

To trust? Or to verify?

Sigrid Harendza¹

1 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf,
III. Medizinische Klinik,
Hamburg, Deutschland

Editorial

One of the most important medical facets of competence is to take responsibility. Supervisors of newly graduated physicians would like to rely on their accountable actions from day one on the job [1]. It is postulated likewise that continuous integration of physicians in an interprofessional team during an early phase of training is essential to foster and strengthen their trust in the assumption of responsibility by others [2]. Relying upon all members of the health care system to fulfil their tasks by their own responsibility and according to current knowledge to the well of the patients is the basis of cooperation in hospitals, private practices and other medical institutions. That young physicians feel heavily burdened by taking responsibility and dealing with uncertainty when starting their work despite previous curricular reforms is as well-known as the fact, that the stress of transition into professional medicinal life is reduced by the amount of clinical experience gained during undergraduate medical training [3]. How can the current developments in design of undergraduate medical education be classified from these points of view?

With the so-called initiative Masterplan for Medical Education 2020 ("Masterplan Medizinstudium 2020") the German government intends together with the federal states to foster practical relevance during undergraduate medical training [Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD; <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, retrieved 7.10.2018]. This provided an excellent instrument of control for curricular planners – when used in an optimal way – to foster assuming responsibility in medical students already during undergraduate education and ease their transition to postgraduate training. Different approaches are possible so that medical students learn to really take responsibility. The concept of "entrustable professional activities" (EPA), for instance, increasingly finds its way into the undergraduate medical curriculum and it is based on different levels of supervision [4]. On the other hand, the trust in a medical student to responsibly take over a certain task depends on the respective supervisor, the respective medical

student, their relationship, the task itself and the context of the specific situation [5].

Many medical curricula are currently designed in modules and continuous supervision of individual students by the same teacher is hardly ever intended. Therefore, it will hardly ever be possible for many teachers to assess, whether a certain student can be entrusted with specific tasks. Furthermore, with an EPA-concept students benefit very much from continuous structured feedback, which is currently established in medical education only to a small extent. Additionally, undergraduate curricula in Germany provide rather summative than formative assessment formats. A stronger focus towards feedback- and competence-oriented education would require further steps towards faculty development with more courage towards subjectivity by the assessors at the same time [6]. Raising fears to lose the function of quality control by such ways of assessment are ill-founded insofar as especially formative assessments would open the possibility to react in a timely and differentiated way towards individual students' competence deficits. One further aspect can be added: many teachers and assessors are little aware of their function as role models for medical students and the of importance that role models play for medical students as they progress through their undergraduate studies [7]. Therefore, the personal professional behavior plays an important role in medical education to be a credible teacher or assessor for the students. Thus, the path towards competence-based medical education requires great personal commitment by all participants. Within this change of medical education and medical assessment, a number of steps have already been made, which are accompanied by research. In this edition of the GMS Journal for Medical Education Soemantri et al. demonstrate, for instance, which type of feedback is used in Mini Clinical Evaluation Exercises (Mini-CEX) and that faculty development is needed to use it correctly [8]. Dahmen et al. found that students saw an influence of Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) on the learning and for the development of competences [9]. Ludwig and Ross discovered that, by the real experience of a general physician's work in a rural area during the Practice Year, barriers against such work, which existed before the PY-trimester, could be reduced [10]. These

examples of research demonstrate that in medical education, similar to postgraduate education [11], techniques of “parenthood” like role modelling behavior, learning through graduated responsibility and feedback will play a substantial role. The National Competence Based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) [NKLM, <http://www.nkml.de>, accessed 2018-10-07], which currently undergoes further development, provides the optimal framework for this purpose [12].

Competing interests

The author declares that she has no competing interests.

References

1. Fürstenberg S, Schick K, Deppermann J, Prediger S, Berberat PO, Kadmon M, Harendza S. Competencies for first year residents - physicians' views from medical schools with different undergraduate curricula. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):154. DOI: 10.1186/s12909-017-0998-9
2. Sonnenberg LK, Pritchard-Wiart L, Busari J. The resident physician as leader within the healthcare team. *Leadersh Health Serv (Bradford Engl).* 2018;31(2):167-182. DOI: 10.1108/LHS-08-2017-0046
3. Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, Collett T, de Bere SR. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ.* 2010;44(5):449-458. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03604.x
4. Patel M, Baker P. Supervision for entrustable professional activities. *Med Educ.* 2018;52(10):998-1000. DOI: 10.1111/medu.13685
5. Hauer KE, Ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Lobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2014;19(3):435-456. DOI: 10.1007/s10459-013-9474-4
6. Rotthoff T. Standing up for subjectivity in the assessment of competencies. *GMS J Med Educ.* 2018;35(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001175
7. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ.* 2002;325(7366):707-710. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.707
8. Soemantri D, Dodds A, Mccoll G. Examining the nature of feedback within the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX): an analysis of 1427 Mini-CEX assessment forms. *GMS J Med Educ.* 2018;34(4):Doc47. DOI: 10.3205/zma001193
9. Müller S, Settmacher U, Koch I, Dahmen U. A pilot survey of student perceptions on the benefit of the OSCE and MCQ modalities. *GMS J Med Educ.* 2018;34(4):Doc51. DOI: 10.3205/zma001197
10. Ludwig K, Machnitzke C, Kühlen T, Roos M. Barriers to practicing General Practice in rural areas – Results of a qualitative pre-post-survey about medical students during their final clinical year. *GMS J Med Educ.* 2018;34(4):Doc50. DOI: 10.3205/zma001196
11. Burlew CC. Surgical education: Lessons from parenthood. *Am J Surg.* 2017;214(6):983-992. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2017.09.014
12. Fischer MR, Bauer D, Mohn K; NKLM-Projektgruppe. Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000977

Corresponding author:

Prof. Dr. Sigrid Harendza, MME
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische
Klinik, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg, Deutschland,
Phone: +49 (0)40/7410-53908, Fax: +49
(0)40/7410-40218
harendza@uke.de

Please cite as

Harendza S. To trust? Or to verify? *GMS J Med Educ.*
2018;35(4):Doc52.

DOI: 10.3205/zma001198, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011989

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001198.shtml>

Received: 2018-10-15

Revised: 2018-10-15

Accepted: 2018-10-15

Published: 2018-11-15

Copyright

©2018 Harendza. 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/>.

Ist Vertrauen gut? Oder Kontrolle besser?

Sigrid Harendza¹

1 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf,
III. Medizinische Klinik,
Hamburg, Deutschland

Leitartikel

Eine der wichtigsten ärztlichen Kompetenzfacetten ist die Übernahme von Verantwortung. Auf verantwortliches Handeln möchten Vorgesetzte von frisch approbierten Ärztinnen und Ärzten ab dem ersten Arbeitstag vertrauen können [1]. Ebenso wird postuliert, dass die kontinuierliche Integration von Ärztinnen und Ärzten in ein interprofessionelles Team in der frühen Phase der Weiterbildung wesentlich ist, um Vertrauen in Verantwortungsübernahme anderer zu fördern und zu stärken [2]. Das Vertrauen darauf, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen ihre Aufgaben in eigener Verantwortung nach dem Stand des derzeitigen Wissens zum Wohle der Patientinnen und Patienten erledigen, ist die Basis der Zusammenarbeit in Krankenhäusern, Praxen und anderen medizinischen Einrichtungen. Dass junge Ärztinnen und Ärzte sich trotz bisheriger curricularer Reformen des Medizinstudiums bei Arbeitsbeginn insbesondere durch die Übernahme von Verantwortung und den Umgang mit Unsicherheit stark belastet fühlen, ist ebenso bekannt wie die Tatsache, dass dieser Stress beim Übergang in die ärztliche Berufstätigkeit durch den Umfang an klinischer Erfahrung während des Medizinstudiums reduziert werden kann [3]. Wie lassen sich also die derzeitigen Entwicklungen der Gestaltung des Medizinstudiums unter diesen Gesichtspunkten einordnen?

Mit der Initiative „Masterplan Medizinstudium 2020“ wird von der Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern unter anderem beabsichtigt, die Praxisnähe im Studium zu fördern [Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD; <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, abgerufen am 7.10.2018]. Hiermit wurde den Curriculumplanenden ein ideales Steuerungselement an die Hand gegeben, um bei optimaler Ausgestaltung die Übernahme von Verantwortung durch Medizinstudierende bereits im Studium zu fördern und ihnen den Übergang in den Arbeitsalltag zu erleichtern. Verschiedene Herangehensweisen sind denkbar, damit Medizinstudierende lernen, echte Verantwortung zu übernehmen.

Beispielsweise hält das Konzept der „Anvertraubaren professionellen Tätigkeiten“ (APT) zunehmend in das Medizinstudium Einzug und basiert auf unterschiedlichen Stufen der Supervision [4]. Das Vertrauen in die verantwortliche Übernahme einer bestimmten Aufgabe durch eine/n Medizinstudierende/n hängt wiederum von der supervidierenden Person, dem/der Medizinstudierenden, der Beziehung zwischen beiden, der Aufgabe selbst und dem Kontext ab [5].

Viele medizinische Curricula sind heute modular aufgebaut und eine kontinuierliche Betreuung einzelner Studierender durch dieselbe Lehrperson ist meist kaum vorgesehen. Daher wird es vielen Lehrenden auch kaum möglich sein zu bewerten, ob einem/einer Studierenden bestimmte Tätigkeiten anvertraut werden können. Außerdem profitieren Studierende bei einem APT-Konzept sehr stark von regelmäßigem strukturiertem Feedback, das bislang in der ärztlichen Ausbildung allerdings nur wenig etabliert ist. Zudem sehen die meisten Curricula in Deutschland eher summative als formative Prüfungsformate vor. Eine stärkere Ausrichtung in Richtung feedback- und kompetenzorientierter Ausbildung würde gleichzeitig weitere Schritte in der Fakultätsentwicklung mit mehr Mut zur Subjektivität bei Prüfenden erfordern [6]. Etwaige Befürchtungen, dabei die qualitätskontrollierende Funktion einer Prüfung zu verlieren, sind insofern unbegründet, als gerade formative Prüfungen die Möglichkeit eröffnen würden, auf individuelle Kompetenzdefizite bei Studierenden rechtzeitig und differenziert reagieren zu können. Ein weiterer Aspekt kommt noch hinzu: Viele Lehrende und Prüfende sind sich ihrer Rolle als Vorbilder für Medizinstudierende und der Wichtigkeit, die Vorbilder für Medizinstudierende auf ihrem Weg durch das Studium haben [7], nur wenig bewusst. Dem eigenen professionellen Verhalten kommt in der medizinischen Ausbildung also eine wichtige Bedeutung zu, um als Lehrende oder Prüfende für Studierende glaubwürdig zu sein. Der Weg zu einer kompetenzorientierten ärztlichen Ausbildung verlangt somit von allen Beteiligten großen persönlichen Einsatz.

Innerhalb dieses Wandels der medizinischen Ausbildung und des medizinischen Prüfens sind schon eine Reihe von Schritten getan, die forschend begleitet werden. In dieser Ausgabe des GMS Journal for Medical Education

zeigen beispielsweise Soemantri et al., welche Art von Feedback in Mini Clinical Evaluation Exercises (Mini-CEX) verwendet wird und dass hierfür Fakultätsentwicklung erforderlich ist [8]. Dahmen et al. fanden heraus, dass Studierende in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) einen Einfluss auf das Lernen und für die Entwicklung klinischer Kompetenz sahen [9]. Ludwig und Ross fanden heraus, dass durch das tatsächliche Erleben von (haus)ärztlicher Tätigkeit auf dem Land im Rahmen des Praktischen Jahres Barrieren gegen eine solche Tätigkeit, die vor dem PJ-Tertial bestanden, reduziert werden konnten [10]. Diese Beispiele der Forschung zeigen, dass auch in der medizinischen Ausbildung, ähnlich wie in der ärztlichen Weiterbildung [11], Techniken der „Elternschaft“ wie vorbildhaftes Verhalten, Lernen durch zunehmende Verantwortungsübernahme und Feedback eine wesentliche Rolle spielen werden. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) [NKLM, <http://www.nkml.de>, abgerufen am 7.10.18], der sich derzeit in der Weiterentwicklung befindet, bietet hierfür das ideale Rahmenwerk [12].

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

1. Fürstenberg S, Schick K, Deppermann J, Prediger S, Berberat PO, Kadmon M, Harendza S. Competencies for first year residents - physicians' views from medical schools with different undergraduate curricula. BMC Med Educ. 2017;17(1):154. DOI: 10.1186/s12909-017-0998-9
2. Sonnenberg LK, Pritchard-Wiart L, Busari J. The resident physician as leader within the healthcare team. Leadersh Health Serv (Bradford Engl). 2018;31(2):167-182. DOI: 10.1108/LHS-08-2017-0046
3. Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, Collett T, de Bere SR. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. Med Educ. 2010;44(5):449-458. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03604.x
4. Patel M, Baker P. Supervision for entrustable professional activities. Med Educ. 2018;52(10):998-1000. DOI: 10.1111/medu.13685
5. Hauer KE, Ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Lobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2014;19(3):435-456. DOI: 10.1007/s10459-013-9474-4
6. Rothhoff T. Standing up for subjectivity in the assessment of competencies. GMS J Med Educ. 2018;35(3):Doc29. DOI: 10.3205/zma001175
7. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? BMJ. 2002;325(7366):707-710. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.707
8. Soemantri D, Dodds A, Mccoll G. Examining the nature of feedback within the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX): an analysis of 1427 Mini-CEX assessment forms. GMS J Med Educ. 2018;34(4):Doc47. DOI: 10.3205/zma001193
9. Müller S, Settmacher U, Koch I, Dahmen U. A pilot survey of student perceptions on the benefit of the OSCE and MCQ modalities. GMS J Med Educ. 2018;34(4):Doc51. DOI: 10.3205/zma001197
10. Ludwig K, Machnitzke C, Kühlen T, Roos M. Barriers to practicing General Practice in rural areas – Results of a qualitative pre-post-survey about medical students during their final clinical year. GMS J Med Educ. 2018;34(4):Doc50. DOI: 10.3205/zma001196
11. Burlew CC. Surgical education: Lessons from parenthood. Am J Surg. 2017;214(6):983-992. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2017.09.014
12. Fischer MR, Bauer D, Mohn K; NKLM-Projektgruppe. Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. GMS Z Med Ausbild. 2015;32(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000977

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Sigrid Harendza, MME
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Klinik, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland, Tel.: +49 (0)40/7410-53908, Fax: +49 (0)40/7410-40218
harendza@uke.de

Bitte zitieren als

Harendza S. To trust? Or to verify? GMS J Med Educ. 2018;35(4):Doc52.
DOI: 10.3205/zma001198, URN: urn:nbn:de:0183-zma0011989

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2018-35/zma001198.shtml>

Eingereicht: 15.10.2018

Überarbeitet: 15.10.2018

Angenommen: 15.10.2018

Veröffentlicht: 15.11.2018

Copyright

©2018 Harendza. 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/>.