

Implementation of "social and communicative competencies" in medical education. The importance of curriculum, organisational and human resource development

Abstract

Objective: With this article we want to support teachers and curriculum planners to be aware of and apply knowledge and recommendations of organisational (OD), curriculums (CD) and human resource development (HRD) ideas already in the planning phase of a project. Taking these into account can influence the process of change successfully and controlled during the introduction and establishment of curricula in the field of communication and social skills in medical education.

Approach and Results: In the context of a multi-stage developmental process, a recommendation on CD for "Communicative and social competencies" was developed. The basis for it was made during two workshops of the GMA-committee "Communicative and social competencies" and supplemented by the available literature and the experience of communication experts. The "Undeloher Recommendation" (see attachment) includes a compilation of recommendations and guiding questions, which is geared to the various phases of CD. Additionally, general approaches and recommendations of organisational and human resource development were integrated, which turned out to be particularly relevant in the process of CD. Thus, the "Undeloher recommendation" includes an orientation for each phase of the curriculum development process, the organisation and the staff in order to successfully implement a longitudinal curriculum. In addition to theoretical models the long-term discussion process and the personal experiences of a variety of curriculum planners and teachers have been integrated.

Conclusion: The "Undeloher recommendation" can support the implementation processes of curricula in communication and social skills during development and realisation. Its application was reviewed in the context of workshops based on concrete examples. The participating teachers and curriculum planners assessed it to be very helpful. The recommendation goes beyond of what has been described in terms of content models in the CD so far. In particular, the organisational and human resource development related aspects such as the formation of a steering committee and recommendations for the phase of sustainability.

Keywords: Communicative and social competencies, medical education, curriculum development, organisational development, human resource development

Susanne Pruskil¹

Nicole Deis²

Susanne Druener³

Claudia Kiessling⁴

Swetlana Philipp⁵

Katrin Rockenbauch⁶

- 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsamt Altona, Deutschland
- 2 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung, Mannheim, Deutschland
- 3 RWTH Aachen, Universitätsklinikum, Medizinische Fakultät, Skillslab, Aachener Interdisziplinäres Trainingszentrum für medizinische Ausbildung, Aachen, Deutschland
- 4 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Bereich Assessment und Prüfungsorganisation, Neuruppin, Deutschland
- 5 Uniklinikum Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland
- 6 Universitätsklinikum Leipzig AöR, Department für Psychische Gesundheit, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Background

The importance of social and communicative competencies for the medical profession has been increasingly recognised in recent years. This identified the need to teach social and communicative competencies already during undergraduate medical school. Many international catalogues of learning objectives have been compiled including those requirements and defining the communication skills as a core competence, medical students must acquire during their studies [1], [2], [3]. In German-speaking countries a number of projects for the implementation of study modules in the field of communication and social skills has been developed in the last 15 years. A 2010 cross-sectional survey revealed that at 31 of the 32 participating medical schools, communication skills training was part of the curriculum in the German-speaking countries [4]. In 2011 and 2012 at the Annual Meetings of the Society for Medical Education (GMA) around 40 research and teaching projects on the subject "Communicative and social skills" were presented respectively. The exchange of teaching experiences emphasised great interest in the subject and successful implementation of educational projects. At the same time it revealed that projects were discontinued after a few years, despite good concepts and committed teachers. In retrospect, it is often less a matter of content or didactics, rather strategic aspects that determine the success or failure of a project, such as early involvement of decision-makers or the financing of the project.

Despite the extensive literature on how change processes can be successfully designed [5], [6], [7], concrete application of these recommendations is missing. It is a challenge for teachers who want to implement innovative teaching projects to act strategic and appropriate within the university's policy.

Objectives

With this article we want to support teachers and curriculum planners to be aware of and apply knowledge and recommendations of organisational (OD), curriculum-development (CD) and human resource development (HRD) early in the planning phase of a project. This gives a strategic advantage to successfully influence the change processes for the implementation of a curriculum in communication and social competencies in medical education.

The recommendations address all teachers who are involved in curriculum development in medical education regardless whether they aim for a longitudinal curriculum or to strengthen the teaching of communication and social skills in the form of a longitudinal section of the curriculum.

The first part of the paper provides an introduction to the topic of curriculum development (CD), which leads to a concrete guideline for use in practice - called "Undeloher Recommendation". This is followed by a deepening debate of organisational-(OD) and human resource development

(HRD) issues which turned out to be particularly relevant in the process.

Development Process

The "Undeloher Recommendation" was developed by members of the GMA committee "communicative and social competences" during a two-day workshop in Undeloh in 2008. The aim of the workshop was the development of "recommendations for a longitudinal curriculum for communicative and social competencies in undergraduate medical education." 30 people from 13 medical schools in the German-speaking countries attended the workshop. All participants had experiences in the planning and implementation of teaching and/or testing communicative and/or social competencies. Three parallel groups worked on different issues some of which have already been published [8]. One of the groups dealt with conditions for CD and Change Management. It turned out that all participants had experienced difficulties and setbacks in the CD. Those experiences gave the impetus to develop recommendations for an effective implementation in the sense of a successful change management. According to the recommendations of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) the development process of the guideline was moderated based on the nominal group technique [9], [10].

In this gradual process, all relevant areas identified by the group members were collected, divided into clusters and then weighted. A set of recommendations and key questions based on the different phases of the CE were generated. In a second step this compilation was revised on the basis of the existing literature [5], [6], [7], [11], [12], [13], [14], [15] followed by a discussion with the workshop participants. To test its applicability the revised version was applied during a workshop at the annual meeting of the GMA in Bochum 2010 [16] followed by another workshop during the GMA Conference held in Aachen in 2012. The aim of this workshop was to introduce instruments and theories for implementation of longitudinal curricula in the field of communicative and social competencies and to discuss and re-assess the challenges of the implementation process [17].

Curriculum Development

The structuring of curricula today is less input or process-oriented, and more competence-based, e.g. outcome-oriented [18], [19]. The benefits of competence-oriented curricula are that on the one hand they represent a clear control instrument that sets the benchmark of achievement and helps avoid the fragmentation of teaching. Secondly, they facilitate the establishment of individual learning goals and give both students and teachers an outline of the desired result. Two models seem helpful to describe the individual steps in CD: Kern et al. (see Table 1) describes in six steps a method or approach for

Table 1: Curriculum development by Kern et al. [13]

The 6 steps of the Kerncycle	
Step I: general requirements	In the first step, the question arises after the general requirements. In the case of medical education "end users" are society, the actors of the health care system, and ultimately the patient. Social conditions are reflected in laws and regulations, i.e. the approbation and examination regulations, which lay down specific requirements for the organization and development of the teaching. An analysis of the general requirements clarifies what skills learners should have at the end of the study from the perspective of end users.
Step II: Special Needs Assessment	The special needs assessment is based on the needs of learners. What are the learners' expectations and needs? Thus those who are going through the lessons later.
Step III: Definition of learning objectives	Competencies in this step are subdivided into detailed, specific and operationalized learning objectives that clearly define what the students know at the end of study or study period and may have to. Operationalized learning objectives should meet the SMART criteria (20), i.e. specific, measurable, attainable, relevant and timely.
Step IV: selection of methods	When selecting methods, a compromise must be found between the requirements of the study regulations, the feasibility and learning theory and didactics, which method suites best for the intended learning objective. The choice of method applies not only to learning formats, but also to the corresponding test formats.
Step V: Implementation	The implementation of a curriculum implies project management. Resources must be identified, sought support (internal and external) in order to anticipated and addressed obstacles and to plan the introduction of the curriculum.
Step VI: Evaluation und Feedback	Evaluation should not be the last step, but accompany and influence the planning and development of other steps. The evaluation relates in part to the progress and the achievements of the students, on the other hand to the success and acceptance of the curriculum.

effective and long-term establishment of a structured educational experience ("planned educational experience" Kern page 1) [13]. This applies both to individual seminars on a particular subject as well as multi-year courses or complete training programs. The individual steps are to run through again and relate to each other.

Thumser et al. lay a slightly different focus [19]. Their seven-steps model for CD describes among other things concrete methods that can be used in CE (see Table 2).

Results: the "Undeloher recommendations" for Curriculum Development

The following recommendations were developed by a multidisciplinary group of experts from different universities. The recommendations describe the different phases of the implementation process. Each phase requires different strategies. For each phase recommendations were collected and concretised with one or more key questions. The aim of the key questions is to assist the reader with finding specific and individual responses. The recommendation can be used as a checklist and can be adapted to the particular circumstances. Though specific individual phases or single key questions can be selected. It also includes references to the previously described theories on CD. The scope of OD and HRD will be described and discussed in a subsequent paragraph.

The "Undeloher recommendation" (see attachment) builds on the ideas and concepts of OD and HRD. Some aspects we delve important will be described in more detail in the following section.

Organisational Development

Although it has long been a controversial issue to regard universities as organisations, this perspective seems to enforce [20]. According to the definition by Kieser and Kubicek organisations are social entities, which pursue certain goals and thereby have formal arrangements. The activities of the members should be aligned with the goals [21]. OD as a specific kind of change management focuses on interventions within organisations. However, change is not the only goal, but to strengthen the learning ability of the organisation [22]. OD refers to four areas:

1. quality and quantity of the organisation's achievements and products,
2. staff who are competent and willing to learn,
3. adapted structures and processes
4. consolidated cooperation relationships [23]

Below we introduce two selected concepts of OD, which have proven valuable in the development and planning of curricula and have been referenced in the "Undeloher recommendation".

1. SWOT analysis (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

In the 1960s the SWOT analysis was developed in the United States [24], [25]. It is now a tool widely used in project planning and project management. Considering the strength-weakness-dimension (Strengths - Weaknesses), the focus lies on factors determined by the organisation that is the faculty or department, which can be directly influenced. In the case of a longitudinal communication curriculum for instance the skills and interests of the teachers for the subject could be classified on this

Table 2: Curriculum development according to Thumser et al. [19]

1	Needs analysis taking into account the general set-up and legal requirements
2	Establishing a steering committee
3	Involvement of stakeholders ⇒ particularly students, teachers, contact persons within the subjects, professors, faculty, and student council
4	Defining the aspired competence areas for the graduates of the study program with the inclusion of basic and key skills ⇒ discrimination in job-related key skills and subject-independent basic skills ⇒ Delphi technique: The Steering Group drafted an initial proposal, which is then discussed and modified in the expert groups and the student representatives. ⇒ Each competence are then assigned to detailed competencies and learning objectives. These are exchanged, discussed and modified between the various professional groups.
5	Review of the existing curriculum for consistency with the defined competences ⇒ identification of discrepancies between target state (= requirements of the competency profile) and present actual state (= Current Curriculum)
6	Alignment of the curriculum to the defined competence profile ⇒ planning of new courses and additional teaching and learning formats
7	Reviewing the achievement of objectives on students level and evaluation of the program ⇒ Evaluation at the level of reaction (satisfaction), the learning success (e.g. knowledge-based testing), behavioural changes (e.g. performance-based testing) and the secondary program effects (e.g. in the context of graduates or patient surveys) (24)

dimension. In contrast the opportunity-risk dimension (Opportunities - Threats) focuses on external factors beyond the control of the faculty. For example, to change the medical licensing regulations: to anchor communication skills as a teaching and assessment matter would provide a great opportunity for all curriculum developers in this area.

2. Stakeholder Analysis

Stakeholder analysis is a method of risk management. Stakeholders of a project are all those who have a legitimate interest in the course or result of a process or project [22]. The following individuals and groups could assist the developing process of a longitudinal communication skills curriculum as stakeholder: the dean, the dean of student affairs, teachers, clinic directors, communication skills experts, possibly an existing simulated patient program, the student council or in general all students, and if necessary, the human resource department at the university hospital. Who to consider in practice, depends on the particular situation of the respective faculty. To identify stakeholders it has been found helpful to ask e.g.:

- who promotes the project?
- Who has got additional knowledge that could be useful for the project?
- Who could hinder or slow down the project?
- Who is required to collaborate? [26]

Once the stakeholders are found, it is important to identify their goals and expectations, such as: fear of additional workload, expectations of appropriate compensation for additional expenses, etc.. The next step will assess the stakeholders: what is their attitude towards the project – will the respective group of stakeholders promote or hinder of the project? What is their influence - low, medium or high? From there strategies for dealing

with those involved can be derived. A person with high commitment and strong influence on others can be very useful for the project hence the person or group should be highly involved. For stakeholders with medium to high impact but little commitment to the project, it is important to find a motive customised approach.

As said in the "Undeloher recommendation", two support measures have proven particularly useful in the context of OD in order to ensure the success of projects: the establishment of a coordination group and, if it seems helpful, the use of external advisers (such as expert advice, facilitation, public relations).

The coordination group arranges the exchange between the formal hierarchical levels and the development process. Applied to the situation at medical schools the possibility of setting up a working group should include participants from different areas. The members of the working group should at best be cross-linked, with the clinical subjects and the various stakeholders (e.g. faculty). This guarantees a faculty-wide exchange, which creates awareness of the issues of the working group. Depending on the results of the stakeholder analysis and the position and reputation of the coordination group within the curriculum development, it may be useful to call in an external adviser. This could be for example a person with expert status in the field of teaching communicative skills. He/she can contribute personal experiences during the curriculum development process.

Human resource development

While developing a communication curriculum or individual courses sooner or later the question arises as to the appropriate qualification of teachers. For those who participate in the teaching and training process of the communication curriculum HRD methods may be required in order to convey the teaching skills that are necessary for

teaching the specific content. For example, the skills necessary to facilitate teaching units with standardised patients, so that students benefit from teaching session. Furthermore, communication skills should not only be taught, but also assessed. Examiners must be able to evaluate in addition to the technical content the communication behaviour of the students. For this, the examiners must be familiar with the teaching concepts in order to assess the extent the students used purposefully the learned techniques in an examination. In turn train the trainer staff is necessary to put teachers in a position to teach and assess communication skills. This too must be planned at an early stage of a successful HRD.

The concepts and techniques applied in the communication curriculum should ideally be familiar to all teachers of the faculty and all practising physicians of the connected hospitals. Teaching of medical interviewing is not a mere teaching content. It is applied in primary and secondary care everyday. Physicians function as role models e.g. during bedside teaching and clinical placements. Whenever the communication strategies of clinicians do not match with the teaching students will get into a cognitive conflict. If in doubt, they will decide on the sort of communication strategies they are experiencing in every day clinical practise, no matter how well the teaching lessons are [12].

A comprehensive communication training covering the content of the communication curriculum is therefore a key factor for success. Otherwise students respond to the discrepancy between reality and the communication training and assign the learned content to the world of theory. To achieve sustainability, a combination of training and coaching methods in close cooperation between the curriculum supervisor and the local HRD department should be offered.

Discussion

A successful CD, not only in the field of communication and social skills is complex and is always related to the organisation and its staff.

The "Undeloher recommendation" goes in particular with point 1 "generating a steering committee" and section 7 "sustainability" beyond what has been described in terms of content models in the CD and could therefore, be particularly useful for future projects.

The workshop on "Longitudinal Communication Curriculum" in 2012 in Aachen [27] focused on a theoretical deepening regarding tools and theories in the field of CD. And again the results showed that a common mistake in CD seems to be the disregard of the areas of OD and HRD. The conclusion of the workshop was that a reform or complete development of a new curriculum not only changed the curriculum, but also implies and demands changes in the organisation and its staff. That is, to implement and sustainably anchor a curriculum, it also needs appropriate personnel, to sustain the organisation and the conduction of the training. Therefore, dedicated

staff must be equipped with expertise and adequate time resources and be motivated to carry out the tasks attributed in high quality. Furthermore, the organisational structures must allow members of staff to act reasonable. To know and understand the structures of the organisation is therefore of utmost importance in order to make good teaching and learning possible. The implementation of a communication curriculum will be unsustainable and limited, if the area of human resources and the structures of the organisation are neglected [28].

The development of the "Undeloher recommendation" is not only based on the available literature, but the particular experiences of communication skills experts with difficulties and setbacks. The result was a compilation of over 50 recommendations and key questions based on different phases of the CD from planning to sustainability. At first glance, some of the recommendations seem redundant. These duplications are clarified and adjusted through either the recommendation or the key question according to the particular stage of the process. We recommend to adapt the checklist to the specific context and needs, e.g. if necessary to reduce the number of recommendations. At this point it remains open, whether in the future further key questions about the individual phases of the CD must be supplemented. This can only become apparent with the application and with time.

The application of the "Undeloher recommendation" during the annual meeting of the GMA in Bochum, 2010, revealed that all participants experienced working with the recommendations to be helpful, no matter the stage of the different projects. The format of the in step with the actual practice has been found to be very good and helpful. In particular, the participants experienced the key questions as easily applicable and easy to handle. A prioritisation of the sub-items or putting them in a hierarchy was assessed as rather disadvantageous for the application. The question on how one can best deal with the experience of failure remained open.

A critical subject of debate were the obstacles and challenges emerging working with a "forced group", for example, motivational processes that can have a negative impact on the group dynamics and the cooperation in the group, if participation in the steering committee does not arise from personal motivation. To gain interested non-P-clinicians and pre-clinical to participate on a steering committee to develop a longitudinal curriculum was perceived as a particular challenge and critically discussed. The aim of the existent version of The "Undeloher recommendation" is its dissemination and implementation with the aim of making it available to the experiences of many other experts in curriculum planning.

The limitation of recommendations presented here is that they are hitherto lacking empirical verification. The recommendations have emerged in a long-term discussion process with a variety of teachers. They are based on literature and personal experiences. The extent to which the recommendations have resulted in any particular case to greater sustainability in the implementation of a communication curriculum, has not yet been assessed.

At this point the question is whether and to which extent the effectiveness of such a recommendation is at all empirically verifiable, because the different faculties have very different and individual starting conditions and requirements which make a comparison difficult (e.g. traditional vs. reformed curricular, modular courses, semester vs. modules etc.). However, the "Undeloher recommendations" can provide a framework for guidance in the process of curriculum development.

A first step could be retrospective case studies where those who have managed to implement a communication curriculum, check the extent to which they have already applied some of the recommendations and to what extent these have contributed to the success of the project. These results, could then initiate other projects rather prospectively applied in order to verify the quality of the presented recommendations.

Conclusions

The presented "Undeloher recommendation" has been designed to support the preparation and monitoring of implementation processes of curricula in the field of communication and social skills. It combines results of theoretical models and practical experience of an inter-departmental expert group. It also offers the possibility to analyse ongoing processes that are stalled, and if necessary to steer them in a different direction.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge the Carl Gustav Carus Foundation (Zürich) for the generous financial support of the workshop in Undeloh and the workshop participants of group C in Undeloh: A. Dieterich (Berlin), E. Gummersbach (Düsseldorf), R. Haak (Köln), P. Jansen (Witten), C. Kiessling (Basel), W. Langewitz (Basel), A. Mortsiever (Düsseldorf), S. Pruskil (Berlin), J.-H. Schultz (Heidelberg). Furthermore we thank G. Fabry (Freiburg) for his valuable comments. We also thank all workshop participants in Undeloh, Bochum and Aachen for their dedicated cooperation and creative suggestions.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from
<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000992.shtml>

- Attachment.pdf (58 KB)
 Table 3: "Undeloher recommendation" for the sustainable implementation of a longitudinal

curriculum for teaching communication and social competencies

References

- Frank J. The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Canada TRCoPaSo; 2005.
- General Medical Council. Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.gmc-uk.org/Tomorrow_s_Doctors_0414.pdf_48905759.pdf
- Hahn E, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). GMS Z Med Ausbild. 2009;26(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000627
- Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung - eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(3):Doc48. DOI: 10.3205/zma000685
- Gale R, Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: Guidelines for action. Med Teach. 1997;19(4):239-249. DOI: 10.3109/01421599709034200
- Kotter JP. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. Harvard: University of Harvard; 1995.
- Fabry G, Hofer M, Ochsendorf F, Schirlo C, Breckwoldt J, Lammerding-Köppel M. Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin III: Aspekte der erfolgreichen Implementierung von Qualifizierungsangeboten: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung für die medizinische Lehre der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sowie des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg. GMS Z Med Ausbild. 2008;25(2):Doc84. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000568.shtml>
- Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. Longitudinales, bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und Soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. GMS Z Med Ausbild. 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
- AWMF. Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen "Leitlinie für Leitlinien". Düsseldorf: AWMF; 2004.
- Lloyd-Jones G, Fowell S, Bligh JG. The use of the nominal group technique as an evaluative tool in medical undergraduate education. Med Educ. 1999;3(1):8-13. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00288.x
- Bloom S. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. J Health Soc Behav. 1988;29(4):294-306. DOI: 10.2307/2136864
- Hafferty F. Beyond Curriculum Reform. Confronting Medicine's Hidden Curriculum. Acad Med. 1998;73:403-407. DOI: 10.1097/00001888-199804000-00013
- Kern D, Thomas P, Howard D, Bass E. Curriculum development for medical education - A six step approach. Baltimore: John Hopkins University Press; 1998.
- Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? Pat Educ Couns. 2009;76:361-367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
- Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 2003.

16. Kiessling C. Erfolg oder Misserfolg? Die Rolle des Change Management bei der Implementierung von Curricula im Bereich "Kommunikativer und sozialer Kompetenzen". Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) Bochum, 23-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2010. Doc10gma261. DOI: 10.3205/10gma261
17. Druener S, Philipp S, Rockenbach K, Deis N. Longitudinales Curriculum für kommunikative und soziale Kompetenzen. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) Aachen, 27-29.09.2012. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2012. DocW629. DOI: 10.3205/12gma266
18. Harden R, Crosby J, Davis M. Outcome-based education: Part 1. An introduction to outcome-based education. *Med Teach*. 1999;21(1):7-14. DOI: 10.1080/01421599979969
19. Thumser-Dauth K, Öchsner W. Schlüsselqualifikationen inklusive: Entwicklung kompetenzorientierter Curricula. Curriculumentwicklung am Beispiel des Studiengangs Humanmedizin. Neues Handbuch Hochschullehre Lehren und Lernen effizienz gestalten Teil J Organisationsentwicklung und Lehrkultur Studiengangsentwicklung. J 2.13. Berlin u.a.: Raabe; 2008.
20. Altvater P, Bauer Y, Gilch H. Organisationsentwicklung in Hochschulen - Dokumentation. HIS: Forum Hochschule; 2007. S.14.
21. Kieser A, Kubicek H. Organisation. Berlin/New York: DeGruyter Lehrbuch; 1992.
22. Gebert D. Organisationsentwicklung. In: Schuler HH (Hrsg). Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber, Duden, Gabler Wirtschaftslexikon; 2004. S.601-616.
23. Sülzer R, Zimmermann A. Organisieren und Organisationen verstehen. Wege der Internationalen Zusammenarbeit. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1996. DOI: 10.1007/978-3-322-83269-6
24. Kaplan R, Norton D. The Strategy Focused Organization. Boston: Harvard Business School Press; 2001.
25. Mintzberg H. The Rise and Fall of Strategic Planning. New York: The Free Press; 1994.
26. Hillebrand N. Lexikon der Projektmanagement, Methoden. München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co.KG; 2007.
27. Doran G. There's a S.M.A.R.T. way to write management`s goals and objectives. *Manag Rev*. 1981;70(11 (AMA FORUM)):35-36.
28. Srinivasan M LS, Meyers FJ, Pratt DD, Collins JB, Braddock C, Skeff KM, West DC, Henderson M, Hales RE, Hilty DM. "Teaching as a Competency": competencies for medical educators. *Acad Med*. 2011;86(10):1211-1220. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a
29. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating training programs. The four levels. San Francisco CA: Berrett-Koehler Publishers Inc.; 2005.
30. Gellert M, Nowak C. Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung: Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams. Meezen: Limmer Verlag; 2010.

Corresponding author:

Dr. Susanne Pruskil, MSc PH
 Freie und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsamt Altona,
 Bahrenfelder Strasse 254-260, D-22765 Hamburg,
 Deutschland
susanne.pruskil@altona.hamburg.de

Please cite as

Pruskil S, Deis N, Druener S, Kiessling C, Philipp S, Rockenbach K. Implementation of "social and communicative competencies" in medical education. The importance of curriculum, organisational and human resource development. GMS Z Med Ausbild. 2015;32(5):Doc50. DOI: 10.3205/zma000992, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009926

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000992.shtml>

Received: 2014-11-06

Revised: 2015-05-17

Accepted: 2015-07-22

Published: 2015-11-16

Copyright

©2015 Pruskil 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/>.

Implementierung von "kommunikativen und sozialen Kompetenzen" im Medizinstudium. Zur Bedeutung von Curriculums-, Organisations- und Personalentwicklung

Zusammenfassung

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, Lehrenden und Curriculumsplanern die Bedeutung der Curriculums- (CE), Personal- (PE) und Organisationsentwicklung (OE), bereits in der Planungsphase eines Projekts aufzuzeigen. Diese können dann gezielt genutzt werden um Veränderungsprozesse bei der Einführung und Etablierung von Curricula im Bereich kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Medizinstudium erfolgreich zu beeinflussen und zu steuern.

Vorgehen und Ergebnisse: Im Rahmen eines mehrstufigen Entwicklungsprozesses, in dem insbesondere zwei inter fakultäre Workshops des GMA-Ausschusses „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ im Zentrum standen, wurde aufbauend auf die verfügbare Literatur und den Erfahrungen von Kommunikationsexperten eine Empfehlung zur CE im Bereich „Kommunikativer und sozialer Kompetenzen“ erarbeitet. Die „Undelohr-Empfehlung“ (siehe Anhang) beinhaltet eine Zusammenstellung von Empfehlungen und Leitfragen, die sich an den verschiedenen Phasen der CE orientiert. Zusätzlich wurden allgemeine Herangehensweisen und Empfehlungen der Organisations- und Personalorganisation integriert, die sich im Prozess der CE als besonders relevant herausstellten. Damit beinhaltet die „Undelohr-Empfehlung“ für jede einzelne Phase der Curriculumsentwicklung eine Orientierung, was in bezug auf das Curriculum, die Organisation und das Personal für eine erfolgreiche Implementierung von longitudinalen Curricula zu beachten ist. Neben theoretischen Modellen fließen insbesondere der langjährige Diskussionsprozess und die persönlichen Erfahrungen einer Vielzahl von Curriculumsplanern und Lehrenden ein.

Fazit: Die „Undelohr-Empfehlung“ kann die Vorbereitung und Begleitung von Implementierungsprozessen von Curricula im Bereich kommunikative und soziale Kompetenzen unterstützen. Ihre Anwendung wurde im Rahmen der Workshops auf konkrete Beispiele überprüft und wurde von den beteiligten Lehrenden und Curriculumsplanern als sehr hilfreich eingeschätzt. Sie geht insbesondere mit organisations- und personalbezogenen Aspekten wie der Bildung einer Steuerungsgruppe und Empfehlungen für die Phase der Verstetigung über das hinaus, was bisher inhaltlich an Modellen in der CE beschrieben wurde.

Schlüsselwörter: Kommunikative und soziale Kompetenzen, Medizinische Ausbildung, Curriculumsentwicklung, Organisationsentwicklung, Personalentwicklung

Susanne Pruskil¹
Nicole Deis²
Susanne Druener³
Claudia Kiessling⁴
Swetlana Philipp⁵
Katrin Rockenbauch⁶

- 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsamt Altona, Deutschland
- 2 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung, Mannheim, Deutschland
- 3 RWTH Aachen, Universitätsklinikum, Medizinische Fakultät, Skillslab, Aachener Interdisziplinäres Trainingszentrum für medizinische Ausbildung, Aachen, Deutschland
- 4 Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Bereich Assessment und Prüfungsorganisation, Neuruppin, Deutschland
- 5 Uniklinikum Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena, Deutschland
- 6 Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Department für Psychische Gesundheit, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Hintergrund

Die Bedeutung kommunikativer und sozialer Kompetenzen für den ärztlichen Beruf wird seit einigen Jahren zunehmend anerkannt. Vor diesem Hintergrund entstand die Forderung, kommunikative und soziale Kompetenzen bereits im Medizinstudium zu unterrichten. Viele internationale Lernzielkataloge sind dieser Forderung nachgekommen und definieren die kommunikativen Kompetenzen als eine der Kernkompetenzen, die Medizinstudierende im Laufe des Studiums erwerben müssen [<http://www.ecfmg.org/echo/acgme-core-competencies.html> geprüft am 17.05.15], [1], [<http://sclo.smifk.ch/> geprüft am 17.05.15], [2], [3]. Im deutschsprachigen Raum entstanden in den letzten 15 Jahren zahlreiche Projekte zur Implementierung von Veranstaltungen im Bereich kommunikativer und sozialer Kompetenzen. Eine 2010 publizierte Querschnittserhebung im deutschsprachigen Raum, konnte aufzeigen, dass an 31 von 32 teilnehmenden medizinischen Fakultäten kommunikative Kompetenzen unterrichtet wurden [4]. Auf den Jahrestagungen 2011 und 2012 der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) wurden jeweils circa 40 Forschungs- und Lehrprojekte zum Thema „Kommunikative und soziale Kompetenzen“ präsentiert. Im Austausch mit engagierten Lehrenden ist jedoch neben dem großen Interesse an dem Thema und der erfolgreichen Implementierung von Lehrprojekten auch immer wieder zu hören, dass Projekte nach wenigen Jahren wieder eingestellt werden, trotz guter Konzepte und hohem Engagement der Lehrenden. In der Rückschau sind es häufig weniger inhaltliche oder didaktische als vielmehr strategische Aspekte, die über Erfolg und Misserfolg eines Projektes entscheiden, wie z.B. frühzeitige Einbindung von Entscheidungsträgern oder die Finanzierung des Projekts.

Trotz der mittlerweile umfangreichen Literatur darüber, wie Veränderungsprozesse erfolgreich gestaltet werden können [5], [6], [7], ist die konkrete Anwendung dieser Empfehlungen nicht einfach. Die Herausforderung, strategisch und hochschulpolitisch angemessen zu agieren, ist für Lehrende, die innovative Lehrprojekte implementieren wollen, häufig ungewohnt.

Zielsetzung

Mit diesem Beitrag sollen Lehrende und Curriculumplaner darin unterstützt werden, Grundlagen und Empfehlungen aus den Bereichen der Organisations- (OE), Curriculums- (CE) und Personalentwicklung (PE) bereits in der Planungsphase eines Projekts gezielt zu nutzen, um Veränderungsprozesse bei der Einführung und Etablierung von Curricula im Bereich kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Medizinstudium erfolgreich zu beeinflussen und zu steuern.

Die Empfehlungen richten sich an alle Lehrenden, die in der Konzeptentwicklung der medizinischen Ausbildung tätig sind und welche die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen in Form eines Längsschnitt-

curriculums auf- oder ausbauen sowie nachhaltig verankern wollen.

Der Beitrag liefert zunächst eine Einführung in das Thema Curriculumsentwicklung (CE), die dann in einem konkreten Leitfaden zur Anwendung in der Praxis - der sog. „Undeloher-Empfehlung“ mündet. Organisations-, und Personalentwicklungsthemen, die sich im Prozess als besonders relevant herausstellten, werden im Anschluss vertieft.

Entstehungsprozess

Die „Undeloher-Empfehlung“ wurde von Mitgliedern des GMA-Ausschusses „kommunikative und soziale Kompetenzen“ 2008 auf einem zweitägigen Workshop in Undeloh erarbeitet. Ziel des Workshops war die Entwicklung von „Empfehlungen für ein Längsschnittcurriculum kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Medizinstudium“. Es nahmen insgesamt 30 Personen aus 13 medizinischen Fakultäten im deutschsprachigen Raum teil, die alle Erfahrung in der Planung und Umsetzung von Unterricht und/oder Prüfung kommunikativer und/oder sozialer Kompetenzen hatten. Es wurde in drei parallelen Gruppen an unterschiedlichen Themen gearbeitet, die z.T. bereits veröffentlicht sind [8]. Eine der Gruppen beschäftigte sich mit Rahmenbedingungen für die CE und Change Management. Es zeigte sich, dass alle Teilnehmer¹ auch Erfahrungen mit Schwierigkeiten und Rückschlägen in der CE gemacht hatten was den Anstoß gab Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung im Sinne eines gelungenen Change Managements zu entwickeln. Gemäß den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Entwicklung von Leitlinien wurde die Gruppe in Anlehnung an die Nominal Group Technique moderiert [9], [10] [http://www.getthealthyalabama.com/commission/pdf/Preliminary_Agenda_9-9-04.pdf geprüft an 17.05.15].

In diesem schrittweisen Gruppenprozess wurden die von den Teilnehmern als relevant erachteten und erfolgreichen Bereiche identifiziert und zusammengetragen, in Cluster eingeteilt und anschließend gewichtet. Es entstand eine Zusammenstellung von Empfehlungen und Leitfragen, die sich an verschiedenen Phasen der CE von der Planung bis zur Verstetigung orientierten. Diese Zusammenstellung wurde im Anschluss an den Workshop anhand der bestehenden Literatur überarbeitet [5], [6], [7], [11], [12], [13], [14], [15], mit den Workshopteilnehmern erneut diskutiert und in einer modifizierten Form im Rahmen eines Workshops auf der Jahrestagung der GMA in Bochum 2010 auf ihre Anwendbarkeit geprüft [16]. Diesem folgte während der GMA Tagung 2012 in Aachen ein weiterer Workshop mit dem Ziel, Instrumente bzw. Theorien zur Implementierung von Längsschnittcurricula im Bereich kommunikative und soziale Kompetenzen vorzustellen und erneut Herausforderungen mit der Implementierung von Kommunikationscurricula zu diskutieren [17].

Curriculumsentwicklung

Die Strukturierung heutiger Curricula ist weniger input- oder prozessorientiert, als vielmehr kompetenz-, also outcome-orientiert [18], [19]. Vorzüge kompetenzorientierter Curricula bestehen darin, dass sie zum einen ein klares Steuerungsinstrument darstellen, welches den Maßstab für die Zielerreichung setzt und dabei hilft, einer Fragmentierung der Lehre entgegenzuwirken. Zum anderen erleichtern sie die Festlegung auf einzelne Lernziele und geben sowohl Studierenden als auch Lehrenden eine Perspektive auf das angestrebte Ergebnis. Zwei Modelle erscheinen uns hilfreich, um die einzelnen Schritte in der CE zu beschreiben: Kern et al. (siehe Tabelle 1) beschreiben eine Methode bzw. Herangehensweise zur effektiven und langfristigen Etablierung einer strukturierten Bildungserfahrung („planned educational experience“ Kern S.1) in sechs Schritten [13]. Diese bezieht sich sowohl auf einzelne Seminare zu einem bestimmten Thema als auch auf mehrjährige Lehrveranstaltungen oder ganze Trainingsprogramme. Die einzelnen Schritte sind immer wieder zu durchlaufen bzw. beziehen sich aufeinander. Einen etwas anderen Fokus haben Thumser et al. [19]. In ihrem sieben-schrittigen Modell zur CE beschreiben sie u.a. auch konkrete Methoden, die bei der CE hilfreich sein können (siehe Tabelle 2).

Ergebnisse: „Undeloher-Empfehlungen“ zur Curriculumsentwicklung

Im Folgenden wird eine von einer interfakultären und interdisziplinären Expertengruppe erarbeitete Empfehlung beschrieben, die verschiedene Phasen des Implementierungsprozesses definiert. Jede Phase bedarf anderer Strategien. Für jede einzelne Phase wurden Empfehlungen gesammelt und mit einer oder mehreren Leitfragen konkretisiert. Die Leitfragen haben das Ziel, den Leser bei der Findung konkreter und individueller Antworten zu unterstützen. Die Empfehlung kann als Checkliste verwendet und den jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden. Dabei können gezielt einzelne Phasen oder auch einzelne Leitfragen ausgewählt werden. Sie beinhaltet zudem Verweise auf die im vorherigen beschriebenen Theorien zur CE und zu den Bereichen OE und PE, die vertiefend im Anschluss beschrieben und diskutiert werden. In der „Undeloher-Empfehlung“ (siehe Anhang) sind viele Ideen und Konzepte der OE und PE integriert. Einige uns wichtig erscheinende vertiefen wir im Folgenden.

Organisationsentwicklung

Auch wenn es lange Zeit umstritten war, Universitäten als Organisationen zu betrachten, so scheint sich diese Perspektive durchzusetzen [20]. Nach der Definition von Kieser und Kubicek handelt es sich bei Organisationen

um soziale Gebilde, welche bestimmte Ziele verfolgen und dabei formale Regelungen aufweisen, mit deren Hilfe die Aktivitäten der Mitglieder auf die Ziele hin ausgerichtet werden sollen [21]. OE als eine spezifische Form des Change Managements zielt auf Interventionen in Organisationen ab, bei denen nicht nur Veränderungen angestrebt, sondern gleichzeitig die Lernfähigkeit der Organisation gestärkt werden soll [22]. OE bezieht sich auf vier Bereiche:

1. Qualität und Quantität der Leistungen und Produkte einer Organisation,
2. das kompetente und lernbereite Personal,
3. angepasste Strukturen und Prozesse sowie
4. gefestigte Kooperationsbeziehungen [23]

Im Folgenden stellen wir zwei ausgewählte Konzepte der OE dar, die sich bei der Entwicklung und Planung von Curricula bewährt haben und auf die in der „Undeloher-Empfehlung“ bereits verwiesen wurden.

1. SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

Die SWOT-Analyse wurde in den 1960er Jahren in den USA entwickelt [24], [25]. Es handelt sich dabei um ein mittlerweile weitverbreitetes Instrument der Projektplanung bzw. des Projektmanagements. Bei der Betrachtung der Stärke-Schwäche-Dimension (Strengths - Weaknesses) liegt der Fokus auf Faktoren, die direkt durch die Organisation, sprich die Fakultät bzw. die Abteilung beeinflusst werden können. Im Falle eines longitudinalen Kommunikationscurriculums wären beispielsweise die Fähigkeiten und Interessen der Lehrenden am Unterrichtsgegenstand auf dieser Dimension einzuordnen. Die Chancen-Risiken-Dimension (Opportunities - Threats) dagegen fokussiert auf externe Faktoren, die sich dem Einfluss der Fakultät entziehen. Hier wäre beispielsweise die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung zu nennen: die Festschreibung von kommunikativen Kompetenzen als Lehr- und Prüfungsgegenstand stellt für alle Curriculumsentwickler in diesem Bereich eine große Chance dar.

2. Stakeholder- Analyse

Die Stakeholder-Analyse ist eine Methode des Risikomanagements. Stakeholder eines Projektes sind alle Personen, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses oder Projektes haben [22]. Bei der Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für kommunikative Kompetenzen können als Stakeholder u.a. folgende Personen und Gruppen in Frage kommen: der Dekan, der Studiendekan, die Lehrenden, Klinikdirektoren, Kommunikationsexperten, ggf. ein bereits vorhandenes Simulationspatienten-Programm, die Fachschaft bzw. generell alle Studierenden, und ggf. die Personalentwicklung des Universitätsklinikums. Wer im konkreten Fall als Interessengruppe zu betrachten ist, hängt von der speziellen Situation der jeweiligen Fakultät ab. Typi-

Tabelle 1: Curriculumsentwicklung nach Kern et al. [13]

Die 6 Schritte des Kernzyklus	
Step I: allgemeiner Bedarf	Im ersten Schritt stellt sich die Frage nach dem allgemeinen Bedarf. Im Fall der medizinischen Ausbildung sind die „Endkunden“ die Gesellschaft, die Akteure des Gesundheitssystems, und letztlich die Patienten. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen spiegeln sich in Gesetzen und Ordnungen wider, d.h. die Approbations- und Prüfungsordnung, welche konkrete Vorgaben für die Ausrichtung und Ausgestaltung der Lehre machen. Eine Analyse der allgemeinen Bedarfe schafft Klarheit welche Kompetenzen die Lernenden am Ende des Studiums aus Sicht der Endkunden haben sollen.
Step II: spezielle Bedarfsanalyse	Die spezielle Bedarfsanalyse richtet sich nach dem Bedarf der Lernenden. Welche Erwartungen und Bedürfnisse haben also diejenigen, die den Unterricht später durchlaufen werden.
Step III: Lernzieldefinition	Kompetenzen werden in diesem Schritt untergliedert in detaillierte, konkrete und operationalisierte Lernziele, die klar definieren, was der Studierende am Ende des Studiums bzw. Studienabschnitts wissen und können muss. Operationalisierte Lernziele sollen den SMART-Kriterien [20] genügen, d.h. spezifisch, messbar, anspruchsvoll, relevant und terminiert sein.
Step IV: Methodenauswahl	Bei der Methodenauswahl muss ein Kompromiss gefunden werden zwischen den Vorgaben der Studienordnung, die Machbarkeit und die lerntheoretische und didaktische Überlegung, welche Methode für die Lernzielerreichung am besten geeignet ist. Die Methodenauswahl bezieht sich nicht nur auf Lernformate, sondern auch auf die entsprechenden Prüfungsformate.
Step V: Implementierung	Die Implementierung eines Curriculums bedeutet im wesentlichen Projektmanagement. Dabei müssen Ressourcen identifiziert, Unterstützung eingeholt (intern und extern), Hindernisse vorhergesehen und angesprochen sowie die Einführung des Curriculums geplant werden.
Step VI: Evaluation und Feedback	Evaluation sollte nicht der letzte Schritt sein, sondern die Planung und Weiterentwicklung der anderen Schritte begleiten und beeinflussen. Die Evaluation bezieht sich zum einen auf den Lernfortschritt und die Leistungen der Studierenden, zum anderen auf den Erfolg und die Akzeptanz des Curriculums.

Tabelle 2: Curriculumsentwicklung nach Thumser et al. [19]

1	Bedarfsanalyse unter Beachtung der Rahmenbedingungen und gesetzlichen Vorgaben
2	Bildung eines Expertengremiums zur Steuerung
3	Einbezug der Stakeholder → insbesondere Studierende, Lehrende, Ansprechpartner der jeweiligen Fächer, Lehrstuhlinhaber, Fakultätsrat und Fachschaft
4	Festlegung der anzustrebenden Kompetenzbereiche für die Absolventen des Studiengangs unter Einbezug von Basis- und Schlüsselkompetenzen → Unterscheidung in berufsspezifische Schlüsselqualifikationen und fachunabhängige Basisqualifikationen → Delphi-Technik: Die Steuerungsgruppe erarbeitet einen ersten Vorschlag, der dann in den Fachgruppen und mit den studentischen Vertretern diskutiert und modifiziert wird. → Jedem Kompetenzbereich werden anschließend Detail-Kompetenzen und Lernziele zugeordnet. Diese werden zwischen den verschiedenen Fachgruppen ausgetauscht, diskutiert und modifiziert.
5	Überprüfung des bestehenden Curriculums auf Konsistenz mit den definierten Kompetenzen → Identifikation von Diskrepanzen zwischen Soll-Zustand (= Anforderungen des Kompetenzprofils) und vorhandenem Ist-Zustand (= aktuelles Curriculum)
6	Ausrichtung des Curriculums auf das definierte Kompetenzprofil → Planung neuer Lehrveranstaltungen bzw. zusätzlicher Lehr- und Lernformate
7	Überprüfung der Zielerreichung auf Studierendenebene und Evaluation des Programms → Evaluation auf den Ebenen der Reaktion (Zufriedenheit), des Lernerfolgs (z.B. durch wissensbasierte Prüfungen), der Verhaltensänderung (z.B. durch Performancebasierte Prüfungen) und der weiterführenden Programmeffekte (z.B. im Rahmen von Absolventen- oder Patientenbefragungen) [21]

sche Fragestellungen, um Stakeholder zu identifizieren, sind z. B.

- Wer fördert das Projekt?
- Wer hat zusätzliches Wissen, das für das Projekt hilfreich sein könnte?
- Wer könnte das Projekt behindern oder bremsen?
- Wer wird zur Mitarbeit gebraucht? [26]

Sind die Stakeholder identifiziert, ist es wichtig, ihre Ziele und Erwartungen zu erkennen, z.B. Angst vor zusätzlicher Arbeitsbelastung, Erwartung entsprechender Vergütung

für Mehraufwand usw. Im nächsten Schritt werden die Stakeholder gewichtet: wie ist deren Einstellung zum Projekt – behindert oder fördert die jeweilige Anspruchsgruppe das Projekt? Wie ist deren Einfluss – gering, mittel oder hoch? Nun lassen sich Strategien zum Umgang mit den Beteiligten ableiten. Eine Person mit hohem Commitment und starker Einflussnahme auf andere kann für das Projekt sehr nützlich sein, daher ist diese Person oder Gruppe stark einzubeziehen. Für Stakeholder mit mittleren bis hohen Einfluss aber noch wenig Commitment für

das Projekt gilt es, eine motivgerechte Ansprache zu finden.

Wie schon in der „Undeloher-Empfehlung“ definiert, haben sich im Rahmen der OE zwei unterstützende Maßnahmen besonders bewährt, um den Erfolg von Projekten zu sichern: die Gründung einer Koordinierungsgruppe und, wenn es hilfreich erscheint, das Hinzuziehen externer Berater (z.B. fachliche Beratung, Moderation, Öffentlichkeitsarbeit).

Die Koordinierungsgruppe gestaltet den Austausch zwischen den formalen Hierarchieebenen und dem Entwicklungsprozess. Übertragen auf die Situation an medizinischen Fakultäten ergibt sich daraus die Möglichkeit, eine Arbeitsgruppe mit Teilnehmern aus verschiedenen Bereichen zu gründen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sollten im besten Fall mit den klinischen Fächern und auch den verschiedenen Stakeholdern (z.B. Fakultätsrat) vernetzt sein. Das garantiert einen fakultätsweiten Austausch, der ein Bewusstsein für die Themen der Arbeitsgruppe schafft.

Abhängig von den Ergebnissen der Stakeholderanalyse sowie der Position und der Reputation der Koordinierungsgruppe in der Curriculumsentwicklung kann es sinnvoll sein, einen externen Berater hinzuzuziehen. Das kann beispielsweise eine Person mit Expertenstatus im Bereich der Lehre kommunikativer Kompetenzen sein, die ihre Erfahrungen in den Prozess der Curriculumsentwicklung einbringen kann.

Personalentwicklung

Bei der Entwicklung eines Kommunikationscurriculums oder einzelner Kurse stellt sich früher oder später die Frage nach der entsprechenden Qualifizierung der Lehrenden. Für diejenigen, die an der Lehre im Kommunikationscurriculum mitwirken, sind ggf. PE-Maßnahmen erforderlich, um die didaktischen Kompetenzen zu vermitteln, die für die Lehre der kommunikativen Inhalte notwendig sind. Hier ist an die Kompetenzen zu denken, die notwendig sind, um beispielsweise Gesprächssimulationen mit standardisierten Patienten so durchzuführen und zu betreuen, dass die Studierenden davon profitieren. Kommunikative Kompetenzen sollen jedoch nicht nur gelehrt, sondern auch geprüft werden. Prüfer müssen in die Lage versetzt werden, neben den fachlichen Inhalten auch das Kommunikationsverhalten der Studierenden zu bewerten. Dafür müssen die Prüfer zum einen mit den Unterrichtskonzepten vertraut sein, zum anderen in der Lage sein, zu erkennen und zu bewerten, inwieweit die gelehrt Techniken zielführend von den Studierenden in einer Prüfung eingesetzt werden. Um Lehrende in die Lage zu versetzen, kommunikative Kompetenzen zu unterrichten und zu prüfen, bedarf es wiederum trainierter Trainer. Auch dies muss bei einer gelungenen PE frühzeitig geplant werden.

Die Konzepte und Techniken, die den Studierenden im Kommunikationscurriculum vermittelt werden, sollten idealerweise fächerübergreifend allen Lehrenden der

Fakultät und allen Ärzten der angeschlossenen Klinika bekannt sein, da der Unterricht der ärztliche Gesprächsführung über einen bloßen Unterrichtsinhalt hinausgeht und im Stationsalltag, also z.B. im Unterricht am Krankenbett oder in den Blockpraktika von den Ärzten im Sinne eines Rollenvorbildes vorgelebt wird. Stimmen nun die Kommunikationsstrategien des Unterrichts mit denen der klinisch tätigen Ärzte nicht überein, kann das die Studierenden in einen kognitiven Konflikt bringen. Im Zweifelsfall werden sie sich für die Form der Kommunikation entscheiden, die sie auf Station erleben, sei der Unterricht auch noch so gut [12].

Ein flächendeckendes Kommunikationstraining mit den Inhalten des Kommunikationscurriculums ist also ein entscheidender Erfolgsfaktor, da die Studierenden ansonsten auf die Diskrepanz zwischen Kommunikationskurs und Realität reagieren und die gelehrt Inhalte der Welt der Theorie zuordnen. Um dieses nachhaltig zu erreichen, bietet sich eine Kombination von Trainings- und Coachingmaßnahmen in enger Zusammenarbeit zwischen den Curriculumsbeauftragten und der PE vor Ort an.

Diskussion

Eine erfolgreiche CE, nicht nur im Bereich der kommunikativen und sozialen Kompetenzen, ist komplex und betrifft immer auch die Organisation und ihr Personal.

Die Undeloher-Empfehlung geht insbesondere mit Punkt 1 „Bildung einer Steuerungsgruppe“ und mit Punkt 7 „Verstetigung“ über das hinaus, was bisher inhaltlich an Modellen in der CE beschrieben wurde und könnte somit für zukünftige Projekte besonders hilfreich sein.

Der Workshop zum Thema „Longitudinales Kommunikationscurriculum“ in Aachen 2012 [27] fokussierte auf eine theoretische Vertiefung in Form von Instrumenten und Theorien im Bereich der CE. Auch hier zeigte sich erneut, dass im Rahmen der CE häufig versäumt wird, die Bereiche der OE- und PE mit zu bedenken. Fazit des Workshops war, dass eine Reform oder vollständige Neuentwicklung eines Curriculums an einer Fakultät nicht nur das Curriculum verändert, sondern immer auch Veränderungen in der Organisation impliziert und dem Personal Veränderungen abverlangt. Das heißt, um ein Curriculum zu implementieren und nachhaltig zu verankern, braucht es auch das entsprechende Personal, welches die Organisation des Unterrichts und die Durchführung der Lehre trägt. Dieses Personal muss über fachliche und zeitliche Ressourcen verfügen und motiviert sein, die ihm zugeschriebenen Aufgaben in hoher Qualität auszuführen. Die Personen müssen auf Organisationsstrukturen treffen, die es ihnen ermöglichen, sinnvoll zu agieren. Es ist daher nötig, die Strukturen der Organisation zu kennen und zu verstehen, um sie so zu nutzen, dass gute Lehre möglich wird. Werden die Bereiche Personal und Organisation vernachlässigt, ist die Implementierung eines Kommunikationscurriculums wenig nachhaltig bzw. stößt an Grenzen [28].

Bei der Entstehung der „Undeloher-Empfehlung“ flossen aufbauend auf die verfügbare Literatur insbesondere die Erfahrungen der Experten mit Schwierigkeiten und Rückschläge ein. So entstand eine Zusammenstellung von über 50 Empfehlungen und Leitfragen, die sich an verschiedene Phasen der CE von der Planung bis zur Verstetigung orientierten. Auf den ersten Blick scheinen sich einige der Empfehlungen zu wiederholen. Diese Dopplungen sind entweder in der Empfehlung oder in der Leitfrage auf die jeweilige Phase des Prozesses hin präzisiert und abgestimmt. Wir empfehlen, die Checkliste auf den jeweiligen Kontext und Bedarf anzupassen, d.h. ggf. die Anzahl der Empfehlungen zu reduzieren. Offen bleibt zu diesem Zeitpunkt, ob in Zukunft weitere Leitfragen zu den einzelnen Phasen der CE zu ergänzen sind. Dies wird sich erst mit der Anwendung und mit der Zeit zeigen können.

Bei der Prüfung der „Undeloher Empfehlung“ auf ihre Anwendbarkeit während der Jahrestagung der GMA in Bochum 2010 erlebten alle Teilnehmer das Arbeiten mit den Empfehlungen als hilfreich, unabhängig davon, in welcher Phase die unterschiedlichen Projekte steckten. Das Format des sehr praxisnahen Aufbaus wurde als sehr gut und hilfreich empfunden. Insbesondere die Leitfragen erlebten die Workshopteilnehmer als sehr plastisch und gut handhabbar. Eine Hierarchisierung und Priorisierung der Unterpunkte wurde als eher nachteilig für die Anwendung bewertet. Offen blieb die Frage, wie mit der Erfahrung des Scheiterns am besten umgegangen werden kann.

Kritisch diskutiert wurden die Hürden und Herausforderungen, die sich in der Zusammenarbeit einer „Zwangsgruppe“ ergeben, z.B. motivationale Prozesse, die einen negativen Einfluss auf die Gruppendynamik und die Kooperation in der Gruppe haben können, wenn die Teilnahme an der Steuerungsgruppe nicht der persönlichen Motivation entspringt. Die Gewinnung interessierter Non-P-Kliniker und Vorkliniker für die Mitarbeit in einer Steuerungsgruppe zur Entwicklung eines longitudinalen Curriculums wurde als besondere Herausforderung wahrgenommen und kritisch diskutiert. Die Undeloher-Empfehlung ist in der hier vorliegenden Fassung der erste Schritt auf dem Weg zur ihrer Verbreitung und Implementierung mit dem Ziel, die Erfahrungen vieler Experten anderen Curriculumsplanern zugänglich zu machen. Limitation der hier vorgestellten Empfehlungen ist ihre bisher fehlende empirische Überprüfung. Der Entwicklung der Empfehlungen ging ein langjähriger Diskussionsprozess mit einer Vielzahl von Lehrenden voraus, basierend auf der entsprechenden Literatur sowie den persönlichen Erfahrungen der Lehrenden. Inwieweit die Empfehlungen im konkreten Einzelfall zu einer größeren Nachhaltigkeit bei der Implementierung eines Kommunikationscurriculums geführt haben, wurde bisher nicht überprüft. Es stellt sich an dieser Stelle auch die Frage, inwieweit die Effektivität einer solchen Empfehlung überhaupt empirisch überprüfbar ist, da es an den unterschiedlichen Fakultäten jeweils sehr individuelle Ausgangsbedingungen gibt, die nicht immer vergleichbar sind (z.B. Regelstudien-

gänge vs. Reform- bzw. Modellstudiengänge, Studiensemester vs. Module etc.). Die Undeloher Empfehlungen können jedoch einen Rahmen zur Orientierung im Prozess der Curriculumsentwicklung liefern.

Ein erster Schritt könnten retrospektiv angelegte Fallstudien sein, in denen diejenigen, denen es gelungen ist, ein Kommunikationscurriculum zu implementieren, überprüfen, inwieweit sie bereits einige der Empfehlungen angewendet haben und inwieweit diese zum Erfolg des Projekts beigetragen haben. Aus diesen Ergebnissen könnten dann weitere eher prospektiv angelegte Projekte abgeleitet werden, um die Güte der hier vorgestellten Empfehlungen zu überprüfen.

Schlussfolgerungen

Die hier vorgestellte „Undeloher-Empfehlung“ wurde dazu konzipiert, die Vorbereitung und Begleitung von Implementierungsprozessen von Curricula im Bereich kommunikativer und sozialer Kompetenzen zu unterstützen. Sie vereint Ergebnisse theoretischer Modelle und praktischer Erfahrungen von einer inter fakultären Expertengruppe. Sie bietet zudem die Möglichkeit, bereits laufende Prozesse, die ins Stocken geraten sind, zu analysieren und ggf. in eine andere Richtung zu lenken.

Anmerkung

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Danksagung

Wir danken der Carl-Gustav-Carus-Stiftung (Zürich) für die großzügige finanzielle Unterstützung des Workshops in Undeloh und den Workshop-Teilnehmer der Gruppe C in Undeloh: A. Dieterich (Berlin), E. Gummersbach (Düsseldorf), R. Haak (Köln), P. Jansen (Witten), C. Kiessling (Basel), W. Langewitz (Basel), A. Mortsiever (Düsseldorf), S. Pruskil (Berlin), J.-H. Schultz (Heidelberg). Darüber hinaus danken wir G. Fabry (Freiburg) für seine hilfreichen Anmerkungen. Zudem bedanken wir uns bei allen Workshopteilnehmern in Undeloh, Bochum und Aachen für die engagierte Zusammenarbeit und die kreativen Anregungen.

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000992.shtml>

1. Anhang.pdf (53 KB)

Tabelle 3: „Undeloher-Empfehlung“ zur nachhaltigen Implementierung eines longitudinalen Curriculums zur Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen

Literatur

1. Frank J. The CanMEDS physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Canada TRCoPaSo; 2005.
2. General Medical Council. Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council; 2009. Zugänglich unter/available from: http://www.gmc-uk.org/Tomorrow_s_Doctors_0414.pdf_48905759.pdf
3. Hahn E, Fischer MR. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) für Deutschland: Zusammenarbeit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und des Medizinischen Fakultätentages (MFT). GMS Z Med Ausbild. 2009;26(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma000627
4. Roch K, Trubrich A, Haidinger G, Mitterauer L, Frischenschlager O. Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung - eine vergleichende Erhebung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(3):Doc48. DOI: 10.3205/zma000685
5. Gale R, Grant J. AMEE Medical Education Guide No. 10: Managing change in a medical context: Guidelines for action. Med Teach. 1997;19(4):239-249. DOI: 10.3109/01421599709034200
6. Kotter JP. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. Harvard: University of Harvard; 1995.
7. Fabry G, Hofer M, Ochsendorf F, Schirlo C, Breckwoldt J, Lammerding-Köppel M. Hochschuldidaktische Qualifizierung in der Medizin III: Aspekte der erfolgreichen Implementierung von Qualifizierungsangeboten: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Personal- und Organisationsentwicklung für die medizinische Lehre der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung sowie des Kompetenzzentrums für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg. GMS Z Med Ausbild. 2008;25(2):Doc84. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000568.shtml>
8. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. Longitudinales, bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und Soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. GMS Z Med Ausbild. 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
9. AWMF. Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen "Leitlinie für Leitlinien". Düsseldorf: AWMF; 2004.
10. Lloyd-Jones G, Fowell S, Bligh JG. The use of the nominal group technique as an evaluative tool in medical undergraduate education. Med Educ. 1999;3(1):8-13. DOI: 10.1046/j.1365-2923.1999.00288.x
11. Bloom S. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. J Health Soc Behav. 1988;29(4):294-306. DOI: 10.2307/2136864
12. Hafferty F. Beyond Curriculum Reform. Confronting Medicine's Hidden Curriculum. Acad Med. 1998;73:403-407. DOI: 10.1097/00001888-199804000-00013
13. Kern D, Thomas P, Howard D, Bass E. Curriculum development for medical education - A six step approach. Baltimore: John Hopkins University Press; 1998.
14. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? Pat Educ Couns. 2009;76:361-367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
15. Rogers E. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 2003.
16. Kiessling C. Erfolg oder Misserfolg? Die Rolle des Change Management bei der Implementierung von Curricula im Bereich "Kommunikativer und sozialer Kompetenzen". Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) Bochum, 23-25.09.2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2010. Doc10gma261. DOI: 10.3205/10gma261
17. Druener S, Philipp S, Rockenbauch K, Deis N. Longitudinales Curriculum für kommunikative und soziale Kompetenzen. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) Aachen, 27-29.09.2012. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2012. DocW629. DOI: 10.3205/12gma266
18. Harden R, Crosby J, Davis M. Outcome-based education: Part 1. An introduction to outcome-based education. Med Teach. 1999;21(1):7-14. DOI: 10.1080/01421599979969
19. Thumser-Dauth K, Öchsner W. Schlüsselqualifikationen inklusive: Entwicklung kompetenzorientierter Curricula. Curriculumsentwicklung am Beispiel des Studiengangs Humanmedizin. Neues Handbuch Hochschullehre Lehren und Lernen effizienz gestalten Teil J Organisationsentwicklung und Lehrkultur Studiengangsentwicklung. J 2.13. Berlin u.a.: Raabe; 2008.
20. Altvater P, Bauer Y, Gilch H. Organisationsentwicklung in Hochschulen - Dokumentation. HIS: Forum Hochschule; 2007. S.14.
21. Kieser A, Kubicek H. Organisation. Berlin/New York: DeGruyter Lehrbuch; 1992.
22. Gebert D. Organisationsentwicklung. In: Schuler HH (Hrsg). Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber, Duden, Gabler Wirtschaftslexikon; 2004. S.601-616.
23. Sülzer R, Zimmermann A. Organisieren und Organisationen verstehen. Wege der Internationalen Zusammenarbeit. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1996. DOI: 10.1007/978-3-322-83269-6
24. Kaplan R, Norton D. The Strategy Focused Organization. Boston: Harvard Business School Press; 2001.
25. Mintzberg H. The Rise and Fall of Strategic Planning. New York: The Free Press; 1994.
26. Hillebrand N. Lexikon der Projektmanagement, Methoden. München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co.KG; 2007.
27. Doran G. There's a S.M.A.R.T. way to write management`s goals and objectives. Manag Rev. 1981;70(11 (AMA FORUM));35-36.
28. Srinivasan M LS, Meyers FJ, Pratt DD, Collins JB, Braddock C, Skeff KM, West DC, Henderson M, Hales RE, Hilty DM. "Teaching as a Competency": competencies for medical educators. Acad Med. 2011;86(10):1211-1220. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a
29. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating training programs. The four levels. San Francisco CA: Berrett-Koehler Publishers Inc.; 2005.

30. Gellert M, Nowak C. Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung: Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams. Meezen: Limmer Verlag; 2010.

Korrespondenzadresse:

Dr. Susanne Pruskil, MSc PH
Freie und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsamt Altona,
Bahrenfelder Strasse 254-260, D-22765 Hamburg,
Deutschland
susanne.pruskil@altona.hamburg.de

Bitte zitieren als

Pruskil S, Deis N, Druener S, Kiessling C, Philipp S, Rockenbauch K. Implementation of "social and communicative competencies" in medical education. The importance of curriculum, organisational and human resource development. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):Doc50. DOI: 10.3205/zma000992, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009926

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000992.shtml>

Eingereicht: 06.11.2014

Überarbeitet: 17.05.2015

Angenommen: 22.07.2015

Veröffentlicht: 16.11.2015

Copyright

©2015 Pruskil 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/>.