine [39].

An important insight from the survey was that there is apparently no consistent set of recommendations in German-speaking Europe for the use of feedback. From the heterogeneity of the answers, the conclusion can be drawn that, in contrast with the SPIKES protocol, no feedback model has prevailed that has allowed for a standardisation of instruction. A KusK task force is currently addressing this subject and formulating relevant recommendations on the basis of the latest literature and practical examples for training.

The answers to the questions regarding assessment quality assurance were also notably varied. This applies particularly to examiner training, above all for the most frequently employed assessment format, OSCE. The formulation of recommendations on the basis of evidence would be a desirable development.

On the whole, a widely varied pallet of instruction and assessment in German-speaking countries was evidenced. This can be interpreted as a great potential in the scheme of tertiary education, demonstrating a capacity for development and for the analysis and comparison of various approaches, with all of their respective advantages and disadvantages. Additionally, this shows room for new concepts and ideas. It can, however, also be interpreted as a possible danger, demonstrating a potential obstacle to the mobility of students between the variant medical curricula in German-speaking Europe.

For these issues, the present study offers a basis upon which further enquiry can be constructed as well as a basis of orientation for curriculum design.

Acknowledgements

Our particular thanks goes to all those who participated in the creation of the survey and to those who provided their responses. We would also like to offer special thanks to the members of the German Society for Medical Education's (GMA) committee for communicative and social competencies as well as the participants from the “assessment” task force at the February 2013 workshop in Vienna. We thank Johanna Feckl for her proofreading and her support in formatting. Further thanks go to Matthias Holzer for his help in creating the map. For his support in this work, our sincere thanks go to Martin Fischer as well.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000998.shtml>

1. Attachment 1.pdf (21 KB)
The following is the survey questionnaire for communicative competencies in medical studies in German-speaking Europe.
2. Attachment 2.pdf (56 KB)
Data on the years of study in which communicative competencies are instructed in the curricula and whether a longitudinal communication curriculum has been implemented in full, in part or not at all (academic year=AJ)
3. Attachment 3.pdf (122 KB)
Evaluations timeframe for summative (pass-relevant; "s") assessments and formative (not pass-relevant; "f") assessments over the years of study

References

1. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-1040. DOI: 10.1093/annonc/mdq441
2. Von Fragstein M, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008;4(11):1100-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x
3. Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinaz GA, Stuck AE. Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://scllo.smifk.ch/> [cited 2013 Aug 23].
4. Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K. A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ.* 1998;32(1):25-34. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1998.00154.x
5. Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Med Teach.* 2010;32(5):385-391. DOI: 10.3109/01421590903394603
6. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2)Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/dynamic/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
7. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Pat Educ Couns.* 2010;81(2):259-266. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.017
8. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schuber S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. A longitudinal, Bologna-compatible model curriculum "communication and social competencies": Results of an interdisciplinary workshop of German-speaking medical schools. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
9. Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung-eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(3):Doc48. DOI: 10.3205/zma000685
10. Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):298-305. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.019
11. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.* 2009;76(3):361-367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
12. Guttormsen S, Beyeler C, Bonvin R, Feller S, Schirlo C, Schnabel K, Schurter T, Berendonk C. The new licencing examination for human medicine: from concept to implementation. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13897. DOI: 10.4414/swm.2013.13897
13. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg). *Leistungsmessung in Schulen.* Weinheim: Beltz; 2001. S.17-31.
14. Bloch R, Hofer D, Krebs R, Schläppi P, Weiss S, Westkämper R. Kompetent prüfen, Handbuch zur Planung, Durchführung und Auswertung von Arztprüfungen. Bern/Wien: Verbindung der Schweizer Ärzte FMH/Österreichische Ärztekammer ÖÄK; 1999.
15. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ.* 1975;1(5955):447-451. DOI: 10.1136/bmj.1.5955.447
16. Harden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ.* 1979;13(1):39-54. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1979.tb00918.x
17. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach.* 2007;29(9-10):855-871. DOI: 10.1080/01421590701775453
18. Challis M. AMEE Medical Education Guide No. 11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach.* 1999;21(4):370-386. DOI: 10.1080/01421599979310
19. Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Med Teach.* 2009;31(9):790-801. DOI: 10.1080/01421590903139201
20. Laidlaw A, Salisbury H, Doherty EM, Wiskin C. National survey of clinical communication assessment in medical education in the United Kingdom (UK). *BMC Med Educ.* 2014;14(1):10. DOI: 10.1186/1472-6920-14-10
21. Hahn EG, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000627
22. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care. Toronto: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005. Zugänglich unter/available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> [cited 2015 may 7]

23. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. DOI: 10.3322/canjclin.55.3.164
24. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55:1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
25. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
26. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
27. Cohn RC. *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion: von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2009.
28. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ.* 2008;337:a1961. DOI: 10.1136/bmj.a1961
29. Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A Model for Educational Feedback Based on Clinical Communication Skills Strategies: Beyond the "Feedback Sandwich". *Teach Learn Med.* 2006;18(1):42-47. DOI: 10.1207/s15328015tlm1801_9
30. Schulz von Thun F. *Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation.* Reinbek: Rowohlt; 1981.
31. Scheffer S, Muehlinghaus I, Froehmel A, Ortwein H. Assessing students' communication skills: validation of a global rating. *Adv Health Sci Educ.* 2008;13(5):583-592. DOI: 10.1007/s10459-007-9074-2
32. Sennekamp M, Gilbert K, Gerlach FM, Guethlin C. Development and validation of the "FrOCK": Frankfurt Observer Communication Checklist. *Z Evidenz Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2012;106(8):595-601. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.07.018
33. Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C. *Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. Gesprächsforsch ZV Verbal Interakt.* 2008;9:34-78.
34. Hodges B, Hanson M, McNaughton N, Regehr G. Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE. *Acad Psych.* 2002;26(3):134-161. DOI: 10.1176/appi.ap.26.3.134
35. Preusche I. *Ärztliche Gesprächsführung.* In: Frischenschlager O, Hladschik-Kermer B (Hrsg). *Gesprächsführung in der Medizin.* Wien: Facultas; 2013. S.241-246.
36. Ben-David MF. AMEE Guide No. 18: Standard setting in student assessment. *Med Teach.* 2000;22(2):120-130. DOI: 10.1080/01421590078526
37. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51.1. *Med Teach.* 2011;33(1):6-8. DOI: 10.3109/0142159X.2011.531170
38. Schuwirth LW, Van der Vleuten CP. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Med Teach.* 2011;33(6):478-485. DOI: 10.3109/0142159X.2011.565828
39. Rüttermann S, Sobota A, Hahn P, Kiessling C, Görlitz A. *Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Zahnmedizinstudium - Ergebnisse einer Umfrage im deutschsprachigen Raum. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg. 25.-27.09.2014.* Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2014. DocP437. DOI: 10.3205/14gma165
40. Bieber C, Loh A, Ringel N, Eich W, Härter M. *Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making).* Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg; 2007.
41. Schweickhardt A, Fritzsche K. *Kursbuch ärztliche Kommunikation: Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis; mit 15 Tabellen.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
42. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change.* Second edition. New York London: Guildford Press; 2002.

Corresponding author:

Anja Härtl

Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, Pettenkoferstraße 8a, D-80336 München, Deutschland
 anja.haertl@med.uni-muenchen.de

Please cite as

Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wunsch A, Kiessling C, GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen. *Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey.* *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):Doc56. DOI: 10.3205/zma000998, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009980

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000998.shtml>

Received: 2015-05-08**Revised:** 2015-08-03**Accepted:** 2015-09-16**Published:** 2015-11-16**Copyright**

©2015 Härtl et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Wunsch und Wirklichkeit – eine Umfrage im deutschsprachigen Raum zum Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium

Zusammenfassung

Zielsetzung: An deutschsprachigen medizinischen Fakultäten (n=43, Deutschland, Österreich, Schweiz; (D-A-CH)) sind kommunikative Kompetenzen zunehmend fest in Lehre und Prüfungen verankert. Zur Unterstützung der weiteren curricularen Entwicklung bezüglich kommunikativer Kompetenzen arbeitet die Umfrage des GMA Ausschusses „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ (KusK) systematisch auf, in welchem Umfang und in welcher Form unterrichtet und geprüft wird.

Methodik: Der iterativ in Zusammenarbeit mit „KusK“ entwickelte Onlinefragebogen umfasst 70 Fragen zu Unterricht (n=14), Prüfungen (n=48), lokalen Bedingungen (n=5) und drei Felder für sonstige Anmerkungen. Pro Standort wurden zwei bis drei Personen, die mit dem Curriculum vor Ort vertraut sind, zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen.

Ergebnisse: Es beteiligten sich 39 medizinische Fakultäten (40 Studiengänge) an der Umfrage. In allen Studiengängen werden kommunikative Kompetenzen unterrichtet. Zehn Studiengänge haben ein longitudinales Curriculum für kommunikative Kompetenzen, in 25 Studiengängen existiert dies teilweise. 16 der 40 Studiengänge orientieren sich am Baseler Consensus Statement. In über 80 % der Studiengänge werden kommunikative Kompetenzen im zweiten und dritten Studienjahr unterrichtet. Fast alle arbeiten mit Simulationspatienten (n=38) und Feedback (n=37). Geprüft wird nur summativ (n=11), nur formativ (n=3) und sowohl summativ als auch formativ (n=16). Am häufigsten wird im vierten bzw. fünften Studienjahr geprüft (n=22 bzw. n=20). Neben schriftlichen Tests (n=15) und Referaten (n=9) sind vor allem praktische Prüfungen implementiert (OSCE (n=31); WPA (n=8)), meist mit selbst entwickelten Beurteilungsskalen (OSCE: n=19). Bezüglich der Schulungen der Prüfer sowie der Art und Weise der Ergebnismeldung an Studierende besteht eine hohe Varianz.

Schlussfolgerung: Der Unterricht von kommunikativen Kompetenzen wurde an allen beteiligten 39 medizinischen Fakultäten implementiert. Kommunikative Kompetenzen werden in medizinischen Curricula in D-A-CH überwiegend in kleinen Gruppen unterrichtet und mittels OSCE geprüft. Herausforderungen für die weitere curriculare Entwicklung liegen im Ausbau von Feedback, der kritischen Überprüfung von geeigneten Assessmentstrategien und in der Qualitätssicherung der Prüfungen.

Schlüsselwörter: Medizinstudium, kommunikative Kompetenzen, Unterricht, Prüfungen, longitudinales Curriculum

Anja Härtl¹
 Cadja Bachmann²
 Katharina Blum¹
 Stefan Höfer³
 Tim Peters⁴
 Ingrid Preusche⁵
 Bianca Raski^{6,7}
 Stefan Rüttermann⁸
 Michaela
 Wagner-Menghin⁵
 Alexander Wünsch^{9,10}
 Claudia Kiessling¹¹
 GMA-Ausschuss
 Kommunikative und
 Soziale Kompetenzen

- 1 Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland
- 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Deutschland
- 3 Medizin Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck, Österreich
- 4 Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät, Zentrum für Medizinische Lehre, Bochum, Deutschland
- 5 Medizinische Universität Wien, Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung, Wien, Österreich
- 6 Universitätsklinikum Düsseldorf, Studiendekanat, Düsseldorf, Deutschland

- 7 Universitätsklinikum
Düsseldorf, Klinisches
Institut für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
Düsseldorf, Deutschland
- 8 Goethe-Universität
Frankfurt, ZZMK Carolinum,
Poliklinik für Zahnerhaltung,
Frankfurt, Deutschland
- 9 Klinikum rechts der Isar,
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
München, Deutschland
- 10 Technische Universität
München, TUM MeDiCAL,
München, Deutschland
- 11 Medizinische Hochschule
Brandenburg Theodor
Fontane, Bereich
Assessment und
Prüfungsorganisation,
Neuruppin, Deutschland

Einleitung

Die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium ist mittlerweile unbestritten [1]. In vielen Ländern werden bereits seit Jahren kommunikative Kompetenzen unterrichtet und in bestehensrelevante Prüfungen integriert [2], [3], [4], [5]. Im deutschsprachigen Raum wurde die Curriculumentwicklung durch die Definition von Lernzielkatalogen, wie das Baseler Consensus Statement [6], [7] oder die Entwicklung eines longitudinalen, bologna-kompatiblen Modell-Curriculums [8], in den vergangenen Jahren unterstützt und gefördert. In einer Umfrage von Roch et al. [9] zeigte sich, dass der Unterricht ärztlicher Gesprächsführung in vielen Fakultäten in unterschiedlichem Umfang umgesetzt wurde. Dabei blieb offen, inwieweit dieser Unterricht sich an einem Lernzielkatalog orientiert und welche Modelle und Theorien dem Unterricht zugrunde liegen. Das Thema Prüfungen wurde in der Umfrage von Roch nur knapp dargestellt, sodass keine differenzierten Aussagen zur Prüfungsmethodik getroffen werden können.

Im Kontext der Lehre wird es zunehmend wichtig, geeignete Prüfungsstrategien zu entwickeln, mit denen zum einen die Effektivität der Kommunikationstrainings, aber vor allem auch der Lernfortschritt der Studierenden überprüft werden kann [10]. Das Prüfen kommunikativer Kompetenzen wird zusätzlich als nachhaltige Strategie für die Implementierung von Kommunikationstrainings in den Regelunterricht angesehen [11]. Von Bachmann

und Kolleginnen wurde 2009 hervorgehoben, sowohl die Lehrveranstaltungen als auch die entsprechenden Prüfungen gemeinsam zu planen [8].

Die Aufforderung, kommunikative Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung zu lehren und zu prüfen, wurde in Deutschland durch die Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung 2012 für alle medizinischen Studiengänge durch die Verpflichtung zur Prüfung von Kommunikation im mündlich-praktischen Staatsexamen verstärkt [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf zitiert am 11.09.2014]. Seit Einführung der „Clinical Skills“-Prüfung als Teil der Eidgenössischen Prüfung, werden kommunikative Kompetenzen auch in der Schweiz bestehensrelevant im Staatsexamen geprüft [12]. In Österreich sind die kommunikativen Kompetenzen im „Österreichischen Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten“ integriert [<http://kpj.meduniwien.ac.at/fileadmin/kpj/oesterreichischer-kompetenzlevelkatalog-fuer-aerztliche-fertigkeiten.pdf> zitiert am 14.12.2014]. Bisher gibt es jedoch kaum Daten, wie kommunikative und soziale Kompetenzen im Laufe des Medizinstudiums an deutschsprachigen Fakultäten in diesen drei Ländern geprüft werden.

Kommunikative Kompetenzen können nach Weinert [13] als Fähigkeiten angesehen werden, bei denen Wissen, Fertigkeiten und Verhalten dazu beitragen, Probleme – in der Regel Patientenprobleme – zu lösen. Es bieten sich daher alle etablierten Prüfungsstrategien an, um kommunikative Kompetenzen oder Teilbereiche dieser Kompetenzen zu überprüfen: schriftliche und computerbasierte Tests, z.B. Multiple Choice Questions (MCQ) [14], prakti-

sche Prüfungen in simulierten Situationen, z.B. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) [15], [16] und Überprüfungen in realen Situationen, dem Workplace-based Assessment (WBA) [17]. Aber auch Hausarbeiten, Referate, Epikrisen oder Portfolios (online oder papierbasiert) [http://methodenpool.uni-koeln.de/portfolio/frameset_portfolio.html zitiert am 03.09.2014], [18], [19] sind als Prüfungsformate grundsätzlich denkbar. In einer aktuellen Umfrage aus Großbritannien zeigten Laidlaw et al. [20], dass die durchschnittliche Prüfungsfrequenz für klinische Kommunikation bei zehn Messzeitpunkten pro Studiengang lag. Pro Studienjahr wurden Studierende im Schnitt zu 2,4 Zeitpunkten geprüft. Der Hauptzeitpunkt lag im letzten Studienjahr. Im Durchschnitt wurde ein Kurs durch 3,1 verschiedene Methoden geprüft, wobei nur 26 % der Kurse durch nur eine Methode geprüft wurden. Am häufigsten kamen OSCEs als Prüfungsmethode zum Einsatz. Schriftliche Prüfungen (MCQ, Short Answer Questions, Portfolio) wurden besonders in den ersten Jahren der Ausbildung durchgeführt. OSCEs und WBA kamen vermehrt in den späteren Studienjahren zum Einsatz [20]. Für den deutschsprachigen Raum liegen derzeit keine Daten vor, aus denen geschlossen werden kann, ob sich die Entwicklung hier ähnlich vollzieht.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ (KusK) der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) die derzeitige Praxis des Lehrens und Prüfens von kommunikativen Kompetenzen im Medizinstudium zu erheben.

Folgende Fragen sollen dabei beantwortet werden:

1. Wie werden kommunikative Kompetenzen in medizinischen Studiengängen im deutschsprachigen Raum gelehrt?

- Wann wird gelehrt?
- Welche Lehrformate/ -methoden kommen zur Anwendung?
- Was wird gelehrt?
- Wie wird Feedback in der Lehre eingesetzt?

2. Wie werden kommunikative Kompetenzen in medizinischen Studiengängen im deutschsprachigen Raum geprüft?

- Wann wird geprüft?
- Welche Prüfungsformate/ -methoden kommen zur Anwendung?
- Wie wird die Qualität der Prüfungen gesichert?
- Wie wird Feedback bei Prüfungen eingesetzt?

Methoden

Es wurde an allen Medizinischen Fakultäten bzw. Medizinischen Hochschulen bzw. Medizinischen Universitäten (n=43) in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz, die zum Zeitpunkt der Erhebung ein

vollständiges Curriculum implementiert hatten, eine Online-Umfrage durchgeführt. Die Querschnittsstudie zielte auf eine Vollerhebung ab.

Die Entwicklung des Fragebogens (FB) für die Umfrage erfolgte in Absprache mit dem Ausschuss KusK in einem mehrstufigen Verfahren. Eine erste FB-Version wurde im Januar 2013 mit der open source-Software „Lime Survey“ (Version 1.92+) erstellt. Der FB wurde an die 41 Teilnehmer des Workshops des Ausschusses KusK, der im Februar 2013 in Wien stattfand, per E-Mail versandt. Von 22 Teilnehmerinnen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz gingen Rückmeldungen ein. Insgesamt lagen Antworten von 18 verschiedenen Fakultäten vor. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des Workshops vorgestellt, in der Arbeitsgruppe „Assessment“ diskutiert und Modifikationen erarbeitet.

Nach einer erneuten Überarbeitung enthielt der endgültige Fragebogen 70 Items (siehe Anhang 1). Von diesen Fragen bezogen sich 12 Fragen auf die Lehre und 43 auf das Prüfen von kommunikativen Kompetenzen (siehe Tabelle 1).

Es wurden für jeden Standort (Medizinische Fakultät, Medizinische Universität oder Medizinische Hochschule) jeweils zwei bis drei Ansprechpartnerinnen gesucht, die den Fragebogen für ihre Fakultät ausfüllen sollten. Wichtig war dabei, dass die Ansprechpartner möglichst umfassend mit den Veranstaltungen und Prüfungen, in denen kommunikative Kompetenzen eine Rolle spielen, vertraut waren. Viele Ansprechpartnerinnen konnten durch die im Ausschuss aktiven Mitglieder direkt kontaktiert werden. Im August 2013 wurden die Ansprechpartnerinnen von 43 deutschsprachigen Standorten per E-Mail kontaktiert und um die Bearbeitung der Umfrage gebeten. Alle Teilnehmer, die bereits an der Pilotierung der Umfrage teilgenommen hatten, konnten erneut ihre alten Antworten einsehen. Falls von einem Standort zwei getrennte Rückmeldungen erfolgten, wurden die Ansprechpartner erneut kontaktiert und gebeten, eine gemeinsame Endversion festzulegen. Nach Abschluss der Umfrage wurden die Ergebnisse in Microsoft Excel 2010 exportiert und deskriptiv ausgewertet. Alle Angaben wurden vertraulich behandelt und den Teilnehmerinnen zugesichert, dass Ergebnisse in anonymer Form berichtet werden.

Ethik-Votum

Für die Erhebung wurde eine Anfrage an die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München gestellt. Die Ethikkommission stellte eine Unbedenklichkeitserklärung (UE Nr 140-13) aus.

Ergebnisse

Rücklauf und Kenndaten zu Standort und Studiengang

An der Umfrage beteiligten sich 39 der 43 angeschriebenen Standorte (Medizinische Fakultät/Universität/Hoch-

Tabelle 1: Aufteilung der 70 Fragen aus der Umfrage auf die Fragestellungen der Studie

Aufbau des Fragebogens	Anzahl der Fragen
1. Kenndaten zum Standort und Studiengang	5
2. Selbsteinschätzung des Informationsstands der Ansprechpartner Lehre und Prüfung von kommunikativen Kompetenzen im eigenen Studiengang	2
3. Vermittlung kommunikativer Kompetenzen	1
3.1 Wann wird gelehrt?	2
3.2 Welche Lehrformate/ -methoden kommen zur Anwendung?	2
3.3. Was wird gelehrt?	2
3.4. Wie wird Feedback in der Lehre eingesetzt?	5
4. Prüfung kommunikativer Kompetenzen	3
4.1. Wann wird geprüft?	6
4.2. Welche Prüfungsformate kommen zur Anwendung?	1
4.2.1 Computer- und papierbasiertes Prüfen	6
4.2.2 OSCE	9
4.2.3 WBA	4
4.2.4 Portfolio	4
4.3. Wie wird die Qualität der Prüfungen gesichert?	8
4.4. Wie wird Feedback bei Prüfungen eingesetzt?	2
5. Anmerkungen und allgemeine und ergänzende Kommentare zur Umfrage	8

Tabelle 2: Beteiligung der Standorte (Medizinische Fakultät/Universität/Hochschule) im deutschsprachigen Raum an der online-Umfrage

	Angeschriebene Standorte	Beteiligte Standorte	Fehlende Standorte	Rücklaufquote in Prozent
Deutschland	36	34*	2	94
Österreich	4	2	2	50
Schweiz	3	3	0	100
Insgesamt	43	39	4	91

*an einem Standort wurde die Umfrage für zwei verschiedene Studiengänge Humanmedizin (ein Regelstudiengang und ein Modellstudiengang) bearbeitet, so dass von 39 Standorten Informationen zu 40 Studiengängen vorliegen.

schule). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 91% (siehe Tabelle 2). Für einen Standort wurde die Umfrage für zwei verschiedene Studiengänge Humanmedizin (ein Regelstudiengang und ein Modellstudiengang) ausgefüllt, weswegen Informationen zu 40 Studiengängen vorliegen.

Einen Überblick der Städte, die sich an der Umfrage beteiligt haben, bietet Abbildung 1. In München beteiligten sich beide Standorte, Ludwig-Maximilians-Universität München und Technische Universität München, an der Befragung.

In den 40 Studiengängen, zu denen die Informationen vorliegen, werden zwischen 42 und 900 Studierende pro Studienjahr unterrichtet. Im Mittel (Median) sind dies 265 Studierende pro Studienjahr.

Selbsteinschätzung des Informationsstands der Ansprechpartner Lehre und Prüfung von kommunikativen Kompetenzen im eigenen Studiengang

Von den 40 Ansprechpartnerinnen schätzten mehr als die Hälfte (55%) ihren Überblick über das gesamte Curriculum in Bezug auf kommunikative Kompetenzen als gut ein, 30% gaben an, einen guten Überblick über einen großen Teil der entsprechenden Veranstaltungen zu haben, und 15%, einen Teil der Veranstaltungen zu überblicken.

Von den 32 Ansprechpartnern, in deren Curricula kommunikative Kompetenzen bestehensrelevant geprüft werden, schätzten 47% ihren Informationsstand zu den Prüfungen im Bereich kommunikative Kompetenzen als gut ein. 28% gaben an, immerhin einen guten Überblick über die Prüfungen und 25%, einen Überblick über einen Teil der Prüfungen in diesem Bereich zu haben.

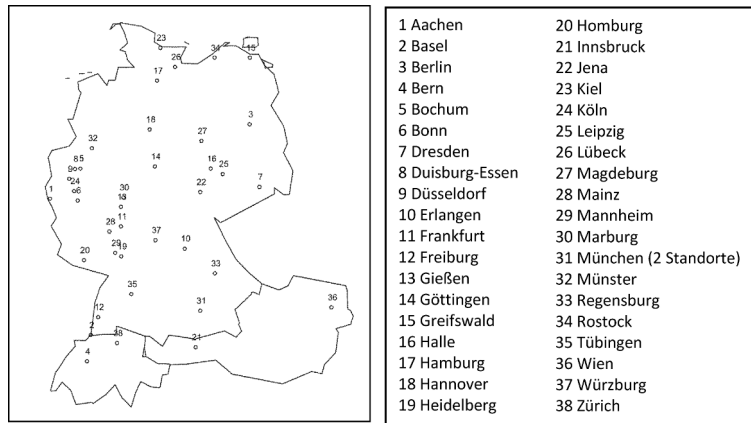


Abbildung 1: Übersicht der Städte, die sich an der Umfrage beteiligt haben.

Vermittlung kommunikativer Kompetenzen

Wann wird gelehrt?

Zum Zeitpunkt der Befragung wurden in allen teilnehmenden Studiengängen kommunikative Kompetenzen unterrichtet. Für zehn von 40 Studiengängen wurde angegeben, dass alle Veranstaltungen für kommunikative Kompetenzen im Sinne eines longitudinalen Curriculums aufeinander abgestimmt sind. In 25 Studiengängen existierte ein longitudinales Curriculum teilweise bzw. wurde gerade implementiert und in fünf Studiengängen existierte kein longitudinales Curriculum (siehe Tabelle 3).

Der Schwerpunkt des Unterrichts lag in über 80% der Studiengänge im zweiten und dritten Studienjahr. Im sechsten Studienjahr wurden kommunikative Kompetenzen in 38% der Studiengänge unterrichtet. Für die Studiengänge mit voll und teilweise implementierten longitudinalen Curricula war die Verteilung des Unterrichts über die Studienjahre vergleichbar. Bei den Studiengängen ohne longitudinales Curriculum wurde vergleichsweise seltener Unterricht im ersten, zweiten und sechsten Studienjahr angeboten (siehe Tabelle 3). Eine detaillierte Aufstellung der Verteilung des Unterrichts über die Studienjahre ist in Anlage 2 dargestellt.

Welche Lehrformate/ -methoden kommen zur Anwendung?

Lehrformate

In 18 Studiengängen fand der Unterricht zu kommunikativen Kompetenzen in drei verschiedenen Unterrichtsformaten statt (Vorlesungsformat und Seminarformat (max. 20 Teilnehmerinnen), Kleingruppenformat (max. 6 Teilnehmer)). In 12 Studiengängen wurden zwei verschiedene Formate für den Unterricht verwendet (Seminarformat n=12; Kleingruppenformat n=10; Vorlesungsformat n=2). In zehn Studiengängen wurde nur ein Lehrformat verwendet (meist Seminarformat (n=8)).

Insgesamt am häufigsten (38 von 40 Studiengänge) fand der Unterricht für kommunikative Kompetenzen im Seminarformat statt (zwischen sechs und 20 Teilnehmenden).

Für 30 Studiengänge wurde angegeben, dass der Unterricht in Gruppen stattfand, die kleiner als sechs Studierenden waren (z.B. praktische Übungen). In 20 Studiengängen wurden kommunikative Kompetenzen in Gruppen mit mehr als 20 Teilnehmenden unterrichtet (z.B. Vorlesungen). Mehrfachantworten waren möglich.

Lehrmethoden

Am häufigsten wurden im Unterricht Rollenspiele mit Simulationspatienten (SP) (n=38) und Feedback (n=37) eingesetzt. Die genaue Auflistung der eingesetzten Unterrichtsmethoden ist in Tabelle 4 dargestellt. In den offenen Kommentaren wurden außerdem Gespräche mit Vertretern von Selbsthilfegruppen und Videofeedback angegeben.

Was wird gelehrt?

In 28 von 40 Studiengängen (70%) orientierten sich die Lehrenden bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Unterrichts an einem übergeordneten Modell, einem Lernzielkatalog oder anderen Instrumenten für die Curriculumsplanung. Der mit Abstand am häufigsten genannte Lernzielkatalog war mit 16 Nennungen das Baseler Consensus Statement [7]. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) [21], [http://www.nklm.de zitiert am 15.09.2014] wurde fünfmal genannt. Weitere Lernzielkataloge oder Modelle waren: Selbst entwickelte Lernzielkataloge, Gegenstandskatalog (GK) des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) [https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html zitiert am 14.11.2014] und das CanMEDS Physician Competency Framework des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [22].

Im Rahmen des Unterrichts wurden verschiedene Techniken bzw. Schemata verwendet (siehe Tabelle 5). Am häufigsten genannt wurden das SPIKES Modell [23] für das Überbringen schlechter Nachrichten und das NURSE Modell [23], [24] für den Umgang mit Emotionen.

Tabelle 3: Angaben, in welchen Studienjahren kommunikative Kompetenzen in den Curricula unterrichtet wurden und ob ein longitudinales Kommunikationscurriculum ganz, teilweise oder nicht implementiert war. (Studienjahr (SJ); Studiengang (SG))

Longitudinales Kommunikationscurriculum implementiert	Anzahl Studiengänge (SG)		Lehre im 1. SJ Anzahl SG	Lehre im 2. SJ Anzahl SG	Lehre im 3. SJ Anzahl SG	Lehre im 4. SJ Anzahl SG	Lehre im 5. SJ Anzahl SG	Lehre im 6. SJ Anzahl SG
	N	%	N	N	N	N	N	N
vollständig	10	25	8	8	8	8	7	4
teilweise	25	62,5	19	22	22	19	16	10
gar nicht	5	12,5	2	3	4	4	3	1
Summe	40	100	29	33	34	31	26	15

Tabelle 4: Anzahl der Antworten auf die Frage (Mehrfachauswahl, Teilnehmerzahl 40): „Welche didaktischen Elemente kommen zum Einsatz?“

Antwort	Anzahl Nennungen
Rollenspiel mit Simulationspatienten	38
Feedback	37
Rollenspiel mit Studierenden	36
Referate / Vorträge und Diskussion	32
Gespräche mit realen Patientinnen	32
Gruppenarbeit bzw. Gruppenarbeitsphasen	23
Komplexe Situationen (z.B. Simulator)	16
E-Learning (z.B. interaktive Videos)	14

Tabelle 5: Antworten auf die Frage: „Werden spezifische Techniken, Schemata o.ä. vermittelt?“ (Mehrfachnennungen möglich)

Technik/Schema	SPIKES	NURSE	WWSZ	CCG	PEF	Sonstige*
	[23]	[23, 24]	[24]	[25, 26]	[27]	
Anzahl der Nennungen (N=39)	29	20	14	13	12	11

*Folgende Antworten wurden ein- oder zweimal angegeben: Vier-Ohren-Modell, Aktives Zuhören, Schulz von Thun [30], CALM [41], Buchmetapher [24], Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick [42], FrOCK – Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation [32] und allgemeine Kommunikationsmodelle, die nicht näher benannt wurden.

Wie wird Feedback in der Lehre eingesetzt?

Für 37 von 40 Studiengängen wurde angegeben, dass Feedback für Lehren und Prüfen von kommunikativen Kompetenzen genutzt wurde. Alle dieser 37 Studiengänge nutzten Feedback im Unterricht (Präsenzlehre). Bei 18 Studiengängen kam es zudem bei Prüfungen und bei fünf der 37 Studiengänge im Rahmen von E-Learning zur Anwendung.

Feedbackgebende waren in allen 37 Studiengängen, in denen Feedback eingesetzt wurde, Dozierende. In 35 Studiengängen gaben zusätzlich die Mitstudierenden Feedback und in 31 Studiengängen SP. Reale Patientinnen wurden selten (n=4) als Feedbackgebende genannt. In keinem Studiengang erhielten die Studierenden Feedback vom Pflegepersonal. Die Situationen, auf die Feedback gegeben wurde, sind in Tabelle 6 dargestellt. In 26 von 37 Studiengängen (70%) in denen Feedback eingesetzt wurde, wurden Beobachtungsbögen zur Strukturierung von Feedback eingesetzt. In erster Linie wurden selbstentwickelte Bögen verwendet (n=25). In sechs Studiengängen wurde der Calgary-Cambridge-Guide [25], [26] genutzt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Es wurde auch erhoben, auf welchen theoretischen Modellen das Geben von Feedback in den 37 Studiengängen, in denen Feedback zur Anwendung kam, beruht. Dies wurde für 19 Studiengänge beantwortet. Mehrfachnennungen waren möglich. Für 13 Studiengänge wurde keine Antwort angegeben. Für vier Studiengänge wurde angegeben, es nicht zu wissen und für einen Studiengang wurde angegeben, es gäbe kein/-e Modell/Theorie.

Am häufigste genannt wurden als Modelle bzw. Theorien die themenzentrierte Interaktion [27] (n=9), das Sandwich-Modell [28], [29] (n=4) und Schulz von Thun [30] (n=3). Alle anderen Theorien bzw. Modelle wurden ein- oder zweimal genannt. Zudem wurde für fünf Studiengänge angegeben, es gäbe eine „Mischung“ bzw. „einen gesunden Mix“ aus verschiedenen Modellen und Theorien.

Prüfen kommunikativer Kompetenzen

In 88% (n=35) der 40 Studiengänge wurden kommunikative Kompetenzen geprüft. In 32 dieser Studiengänge wurden kommunikative Kompetenzen summativ (bestehensrelevant) geprüft und in 14 Studiengängen formativ (Mehrfachantworten waren möglich). Dabei wurden in 16 Studiengängen beide Prüfungsmodalitäten angewendet

Tabelle 6: Anzahl der Antworten auf die Frage: „Worauf erhalten die Studierenden Feedback?“ (Mehrfachnennungen möglich)

Situation	Anzahl der Nennungen (n=37)
auf Gespräche mit Simulationspatienten, direkt im Anschluss an das Gespräch	37
auf Gespräche, die auf Video aufgezeichnet wurden	21
auf Prüfungsleistungen	20
auf Patientenvorstellungen	16
auf Referate	10
auf Teamarbeit	5
auf Hausarbeiten	4

und in 14 Studiengänge nur eine (nur summativ: n=11; nur formativ: n=3). In fünf Studiengängen wurde summativ geprüft, wobei die Frage nach formativen Prüfungen nicht beantwortet werden konnte (formativ: „ich weiß nicht“ n=5).

Wann wird geprüft?

Am häufigsten fanden summative und formative Prüfungen im vierten bzw. fünften Studienjahr statt. Die Verteilung der Prüfungen über die Studienjahre ist in Anhang 3 dargestellt. In 21 Studiengängen wurden bei Prüfungen Noten vergeben, bei denen kommunikative Kompetenzen zusammen mit anderen Kompetenzen erfasst wurden. Für sechs Studiengänge wurde angegeben, keine Noten zu vergeben. In vier Studiengängen wurde eine Einzelnote nur für kommunikative Kompetenzen vergeben. In 29 von 40 Studiengängen gab es eine zentrale Prüfungsabteilung oder das (Studien-)Dekanat, die bei der Erstellung, Durchführung und/oder Auswertung von Prüfungen die Lehrenden unterstützte. Für neun Studiengänge wurde diese Frage verneint. Für zwei Studiengänge konnte diese Frage nicht beantwortet werden.

Welche Prüfungsformate kommen zur Anwendung?

Von den verschiedenen Prüfungsformaten wurde OSCEs am häufigsten genannt (31 Nennungen). Portfolios kommen kaum zur Anwendung (siehe Tabelle 7).

Papier- und computerbasiertes Prüfen

Für zehn der zwölf Studiengänge, die summativ prüften, wurde angegeben, dass die bestehensrelevanten papier- und computerbasierten Prüfungen für kommunikative Kompetenzen in kombinierten Prüfungen durchgeführt wurden, das heißt zusammen mit anderen Formaten oder Kompetenzen. Eine reine Kommunikationsprüfung wurde für sechs Studiengänge angegeben. Überwiegend kamen Multiple Choice Fragen zum Einsatz, die reines Faktenwissen abprüfen. In Tabelle 8 sind Fragentypen/ -stimuli und Antwortformate mit der Anzahl der Nennungen aufgeführt.

Die Prüfenden, die für die Erstellung und Durchführung der Prüfungen zuständig waren, kamen in neun Studien-

gängen aus dem Fachgebiet Medizinischen Psychologie und Soziologie (n=9), gefolgt von der Psychosomatik (n=6), der Allgemeinmedizin (n=4), Innere Medizin sowie Chirurgie und Psychiatrie (jeweils n=3), der Pädiatrie (n=2), Orthopädie, HNO, Augenheilkunde, Neurologie, Medizinische Ethik, Palliativmedizin, Medizinstudierende und didaktisch geschulte Mitarbeiter aus anderen Professionen (jeweils n=1). In sechs Studiengängen führten die Prüfer auch den Unterricht durch; in neun Studiengängen führten sie diesen teilweise durch. Für einen Studiengang wurde angegeben, dass die Prüfenden den Unterricht nicht durchführten. „Sehr unterschiedlich“ bzw. „das weiß ich nicht“ wurde zweimal angegeben.

Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Bei den 31 Studiengängen, in denen OSCEs [15], [16] durchgeführt wurden, variierte die Anzahl der OSCEs zwischen eins und 12 OSCEs. Dabei wurden in 68% der Studiengänge kommunikative Kompetenzen in ein oder zwei OSCEs geprüft (siehe Tabelle 9).

Überwiegend wurden die OSCEs, in denen kommunikative Kompetenzen geprüft wurden, in ein oder zwei verschiedenen Studienjahren durchgeführt (n=22). In einem Studiengang wurden OSCEs in fünf verschiedenen Studienjahren abgehalten.

Die einzelnen OSCE-Stationen bestanden dabei in der Mehrzahl (n=26) aus integrierten Stationen (an einer Station werden gleichzeitig verschiedene Kompetenzen geprüft, z.B. Anamnese, Untersuchung, und Kommunikation). Außerdem wurden kommunikative Kompetenzen in Stationen geprüft, bei denen parallel verschiedene Kompetenzen geprüft wurden (z.B. körperliche Untersuchung, Anamnese, Reanimation) (n=20). Seltener waren OSCE-Stationen, an denen ausschließlich kommunikative Kompetenzen geprüft wurden (n=7).

Zur Beurteilung der studentischen Leistungen kamen am häufigsten nicht validierte Instrumente zum Einsatz (n=19). In 18 Studiengängen wurden Instrumente eingesetzt, die im Vorfeld testtheoretisch geprüft wurden. Dies waren entweder selbstentwickelte Instrumente (n=10) oder publizierte Instrumente (n=8). Für fünf Studiengänge konnte die Frage nach den Instrumenten nicht beantwortet werden. Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 7: Verteilung der einzelnen Prüfungsformate über die Studienjahre (n=35). Mehrfachnennungen waren möglich. Es ist die Anzahl der Nennungen je Studienjahr dargestellt.

Studienjahre:	1-6**	davon summativ (Anzahl Nennungen)	Verteilung der Prüfungsformate über die Studienjahre	1	2	3	4	5	6
Summative Prüfungen*	32				4	12	12	14	13
Formative Prüfungen*	19		3	7	6	8	7	6	
OSCE	31	31	3	11	18	15	13	4	
Papier- oder computerbasiert	21	12	7	10	3	5	4	0	
WBA	8	3	0	0	0	2	6	4	
Portfolios	2	0	1	1	1	1	1	0	

*Außerdem wurden genannt: Referate/Vorträge (n=9); Hausarbeiten (n=5) und Mündliche Prüfungen (n=2)

**Die gesamte Anzahl der Nennungen gibt an, wie viele Standorte insgesamt in den 6 Studienjahren summative oder formative Prüfungen durchführten. Die Verteilung der Prüfungsformate über die Studienjahre gibt an, wie viele Standorte jeweils pro Studienjahr ein bestimmtes Prüfungsformat einsetzen.

Tabelle 8: Verwendete Fragentypen/-stimuli und Antwortformate bei den papier- und computerbasierten schriftlichen Prüfungen. (Mehrfachnennungen waren möglich)

Fragenformate	Anzahl (n=21)
ohne Szenarien für Faktenwissen	12
ohne Szenarien für Begründungs-/ Handlungswissen	6
mit papierbasierten Fallszenarien	9
mit videobasierten Fallszenarien	2
zur Anregung der Reflexion über eigenes Handeln und Einstellungen	3
Antwortformate	
Multiple Choice (Einfach- und Mehrfachauswahl)	12
Kurzantwortformate	6
Essays	3

Tabelle 9: Anzahl der OSCEs insgesamt und Anzahl der OSCEs, in denen kommunikative Kompetenzen geprüft wurden je Studiengang.

Anzahl OSCEs gesamt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Keine Angabe
Anzahl Studiengänge (n=31)	7	10	4	4	2	1	1	-	-	-	-	1	1
Anzahl OSCEs mit Kommunikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Keine Angabe
Anzahl Studiengänge (n=31)	9	12	3	1	1	1	-	1	-	-	-	-	3

Sechs der genannten Instrumente waren validierte Testinstrumente: das Berliner Global Rating (n=4) [31], der Calgary-Cambridge-Guide (n=2) [25], [26] wurden dabei am häufigsten genannt. Jeweils einmal genannt wurden: Frankfurter Observer Checkliste Kommunikation (FROCK) [32], Kölner Evaluationsbogen Kommunikation (KEK) [33], Eidgenössisches Verhaltensbasiertes Rating [34], Wiener Verhaltensbasiertes Rating (Globalskalen ÄGF-A) [35].

Unabhängig vom Instrument wurden in den meisten Studiengängen detaillierte Checklisten eingesetzt (n=17). Globalbeurteilungen (n=10) und eine Kombination aus beidem (n=13) wurden seltener angewandt. Zudem kam in einem Studiengang eine 1-Punkt-Checkliste zum Einsatz; in einem anderen Studiengang eine persönliche Progress-Reflexion.

Die Prüfenden waren überwiegend Ärztinnen (n=29), gefolgt von der Berufsgruppe Sozialwissenschaften, wie z.B. der Psychologie, Pädagogik, Soziologie (n=15). In fünf Studiengängen wurden SP als Prüfer eingesetzt und in vier Studiengängen Studierende.

Die Zusammensetzung der Ärzte war meist gemischt aus verschiedenen Fachbereichen (n=15). Die Allgemeinmedizin (n=10) und die Innere Medizin (n=7) waren die am häufigsten genannten Fächergruppen. Alle anderen Fächer wurden fünfmal oder weniger häufig genannt: Chirurgie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (in Deutschland), Pädiatrie, Gynäkologie, Psychiatrie, Anästhesie, Palliativmedizin, Hygiene, HNO, Neurologie, Augenheilkunde.

In acht Studiengängen erfolgte Unterricht und Prüfungen in Personalunion und in 20 Studiengängen war dies teilweise der Fall. Für einen Studiengang wurde angegeben, dass Prüfende und Dozierende nicht übereinstimmen und für zwei Studiengänge konnte die Frage nicht beantwortet werden.

Workplace-Based Assessment (WBA)

In acht Studiengängen wurde WBA [17] eingesetzt. Dabei wurden sowohl nicht validierte (n=4) als auch testtheoretisch überprüfte Instrumente (selbstentwickelt und nicht

selbstentwickelt) verwendet (jeweils $n=2$). An nicht selbstentwickelten Instrumente kamen das Mini-CEX (Mini-Clinical Examination) ($n=3$), das DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) ($n=1$) und eine abgewandelte Encounter Card ($n=1$) zur Anwendung [17]. WBA war in keinem Studiengang eine bestehensrelevante Einzelprüfung. In drei Studiengänge war das WBA zusammen mit anderen Prüfungen bestehensrelevant.

Portfolio

Portfolio [http://methodenpool.uni-koeln.de/portfolio/frameset_portfolio.html zitiert am 03.09.2014], [18], [19] als Prüfungsformat für kommunikative Kompetenzen wurde in zwei Studiengängen eingesetzt. Es wurden sowohl klinische Kompetenzen inklusive kommunikative Kompetenzen als auch ausschließlich kommunikative Kompetenzen mittels Portfolio geprüft. Das Portfolio bestand dabei in einem Studiengang aus sechs bis zehn einzelnen Nachweisen, die je nach Praktikumsstation vereinbart wurden. Für den anderen Studiengang konnte diese Frage nicht beantwortet werden. Als Prüfende kamen in einem Studiengang Ärztinnen zum Einsatz. Für den anderen Studiengang konnte die Frage nicht beantwortet werden. In keinem der beiden Studiengänge war das Portfolio bestehensrelevant oder Teil einer bestehensrelevanten Prüfung.

Wie wird die Qualität von Prüfungen gesichert?

In den 32 Studiengängen, in denen bestehensrelevante Prüfungen für kommunikative Kompetenzen durchgeführt wurden, wurden für die Festlegung der Bestehensgrenze überwiegend normorientierte Verfahren [36] angewendet (z.B. eine festgelegte Prozentzahl von 60%). Kriteriumsorientierte Verfahren [36] kamen nur bei OSCEs zur Anwendung. Die angewandten Verfahren für die papier- und computerbasierten Prüfungen und die OSCEs sind in Tabelle 10 dargestellt. Für WBA wurden keine Verfahren angegeben.

Für die Qualitätssicherung der am häufigsten eingesetzten Prüfungsformate (papier- und computerbasierte Prüfungen und OSCEs) kamen verschiedene Maßnahmen zur Anwendung (siehe Tabelle 11).

Die Prüferschulungen waren die am häufigsten eingesetzte Maßnahme für die Qualitätssicherung, insbesondere beim OSCE. Die Bedingungen zur Teilnahme für Prüfende variierten dabei zwischen absoluter Freiwilligkeit bis hin zur Verpflichtung mit entsprechender Zertifizierung. Der zeitliche Umfang lag zwischen 30 Minuten bis zwei Tagen. Mehrheitlich wurden Schulungen im Umfang von ein bis vier Stunden angeboten ($n=11$).

Folgende Veranstaltungsformen für Prüferschulungen wurden angegeben: Frontalvorträge, Kleingruppenarbeiten, Schulungen mit Simulationspatienten, Videoschulungen, Hospitationen und Einzelcoachings. Während der Schulungen fanden technische Schulungen, Testen des Instruments, Hospitationen mit Feedback und stationsspezifische Einweisungen statt. Für zwei Studiengänge

wurden zudem „Refresher-Kurse“ für erfahrene Prüfer durchgeführt. Die zeitliche Nähe zur Durchführung zur Prüfung wurde mehrheitlich auf einen Zeitraum von einer Woche bis direkt vor der Prüfung beschrieben. Es wurde auch angegeben, dass Prüferinnen aufgrund der mehrjährigen Erfahrung keine Schulungen mehr benötigen ($n=2$).

Wie wird Feedback bei Prüfungen eingesetzt?

Feedback im Rahmen der papier- und computerbasierte Prüfungen

In zwei Studiengängen erhielten alle Studierenden nach der Prüfung ein detailliertes Feedback. Detailliertes Feedback für Teilgruppen (z.B. für Studierende, die die Prüfung nicht bestanden haben) wurde in vier Studiengängen bereitgestellt. Die Studierenden erhielten in allen Studiengängen, in denen papier- und computerbasierte Prüfungen eingesetzt wurden, die Rückmeldung in Form des Gesamtergebnisses. In vier Studiengängen erfolgte die Rückmeldung auch in Form der Ergebnisse zu den einzelnen Fragen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Feedback im Rahmen der OSCEs

Rückmeldungen zum OSCE-Ergebnis erhielten die Studierenden in 24 von 31 Studiengängen, in denen dieses Prüfungsformat eingesetzt wurde, in Form des Gesamtergebnisses. In 17 Studiengängen wurden auch die Ergebnisse der einzelnen Stationen rückgemeldet. Ein detailliertes Feedback für alle Studierenden erfolgte in acht Studiengängen und in zwölf Studiengängen wurde detailliertes Feedback an bestimmte Teilgruppen (z.B. Studierende, die die Prüfung nicht bestanden haben) gegeben. Zusätzlich gab es mündliches Feedback direkt am Anschluss an die Station, Feedback in elektronischer Form und Feedback im Sinne eines Einzelcoachings. Mehrfachnennungen waren möglich.

Diskussion

Ziel der Umfrage war es, eine Vollerhebung der Vermittlung und Prüfung kommunikativer Kompetenzen im deutschsprachigen Raum durchzuführen. Dies ist die erste Umfrage, die diese beiden Teilbereiche in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz systematisch erfasst. Mit einem Rücklauf von über 90% kann von einer guten Aussagekraft der Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum ausgegangen werden, wobei die hohe Beteiligung an der Umfrage der mittlerweile breiten Akzeptanz des Themas und der guten Vernetzung der Lehrenden über den Ausschuss KusK der GMA zu verdanken ist.

Das wichtigste Ergebnis dieser Umfrage ist, dass im Jahr 2013 an allen Standorten, die sich an der Umfrage beteiligt haben, unabhängig von der Größe des Studiengangs kommunikative Kompetenzen im Medizinstudium unter-

Tabelle 10: Angewandte Verfahren für die Festlegung der Bestehensgrenze [39] für die summativen Prüfungen. (Mehrfachnennungen möglich)

Prüfungsformat	Festgesetzte Punkt- oder Prozentzahl (z.B. 60 %)	Nach Ebel	Borderline Methode / Borderline Regression Methode	Angoff Methode (auch modifiziert)	unbekannt
Papier- / computerbasiert (n=17)	15	0	0	0	2
OSCE (n=31)	21	0	5	2	6

Tabelle 11: Angewandte Maßnahmen für die Qualitätssicherung der Prüfungen und Anzahl der Maßnahmen je Studiengang. (Mehrfachnennungen waren möglich)

Maßnahme	Papier- / computerbasiert (n=21)	OSCE (n=31)
Autorenworkshops	2	13
Review-Verfahren zur Validierung	7	16
Statistische Analysen	9	19
Prüferschulungen	7	22
Nicht einheitlich	2	-
Nicht notwendig	1	-
Keine Angabe	2	4
Anzahl der eingesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung	Anzahl Studiengänge	Anzahl Studiengänge
1 Maßnahme	3	4
2 Maßnahmen	7	7
3 Maßnahmen	3	8
4 Maßnahmen	-	7
Anzahl der Studiengänge die Maßnahmen durchführen	13	26

richtet wurden. Dies war 2010 [9] noch nicht überall gegeben. Zudem werden kommunikative Kompetenzen bereits in fast 90 % der Studiengänge geprüft. Im Vergleich zu der Studie von Laidlaw [20] fällt jedoch auf, dass im deutschsprachigen Raum, im Gegensatz zu Großbritannien, weniger unterrichtet und seltener geprüft wird. So wurden laut Laidlaw et al. [20] in Großbritannien Studierende pro Studienjahr im Schnitt 2,4 Mal geprüft. Im deutschsprachigen Raum gab es zum Zeitpunkt der Erhebung nur drei Studiengänge, in denen kommunikative Kompetenzen in vier oder fünf Studienjahren geprüft wurde. In 22 Studiengängen wurde in ein oder zwei Studienjahren geprüft. Zudem lag der Hauptzeitpunkt des Assessments von kommunikativen Kompetenzen in Großbritannien im letzten Studienjahr. Im deutschsprachigen Raum lag dieser im vierten und fünften Studienjahr.

An vielen Standorten gab es bereits longitudinale semesterübergreifende Curricula. Wo es diese noch nicht gab, waren sie zum überwiegenden Teil in Planung oder Umsetzung. Der am häufigsten verwendete Lernzielkatalog war das Baseler Consensus Statement, ein Positionspapier der GMA aus dem Jahr 2008 [6]. Auch dies spricht

für den Erfolg der mittlerweile langjährigen Ausschuss-Arbeit der GMA.

Der Einsatz von SP im Kommunikationsunterricht hat sich im deutschsprachigen Raum weitgehend durchgesetzt, ebenso wie die Verwendung von Feedback. Die häufigste Unterrichtsform war der Unterricht in Gruppen bis maximal 20 Studierende, dicht gefolgt von dem Kleingruppenunterricht mit maximal sechs Studierenden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Aufwands hinsichtlich Personal und Ressourcen dieser Formate eine Entwicklung, die so vor einigen Jahren noch nicht absehbar war.

Das Kommunikationsmodell bzw. Ablaufschema, das am häufigsten eingesetzt wurde, war das SPIKES Modell [23]. Für andere Konsultationsanlässe, wie zum Beispiel das Erheben von Informationen (Anamnese), Aufklärungsgespräche oder Beratungsgespräche scheint sich noch kein Modell in gleicher Weise durchgesetzt zu haben. Weniger situationsspezifische Kommunikationsmodelle wie das WWSZ Modell oder das NURSE Modell [24] kamen zwar zur Anwendung, allerdings seltener als das oben genannte SPIKES Modell. Dies könnte darin begründet sein, dass das Überbringen schlechter Nachrichten für die ärztliche Tätigkeit von Lehrenden und Studierenden eine offen-

sichtliche Problematik darstellt, die leicht nachvollziehbar und „fassbar“ ist – im Gegensatz zu der generellen Gesprächsführung oder dem Umgang mit Emotionen, welche eher unspezifisch und daher als weniger dringlich empfunden werden könnten.

Das Vorurteil, dass Kommunikation ausschließlich durch kleine Fächer oder sogenannte „P-Fächer“ (Psychologie, Psychiatrie, Psychosomatik) vermittelt wird, lässt sich durch das breite Fächerspektrum der Lehrenden entkräften. So wird die Empfehlung, eine Vermittlung durch möglichst viele und unterschiedliche Fächergruppen durchzuführen, im deutschsprachigen Raum mittlerweile an vielen Standorten umgesetzt [11].

Im Jahr 2013 prüften 80 % der Standorte kommunikative Kompetenzen vorwiegend bestehensrelevant und vor allem mittels OSCEs. Papier- und computerbasierte Prüfungen wurden eher in den ersten beiden Studienjahren eingesetzt, OSCEs hingegen kamen vor allem im vierten und fünften Studienjahr zur Anwendung.

Kommunikative und soziale Kompetenzen wurden in den OSCEs vor allem mit anderen klinischen Kompetenzen zusammen geprüft, reine Kommunikations-OSCEs stellten eher eine Ausnahme dar. Dies entspricht den gängigen Empfehlungen, laut derer kommunikative Kompetenzen integriert und nicht separiert unterrichtet und geprüft werden sollten [11], [<http://www.each.eu/teaching/can-teach-offer/assess/assess-general-principles-assessment/> zitiert am 04.05.2015]. Zur Bewertung der studentischen Leistungen kamen sowohl Checklisten als auch Globalbeurteilungen und Mischformen zum Einsatz. Hier hat sich noch kein eindeutiger Trend herausgebildet. Bei den schriftlichen Prüfungen (papier- oder computerbasiert) wurden vor allem Multiple Choice Fragen verwendet, die sich überwiegend auf Faktenwissen bezogen. Dies kann einerseits als Erfolg betrachtet werden, da das Thema kommunikative Kompetenzen den Einzug in die fakultär sicherlich sehr verbreiteten und etablierten Prüfungsformate geschafft hat. Andererseits muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob der Fokus auf Faktenwissen den Aufbau von klinischen Wissen und der Transfer von kommunikativen Kompetenzen in den klinischen Alltag ausreichend vorbereitet. Eine Erweiterung mit kontextreichen Fragentypen bereits in den frühen Studienjahren wäre hier wünschenswert.

Nur an wenigen Standorten wurde die Bestimmung der Bestehensgrenze mittels kriteriumsorientierter Verfahren vorgenommen. Hier haben internationale Empfehlungen den deutschsprachigen Raum scheinbar noch nicht im ausreichenden Maße erreicht [36], [37]. Dies könnte z.T. an den jeweiligen Prüfungsordnungen der Medizinischen Fakultäten liegen, in denen die Bestimmung der Bestehensgrenze auf normorientierte Verfahren (z.B. festgelegte Punkt- oder Prozentzahl unabhängig von der Prüfung, wie z.B. 60%) beschränkt sein kann. Ein weiterer Aspekt der Qualitätssicherung der Prüfungen stellt die Einführung von Review-Verfahren, Autorenworkshops, statistischen Analysen oder Prüferschulungen dar. Diese wurden sehr unterschiedlich umgesetzt, gerade im Hinblick auf die Prüferschulungen – anders ist die Vielfalt kaum zu erklä-

ren. Insbesondere im Zusammenhang mit OSCEs zeigte sich, dass hier weiterer Forschungsbedarf besteht.

Neuere Prüfungsformate, die primär für formative Prüfungen geeignet scheinen, wie das WBA oder das Portfolio, wurden nur vereinzelt umgesetzt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass im deutschsprachigen Raum formative Prüfungen generell hinter den summativen Prüfungen zurückstehen. Beachtet man aber den gerade in der Lehre schon vielerorts umgesetzten Ansatz, Feedback als wirksames Lehr- und Lernformat einzusetzen, sollten gerade diese Prüfungsformate mehr Verbreitung finden. Auch in Bezug zum derzeitigen Wandel des „Assessment of learning“ hin zum „Assessment for learning“ [38] wäre eine Entwicklung, gerade für diese formativen Formate als begleitende Instrumente, zur Förderung des lebenslangen und reflektierten Lernens sehr wünschenswert.

Limitationen

Obwohl der Fragebogen mit 70 Items bereits relativ lang war, konnten nicht alle Fragen gestellt werden, die für ein vollständiges Bild notwendig gewesen wären (siehe Attachment 3). Bei der Entwicklung des Fragebogens stand der Informationsbedarf, aber auch die praktische Handhabbarkeit des Instruments im Vordergrund. Dass für den Bereich Prüfungen wesentlich mehr Items verwendet wurden als für die Erfassung der Lehre, ist der Tatsache geschuldet, dass für Prüfungen von kommunikativen Kompetenzen im deutschsprachigen Raum kaum systematische Informationen vorlagen. Der Preis dafür war, dass relativ wenig Fragen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen gestellt werden konnten.

Es könnte sein, dass das Thema Kommunikation auch in anderen Veranstaltungen gelehrt und geprüft wurde, die im Rahmen der Umfrage nicht erfasst wurden. So ist es beispielsweise vorstellbar, dass der Unterricht am Krankenbett für das Thema genutzt wurde. Für die Interpretation der Ergebnisse sollte daher berücksichtigt werden, dass wahrscheinlich nicht alle Veranstaltungen angegeben wurden, in denen Kommunikation überhaupt berücksichtigt wurde, sondern das Augenmerk eher auf Veranstaltungen lag, die sich primär mit dem Thema kommunikative Kompetenzen beschäftigten. Zudem haben die Ansprechpartnerinnen an den einzelnen Standorten ihren eigenen Kenntnisstand bezüglich der Lehre und Prüfungen von kommunikativen Kompetenzen unterschiedlich eingeschätzt. Dies hat zur Folge, dass die Umfrage nicht den Anspruch erheben kann, das Curriculum für kommunikative Kompetenzen an allen beteiligten Standorten vollständig abzubilden. Besonders hinsichtlich bestimmter Subthemen, wie z.B. Teamkommunikation oder interprofessionelle Kommunikation, die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben, könnten hier Informationen nicht in die Umfrage eingegangen sein. Diese neu entstehenden Themenfelder der klinischen Kommunikation sollten in den kommenden Jahren einer systematischen Analyse unterzogen werden.

Weiterhin konnte das quantitative Dozierenden-Studierenden-Verhältnis nicht erfasst werden. Ebenso wenig wurde erfasst, wie viele Stunden Lehre jeder Studierende im Laufe seines Studiums im Bereich kommunikative Kompetenzen im Rahmen der Pflichtlehre erhält. Auch das Thema „Ressourcen“ für Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen wurde nur ansatzweise erfragt. Interessant wäre weiterhin eine Analyse, welche Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung eines longitudinalen Kommunikationscurriculums identifiziert werden können. Dies könnte Fakultäten, die noch im Prozess der Implementierung sind, darin unterstützen, eine erfolgreiche Curriculumsentwicklung voranzutreiben.

Ausblick

Die Umfrage war beschränkt auf die Curricula für Humanmedizin im deutschsprachigen Raum. In weiteren Erhebungen könnte erfasst werden, wie Lehren und Prüfen von kommunikativen Kompetenzen in anderen Gesundheitsberufen umgesetzt wird. Der Fragebogen wurde bereits für die Zahnmedizin angepasst und eine Erhebung durchgeführt [39].

Eine wichtige Erkenntnis dieser Umfrage war, dass es derzeit im deutschsprachigen Raum keine einheitlichen Empfehlungen für den Einsatz von Feedback zu geben scheint. Die Heterogenität der Antworten lässt den Schluss zu, dass sich - anders als beim SPIKES Modell - noch kein Feedback-Modell soweit durchgesetzt hat, dass hier eine Standardisierung des Unterrichts stattgefunden hätte. Mit diesem Thema befasst sich derzeit eine Arbeitsgruppe des KuSK und formuliert entsprechende Empfehlungen auf Basis der aktuellen Literatur und Praxisbeispielen für die Lehre.

Besonders heterogene Antworten wurden auch zu den Fragen der Qualitätssicherung für Prüfungen gegeben. Dies betrifft insbesondere die Prüferschulungen, vor allem für das am häufigsten eingesetzte Prüfungsformat OSCE. Es wäre wünschenswert, für die Prüferschulungen Empfehlungen auf Grundlage von Evidenzen formulieren zu können.

Insgesamt zeigte sich eine bunte und vielfältige Landschaft für Lehren und Prüfen von kommunikativen Kompetenzen im deutschsprachigen Raum. Dies kann als sehr großes Potenzial in der Hochschullandschaft interpretiert werden, da sich hierdurch zeigt, dass Entwicklung möglich ist und verschiedene Ansätze mit allen Vor- und Nachteilen analysiert und verglichen werden könnten. Zudem ist so Raum für neue Konzepte und Ideen gegeben. Es kann aber auch als mögliche Gefahr interpretiert werden, da beispielsweise die Mobilität der Studierenden durch die variantenreichen medizinischen Curricula im deutschsprachigen Raum erschwert sein könnte. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit Vielfalt und Standardisierung sich widersprechen, aber auch ergänzen können.

Die vorliegende Studie bietet für diese Fragestellungen eine Basis, auf der weitere Fragestellungen aufgebaut

werden können – und eine Basis, anhand der sich die Gestaltenden für Curricula orientieren können.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt allen, die sich an der Erstellung der Umfrage und an der Beantwortung der Umfrage beteiligt haben. Wir danken insbesondere den Mitgliedern des GMA Ausschusses für Kommunikative und soziale Kompetenzen und den Workshopteilnehmenden der Arbeitsgruppe „Assessment“ des Workshops im Februar 2013 in Wien. Wir danken Johanna Feckl für das Korrekturlesen und die Unterstützung bei der Formatierung. Zudem danken wir Matthias Holzer, der uns bei der Erstellung der Landkarte geholfen hat. Herzlichen Dank auch an Martin Fischer für die Unterstützung bei dieser Arbeit.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000998.shtml>

1. Anhang 1.pdf (23 KB)
Fragebogen für kommunikative Kompetenzen im Medizinstudium im deutschsprachigen Raum
2. Anhang 2.pdf (53 KB)
Angaben, in welchen Studienjahren kommunikative Kompetenzen in den Curricula unterrichtet werden und ob ein longitudinales Kommunikationscurriculum ganz, teilweise oder nicht implementiert ist. (Studienjahr (SJ))
3. Anhang 3.pdf (56 KB)
Prüfungszeitpunkte für summative (bestehensrelevante) (s) Prüfungen und formative (nicht-bestehensrelevante) (f) Prüfungen über die Studienjahre.

Literatur

1. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-1040. DOI: 10.1093/annonc/mdq441
2. Von Fragstein M, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008;4(11):1100-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x

3. Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinas GA, Stuck AE. Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://scllo.smifk.ch/> [cited 2013 Aug 23].
4. Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K. A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ.* 1998;32(1):25-34. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1998.00154.x
5. Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P. Current trends in communication skills training in UK schools of medicine. *Med Teach.* 2010;32(5):385-391. DOI: 10.3109/01421590903394603
6. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2)Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/dynamic/de/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
7. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Pat Educ Couns.* 2010;81(2):259-266. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.017
8. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schuber S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. A longitudinal, Bologna-compatible model curriculum "communication and social competencies": Results of an interdisciplinary workshop of German-speaking medical schools. *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
9. Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung-eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(3):Doc48. DOI: 10.3205/zma000685
10. Bachmann C, Barzel A, Roschlaub S, Ehrhardt M, Scherer M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):298-305. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.019
11. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.* 2009;76(3):361-367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
12. Guttormsen S, Beyeler C, Bonvin R, Feller S, Schirlo C, Schnabel K, Schurter T, Berendonk C. The new licencing examination for human medicine: from concept to implementation. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13897. DOI: 10.4414/smw.2013.13897
13. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg). *Leistungsmessung in Schulen.* Weinheim: Beltz; 2001. S.17-31.
14. Bloch R, Hofer D, Krebs R, Schläppi P, Weiss S, Westkämper R. *Kompetent prüfen, Handbuch zur Planung, Durchführung und Auswertung von Arztprüfungen.* Bern/Wien: Verbindung der Schweizer Ärzte FMH/Österreichische Ärztekammer ÖÄK; 1999.
15. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ.* 1975;1(5955):447-451. DOI: 10.1136/bmj.1.5955.447
16. Harden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ.* 1979;13(1):39-54. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1979.tb00918.x
17. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach.* 2007;29(9-10):855-871. DOI: 10.1080/01421590701775453
18. Challis M. AMEE Medical Education Guide No. 11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach.* 1999;21(4):370-386. DOI: 10.1080/01421599979310
19. Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Med Teach.* 2009;31(9):790-801. DOI: 10.1080/01421590903139201
20. Laidlaw A, Salisbury H, Doherty EM, Wiskin C. National survey of clinical communication assessment in medical education in the United Kingdom (UK). *BMC Med Educ.* 2014;14(1):10. DOI: 10.1186/1472-6920-14-10
21. Hahn EG, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). *GMS Z Med Ausbild.* 2009;26(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000627
22. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care. Toronto: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005. Zugänglich unter/available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> [cited 2015 may 7]
23. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. DOI: 10.3322/canjclin.55.3.164
24. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55:1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
25. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
26. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
27. Cohn RC. *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion: von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2009.
28. Cantillon P, Sargeant J. Giving feedback in clinical settings. *BMJ.* 2008;337:a1961. DOI: 10.1136/bmj.a1961
29. Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A Model for Educational Feedback Based on Clinical Communication Skills Strategies: Beyond the "Feedback Sandwich". *Teach Learn Med.* 2006;18(1):42-47. DOI: 10.1207/s15328015tlm1801_9
30. Schulz von Thun F. *Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation.* Reinbek: Rowohlt; 1981.
31. Scheffer S, Muehlinghaus I, Froehmel A, Ortwein H. Assessing students' communication skills: validation of a global rating. *Adv Health Sci Educ.* 2008;13(5):583-592. DOI: 10.1007/s10459-007-9074-2
32. Sennekamp M, Gilbert K, Gerlach FM, Guethlin C. Development and validation of the "FrOCK": Frankfurt Observer Communication Checklist. *Z Evidenz Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2012;106(8):595-601. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.07.018
33. Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C. *Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. Gesprächsforsch ZV Verbal Interakt.* 2008;9:34-78.
34. Hodges B, Hanson M, McNaughton N, Regehr G. Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE. *Acad Psych.* 2002;26(3):134-161. DOI: 10.1176/appi.ap.26.3.134
35. Preusche I. *Ärztliche Gesprächsführung.* In: Frischenschlager O, Hladschik-Kermer B (Hrsg). *Gesprächsführung in der Medizin.* Wien: Facultas; 2013. S.241-246.

36. Ben-David MF. AMEE Guide No. 18: Standard setting in student assessment. *Med Teach*. 2000;22(2):120-130. DOI: 10.1080/01421590078526
37. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51.1. *Med Teach*. 2011;33(1):6-8. DOI: 10.3109/0142159X.2011.531170
38. Schuwirth LW, Van der Vleuten CP. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Med Teach*. 2011;33(6):478-485. DOI: 10.3109/0142159X.2011.565828
39. Rüttermann S, Sobota A, Hahn P, Kiessling C, Görlitz A. Lehren und Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Zahnmedizinstudium - Ergebnisse einer Umfrage im deutschsprachigen Raum. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Hamburg. 25.-27.09.2014. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2014. DocP437. DOI: 10.3205/14gma165
40. Bieber C, Loh A, Ringel N, Eich W, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Manual zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg; 2007.
41. Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation: Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis; mit 15 Tabellen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
42. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. New York London: Guildford Press; 2002.

Korrespondenzadresse:

Anja Härtl

Klinikum der Universität München, Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin,
Pettenkoflerstraße 8a, D-80336 München, Deutschland
anja.haertl@med.uni-muenchen.de

Bitte zitieren als

Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wunsch A, Kiessling C, GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen. *Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey*. *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(5):Doc56. DOI: 10.3205/zma000998, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009980

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000998.shtml>

Eingereicht: 08.05.2015**Überarbeitet:** 03.08.2015**Angenommen:** 16.09.2015**Veröffentlicht:** 16.11.2015**Copyright**

©2015 Härtl et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.