

Communicative and social competence in the medical curriculum of the Medical University of Innsbruck: learning objectives, content, and teaching methods

Abstract

Aim: The Austrian Competence Level Catalogue for Medical Skills clearly states the importance of teaching communicative and social competence in the different subject areas of undergraduate medical and dental education. This paper aims to present an overview of the academic courses at the Medical University of Innsbruck that explicitly address the promotion of communication and social skills in medical students.

Method: This paper focuses on educators' descriptions of how communicating with patients is taught. The Medical University's longitudinal curriculum on medical interviewing is presented in detail. The courses on ethical principles in the dissection course, palliative medicine, and gender medicine are also outlined as examples. In addition, lecturers (n=536) participated in an online survey to determine the teaching and testing content regarding patient communication and to measure the value attached to the associated teaching and learning methods.

Results: The examples given by educators to illustrate learning objectives, educational content, and the teaching methods used to impart communicative and social competence provide an overview of the courses which focus on this topic or intentionally address it during the course. The results of the online survey offer a broad overview of the awareness of the topic at the university. Different testing formats are used to assess the skills being taught.

Conclusion: Familiarity with the various teaching methods used in the different courses is important for developing communicative and social competence in medical education. Active networking is necessary to anchor communicative and social competency as a major thread throughout an entire medical curriculum.

Keywords: communicative competencies, medical studies, communication skills, assessment, ethics, gender identity, palliative care

Silvia Exenberger¹
Martin Kumnig¹
Alexandra Huber¹
Wolfgang M. Prodingner²
Heidi Siller³
Elisabeth Medicus⁴
Erich Brenner⁵
Gerhard Schüßler¹
Stefan Höfer¹

1 Medical University Innsbruck,
Department of Medical
Psychology, Innsbruck,
Austria

2 Medical University Innsbruck,
Department of Hygiene and
Medical Microbiology,
Innsbruck, Austria

3 Medical University Innsbruck,
Gender Medicine Unit,
Innsbruck, Austria

4 Medical University Innsbruck,
Innsbruck, Austria

5 Medical University Innsbruck,
Institute for Clinical and
Functional Anatomy,
Innsbruck, Austria

1. Introduction

In the course of practicing medicine, physicians constantly see that professional communication with patients is essential. It is, for instance, through communication that the psychosocial basis is created for a patient's future compliance with doctor's orders and enhancing patients control belief [1]. The consequences of successful versus unsuccessful doctor-patient communication has been repeatedly documented ([2]; for an overview: [3]). Di Blasi and Kleijnen (2003) have been able to show a healing effect of doctor-patient interactions and view them as a powerful trigger for self-healing processes [4]. Even in an era of highly technological medicine, doctor-patient con-

sultations represent the most commonly used medical intervention. Since all recommendations for professional medical education assume that communication between a physician and patient can be learned, the teaching of communicative competence is a component of almost all reformed curricula [5], [6]. The Austrian Competency Level Catalogue for Medical Skills [7] – which contains the basic common learning objectives required by the Austrian medical schools – assigns a clear place for communication and social skills, as is the case in other German-speaking countries [8].

This paper addresses the question of how the basic requirements have been implemented at the Medical University of Innsbruck. The aim is to give an overview of the

courses that focus explicitly on promoting communicative and social competence in medical students. It can also serve as motivation for other educators to directly teach communication with patients in different courses.

2. Method

Two methodical steps were selected to answer the question and fulfill the aims:

1. In the first step, an online survey of lecturers was conducted to collect information about communicative and social competences in academic teaching at the Medical University of Innsbruck. This was done to gain an overview of the course offerings regarding communication and social skills (see attachment 1). The online-questionnaire consisted of 14 questions on current teaching and testing content pertaining to communication with patients and the value placed on this topic at the university, as well as its importance from the perspective of the educators. In January 2020 the survey was sent by the office of the Vice Dean to all medical and dental educators (n=536) and carried out using LimeSurvey 3.17.2 [9].
2. In the second step, the sequence of courses dedicated to holding medical interviews was described in detail. This involves the only course that explicitly and exclusively focuses on doctor-patient communication. In addition, the lecturers were invited to briefly describe their courses if they addressed the topic of communicating with patients. Three educators (palliative care, ethics in the dissection course, gender medicine) accepted this invitation.

3. Results

First, the results of the online survey, which provide a broad overview of the issue, are presented. Following this are the detailed descriptions of the longitudinal curriculum on doctor-patient communication and the three courses that cover this topic.

3.1. Online survey

Out of a total of 536 lecturers, 256 participated (47.8%). For approximately half of the participants (n=106; 41.4%), the topic of communicating with patients is intentionally covered in their teaching. Of these lecturers, the majority (total n=97; 91.5%) hold two to four corresponding courses (modal value=3) per semester using different teaching formats (modules, practical courses, lectures, etc.), which are attended by five to 420 students. The number of students in each course depends on the type of course (practical course vs. lecture). The skills for communicating with patients are primarily taught in lectures (n=60) and discussions (n=59). In addition, patients are presented (n=39) and case vignettes (n=39) are used. Bedside teaching (n=29) and covering course topics in

small groups (small-group work, n=22) were also frequently used as methods. Role-playing with fellow students (n=12) and simulated patients (n=9) were used much less often. Most rarely used was video analysis of consultations (n=7), in which the students themselves assumed the role of the physician or recorded interviews were discussed in a group setting for the purpose of learning.

The online survey of the different teaching formats showed that written tests (n=41) and oral exams (n=37) were used most often; a combination of the two (n=3) was used most seldom. A practical assessment, for instance an Objective Structured Clinical Examination (OSCE), was mentioned 22 times. Although there is consensus among the survey respondents that the teaching of communicative and social competence is of great importance, a large percentage of the lecturers (total n=83) had very little or no precise knowledge about the relevant required (n=66) and elective courses (n=72).

3.2. Description of curricular courses at the Medical University of Innsbruck

The curricula for undergraduate study in medicine and dentistry focus early on the development of psychosocial competence, such as learning about the health occupations and the ethical principles of medical practice. Practical training and specific training in conducting medical interviews lead – together with the acquisition of other general skills (e.g., drawing blood) – to attaining the clinical clerkship competence level at the end of the fourth semester. It is at this time that students undergo assessment by taking the Clerkship OSCE administered in compliance with the Austrian Competence Level Catalogue [7].

Basically, communication takes place in the different subject areas taught in medicine and dentistry. On the one hand, this involves courses that implicitly teach communication (e.g., surgical anamnesis); whereas other courses explicitly identify communication as learning content (e.g., the longitudinal curriculum in medical interviewing). In the following we describe the required medical interviewing curriculum in detail and three other courses as examples.

3.2.1. Longitudinal curriculum on holding medical interviews

The currently required courses on conducting medical interviews are described in the undergraduate medical curriculum (academic year 2018/2019 [10]). The curriculum's courses, which are sequenced over several semesters, aim to impart skills and abilities pertaining to medical interviews. An introduction to theory is provided in the lecture course on how to deal with a sick person; the longitudinal curriculum picks up again in the third semester and is covered each semester in small groups of six to 12 students until the end of the seventh semester (see table 1).

Table 1: Study plan human medicine

Semester	Course title	Total workload	ECTS credits
Semester 1	How to deal with the Sick (lecture)	190	7.5
Semesters 3-4	Medical Interviews 1 (lecture)	13	0.5
	Medical Interviews 2 (PR)	25	1.0
Semester 6	Medical Interviews 3 (PR)	15	0.5
Semester 7	Medical Interviews 4 (PR)	13	0.5

The theoretical basis underpinning doctor-patient communication is covered in the lecture courses that are held in the first and third semesters. In the practical courses the students are guided by lecturers who have received training on how to teach communication techniques. In addition, patient interviews are monitored by trained and clinically supervised tutors.

A core component of the practical courses is the opportunity to practice with simulated patients (SP). Standard situations, such as taking case histories, advising and counseling patients, and the delivery of bad news, are practiced under realistic conditions. Critical moments in a conversation (teachable moments) are used to help students find opportunities to improve.

The competence gained by students is measured on an OSCE. This training contributes significantly to patient safety since, prior to interacting with real patients, all of the students have practiced the necessary steps in a simulated environment. The curricular courses teach the basic elements and skills for successful patient-centered communication (see table 2). In the first part of the curriculum, students practice taking biopsychosocial histories, in part with real patients. The students prepare a written case history that is then graded. For the students this is the first structured interaction with patients.

One special educational aspect of the practical courses in the longitudinal curriculum is feedback training. In all of the interactive exercises on communication, students are required to share their perceptions and experiences of others (give feedback) and to listen to how they themselves are seen by others (receive feedback). In role-play exercises students assume the role of physician and reflect on the positive and negative elements of their behavior. So that students learn the rules of giving and receiving feedback, an online feedback course was created by the Department of Medical Psychology, which all students are required to successfully complete as part of the first practical course in medical interviewing. The feedback rules are introduced and demonstrated using videos as examples. At the end, the students formulate their own feedback on a specific video sequence and this is included in the grade for the practical medical interviewing course. Care is taken to make good use of the feedback rules in all of the subsequent practical courses on medical interviewing.

There is a systematic evaluation of learning outcomes since a large portion of the courses in the medical interviewing curriculum cover communication as a topic, train social skills in physicians-to-be, and are exam-relevant required courses within the curriculum. Students' active

participation in the individual courses is evaluated and they receive structured feedback on their performance from lecturers (e.g., as part of video analyses). While the video analyses serve as a teaching strategy in the courses in semesters 3 through 6, the video analyses during the final course in the medical interviewing curriculum are also used to evaluate learning gains in addition to student participation.

An interdisciplinary OSCE is administered at the end of the fourth semester to assess students' readiness for the clinical clerkship. This assessment encompasses core medical skills such as taking a biopsychosocial anamnesis with the use of SP. The interaction with the SP is graded based on standardized checklists and counts toward the total station score. To ensure the objectivity and reliability of the test situation, the SPs receive regular training on the current exam content.

In the tenth semester and prior to the final year of study (clinical practical year), which is spent at different teaching hospitals, students take an interdisciplinary OSCE covering 11 clinical subjects at eight stations. On the OSCE stations with SP (approximately 70% of the stations) the interactions with the SP are graded in the same way using a checklist and count toward the total score for each station.

In medical and dental education there are ongoing measures to ensure the quality of the teaching in the medical interviewing curriculum. From 2010 to 2012 a teaching project took place within the scope of the Clinical Skills Lab to give students the opportunity to acquire interviewing skills with SP. The project enabled targeted post-licensure education (e.g., European teaching and testing standards) for educators and the development of new teaching techniques (e.g., feedback training) and materials. At the time, these measures were evaluated in terms of the influence of the changes to the curriculum and teaching methods over time on students' experience of communicative and social competence. After implementing the opportunity to practice with SPs, the students at that time reported on average a significantly higher level of confidence regarding their communication skills than before. They benefited primarily in the area of personal development, preparation for contact with patients, and new interviewing techniques.

3.2.2. Palliative medicine

When caring for patients with a terminal illness, communication with them and their relatives is vital [11]. Specific communication topics in palliative care include conveying the prognosis, defining the goal of therapy in ambiguous

Table 2: Training sequence of the learning events

Learning Objectives	Content	Teaching Method	Assessment Format
Holistic look at patients during the first meeting	• Biopsychosocial interviewing (e.g., [29]) as part of history taking [30] • Guidelines on anamnesis [31]	• Small-group work to prepare a case history template based on own experiences • Lecture • Role-play with feedback from students and teacher • Discussion	Part of the OSCE evaluation catalogue
Active listening as part of empathetic communication	Targeted use of nonverbal and paraverbal elements [32]	Interactive exercise with subsequent self-reflection	Part of the OSCE evaluation catalogue
Leadership and using patient-centered communication	• NURSE [15]—handling emotions and supporting patients in their emotional processing • Wait-Echo-Mirror-Summarize (WEMS techniques, [33])	• Lecture • Role-play with feedback from students and teacher • Video examples (learning from the model) • Discussion	• Intrinsic testing character (cooperation, feedback on video analyses) • SP with video analyses
Leadership and using physician-centered communication	Open-ended and closed-ended questions, avoiding leading questions [33]	• Lecture • Role-play with feedback from students and teacher • Discussion	Part of the OSCE evaluation catalogue
Structuring an interview	• Book metaphor [34] • Additional structural elements: time limit, announcement of potential disruptions, etc.	• Group exercise to prepare an interview outline • Role-play with feedback from students and teacher • Video examples (learning from the model) • Discussion	• Intrinsic testing character (cooperation, feedback on video analyses) • SP with video analyses
Responding to difference	Constructive handling of looming conflicts between physician and patient [32]	• Large-group discussion: strategies for handling conflicts • Lecture • Role-play with feedback from students and teacher • Discussion	• Intrinsic testing character (cooperation, feedback on video analyses) • SP with video analyses
Empathetic delivery of bad news	6-step protocol for delivering bad news, SPIKES, [16]	• Role-play with feedback from students and teacher • Discussion	• Intrinsic testing character (cooperation, feedback on video analyses) • SP with video analyses

situations in tandem with the patient, anticipating crises (advance care planning), and conversations about how the final phase of life up until death should be handled [12], [13].

Palliative medicine is a required subject in medical education (8th semester). About 15-20% of the subject content refers to these specific communication topics (in compliance with the recommendations of the European Association of Palliative Care, EAPC [14]), which are taught as theory and using case vignettes as examples. Communication models are also used [15], [16].

This knowledge is covered in more depth in the elective seminar on palliative medicine. This includes exercises in active listening, contact with family members and, if possible, interaction with patients to accomplish a clear communicative task depending on the given situation (e.g., wish to die), and a final discussion and analysis of these patient interactions in the seminar. Strong, sometimes conflicting emotions, as they occur in connection with the experience of loss in patients and their relatives, require a social and reflective competence regarding one's own attitude toward death and dying and the role of physicians in providing care at the end of life.

3.2.3. Ethical principles in the dissection course

The topographic dissection course that medical students are required to take in the third semester (9.5 hours per week per semester) provides an opportunity—based on its intensity and small group setting—to integrate communicative and social competence. Already in 2003 the institute staff used the Medical University's list of qualifications (as a set of general learning objectives) to identify intermediate teaching objectives and defined several in the area of communicative competence [17]:

1. observe and justify the ways of behaving toward the corpse,
2. express oneself precisely and understandably in both spoken and written language using clinical and scientific terminology, and

3. appropriately and precisely document activities.

Since these skills cannot be assessed via the usual oral and/or spotter tests, individual weekly structured observations and a small-group portfolio assignment were introduced [18]. Similar to the implementation at other medical schools, a parallel course – Ethics in the Dissection Course – was created. The dissection course was revised in 2019 and is now based on the CanMEDs 2015 Framework (Canadian Medical Education Directives for Specialists). In doing this, the ability to document and report patient interactions in writing and electronically to optimize clinical reasoning, patient safety, confidentiality and data protection were taken from the competencies of the “communicator” and applied to the context of the dissection course [19]. Students practice these skills on all of the assignments in team-based learning, meaning that all of the texts in the small-group portfolio must be finished on time and well written. The private sphere of the donor should always be respected, something that will be of utmost importance later when providing medical care to patients [20].

3.2.4. Gender medicine

Gender Medicine (GM) focuses on the commonalities and differences between sex (biological sex) and gender (socio-cultural concept of sex) regarding “normal” function, disease, diagnostics, and treatment of diseases [21]. In recent years GM has been expanded to include additional aspects of diversity (e.g., origin). These sex-, gender- and diversity-specific characteristics are part of medical education [22] and research [23], [24], as well as the doctor-patient relationship. Taking sex, gender and diversity characteristics into consideration during patient consultations is recommended [25]. GM is a longitudinally implemented subject in all medical curricula. This is done to sustainably anchor knowledge of relevant definitions and sex-, gender-, and diversity-specific diagnostics and therapy (e.g., gender bias in diagnostics), awareness and reflective thinking during interactions with patients (e.g.,

heteronormative assumptions), and sensitivity for these characteristics into the research. In addition to the lecture to impart knowledge and awareness of sex-, gender-, and diversity-specific characteristics in disease and therapy in the third and ninth semesters of medical study, and in the first and third semesters of the bachelor's program in Molecular Medicine, seminars cover some areas in more depth. Elective seminars cover topics on sexuality or diversity in reference to resilience, migration, and cultural competence in order to elucidate gender- and diversity-specific aspects that manifest in attempts to seek help, in hierarchies, and in privilege. The required seminar focuses on gender-specific aspects of interpersonal violence in that the handling of gender- and diversity-specific aspects is also discussed in practical terms and, thus, the topics of cultural and social competence are raised. In the PhD seminars students apply their knowledge of sex-, gender- or diversity-specific characteristics to their area of research.

4. Discussion

4.1. Organization and structural anchoring

It can be seen that no further course explicitly centered on communicative and social competence is offered later in the curricula for undergraduate medical and dental education. There are different reasons for this such as, for instance, the fact that this kind of teaching requires intensive staff resources and increased lecturer training so that they can adequately teach the technology and professional attitudes [26]. The ongoing continuation of teaching with an explicit focus on communicative and social competence over the entire course of study would, however, be necessary since it is only through critical and repeated practice that a medical approach with “heart and hand” can be achieved to counteract structural deficits in the learning of communication skills [27].

4.2. Quality assurance and evaluation

Ongoing internal measures to ensure quality include continuing education and training sessions for lecturers of the medical interviewing curriculum (e.g., Basel Consensus Statement, [6]) and feedback training to develop roles for SP according to the Heidelberg model [28]. In addition to general theoretical training, new lecturers and peer tutors receive specific practical lecturer training on the courses or tutorials they will later give on their own. Doing this ensures that all of the course teaching will align as closely as possible with the educational concepts embraced by the medical interviewing curriculum.

4.3. Has the communication culture changed?

Up until 2002 the medical and dental curricula contained no standardized training in interviewing and patient examinations. Since then, the importance of teaching

communication has increased as a result of introducing the medical interviewing curriculum and expanded the integration of teaching communicative and social competence in other medical subjects. A total of 60% of the respondents to the online survey conducted in January 2020 at the Medical University of Innsbruck on communicative and social competence stated that the curricular content addressing communication with patients was viewed as important or very important by the university. The teaching of communicative and social competence during medical study is important or very important to 99% of the respondents.

Basic interviewing skills, such as independently taking a medical history and the use of specific intervention techniques, are viewed by students as basic pre-requisites for future medical practice. The teaching methods applied here enable students to safely practice interacting with patients in challenging situations, something that could hardly be done in real clinical practice (e.g., delivering a cancer diagnosis). In feedback rounds students also receive clear information about their patient interviews so that they can reflect again on their skills and then work on them further in practice sessions.

Based on the results of the quality assurance measures and course evaluation it could be confirmed that not only student interest in conducting medical interviews with patients has increased, but student performance has also improved as a result of the systematic teaching.

The result of the online survey shows that lecturers know hardly anything at all about the required and elective courses covering communicative and social competence and makes it clear that there is a need for networking among lecturers regarding this topic. Even if a large percentage of the survey respondents claimed to have diverse educations (e.g., psychotherapy) and thus viewed themselves as having qualified skills in teaching medical communication techniques, only a minority of them took advantage of specific additional lecturer training programs on how to teach communication techniques in the context of medical education. We recommend more training programs for lecturers that focus on how to teach communicative and social competence so that they intentionally include it in their courses and explicitly invest themselves in the teaching of it.

Medical education and the practice of medicine will radically change—mainly as a result of digitalization. The value placed on effective communication between doctors and their patients will therefore increase for future physicians. As a consequence, university education must prioritize this aspect much more strongly in the future.

Profiles

Institution: Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria.

Study program/occupational group: Medicine, Dentistry, Molecular Medicine.

Number of lecturers per year or semester: Number of academic staff at the entire Medical University who are engaged to differing degrees in teaching: 1,100; supported by 200 student employees (tutors) in varying part-time capacities.

Has a longitudinal communication curriculum been implemented? Yes.

In which semesters is communicative and social competence taught? Semesters 1, 3, 4, 6 & 7 in the undergraduate medical degree and dental degree programs.

Which teaching formats are used? Lecture, group work, role play, discussion, work with simulated patients, video training, bedside teaching.

In which semesters is communicative and social competence assessed? Third-semester OSCE (dentistry); fourth-semester OSCE (medicine); tenth-semester OSCE (medicine); test-like character in semesters 3, 4 and 6 of the medical and dental degree programs, semester 7 in medicine.

Which assessment formats are used? Graded participation, video-recorded test interview, OSCE.

Who is entrusted with development and implementation? In terms of content, the University Clinic for Medical Psychology (development, implementation, ongoing development); in terms of structure, the Curricular Commission (for the overall curriculum) and the Vice Dean (for lecture coordination and organization).

Current professional roles of the authors

- Mag.a Dr.in rer. nat. Silvia Exenberger: Department of Medical Psychology, Medical University, Innsbruck. Clinical and health psychologist
- Priv.-Doz. Mag. Dr. phil. Martin Kumnig: Department of Medical Psychology, Medical University Innsbruck, Clinical and health psychologist
- Mag.a Dr.in rer. nat. Alexandra Huber: Department of Medical Psychology, Medical University Innsbruck, Clinical and health psychologist
- ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Prodingner, MME (Bern): Department of Hygiene and Medical Microbiology, Medical University Innsbruck, and Curricular Commission, Medical University Innsbruck
- Mag.a Dr.in rer. nat. Heidi Siller: Gender Medicine Unit, Medical University Innsbruck, Clinical and health psychologist
- Dr.in med. Elisabeth Medicus: General practitioner, Palliative medicine specialist, Lecturer at Medical University Innsbruck
- ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Erich Brenner, MME (Bern): Institute for Clinical and Functional Anatomy, Medical University Innsbruck
- o. Univ. Prof. Dr. med. univ. Gerhard Schüßler: Head of the Department of Medical Psychology, Medical University Innsbruck
- Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. rer. nat. Stefan Höfer: Department of Medical Psychology, Medical University Innsbruck, Clinical and health psychologist

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001455.shtml>

1. Attachment_1.pdf (57 KB)
Questionnaire

References

1. Spranz-Fogasy T. Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T, editor. Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr; 2010. p.27-116.
2. Del Canale S, Louis D, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. Acad Med. 2012;87(9):1243-1249. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182628fbf
3. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD003267. DOI: 10.1002/14651858
4. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: Powerful therapies or methodological bias? Eval Health Prof. 2003;26(2):166-179. DOI: 10.1177/0163278703026002003
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, Dietrich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Schegger S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. Patient Educ Couns. 2010;81:259-266. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.017
7. Med Uni Graz; Med Uni Innsbruck; Med Uni Wien; Paracelsus Med Privatuni. Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten. Innsbruck: Med Universität Innsbruck. Zugänglich unter/available from: <https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/docs/Oesterreichischer-Kompetenzlevelkatalog-fuer-Aerztliche-Fertigkeiten2011052....pdf>
8. Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wünsch 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

9. LimeSurvey. An Open Source survey tool, version 3.17.2. Hamburg: LimeSurveyGmbH; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.limesurvey.org>
10. Medizinische Universität Innsbruck. Studienplan für das Diplomstudium Humanmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck. Mitteilungbl Med Uni Innsbruck. 2018/19;47:183. Zugänglich unter/available from: https://www.i-med.ac.at/studium/docs/Studienplan_Q202_26_06_2017.pdf
11. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *Eu J Palliat Care*. 2013;20(2):86-91.
12. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015;373:747-755. DOI: 10.1056/NEJMra1404684
13. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP). Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. 2. überarbeitete Fassung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2009. Zugänglich unter/available from: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>
14. Elsner F, Cetto G, De Conno F, Ellershaw JE, Eychmüller S, Filbet M, Larkin P, Mason S; EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. Recommendations of the EAPC for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European Medical Schools. Vilvoorde, Belgium: European Association for Palliative Care - onlus; 2013. Zugänglich unter/available from: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20at%20European%20Medical%20Schools.pdf>
15. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsy JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
17. Brenner E, Maurer H, Moriggl B, Pomaroli A. General educational objectives matched by the educational method of a dissection lab. *Ann Anat*. 2003;185 Suppl 98:173.
18. Brenner E, Moriggl B, Pomaroli A, Maurer H, Herausgeber. Ideas for assessing educational objectives from different domains within the anatomical dissection course. In: AMEE 2003 - Relevance in Medical Education; 2003 Aug 31 - Sep 03; Bern, Switzerland. Bern (CH): AMEE; 2003.
19. Stofferin H, Hörmann R, Auer R, Plankenhorn J, Fritsch H. A novel dissection course with assessed competency skills: evaluation and perception. In: 114th Annual Meeting/33 Arbeitstagung der Anatomischen Gesellschaft; 2019 Sep 25-27; Würzburg, Germany. Würzburg: Anatomische Gesellschaft; 2019.
20. Stofferin H, Hörmann R, Fritsch H. Sezieranleitung 2019: Modul 2.01 Anatomie Teil 2 Wintersemester 2019/20. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck; 2019.
21. Legato MJ. Preface. In: Legato MJ, editor. Principles of gender-specific medicine. 2. Auflage. San Diego: Academic Press; 2004. p.xv-xvi. DOI: 10.1016/B978-0-12440905-7/50262-0
22. Song MM, Jones BG, Casanova RA. Auditing sex- and gender-based medicine (SGBM) content in medical school curriculum: a student scholar model. *Biol Sex Diff*. 2016;1 Suppl 7:40. DOI: 10.1186/s13293-016-0102-x
23. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: Rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev*. 2016;1(1):2. DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6
24. Schiebinger L, Stefanick ML. Gender matters in biological research and medical practice. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(2):136-138. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.11.029
25. Dielissen P, Verdonk P, Bottema B, Kramer A, Lagro-Janssen T. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):189-195. DOI: 10.1016/j.pec.2012.01.013
26. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl*. 2012;55:1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
27. Koerfer A, Albus C. Klinische Kommunikationsausbildung. In: Koerfer A, Albus C, editors. Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung; 2018. p.12-39.
28. Schultz JH, Schönmeyer J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven. *Gruppendyn*. 2007;38(1):7-23. DOI: 10.1007/s11612-007-0002-y
29. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *PSYMED*. 2005;2:3-12.
30. Lampe A, Purtscheller G, Wurm B, Heel G. Das Anamnesegespräch. In: Frischenschlager O, Hexel M, Kantner-Rumplmair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV, editors. Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Wien: Springer; 1995. p.329-343. DOI: 10.1007/978-3-7091-6602-4_29
31. Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Der biologisch psychische und soziale Zugang zum Patienten. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1992.
32. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, editor. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Muttentz: Schwabe Druckerei; 2013.
33. Langewitz W. Arzt-Patient-Gespräch: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, editors. Psychomatische Medizin - Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2017. p.293-304.
34. Zimmerli L, Battegay M, Martina B. Differenzialdiagnostisches Management. In: Battegay E, editor. Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten: Vom Symptom zur Diagnose. 21. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2017. p.54-69. DOI: 10.1055/b-004-129980

Corresponding author:

Assoz.-Prof. Mag. Dr. Stefan Höfer
Medical University Innsbruck, Department of Medical Psychology, Speckbacherstr. 23, A-6020 Innsbruck, Austria, Phone: +43 512 504 26227
stefan.hoefer@i-med.ac.at

Please cite as

Exenberger S, Kumnig M, Huber A, Proding WM, Siller H, Medicus E, Brenner E, Schößler G, Höfer S. Communicative and social competence in the medical curriculum of the Medical University of Innsbruck: learning objectives, content, and teaching methods. *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc59.
DOI: 10.3205/zma001455, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014553

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001455.shtml>

Received: 2020-03-08

Revised: 2020-09-30

Accepted: 2020-10-19

Published: 2021-03-15

Copyright

©2021 Exenberger 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/>.

Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizincurriculum der Medizinischen Universität Innsbruck: Lernziele, Inhalt und Didaktik

Zusammenfassung

Zielsetzung: Der Österreichische Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten benennt klar die Bedeutung des Trainings kommunikativer und sozialer Kompetenzen für die verschiedenen Lehrbereiche der Grundstudien Human- und Zahnmedizin. Dieser Beitrag hat zum Ziel, einen Überblick über Lehrveranstaltungen an der Medizinischen Universität Innsbruck zu geben, die explizit die Förderung von kommunikativen und sozialen Kompetenzen bei Medizinstudierenden zum Thema haben.

Methodik: Im Fokus dieses Beitrages stehen Beschreibungen durch die entsprechenden Dozierenden wie Kommunikation mit Patient*innen gelehrt wird. Ausführlich wird das Längsschnittcurriculum Ärztliche Gesprächsführung dargestellt. Beispielhaft werden die Lehrveranstaltungen der teils longitudinalen Curricula ethische Grundlagen im Seziernkurs, Palliativmedizin und Gender Medizin skizziert. Außerdem nahmen Dozierende (N=536) an einer Onlinebefragung teil, um Lehr- und Prüfungsinhalte zur Kommunikation mit Patient*innen abzubilden sowie den Stellenwert assoziierter Lehr- und Lernmethoden zu erfassen.

Ergebnisse: Die beispielhafte Beschreibung der Lehrenden von Lernzielen, Lehrinhalten und der verwendeten Didaktik für die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen gewährt einen Überblick über jene Lehrveranstaltungen, die einen Schwerpunkt auf dieses Themen legen bzw. das Thema in der Lehrveranstaltung bewusst ansprechen. Die Ergebnisse der Onlinebefragung geben einen groben Überblick zur Bewusstheit des Themas an der Universität. Die gelehrt Kompetenzen sind Bestandteile unterschiedlicher Prüfungsformate.

Schlussfolgerung: Für die Weiterentwicklung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in der Ausbildung von Medizinstudierenden ist es wichtig, die Lehrkonzepte der jeweiligen Lehrveranstaltungen untereinander zu kennen. Aktive Vernetzungsarbeit ist notwendig, um kommunikative und soziale Kompetenzen als roten Faden durchgängig in einem Medizincurriculum zu verankern.

Schlüsselwörter: Kommunikative Kompetenzen, Medizinstudium, Kommunikationsfähigkeit, Assessment, Ethik, Geschlechtsidentität, Palliativmedizin

Silvia Exenberger¹
Martin Kumnig¹
Alexandra Huber¹
Wolfgang M. Prodingner²
Heidi Siller³
Elisabeth Medicus⁴
Erich Brenner⁵
Gerhard Schüßler¹
Stefan Höfer¹

1 Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Innsbruck, Österreich

2 Medizinische Universität Innsbruck, Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Innsbruck, Österreich

3 Medizinische Universität Innsbruck, Gender Medicine Unit, Innsbruck, Österreich

4 Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

5 Medizinische Universität Innsbruck, Institut für Klinisch-Funktionelle Anatomie, Innsbruck, Österreich

1. Einleitung

Im beruflichen Alltag erleben Ärzt*innen immer wieder, wie wesentlich professionelle Kommunikation mit Patient*innen ist. Dadurch werden bspw. die psychosozialen Grundlagen für die zukünftige Einhaltung von ärztlichen Anweisungen sowie für die Kontrollüberzeugung von Patient*innen hergestellt [1]. Die Folgen gelungener vs. nicht-gelungener Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation sind

vielfach belegt ([2]; für einen Überblick: [3]). Di Blasi und Kleijnen (2003) konnten einen heilenden Effekt von Ärzt*in-Patient*in-Gesprächen nachweisen und sehen darin einen machtvollen Auslöser für Selbstheilungsprozesse [4]. Das ärztliche Gespräch stellt auch in Zeiten einer stark technologisierten Medizin die häufigste angewandte medizinische Intervention dar. Da alle Empfehlungen einer professionellen Medizinausbildung davon ausgehen, dass die Kommunikation zwischen Ärzt*in und Patient*in erlernt werden kann, ist die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen Bestandteil fast aller Reform-

Curricula [5], [6]. Auch der „Österreichische Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten“ [7], bei dessen Erstellung sich die Medizinischen Universitäten Österreichs auf einen gemeinsamen Mindestanforderungskatalog für ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten einigten, räumt den sozialen und kommunikativen Kompetenzen einen klaren Platz ein, wie auch in anderen deutschsprachigen Ländern üblich [8].

In diesem Artikel wird der Frage nachgegangen, wie dieser Mindestanforderungskatalog an der Medizinischen Universität Innsbruck umgesetzt wird. Ziel ist es, einen Überblick über Lehrveranstaltungen (LV) zu geben, deren Fokus explizit auf der Förderung von kommunikativen und sozialen Kompetenzen bei Medizinstudierenden liegt. Dies kann auch als Anregung für andere Lehrende dienen, Kommunikation mit Patient*innen direkt in unterschiedlichen LV anzusprechen.

2. Methodik

Um die Fragestellung zu beantworten und die Ziele zu erreichen wurden zwei methodische Zugänge gewählt:

1. Mithilfe des ersten Zuganges werden Informationen zur Darstellung von sozialen und kommunikativen Kompetenzen in der Lehre an der Medizinischen Universität Innsbruck online unter den Lehrenden erhoben, um einen Überblick über das Angebot an LV zum Thema kommunikative und soziale Kompetenzen zu erhalten (siehe Anhang 1). Der Fragebogen bestand aus 14 Fragen, um die aktuellen Lehr- und Prüfungsinhalte zu Kommunikation mit Patient*innen abzubilden und den Stellenwert dieses Themas an der Universität sowie dessen Wichtigkeit aus Sicht der Lehrenden zu erfassen. Im Januar 2020 wurde der Fragebogen über das Vizerektorat an alle Lehrenden der Human- und Zahnmedizin (N=536) versandt und mittels der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey 3.17.2 [9] durchgeführt.
2. Mit dem zweiten Zugang wird die Lehrveranstaltungsreihe Ärztliche Gesprächsführung (ÄGF) in der Tiefe beschrieben. Es handelt sich dabei um die einzige LV, die explizit und ausschließlich auf die Kommunikation mit Patient*innen fokussiert ist. Darüber hinaus wurden Dozierende allgemein eingeladen eine Kurzbeschreibung ihrer LV zu übermitteln, sofern sie Kommunikation mit Patient*innen darin ansprechen. Drei Lehrende (Palliativmedizin, Ethik im Seziernkurs, Gender Medizin) folgten dieser Einladung.

3. Ergebnisse

Zuerst werden die Ergebnisse der Onlinebefragung, die einen groben Überblick zur Fragestellung geben, vorgestellt. Anschließend werden die detaillierte Beschreibung des Längsschnittcurriculums ÄGF und drei LV, die das genannte Thema zum Inhalt haben, präsentiert.

3.1. Onlinebefragung

Von insgesamt 536 Personen, nahmen 256 Personen teil (47,8%). Ungefähr für die Hälfte der Teilnehmenden (N=106; 41,4%) ist die Kommunikation mit Patient*innen ein von ihnen bewusst angesprochenes Thema in der Lehre. Davon hält die Mehrheit (Gesamt N=97; 91,5%) pro Semester 2 bis 4 entsprechende LV (Modalwert=3) unterschiedlicher Formate (Module, Praktika, Vorlesungen, etc.), die von 5 bis 420 Studierenden besucht werden, ab. Die Anzahl der Studierenden in den jeweiligen LV sind durch die Art der Veranstaltung (Praktika vs. Vorlesung) bedingt. Die Kompetenzen zur Kommunikation mit Patient*innen werden vor allem als „Vortrag“ (N=60) und „Diskussion“ (N=59) vermittelt. Desweiteren werden „Patient*innen vorgestellt“ (N=39) und „Fallvignetten“ (N=39) genutzt. Zusätzlich waren „Lehre am Krankenbett“ (N=29) sowie die Erarbeitung von LV-Themen in Kleingruppen („Gruppenarbeit“, N=22) häufig verwendete Methoden. „Rollenspiele“ mit Mitstudierenden (N=12) und Simulationspersonen (N=9) fanden wesentlich seltener Anwendung. Am seltensten kamen „Videoanalysen von Gesprächen“ (N=7) zum Einsatz, bei denen entweder die Studierenden selbst in die Rolle des Arztes/der Ärzt*in schlüpften oder aufgezeichnete Gespräche zu Lehrzwecken gemeinsam besprochen wurden.

Die Onlinebefragung bezüglich unterschiedlich verwendeter Prüfungsformate ergab, dass schriftliche (N=41) und mündliche Prüfungen (N=37) am häufigsten und eine Kombination der beiden (N=3) am seltensten angewandt wurden. Eine praktische Prüfung bspw. in Form einer „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE) wurde 22 Mal genannt. Obwohl es einen Konsens unter den Befragten der Onlinebefragung gibt, dass die Vermittlung sozialer und kommunikativer Kompetenzen von großer Wichtigkeit sind, wiesen ein Großteil der Lehrenden (Gesamt N=83) gar kein oder wenig genaues Wissen zu diesbezüglich angebotenen Pflicht- (N=66) und Wahlfächern (N=72) auf.

3.2. Beschreibung von Ausbildungsangeboten an der Medizinischen Universität Innsbruck

Die Studienpläne für die Diplomstudien der Human- und Zahnmedizin richten in der Frühphase des Studiums ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung von psychosozialen Kompetenzen wie die Berufsfelderkundung und die ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns. Praktisches Training und gezielte Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung führen – gemeinsam mit dem Erwerb weiterer Basis-Skills (z.B. Blut abnehmen) – am Ende des 4. Semesters zur Famulatureife, die mittels dem Famulatur OSCE entsprechend dem „Österreichischen Kompetenzlevelkatalog“ [7] überprüft wird.

Grundsätzlich findet Kommunikation in den verschiedensten Lehrbereichen der Grundstudien Human- und Zahnmedizin statt. Zum einen handelt es sich um LV, die Kommunikation implizit als Lehrinhalt vermitteln (z. B. chirurgische Anamnese), zum anderen ist sie ein explizit

ausgewiesener Lehrinhalt (z. B. im longitudinalen Curriculum ÄGF). Im Folgenden werden die Pflichtlehrveranstaltung ÄGF im Detail und drei weitere LV beispielhaft beschrieben.

3.2.1. Longitudinales Curriculum ÄGF

Im Studienplan Humanmedizin (Studienjahr 2018/2019 [10]) werden die aktuellen Pflichtlehrveranstaltungen zum ÄGF beschrieben. Dieses über mehrere Semester aufbauende LV-Angebot zielt auf die Vermittlung von Kompetenzen für ärztliche Gesprächsführung ab. Eine erste theoretische Einführung in ÄGF findet im Rahmen der Vorlesung (VO) „Umgang mit dem kranken Menschen“ statt, das weiterführende longitudinale ÄGF-Curriculum beginnt im 3. Semester und wird semesterweise bis zum 7. Semester in Kleingruppen von 6 bis 12 Studierenden abgehalten (siehe Tabelle 1).

In den VO im 1. bzw. 3. Semester werden die theoretischen Grundlagen zum Arzt/Ärzt*in-Patient*in Gespräch dargestellt. In den Praktika werden die Studierenden von Lehrenden, die eine Ausbildung in der Vermittlung von Gesprächstechniken absolvierten, angeleitet. Zusätzlich werden Gespräche mit Patient*innen von ausgebildeten und supervidierten Tutor*innen begleitet.

Ein wesentlicher Bestandteil der Praktika ist die Übungsmöglichkeit mit und an Simulationspersonen (SP). Standardsituationen wie Anamnese, Aufklärungs- und Beratungsgespräche und das Überbringen schlechter Nachrichten werden realitätsnahe geübt. Kritische Momente im Gesprächsverlauf („Teachable Moments“) werden genutzt, um gemeinsam mit den Studierenden Verbesserungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Die von den Studierenden erworbenen Kompetenzen werden im Rahmen einer OSCE-Prüfung begutachtet. Dieses Training leistet einen wichtigen Beitrag zur Patient*innensicherheit, da alle Studierenden vor ihrem Einsatz an Patient*innen notwendige Schritte im Umgang mit Patient*innen in einem Simulationstraining geübt haben. In den LV werden die wesentlichen Elemente und Fertigkeiten für ein gelingendes patient*innenzentriertes Arzt/Ärzt*in-Patient*in-Gespräch vermittelt (siehe Tabelle 2). Im ersten Teil des ÄGF wird u. a. mit echten Patient*innen die Erhebung der biopsychosozialen Anamnese geübt. Die Studierenden erstellen einen schriftlichen Anamnesebefund, der beurteilt wird. Dies stellt für die Studierenden den ersten strukturierten Kontakt zu Patient*innen dar.

Eine didaktische Besonderheit der ÄGF-Praktika ist das Feedbacktraining. Bei allen interaktiven Übungen zur Gesprächsführung werden die Studierenden angehalten, anderen mehr darüber zu sagen, wie sie diese wahrnehmen (Feedback geben) bzw. zu erfahren, wie sie von anderen gesehen werden (Feedback annehmen). Die Studierenden nehmen beim Rollenspiel die Rolle des Arztes/der Ärzt*in ein und reflektieren positive sowie negative Elemente ihres Verhaltens. Um Regeln für das Geben von Feedback zu erwerben, wurde an der Univ.-Klinik für

Medizinische Psychologie ein Online-Feedbackkurs erstellt, den alle Studierenden im ersten ÄGF-Praktikum erfolgreich absolvieren müssen. Dort werden Feedbackregeln vorgestellt und anhand von Videobeispielen praktisch demonstriert. Abschließend formulieren die Studierenden selbst ein Feedback zu einer bestimmten Videosequenz aus, das mit in die Beurteilung der LV einfließt. In allen weiteren ÄGF-Praktika wird auf die adäquate Anwendung der Feedbackregeln geachtet.

Aufgrund dessen, dass der Großteil der im ÄGF-Curriculum angebotenen LV, die kommunikative Inhalte sowie ein Training der sozialen Kompetenzen der zukünftigen Ärzt*innen beinhalten, als prüfungsimmanente Pflicht-LV im Rahmen der curricularen Lehre geführt werden, erfolgt eine systematische Beurteilung des Studienerfolgs. Es wird die aktive Mitarbeit der Studierenden in den einzelnen LV beurteilt. Sie erhalten durch gezieltes Feedback der Lehrenden eine Rückmeldung zu ihrer Leistung (z.B. im Rahmen durchgeführter Videoanalysen). Während die Videoanalysen in den LV in den Semestern 3 bis 6 als Lehrmethode dienen, erfolgen im Rahmen der letzten ÄGF-Pflichtveranstaltung Videoanalysen, deren Ergebnisse zusätzlich zur Mitarbeit zur Beurteilung des Studienerfolgs herangezogen werden.

Am Ende des 4. Semesters findet ein Disziplinen übergreifender OSCE statt, der die Famulaturreife der Studierenden praktisch überprüft. Er umfasst unter anderem die Überprüfung von medizinischen Kernkompetenzen wie zum Beispiel eine biopsychosoziale Anamnese, wobei sich die Durchführung auf SP stützt. Die Interaktion mit SP wird standardmäßig mit Checklisten bewertet und zählt anteilig zum Stationsscore. Um die Objektivität und Reliabilität in der Prüfungssituation zu gewährleisten, werden die SP regelmäßig auf die aktuellen Prüfungsfelder trainiert.

Bevor die Studierenden das letzte Studienjahr (Klinisch-Praktisches Jahr, KPJ) an verschiedensten Lehrkliniken absolvieren, wird ein aus 11 klinischen Fächern rekrutierter interdisziplinärer OSCE (KPJ-OSCE, 10. Semester) an 8 Stationen absolviert. Im KPJ-OSCE wird an den Stationen mit SP (ca. 70% der Stationen) die Interaktion mit den SP in gleicher Weise mittels Checkliste bewertet und in den Gesamtscore jeder Station miteinbezogen.

Im Human- und Zahnmedizinstudium erfolgen laufende Implementierungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung der ÄGF-Lehre. Von 2010 bis 2012 wurde ein Lehrprojekt im Rahmen des „Clinical Skills Lab“ durchgeführt, um Studierenden das Lernen von Gesprächsführungskompetenz durch den Einsatz von SP zu ermöglichen. Das Projekt ermöglichte gezielte Fortbildungen (z.B. europäische Lehr- und Prüfungsstandards) für das Lehrpersonal, die Entwicklung neuer Lehrtechniken (z.B. Feedbacktraining) und -materialien. Diese Implementierungsmaßnahmen wurden damals im Hinblick auf den Einfluss der Veränderungen im Curriculum und der Lehrmethodik im Längsschnitt auf das kommunikative und soziale Kompetenzerleben der Studierenden evaluiert. Die Studierenden berichteten damals nach Einführung der Übungsmöglichkeit

Tabelle 1: Studienplan Humanmedizin

Semester	Titel	Workload gesamt	ECTS-Punkte
1. Semester	Umgang mit dem kranken Menschen (VO)	190	7,5
3-4. Semester	Ärztliche Gesprächsführung 1 (VO)	13	0,5
	Ärztliche Gesprächsführung 2 (PR)	25	1,0
6. Semester	Ärztliche Gesprächsführung 3 (PR)	15	0,5
7. Semester	Ärztliche Gesprächsführung 4 (PR)	13	0,5

Tabelle 2: Trainingsablauf der Lernveranstaltungen

Lernziele	Inhalte	Didaktik	Prüfungsformat
Ganzheitliche Erfassung von Patient*innen beim Erstkontakt	- Bio-psycho-soziale Gesprächsführung (z. B. [29]) im Rahmen der Anamneseerhebung [30] - Leitfaden zur Anamneseerhebung [31]	- Kleingruppenarbeit zur Erarbeitung eines Anamneseschemas aufgrund eigener Erfahrungen - Vortrag - Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Diskussion	Teil des OSCE Beurteilungskataloges
Aktives Zuhören als empathische Gesprächsgrundhaltung	Gezielter Einsatz non-verbaler und paraverbalen Elemente [32]	Interaktive Übung mit anschließender Selbstreflexion	Teil des OSCE Beurteilungskataloges
Führung und Anwendung patient*innenzentrierter Kommunikation	- NURSE [15] – Umgang mit Emotionen und Unterstützung der Patient*innen in ihrer emotionalen Verarbeitung - Warten-Wiederholen-Spiegeln- Zusammenfassen (WWSZ-Techniken, [33])	- Vortrag - Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Videobeispiele (Lernen am Modell) - Diskussion	- Immanenter Prüfungscharakter (Mitarbeit, Feedback bei Videoanalysen) - SPs mit Videoanalysen
Führung und Anwendung arzt/ärztinnenzentrierter Kommunikation	Geschlossene und offene Fragen, Vermeidung von Suggestivfragen [33]	- Vortrag - Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Diskussion	Teil des OSCE Beurteilungskataloges
Strukturierung eines Gesprächs	- Buchmetapher [34] - Weitere Elemente der Strukturierung: Zeitlimit, Ankündigung eventueller Störungen u.ä.	- Gruppenübung zur Erarbeitung einer Gesprächsstruktur - Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Videobeispiele (Lernen am Modell) - Diskussion	- Immanenter Prüfungscharakter (Mitarbeit, Feedback bei Videoanalysen) - SPs mit Videoanalysen
Umgang mit Differenzen	Konstruktiver Umgang mit anbahnenden Konflikten zw. Arzt/Ärztin und Patient*in [32]	- Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Konflikten im Plenum - Vortrag - Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Diskussion	- Immanenter Prüfungscharakter (Mitarbeit, Feedback bei Videoanalysen) - SPs mit Videoanalysen
Empathische Überbringung schlechter Nachrichten	6-Schritte Protokoll zur Überbringung schlechter Nachrichten (A six-step protocol for delivering bad news, SPIKES, [16])	- Rollenspiele mit Feedback von Studierenden und Lehrperson - Diskussion	- Immanenter Prüfungscharakter (Mitarbeit, Feedback bei Videoanalysen) - SPs mit Videoanalysen

ten mit SPs im Mittel über eine signifikant höhere Sicherheit bezüglich ihrer Kommunikationskompetenzen als zuvor. Sie profitieren vor allem in den Bereichen der persönlichen Entwicklung, der Vorbereitung auf den Patient*innenkontakt und neuer Gesprächstechniken.

3.2.2. Palliativmedizin

Bei der Betreuung von Menschen mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung ist die Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen essenziell [11]. Spezifische Kommunikationsthemen in der Palliativbetreuung sind das prognostische Gespräch, die Therapiezielbestimmung in uneindeutigen Situationen in Abstimmung mit den Patient*innen, die Betreuungs- und Behandlungsplanung für krisenhafte Situationen (Advance Care Planning) und das Gespräch, wie die letzte Lebensphase zum Tod hin ablaufen wird [12], [13].

Palliativmedizin ist ein Pflichtfach im Humanmedizinstudium (VO im 8. Semester). Etwa 15-20% der Inhalte beziehen sich auf diese spezifischen Kommunikationsthemen (entsprechend den Empfehlungen der European Association of Palliative Care, EAPC [14]), die theoretisch vermittelt und anhand von Fallvignetten veranschaulicht werden. Dabei kommen Kommunikationsmodelle (NURSE [15]; SPIKES [16]) zur Anwendung.

Im Wahlfach „Seminar Palliativmedizin“ wird dieses Wissen vertieft. Dies erfolgt durch Übungen im Aktiven Zuhören, Kontakte mit Angehörigen und, wenn möglich, mit

Patient*innen mit einem klaren Kommunikationsauftrag abhängig von der gegebenen Situation (z. B. Sterbewunsch) und anschließender Diskussion und Analyse dieser Gespräche im Seminar. Starke, manchmal konfliktvolle Emotionen, wie sie in Zusammenhang mit Verlust Erfahrungen bei Patient*innen und Angehörigen auftreten, erfordern eine soziale und reflektierende Kompetenz hinsichtlich der eigenen Haltung zu Sterben und Tod und der Rolle von Ärzt*innen bei der Betreuung von Menschen am Lebensende.

3.2.3. Ethische Grundlagen am Beispiel „Ethik im Sezierkurs“

Der topographische Sezierkurs, den die Studierenden im 3. Semester (9,5 Semesterwochenstunden) verpflichtend absolvieren, bietet eine Möglichkeit – aufgrund seines Umfangs und seiner Kleingruppenbildung – kommunikative und soziale Kompetenzen zu integrieren. Bereits 2003 haben Institutsmitarbeiter*innen eine Ableitung intermediärer Lehrziele aus dem damaligen Qualifikationsprofil der Medizinischen Universität (als Set von generellen Lehrzielen) durchgeführt und einige Lehrziele aus dem Bereich der kommunikativen Kompetenzen identifiziert [17]:

1. Verhaltensweisen zum Umgang mit dem Verstorbenen einhalten und begründen,
2. sich mittels praktischer Anwendung der Terminologie im klinischen und wissenschaftlichen Kontext sowohl

mündlich als auch schriftlich präzise und verständlich mitteilen, und

3. eine angemessene und genaue Dokumentation der Tätigkeit durchführen.

Da sich diese Kompetenzen nicht durch die in Sezierkursen üblichen mündlichen Testate und/oder Spotter-Tests überprüfen lassen, wurden wöchentliche individuelle strukturierte Beobachtungen und die Anfertigung eines Portfolios als Kleingruppenarbeit eingeführt [18]. Ähnlich der Implementation an anderen Medizinischen Universitäten/Fakultäten wurde eine Begleitveranstaltung „Ethik im Sezierkurs“ konzipiert. Die Neugestaltung des Sezierkurses 2019 basiert nun auf dem CanMEDs Rahmen 2015 (Canadian Medical Education Directives for Specialists). Dabei wurde aus dem Kompetenzrahmen des Kommunikators die Kompetenz „schriftliche und elektronische Informationen über die medizinische Begegnung zu dokumentieren und auszutauschen, um die klinische Entscheidungsfindung, die Patientensicherheit, die Vertraulichkeit und den Datenschutz zu optimieren“ für den Sezierkurs extrahiert [19]. Diese Kompetenzen üben die Studierenden mit allen Aufgabenstellungen im „Team Based Learning“, d. h. alle im Portfolio angeführten Texte sollen zeitgerecht fertiggestellt und effektiv geschrieben sein. Die Privatsphäre der Körperspender*innen soll immer gewahrt bleiben, was später in der Behandlung von Patient*innen auch von großer Bedeutung sein wird [20].

3.2.4. Gender Medizin

Gender Medizin (GM) befasst sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden von sex (biologisches Geschlecht) und gender (sozio-kulturelles Konzept von Geschlecht) hinsichtlich „normalen“ Funktionierens, Krankheit, Diagnostik und in der Behandlung von Erkrankungen [21]. In den vergangenen Jahren wurde GM um weitere Aspekte der Diversität (z. B. Herkunft) ergänzt. Diese sex-, gender- und diversitätsspezifischen Merkmale finden in der medizinischen Ausbildung [22] und Forschung [23], [24] sowie in der Arbeit mit Patient*innen Platz. Empfohlen wird die Berücksichtigung von sex, gender und Diversitätsmerkmalen auch in der Gesprächsführung [25]. GM findet sich als longitudinal implementierte Thematik in allen medizinischen Curricula. Damit soll Wissen zu den Begriffen und zu sex-, gender- und diversitätsspezifischer Diagnostik und Behandlung (z. B. Genderbias in Diagnostik), Bewusstsein und Reflexion in der Interaktion mit Patient*innen (z. B. heteronormative Vorannahmen) sowie Sensibilisierung für diese Merkmale in der Forschung nachhaltig verankert werden. Neben VO zur Wissensvermittlung und Sensibilisierung von sex-, gender- und diversitätsspezifischen Merkmalen in Erkrankungen und Behandlung im 3. und 9. Semester Humanmedizin, sowie im 1. und 3. Semester des Bachelorstudiums „Molekulare Medizin“ werden einzelne Bereiche in Seminaren vertieft. Wahlfachseminare umfassen Themen zu Sexualität oder Diversität in Bezug auf Resilienz, Migration, und kulturelle Kompetenz, um gender- und diversitätsspezifische Aspekte im Hilfesuchverhalten und bei Machtbeziehungen

und Privilegien zu beleuchten. Das Pflichtseminar fokussiert auf gender-spezifische Aspekte der interpersonellen Gewalt, worin der Umgang mit gender- und diversitätsspezifischen Aspekten auch in der praktischen Umsetzung diskutiert und so kulturelle und soziale Kompetenzen angesprochen werden. In Seminaren im PhD-Studium wenden Studierende Wissen zu sex-, gender- oder diversitätsspezifischen Merkmalen auf ihren Forschungsbereich an.

4. Diskussion

4.1. Organisation und strukturelle Verankerungen

Aus den Studienplänen für die Diplomstudien der Human- und Zahnmedizin Es wird ersichtlich, dass im späteren Verlauf des Studiums keine LV mit explizitem Fokus auf soziale und kommunikative Kompetenzen mehr angeboten werden. Dies kann auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein wie bspw. auf die Personalintensivität dieser Art von Lehre oder die vermehrte Weiterbildung der Lehrkörper um Technik und Haltung adäquat lehren zu können [26]. Die kontinuierliche Fortführung der Lehre mit explizitem Fokus auf kommunikative und sozialen Kompetenzen über die gesamte Ausbildungsdauer wäre jedoch notwendig, da nur durch kritisches und wiederholtes Üben ein medizinisches Arbeiten mit „Herz und Hand“ erreicht werden kann, um strukturellen Defiziten in der Kommunikationsausbildung entgegenzuwirken [27].

4.2. Qualitätssicherung und Evaluation

Laufende interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen Fortbildungs- und Trainingseinheiten für ÄGF-Lehrende (z.B. Basel Consensus Statement, [6]), Feedbacktraining zur Entwicklung von Rollenskripten für SP nach dem Heidelberger Modell [28]. Neu eintretende Lehrende und studentische Tutor*innen erhalten neben einer allgemein theoretischen Einschulung eine spezifisch didaktisch-praktische Einschulung zu den später eigenständig abzuhaltenden Lehrveranstaltungen bzw. Tutorien. Dadurch wird vor allem der Unterricht nach einem möglichst von allen Lehrenden verwendeten ÄGF-Lehr- und Lernkonzepts sichergestellt.

4.3. Hat sich die Kommunikationskultur verändert?

Bis 2002 enthielten die Curricula für Human- oder Zahnmediziner*innen keine standardisierte Ausbildung in Gesprächsführung und Patient*innenuntersuchung. Seither hat sich durch die Aufnahme der ÄGF-LV und einer erweiterten Integration der Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in anderen medizinischen Fächern der Stellenwert des Kommunikationsunterrichts verbessert. In der im Januar 2020 an der Medizinischen

Universität Innsbruck durchgeführten Onlinebefragung zum Thema kommunikative und soziale Kompetenzen schätzten 60% Teilnehmer*innen ein, dass der Lehrinhalt „Kommunikation mit Patient*innen“ einen wichtigen bzw. sehr wichtigen Stellenwert an der Universität einnimmt. Die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen während des Medizinstudiums ist für 99% der Teilnehmer*innen wichtig bzw. sehr wichtig.

Grundlegende Gesprächskompetenzen wie bspw. das eigenständige Führen eines Anamnesegesprächs, die Anwendung spezifischer Interventionstechniken werden von Studierenden als wesentliche Voraussetzung für den späteren Beruf angesehen. Die angewandte Didaktik erlaubt den Studierenden in einem geschützten Rahmen den Umgang mit Patient*innen in schwierigen Situationen zu erproben, welcher in der klinischen Praxis kaum zu realisieren wäre (z. B. das Mitteilen einer Krebsdiagnose). Durch Feedbackrunden erhalten die Studierenden des Weiteren gezielte Rückmeldungen zu ihren Gesprächen, so dass sie ihre Fertigkeiten jeweils neu reflektieren und durch weitere Übungssequenzen gezielt ausbauen können.

Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Lehrevaluation konnte bestätigt werden, dass sich nicht nur das Interesse der Studierenden an der ärztlichen Gesprächsführung erhöht hat, sondern es haben sich auch die Leistungen der Studierenden durch den systematischen Unterricht verbessert. Das Ergebnis der Onlinebefragung, dass Lehrende kaum Wissen über angebotene Pflicht- und Wahlfächern zum Thema kommunikative und soziale Kompetenzen haben, macht deutlich, dass Vernetzungsarbeit unter den Lehrenden zu diesem Thema notwendig ist. Wenngleich ein Großteil der Teilnehmer*innen angab über diverse Ausbildungen (z.B. Psychotherapie) zu verfügen und damit sich selbst als qualifiziert erachteten, didaktische Kompetenzen zur Vermittlung von ärztlichen Kommunikationstechniken zu besitzen, nahm lediglich eine Minderheit spezifische didaktische Zusatzausbildungen für die Vermittlung von Kommunikationstechniken als Lehrende im spezifischen Kontext des Medizinstudiums in Anspruch. Um kommunikative und soziale Kompetenzen bewusst als Lehrinhalt der eigenen Lehre wahrzunehmen und die Bereitschaft explizit Anteile in die Lehre einzubauen, empfehlen wir vermehrte Fortbildungsangebote mit Schwerpunkt auf Vermittlungstechniken zur Lehre von sozialen und kommunikativen Kompetenzen für Lehrende.

Mediziner*innenausbildung und Medizinausübung werden sich – getrieben vor allem durch die Digitalisierung – radikal ändern. Der Stellenwert einer effektiven Kommunikation von Ärzt*innen mit Patient*innen wird für zukünftige Ärzt*innen dadurch zunehmen. Insofern muss die universitäre Ausbildung diesen Aspekt in Zukunft deutlich stärker priorisieren.

Steckbrief

Name des Standorts: Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Studienfach/Berufsgruppe: Humanmedizin, Zahnmedizin, molekulare Medizin

Anzahl der Lehrenden pro Jahr bzw. Semester: wissenschaftliches Personal an der gesamten Medizinischen Universität, welches in unterschiedlichem Aufmaß auch an der Lehre beteiligt ist: 1100; unterstützt durch 200 studentische Mitarbeiter*innen (Tutor*innen) in unterschiedlichem Stundenausmaß

Ist ein longitudinales Kommunikationscurriculum implementiert? ja

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen unterrichtet? 1., 3., 4., 6. & 7. Semester Human- bzw. Zahnmedizin

Welche Unterrichtsformate kommen zum Einsatz? Vortrag, Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Diskussion, Arbeit mit Simulationspersonen, Videotraining, Bedside Teaching

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen geprüft? 3. Semester OSCE (Zahnmedizin); 4. Semester OSCE (Humanmedizin); 10. Semester OSCE (Humanmedizin); prüfungsimmanenter Charakter im 3., 4. und 6. Semester Human- und Zahnmedizin, 7. Semester Humanmedizin

Welche Prüfungsformate kommen zum Einsatz? immanente Mitarbeit, videografiertes Prüfungsgespräch, OSCE-Prüfung

Wer ist mit der Entwicklung und Umsetzung betraut? inhaltlich: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie (Entwicklung, Durchführung, Weiterentwicklung), formell: Curricularkommission (für Gesamtcurriculum) und Vize-Rektorat (für Lehrbeauftragung und Organisation)

Aktuelle berufliche Rolle der Autor*innen

- Mag.a Dr.in rer. nat. Silvia Exenberger: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck, Klinische- und Gesundheitspsychologin
- Priv.-Doz. Mag. Dr. phil. Martin Kumnig: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe
- Mag.a Dr.in rer. nat. Alexandra Huber: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck, Klinische- und Gesundheitspsychologin
- ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Proding, MME (Bern): Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck sowie Curricularkommission, Medizinische Universität Innsbruck
- Mag.a Dr.in rer. nat. Heidi Siller: Gender Medicine Unit, Medizinische Universität Innsbruck, Klinische- und Gesundheitspsychologin

- Dr.in med. Elisabeth Medicus: Ärztin für Allgemeinmedizin, Spezialisierung Palliativmedizin, Lehrbeauftragte an der Medizinischen Universität Innsbruck
- ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Erich Brenner, MME (Bern): Institut für Klinisch-Funktionelle Anatomie, Medizinische Universität Innsbruck
- o. Univ. Prof. Dr. med. univ. Gerhard Schüßler: Direktor der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck
- Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. rer. nat. Stefan Höfer: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck, Klinischer und Gesundheitspsychologe

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2021-38/zma001455.shtml>

1. Anhang_1.pdf (4462 KB)
Fragebogen

Literatur

1. Spranz-Fogasy T. Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T, editor. Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr; 2010. p.27-116.
2. Del Canale S, Louis D, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonella JS. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*. 2012;87(9):1243-1249. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182628fbf
3. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267. DOI: 10.1002/14651858
4. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: Powerful therapies or methodological bias? *Eval Health Prof*. 2003;26(2):166-179. DOI: 10.1177/0163278703026002003
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, Dietrich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Schegger S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81:259-266. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.017
7. Med Uni Graz; Med Uni Innsbruck; Med Uni Wien; Paracelsus Med Privatum. Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten. Innsbruck: Med Universität Innsbruck. Zugänglich unter/available from: <https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/docs/Oesterreichischer-Kompetenzlevelkatalog-fuer-Aerztliche-Fertigkeiten2011052....pdf>
8. Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wünsch 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
9. LimeSurvey. An Open Source survey tool, version 3.17.2. Hamburg: LimeSurvey GmbH; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.limesurvey.org>
10. Medizinische Universität Innsbruck. Studienplan für das Diplomstudium Humanmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck. *Mitteilungsbl Med Uni Innsbruck*. 2018/19;47:183. Zugänglich unter/available from: https://www.i-med.ac.at/studium/docs/Studienplan_Q202_26_06_2017.pdf
11. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *Eu J Palliat Care*. 2013;20(2):86-91.
12. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*. 2015;373:747-755. DOI: 10.1056/NEJMra1404684
13. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP). Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. 2. überarbeitete Fassung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; 2009. Zugänglich unter/available from: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>
14. Elsner F, Cetto G, De Conno F, Ellershaw JE, Eychmüller S, Filbet M, Larkin P, Mason S; EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. Recommendations of the EAPC for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European Medical Schools. Vilvoorde, Belgium: European Association for Palliative Care - onlus; 2013. Zugänglich unter/available from: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>
15. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulskey JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
17. Brenner E, Maurer H, Moriggl B, Pomaroli A. General educational objectives matched by the educational method of a dissection lab. *Ann Anat*. 2003;185 Suppl 98:173.
18. Brenner E, Moriggl B, Pomaroli A, Maurer H, Herausgeber. Ideas for assessing educational objectives from different domains within the anatomical dissection course. In: AMEE 2003 - Relevance in Medical Education; 2003 Aug 31 - Sep 03; Bern, Switzerland. Bern (CH): AMEE; 2003.

19. Stofferin H, Hörmann R, Auer R, Plankenhorn J, Fritsch H. A novel dissection course with assessed competency skills: evaluation and perception. In: 114th Annual Meeting/33 Arbeitstagung der Anatomischen Gesellschaft; 2019 Sep 25-27; Würzburg, Germany. Würzburg: Anatomische Gesellschaft; 2019.
20. Stofferin H, Hörmann R, Fritsch H. Sezieranleitung 2019: Modul 2.01 Anatomie Teil 2 Wintersemester 2019/20. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck; 2019.
21. Legato MJ. Preface. In: Legato MJ, editor. Principles of gender-specific medicine. 2. Auflage. San Diego: Academic Press; 2004. p.xv-xvi. DOI: 10.1016/B978-012440905-7/50262-0
22. Song MM, Jones BG, Casanova RA. Auditing sex- and gender-based medicine (SGBM) content in medical school curriculum: a student scholar model. *Biol Sex Diff.* 2016;1 Suppl 7:40. DOI: 10.1186/s13293-016-0102-x
23. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: Rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev.* 2016;1(1):2. DOI: 10.1186/s41073-016-0007-6
24. Schiebinger L, Stefanick ML. Gender matters in biological research and medical practice. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67(2):136-138. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.11.029
25. Dielissen P, Verdonk P, Bottema B, Kramer A, Lagro-Janssen T. Expert consensus on gender criteria for assessment in medical communication education. *Patient Educ Couns.* 2012;88(2):189-195. DOI: 10.1016/j.pec.2012.01.013
26. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55:1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
27. Koerfer A, Albus C. Klinische Kommunikationsausbildung. In: Koerfer A, Albus C, editors. Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung; 2018. p.12-39.
28. Schultz JH, Schönmeyer J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven. *Gruppendyn.* 2007;38(1):7-23. DOI: 10.1007/s11612-007-0002-y
29. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *PSYMED.* 2005;2:3-12.
30. Lampe A, Purtscheller G, Wurm B, Heel G. Das Anamnesegespräch. In: Frischenschlager O, Hexel M, Kantner-Rumplair W, Ringler M, Söllner W, Wisiak UV, editors. Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Wien: Springer; 1995. p.329-343. DOI: 10.1007/978-3-7091-6602-4_29
31. Adler R, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. Der biologisch psychische und soziale Zugang zum Patienten. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1992.
32. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, editor. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Muttens: Schwabe Druckerei; 2013.
33. Langewitz W. Arzt-Patient-Gespräch: Patientenzentrierte Kommunikation. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, editors. Psychomatische Medizin - Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag; 2017. p.293-304.
34. Zimmerli L, Battegay M, Martina B. Differenzialdiagnostisches Management. In: Battegay E, editor. Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten: Vom Symptom zur Diagnose. 21. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2017. p.54-69. DOI: 10.1055/b-004-129980

Korrespondenzadresse:

Assoz.-Prof. Mag. Dr. Stefan Höfer
Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für
Medizinische Psychologie, Speckbacherstr. 23, A-6020
Innsbruck, Österreich, Tel.: +43 512 504 26227
stefan.hoefer@i-med.ac.at

Bitte zitieren als

Exenberger S, Kumnig M, Huber A, Proding WM, Siller H, Medicus E, Brenner E, Schüßler G, Höfer S. Communicative and social competence in the medical curriculum of the Medical University of Innsbruck: learning objectives, content, and teaching methods. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc59.
DOI: 10.3205/zma001455, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014553

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001455.shtml>

Eingereicht: 08.03.2020

Überarbeitet: 30.09.2020

Angenommen: 19.10.2020

Veröffentlicht: 15.03.2021

Copyright

©2021 Exenberger 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/>.