

What is communicative competence and how can it be acquired?

Abstract

The commentary deals with the question of what constitutes communicative competence (or communication skills) and to what extent findings regarding motor and social skills are transferable to the domain of communication. After a proposal for a definition, the commentary considers how learners acquire communicative competence and what needs to be considered from the trainers' perspective in order to support learners in their competence development.

The commentary does not claim to present all definitions of the concept of competence or communicative competence in a comprehensive way. Nor does it aim to present the current state of research. Our aim is to provide teachers and interested individuals in medical education with a pragmatic guide to how communicative competence can be taught and learned based on a skills model.

Keywords: communicative competence, communication skills, learning theory, acquisition of communication skills, transfer

Claudia Kiessling¹
Götz Fabry²

1 Universität Witten/Herdecke,
Fakultät für Gesundheit,
Lehrstuhl für die Ausbildung
personaler und
interpersonaler
Kompetenzen im
Gesundheitswesen, Witten,
Germany

2 Albert-Ludwigs-Universität,
Medizinische Fakultät,
Medizinische Psychologie &
Medizinische Soziologie,
Freiburg, Germany

1. Introduction

Communicative competence (or communication skills) is one of the central prerequisites for successful medical practice, of this there is probably no serious doubt [1]. However, there is less agreement whether and, if so, how communicative competence can be acquired [2], [3]. The answer to this question also depends on what we mean by communicative competence. In the literature, there is now a large number of explanatory models from various disciplines (e.g. medicine, psychology, sociology, linguistics, university didactics, communication sciences) that attempt to answer this question. A complete presentation of these explanatory models would go beyond the scope of this commentary.

We believe that it makes sense, particularly with regard to educational issues, to understand communicative competence as the situation-specific use of communicative skills [4]. Thus, the scientific findings on the teaching, acquisition and testing of skills are also valid for the field of clinical communication.

2. What is communicative competence?

When we deal with the question of whether and how we should teach communicative competence, we must first define what communicative competence actually is. Unfortunately, as in the discussion about the concept of

competence in general, there is no uniform definition. In the scientific literature, no systematic or clear distinction is made between "Communication Competence" and "Communication Skills". For example, the standard work by Silverman, Kurtz and Draper is entitled "Skills for Communicating with Patients", although it is probably the aim of the book to promote the acquisition of communicative competence even though the term "competence" does not appear in the book [5]. Thus, for pragmatic reasons it seems obvious and legitimate to use the concept of skills when we search for a definition of communicative competence and to ask the question of whether and, if so, what similarities exist between motor skills, social skills and communication skills.

According to Owen Hargie, who has developed a comprehensive concept of communication skills, a motor skill is an organised, coordinated, goal-oriented activity that involves a sequence of sensory, cognitive and motor mechanisms [6]. A skill can be learned, i.e. understanding and behaviour are built up step by step through repeated experience. A skill is also serial, i.e. there is an order and coordination of different processes and activities in a sequence.

However, perhaps a communication skill is less a motor skill than an interactional or social skill. Hargie defines a social skill as a process in which an individual applies a set of purposeful, interconnected, situational appropriate social behaviours that are learned and controlled [6]. Social skills include verbal and non-verbal behaviour, involve appropriate prompts and responses that require

timing and control of specific behaviour, and are influenced by contextual factors. Therefore, the process of couple dancing is an apt metaphor for social skills [7]: Each dancing partner brings with him/her own motives, e.g. to impress the other or to build a relationship. Couples complement each other in fluid, coordinated patterns. This requires a coordinated interlocking of the learned repertoire of both partners. Certain “moves” are expected or anticipated. If one cannot dance or tries a different dance step, it becomes difficult.

So where are the differences between motor and social skills? Social interaction is related to other people, i.e. one's own goals and the goals of others are included, and rules and routines are less strictly defined. As far as social skills are concerned, emotions and personal involvement play a greater role (self-esteem, acceptance, etc.). Perception in the process plays a greater role, as it is not only about the perception of the skill itself, but also about one's own reactions and the reactions of others. And personal factors also play a greater role (age, gender, origin etc.). A first hypothesis at this point would be that communicative competence is more similar to social skills than to motor skills [6].

Let us now look at the competence definition. By now a large number of definitions of the term competence do exist. In the didactic context of higher education, reference is often made to the Weinert's definition, who describes competencies as “the cognitive abilities and skills available to individuals or learnable by them to solve certain problems, as well as the associated motivational, volitional and social readiness and ability to use problem-solving in variable situations successfully and responsibly” [8]. Competences are therefore highly specific and can best be understood from the requirements side: We experience and evaluate a person as competent when he or she is able to solve certain tasks or meet certain requirements. Skills, on the other hand, can be understood as specific behavioral or action dispositions that must be organized and used in a situationally appropriate manner when solving a non-trivial task.

3. Proposal for a definition of communicative competence

If one now tries to bring together the ideas on social skills according to Hargie with the concept of competence according to Weinert, one could define communicative competence as follows:

Communicative competence is the ability to achieve communicative goals in a socially appropriate manner. It is organized and goal-oriented, i.e. it includes the ability to select and apply skills that are appropriate and effective in the respective context. It includes verbal and non-verbal behaviour. The application of communicative competence is serial, i.e. different processes and activities are coordinated in a typical sequence and require appropriate timing and control of specific behaviour. It is influenced by the behaviour of the other person and by

the context and requires the preparedness and willingness to communicate with the other person for the benefit of all. Communicative competence can be acquired, i.e. the necessary skills are built up step by step through repeated, reflected practice and experience [9], [10] quoted from [6].

4. How can learners acquire communicative competence?

When acquiring motor or cognitive skills, the prior experience of the learner is of central importance, because the design of the learning environment must be based on it [11], [12]. A learner with little experience must first get an overview and then build up a knowledge base (e.g. by reading, discussions etc.), while application initially plays a subordinate role. More experienced learners at an intermediate level benefit from worked examples and can focus more on specific problem solving [13]. In this way, experience-based knowledge and heuristics are built up and misconceptions can be corrected. High-level learners with a lot of prior experience can improve the accuracy and speed of their skills through repeated practice (Deliberate Practice) and transfer them to other contexts [14]. These considerations are also plausible against the background of findings on the use of cognitive resources (cognitive load) [15]: Since individual cognitive resources are basically limited, learning tasks should be designed in such a way that they are adapted to the level of expertise of the learners [16]. This can be illustrated well by the example of simulations, which are often used to train communication skills. In order to take the patient's history in a patient-centred manner, a student must know what to ask (the content of the history), listen attentively to the patient and control his or her conversational behaviour (e.g. ask open questions). At the same time however, he or she must pay attention to the patient's behaviour in order to notice emotional cues, for example, to which he or she can then react empathically (which in turn requires him or her to know how to do this). It is easy to imagine that students with little prior experience are quickly overwhelmed in such a situation because they have to consciously process many tasks, while experienced students at least partially have automated routines and can thus free up more cognitive resources, e.g. to deal with demanding content in a medical encounter (see [17]). Other important findings on the acquisition of skills relate to the transfer. First of all, it has been shown time and again that learners find it very difficult to transfer skills they have acquired in one context to another content domain. In order to better understand what this transfer is about, a distinction can be made between forward transfer (anticipating clinical practice while learning) and backward transfer (remembering learning when working clinically). In the case of backward transfer, it must be recognised that the current situation has similarities with the situation that has already been successfully mastered in the past [18]. Therefore, it is important to promote

forward transfer in studies by considering as many and different application contexts as possible already during learning, so that later backward recognition is easier. In principle, a close transfer that involves similar content (e.g., reacting empathetically to emotional reactions of children and adults) is easier to achieve than a distant transfer that involves different content areas: information-giving in medical conversations for instance, may have different requirements needing different skills in different contexts (e.g., conversations regarding curative vs. palliative treatment).

With regard to the above-mentioned matching of learning environment and level of expertise, a further distinction is useful: We speak of inward transfer when learning is facilitated by what has already been learned. This is the case, for example, when basic anatomical or biochemical knowledge can be used to learn basic clinical concepts (“Preparation for future Learning”) [19]. On the other hand, an outwardly directed transfer occurs when learning directly results in better problem-solving in clinical practice [20]. This distinction is important because, especially with little prior knowledge or experience, an outward transfer cannot be expected directly, but only indirectly when the corresponding knowledge structures closer to the problem have been established. Therefore, learning contents should not be judged hastily only by their usefulness for outward transfer.

By now, there is also some evidence on how transfer-promoting learning should look like [21]. First of all, a skill that is better mastered can be transferred more easily. For example, a student who has no difficulty whatsoever in responding empathetically to emotional cues from his patients when taking a history will also be able to do so relatively quickly in medical conversations focused on information-giving even if the content or other requirements are very demanding. Of course, this presupposes that sufficient learning time was available to learn the respective skill accordingly, which is often not the case in the practice of medical studies. The context-bound nature of skills can be counteracted by using contrasting examples from different content areas from the outset to illustrate deeper principles.

5. Conclusion

With the certainly incomplete considerations outlined here, we want to make clear that the understanding of communicative competence can benefit from understanding it as the situation-specific use of specific skills. We might then transfer what we already know about the acquisition of motor and other skills to the domain of communication, and this knowledge can help us to systematically train communicative competence. Of course, we need more scientific evidence for this claim, for example to check whether the transfer of knowledge postulated here, e.g. from the domain of clinical reasoning or motor skills, is actually permissible. We also need more applied research on various teaching formats, for example with

regard to the longitudinal development and acquisition of communication skills in both initial and continuing education and training. In the age of experiential learning, perhaps the question of what knowledge base is conducive or even necessary for the acquisition of communicative competencies has also been neglected. Even if this is only a personal statement, it is worth considering whether the learning environments that we are currently creating provide optimal support for learners to develop communicative competence in a sustainable way.

Notes

The commentary is based on a presentation given by the authors on 10.05.2019 at the KUSK Workshop 2019 in Grünberg (Germany).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
2. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach.* 2005;27(69):539-543. DOI: 10.1080/01421590500136501
3. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Week.* 2015;145:w14064. DOI: 10.4414/smw.2015.14064
4. Greene JO. Communication skill and competence. *Oxford Res Encyclop Comm.* 2016. DOI: 10.1093/acrefore/9780190228613.013.158
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. London: CRC Press; 2013.
6. Hargie O. Skill in theory: Communication as skilled performance. In: Hargie O, editor. *The handbook of communication skills.* London: Routledge; 2006. DOI: 10.4324/9780203007037
7. Pickering M. The dance of dialogue. *Psychol.* 2006;19(12):734-737.
8. Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE, editor. *Leistungsmessungen in Schulen.* Weinheim & Basel: Beltz; 2001. p.17-31.
9. Ridge A. A perspective of listening skills. In: Wolvin A, Coakley C, editors. *Perspectives on listening.* Norwood, NJ: Ablex; 1993. p.1-14.
10. Spitzberg B. Methods of interpersonal skill assessment. In: Greene J, Burlison B, editors. *Handbook of communication and social interaction skills.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2003. p.111-152. DOI: 10.4324/9781410607133-9
11. Fitts PM. Perceptual-motor skill learning. In: Melton AW, editor. *Categories of human learning.* New York: Academic Press; 1964. p.243-285. DOI: 10.1016/B978-1-4832-3145-7.50016-9

12. van Lehn K. Cognitive skill acquisition. *Ann Rev Psychol.* 1996;47(1):513-539. DOI: 10.1146/annurev.psych.47.1.513
13. Kalyuga S, Chandler P, Tuovinen J, Sweller, J. When problem solving is superior to studying worked examples. *J Educ Psychol.* 2001;93(3):579. DOI: 10.1037/0022-0663.93.3.579
14. Coughlan EK, Williams AM, McRobert AP, Ford PR. How experts practice: A novel test of deliberate practice theory. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* 2014;40(2):449-458. DOI: 10.1037/a0034302
15. Kalyuga S. Expertise reversal effect and its implications for learner-tailored instruction. *Educ Psychol Rev.* 2007;19:509-539. DOI: 10.1007/s10648-007-9054-3
16. van Merriënboer JJ, Sweller J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Med Educ.* 2010;44(1):85-93. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03498.x
17. Young JQ, van Merriënboer J, Durning S, ten Cate O. Cognitive Load Theory: Implications for medical education: AMEE Guide No. 86. *Med Teach.* 2014;36(5):371-384. DOI: 10.3109/0142159X.2014.889290
18. Salomon G, Perkins DN. Rocky roads to transfer - rethinking mechanisms of a neglected phenomenon. *Educ Psychol.* 1989;24(2):113-142. DOI: 10.1207/s15326985ep2402_1
19. Mylopoulos M, Woods N. Preparing medical students for future learning using basic science instruction. *Med Educ.* 2014;48(7):667-673. DOI: 10.1111/medu.12426
20. Castillo JM, Park YS, Harris I, Cheung JJ, Sood L, Clark MD, Kulasegaram K, Brydges R, Norman G, Woods N. A critical narrative review of transfer of basic science knowledge in health professions education. *Med Educ.* 2018;52(6):592-604. DOI: 10.1111/medu.13519
21. Romiszowski A. The development of physical skills: instruction in the psychomotor domain. In: Reigeluth CM, editor. *Instructional-design theories and models. A new paradigm of instructional theory.* Volume II, Chapter 19. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p.457-481.
22. Dunlosky J, Rawson KA, Marsh EJ, Nathan MJ, Willingham DT. Improving students' learning with effective learning techniques: Promising directions from cognitive and educational psychology. *Psychol Sci Public Interest.* 2013;14(1):4-58. DOI: 10.1177/1529100612453266

Corresponding author:

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling, MPH
 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit,
 Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und
 interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen,
 Pferdebachstr. 11, D-58445 Witten, Germany, Phone:
 +49 (0)2302/926-78607
 claudia.kiessling@uni-wh.de

Please cite as

Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc49.
 DOI: 10.3205/zma001445, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014457

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001445.shtml>

Received: 2020-04-10

Revised: 2020-07-10

Accepted: 2020-07-23

Published: 2021-03-15

Copyright

©2021 Kiessling 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/>.

Was ist kommunikative Kompetenz und wie kann man sie erwerben?

Zusammenfassung

Der Kommentar setzt sich mit der Frage auseinander, was kommunikative Kompetenz konstituiert und inwieweit Erkenntnisse bezüglich motorischer und sozialer Fertigkeiten auf die Domäne Kommunikation übertragbar sind. Nach einem Vorschlag für eine Definition erfolgen Überlegungen, wie Lernende kommunikative Kompetenz erwerben und was dabei aus Sicht der Dozierenden zu beachten ist, um Lernende bei ihrem Kompetenzaufbau zu unterstützen.

Der Kommentar erhebt nicht den Anspruch, sämtliche Definitionen des Kompetenzbegriffs oder kommunikativer Kompetenzen umfassend darzustellen. Es geht auch nicht um die Darstellung des aktuellen Forschungsstands. Unser Ziel ist eine pragmatische Handreichung für Lehrende und Anwender*innen in der medizinischen Ausbildung, wie – basierend auf einem Fertigkeiten-Modell – kommunikative Kompetenz vermittelt und gelernt werden können.

Schlüsselwörter: Kommunikative Kompetenz, Lerntheorie, Kompetenzerwerb, Transfer

Claudia Kiessling¹
Götz Fabry²

1 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen, Witten, Deutschland

2 Albert-Ludwigs-Universität, Medizinische Fakultät, Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie, Freiburg, Deutschland

1. Einleitung

Kommunikative Kompetenz ist eine der zentralen Voraussetzungen für erfolgreiches ärztliches Handeln, daran besteht vermutlich kein ernsthafter Zweifel [1]. Weniger Einigkeit besteht dagegen im Hinblick auf die Frage ob und wenn ja, wie man kommunikative Kompetenz erwerben kann [2], [3]. Die Antwort auf diese Frage hängt auch davon ab, was man unter kommunikativer Kompetenz versteht. In der Literatur finden sich mittlerweile eine Vielzahl von Erklärungsmodellen unterschiedlicher Disziplinen (z.B. Medizin, Psychologie, Soziologie, Linguistik, Hochschuldidaktik, Kommunikationswissenschaften), die sich bemühen, diese Frage zu beantworten. Eine vollständige Darstellung dieser Erklärungsmodelle würde den Rahmen dieses Kommentars sprengen.

Wir meinen, dass es gerade im Hinblick auf Ausbildungsfragen sinnvoll ist, kommunikative Kompetenz als den situationsgerechten Gebrauch kommunikativer Fertigkeiten (Skills) zu verstehen [4]. Damit haben die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Vermittlung, Erwerb und Prüfen von Fertigkeiten auch für den kommunikativen Bereich Gültigkeit.

2. Was ist kommunikative Kompetenz?

Wenn wir uns mit der Frage beschäftigen, ob und wie wir kommunikative Kompetenz unterrichten sollen, muss zunächst definiert werden, was kommunikative Kompetenz eigentlich ist. Leider gilt hier, wie in der Diskussion um den Kompetenzbegriff allgemein, dass es keine einheitliche Definition gibt. In der wissenschaftlichen Literatur wird weder systematisch noch trennscharf zwischen „Communication Competence“ und „Communication Skills“ unterschieden: So trägt das Standardwerk von Silverman, Kurtz und Draper zum Beispiel den Titel „Skills for Communicating with Patients“, obwohl es wahrscheinlich das Ziel des Buches ist, den Erwerb kommunikativer Kompetenz zu fördern und der Begriff „Competence“ im Buch gar nicht vorkommt [5]. Insofern erscheint es auch aus pragmatischen Gründen naheliegend und legitim, auf der Suche nach einer Definition für kommunikative Kompetenz auf das Konzept der Fertigkeiten (Skills) zurückzugreifen und die Frage zu stellen, ob und wenn ja, welche Gemeinsamkeiten es etwa zwischen motorischen bzw. sozialen und kommunikativen Fertigkeiten gibt.

Owen Hargie zufolge, der ein umfassendes Konzept von kommunikativen Fertigkeiten erarbeitet hat, ist eine motorische Fertigkeit eine organisierte, koordinierte, zielgerichtete Aktivität, die eine Abfolge von sensorischen, kognitiven und motorischen Mechanismen umfasst [6]. Eine

Fertigkeit kann gelernt werden, d.h. Verstehen und Verhalten werden Stück für Stück durch wiederholte Erfahrung aufgebaut. Eine Fertigkeit ist des Weiteren seriell, d.h. es gibt eine Reihenfolge und Koordination verschiedener Prozesse und Aktivitäten in einer Sequenz.

Vielleicht ist eine kommunikative Fertigkeit jedoch weniger eine motorische Fertigkeit, als eine interaktionale bzw. soziale Fertigkeit. Hargie definiert eine soziale Fertigkeit als einen Prozess, in dem ein Individuum eine Reihe von zielgerichteten, miteinander verbundenen, situativ angemessenen sozialen Verhaltensweisen anwendet, die gelernt und kontrolliert werden [6]. Soziale Fertigkeiten umfassen verbale und nonverbale Verhaltensweisen, beinhalten angemessene Aufforderungen und Antworten, die Timing und Kontrolle spezifischer Verhaltensweisen erfordern und werden von Kontextfaktoren beeinflusst. Daher ist der Prozess des Paartanzens eine treffende Metapher für soziale Fertigkeiten [7]: Jede*r Tanzpartner*in bringt eigene Motive mit, z.B. den anderen beeindrucken oder eine Beziehung aufzubauen zu wollen. Paare ergänzen sich in flüssigen, aufeinander abgestimmten Mustern. Dies erfordert ein koordiniertes Ineingreifen des gelernten Repertoires beider Partner*innen, bestimmte „Züge“ werden erwartet bzw. antizipiert. Wenn einer nicht tanzen kann oder einen anderen Tanzschritt ausprobiert, wird es schwierig.

Wo sind nun die Unterschiede zwischen motorischen und sozialen Fertigkeiten? Soziale Interaktion ist auf andere Menschen bezogen, d.h. eigene Ziele und Ziele anderer fließen ein, und Regeln und Routinen sind weniger strikt festgesetzt. Bei den sozialen Fertigkeiten spielen Emotionen und das Einbringen der eigenen Person eine größere Rolle (Selbstwert, Angenommensein etc.). Die Wahrnehmung im Prozess spielt eine größere Rolle, da es nicht nur um die Wahrnehmung der Fertigkeit selbst, sondern auch um eigene Reaktionen und die Reaktionen anderer geht. Und auch persönliche Faktoren spielen eine größere Rolle (Alter, Geschlecht, Herkunft etc.). Eine erste Hypothese wäre an dieser Stelle, dass kommunikative Kompetenz eher den sozialen als den motorischen Fertigkeiten zuzuordnen ist [6].

Kommen wir nun zum Kompetenzbegriff. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Definitionen des Begriffs Kompetenz. Im hochschuldidaktischen Kontext wird häufig auf die Definition von Weinert Bezug genommen, der Kompetenzen bezeichnet als „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ [8]. Kompetenzen sind also in hohem Maße spezifisch und können am ehesten von der Anforderungsseite her verstanden werden: Wir erleben und bewerten eine Person dann als kompetent, wenn sie in der Lage ist, bestimmte Aufgaben zu lösen bzw. bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Fertigkeiten dagegen können als spezifische Verhaltens- oder Handlungsdispositionen verstanden werden, die bei der Lösung

einer nicht trivialen Aufgabe organisiert und situationsgerecht eingesetzt werden müssen.

3. Vorschlag für eine Definition kommunikativer Kompetenz

Versucht man nun die Ideen zu den sozialen Fertigkeiten nach Hargie mit dem Kompetenzbegriff nach Weinert zusammenzubringen, könnte man kommunikative Kompetenz folgendermaßen definieren: Kommunikative Kompetenz ist die Fähigkeit, kommunikative Ziele in sozial angemessener Form umzusetzen. Sie ist organisiert und zielgerichtet, d.h. sie beinhaltet die Fähigkeit, dem Kontext angemessene und wirksame Fertigkeiten auszuwählen und anzuwenden. Sie umfasst verbale und nonverbale Verhaltensweisen. Die Anwendung kommunikativer Kompetenz ist seriell, d.h. verschiedene Prozesse und Aktivitäten werden in typischer Abfolge koordiniert und erfordert angemessenes Timing und die Kontrolle spezifischer Verhaltensweisen. Sie wird durch das Verhalten des Gegenübers und durch den Kontext beeinflusst und erfordert die Bereitschaft und den Willen, mit seinem Gegenüber zum Wohle aller zu kommunizieren. Kommunikative Kompetenz kann erworben werden, d.h. die dazu notwendigen Fertigkeiten werden Stück für Stück durch wiederholte, reflektierte Übung und Erfahrung aufgebaut [9], [10] zitiert nach [6].

4. Wie kann man kommunikative Kompetenz erwerben?

Beim Erwerb motorischer bzw. kognitiver Fertigkeiten sind die Vorerfahrung der Lernenden von zentraler Bedeutung, weil sich die Gestaltung der Lernumgebung daran orientieren muss [11], [12]. Ein Lernender mit wenig Erfahrung muss sich zunächst einen Überblick verschaffen und dann eine Wissensbasis aufbauen (z.B. durch Lesen, Diskussionen etc.), während die Anwendung zunächst eine untergeordnete Rolle spielt. Erfahrenere Lernende auf mittlerem Niveau dagegen profitieren z.B. von ausgearbeiteten Beispielen (Worked Examples) und können den Fokus stärker auf die konkrete Problemlösung legen [13]. Damit erfolgt der Aufbau von erfahrungsbasiertem Wissen und Heuristiken, Fehlannahmen können korrigiert werden. Lernende auf hohem Niveau mit viel Vorerfahrung dagegen, können durch wiederholtes Üben (Deliberate Practice) die Genauigkeit und Schnelligkeit ihrer Fertigkeiten sowie den Transfer in andere Kontexte verbessern [14]. Diese Überlegungen sind auch vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zur Inanspruchnahme kognitiver Ressourcen (Cognitive Load) plausibel [15]: Da die individuellen kognitiven Ressourcen grundsätzlich begrenzt sind, sollten Lernaufgaben so gestaltet werden, dass sie dem Expertisenniveau der Lernenden angepasst sind [16]. Das lässt sich gut am Beispiel von Simulationen verdeutlichen, die ja häufig bei der Vermittlung kommunikativer Fertig-

keiten eingesetzt werden: Um ein Anamnesegespräch patientenzentriert durchzuführen, muss eine Studierende z.B. nicht nur die Inhalte der Anamnese präsent haben, dem Patienten aufmerksam zuhören und ihr Gesprächsverhalten steuern (z.B. offene Fragen stellen), sondern gleichzeitig noch auf das Verhalten des Patienten achten, um etwa emotionale Reaktionen zu bemerken, auf die sie dann empathisch reagieren kann (wozu sie wiederum wissen muss, wie man das macht). Man kann sich leicht vorstellen, dass Studierende mit wenig Vorerfahrung in einer solchen Situation schnell überfordert sind, weil sie viele Aufgaben bewusst verarbeiten müssen, während erfahrene Studierende zumindest teilweise bereits über automatisierte Routinen verfügen und damit mehr kognitive Ressourcen freimachen können, um z.B. auf anspruchsvolle Inhalte in einem Aufklärungsgespräch einzugehen (vgl. [17]).

Weitere wichtige Erkenntnisse zum Erwerb von Fertigkeiten betreffen den Transfer. Zunächst hat sich immer wieder gezeigt, dass es Lernenden sehr schwer fällt, Fertigkeiten, die sie in einem bestimmten Zusammenhang oder Kontext erworben haben, auf einen anderen Inhaltsbereich zu übertragen. Um besser zu verstehen, worum es bei diesem Transfer geht, kann man zum einen zwischen vorwärts gerichtetem (im Studium die Praxis antizipieren) und rückwärts gerichtetem Transfer (sich in der Praxis an das Studium erinnern) unterscheiden. Beim rückwärtsgerichteten Transfer muss erkannt werden, dass die aktuelle Situation Ähnlichkeiten aufweist mit der Situation, die im Studium bereits erfolgreich bewältigt wurde [18]. Daher ist es wichtig, im Studium den vorwärts gerichteten Transfer zu fördern, indem möglichst viele und verschiedene Anwendungskontexte bereits beim Lernen berücksichtigt werden, so dass das spätere rückwärtsgerichtete Erkennen leichter fällt. Grundsätzlich gilt dabei, dass ein naher Transfer, der ähnliche Inhalte betrifft (z.B. empathisch auf emotionale Reaktionen von Kindern und Erwachsenen zu reagieren) leichter gelingt, als ein ferner Transfer, bei dem es um verschiedene Inhaltsbereiche geht: So stellen sich etwa bei Aufklärungs- und Informationsgesprächen je nach Inhalt andere Anforderungen, die möglicherweise andere Fertigkeiten erfordern (z.B. Aufklärungsgespräch bei einer kurativen vs. palliativen Behandlung).

Im Hinblick auf die oben bereits angeführte Abstimmung von Lernumgebung und Expertiseniveau ist eine weitere Unterscheidung sinnvoll: Von einem einwärts gerichteten Transfer spricht man dann, wenn Lernen durch bereits Gelerntes erleichtert wird. Das ist z.B. dann der Fall, wenn anatomische oder biochemische Grundlagenkenntnisse benutzt werden können, um grundlegende klinische Konzepte zu erlernen („Preparation for future Learning“) [19]. Von einem auswärts gerichteten Transfer dagegen spricht man dann, wenn das Lernen direkt dazu führt, dass Probleme in der Praxis besser gelöst werden können [20]. Diese Unterscheidung ist deshalb wichtig, weil insbesondere bei wenig Vorwissen oder Vorerfahrung nicht unmittelbar mit einem auswärts gerichteten Transfer gerechnet werden kann, sondern erst mittelbar, wenn

die entsprechenden problemnäheren Wissensstrukturen aufgebaut sind. Daher sollte man Lerninhalte nicht vornehmlich nur nach ihrer Zweckmäßigkeit für den Auswärtstransfer beurteilen.

Mittlerweile gibt es auch einige Erkenntnisse dazu, wie transferförderliches Lernen aussehen sollte [21]. Zunächst gilt, dass eine Fertigkeit, die besser beherrscht wird, auch leichter transferiert werden kann. Ein Studierender, der z.B. keinerlei Mühe hat, in Anamnesegesprächen auf emotionale Signale seiner Patienten empathisch zu reagieren, wird das relativ schnell auch in Informationsgesprächen umsetzen können, selbst wenn er dort inhaltlich bzw. aufgrund der anderen Anforderungen stark gefordert ist. Das setzt natürlich voraus, dass ausreichend Lernzeit zur Verfügung stand, um die jeweilige Fertigkeit dementsprechend gut zu lernen, was in der Praxis des Medizinstudiums häufig nicht der Fall ist. Der Kontextgebundenheit von Fertigkeiten kann entgegengewirkt werden, in dem von Beginn an kontrastierende Beispiele aus verschiedenen Inhaltsbereichen herangezogen werden, um tieferliegende Prinzipien zu verdeutlichen.

5. Fazit

Mit den hier skizzierten, sicherlich unvollständigen Überlegungen wollen wir verdeutlichen, dass das Verständnis von kommunikativer Kompetenz davon profitieren kann, wenn man sie als den situationsgerechten Gebrauch spezifischer Fertigkeiten versteht. Dann nämlich, lässt sich das, was wir bereits über den Erwerb von motorischen und anderen Fertigkeiten wissen auch in die Domäne der Kommunikation übertragen, und dieses Wissen kann uns helfen, kommunikative Kompetenz systematisch zu vermitteln. Natürlich brauchen wir dazu noch mehr wissenschaftliche Evidenz, um etwa zu überprüfen, ob der hier postulierte Transfer von Erkenntnissen z.B. aus dem Bereich des Clinical Reasoning oder der motorischen Fertigkeiten tatsächlich zulässig ist. Außerdem brauchen wir mehr anwendungsbezogene Forschung zu verschiedenen Unterrichtsformaten, z.B. im Hinblick auf den longitudinalen Aufbau und Erwerb kommunikativer Kompetenzen sowohl in der Aus- als auch in der Fort- und Weiterbildung. Im Zeitalter des erfahrungsbasierten Lernens kam vielleicht auch die Frage zu kurz, welche Wissensbasis für den Erwerb kommunikativer Kompetenzen förderlich oder sogar erforderlich ist. Auch wenn dies nur ein persönliches Statement ist, lohnt es sich darüber nachzudenken, ob die Lernumgebungen, die wir aktuell schaffen, die Lernenden optimal darin unterstützen, kommunikative Kompetenz nachhaltig aufzubauen.

Anmerkung

Der Kommentar beruht auf einem Vortrag, den die Autor*innen am 10.05.2019 auf dem KUSK Workshop 2019 in Grünberg gehalten haben.

Interessenkonflikt

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

Literatur

- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
- Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach.* 2005;27(69):539-543. DOI: 10.1080/01421590500136501
- Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Week.* 2015;145:w14064. DOI: 10.4414/smw.2015.14064
- Greene JO. Communication skill and competence. *Oxford Res Encyclop Comm.* 2016. DOI: 10.1093/acrefore/9780190228613.013.158
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. London: CRC Press; 2013.
- Hargie O. Skill in theory: Communication as skilled performance. In: Hargie O, editor. *The handbook of communication skills.* London: Routledge; 2006. DOI: 10.4324/9780203007037
- Pickering M. The dance of dialogue. *Psychol.* 2006;19(12):734-737.
- Weinert FE. Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE, editor. *Leistungsmessungen in Schulen.* Weinheim & Basel: Beltz; 2001. p.17-31.
- Ridge A. A perspective of listening skills. In: Wolvin A, Coakley C, editors. *Perspectives on listening.* Norwood, NJ: Ablex; 1993. p.1-14.
- Spitzberg B. Methods of interpersonal skill assessment. In: Greene J, Burleson B, editors. *Handbook of communication and social interaction skills.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2003. p.111-152. DOI: 10.4324/9781410607133-9
- Fitts PM. Perceptual-motor skill learning. In: Melton AW, editor. *Categories of human learning.* New York: Academic Press; 1964. p.243-285. DOI: 10.1016/B978-1-4832-3145-7.50016-9
- van Lehn K. Cognitive skill acquisition. *Ann Rev Psychol.* 1996;47(1):513-539. DOI: 10.1146/annurev.psych.47.1.513
- Kalyuga S, Chandler P, Tuovinen J, Sweller, J. When problem solving is superior to studying worked examples. *J Educ Psychol.* 2001;93(3):579. DOI: 10.1037/0022-0663.93.3.579
- Coughlan EK, Williams AM, McRobert AP, Ford PR. How experts practice: A novel test of deliberate practice theory. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* 2014;40(2):449-458. DOI: 10.1037/a0034302
- Kalyuga S. Expertise reversal effect and its implications for learner-tailored instruction. *Educ Psychol Rev.* 2007;19:509-539. DOI: 10.1007/s10648-007-9054-3
- van Merriënboer JJ, Sweller J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Med Educ.* 2010;44(1):85-93. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03498.x
- Young JQ, van Merriënboer J, Durning S, ten Cate O. Cognitive Load Theory: Implications for medical education: AMEE Guide No. 86. *Med Teach.* 2014;36(5):371-384. DOI: 10.3109/0142159X.2014.889290
- Salomon G, Perkins DN. Rocky roads to transfer - rethinking mechanisms of a neglected phenomenon. *Educ Psychol.* 1989;24(2):113-142. DOI: 10.1207/s15326985ep2402_1
- Mylopoulos M, Woods N. Preparing medical students for future learning using basic science instruction. *Med Educ.* 2014;48(7):667-673. DOI: 10.1111/medu.12426
- Castillo JM, Park YS, Harris I, Cheung JJ, Sood L, Clark MD, Kulasegaram K, Brydges R, Norman G, Woods N. A critical narrative review of transfer of basic science knowledge in health professions education. *Med Educ.* 2018;52(6):592-604. DOI: 10.1111/medu.13519
- Romisowski A. The development of physical skills: instruction in the psychomotor domain. In: Reigeluth CM, editor. *Instructional-design theories and models. A new paradigm of instructional theory.* Volume II, Chapter 19. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999. p.457-481.
- Dunlosky J, Rawson KA, Marsh EJ, Nathan MJ, Willingham DT. Improving students' learning with effective learning techniques: Promising directions from cognitive and educational psychology. *Psychol Sci Public Interest.* 2013;14(1):4-58. DOI: 10.1177/1529100612453266

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling, MPH
 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit,
 Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und
 interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen,
 Pferdebachstr. 11, 58455 Witten, Deutschland, Tel: +49
 (0)2302/926-78607
 claudia.kiessling@uni-wh.de

Bitte zitieren als

Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc49.
 DOI: 10.3205/zma001445, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014457

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001445.shtml>

Eingereicht: 10.04.2020

Überarbeitet: 10.07.2020

Angenommen: 23.07.2020

Veröffentlicht: 15.03.2021

Copyright

©2021 Kiessling 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/>.