

# How to: Success factors for the implementation and establishment of the “longitudinal curriculum” on communicative competencies at the Medical Faculty Mannheim

## Abstract

Communicative competencies are of great importance to the medical profession, hence the teaching of them has been continuously expanded in recent years at many German medical schools. While individual courses on communicative competencies have already been established in the curricula, there remains, in part, a lack of longitudinal anchoring over the entire course of medical study.

In 2008 the Medical Faculty Mannheim began implementing a longitudinal curriculum for communicative competencies. This paper outlines the general and phase-specific success factors in this process and gives practical recommendations and tips based on the personal experiences of the authors and the existing literature.

**Keywords:** longitudinal communication curriculum, curriculum development, communicative competencies, how to

Renate Strohmer<sup>1</sup>

Ute Linder<sup>1</sup>

Jens J. Kaden<sup>1</sup>

1 Medizinische Fakultät  
Mannheim, Universität  
Heidelberg, Geschäftsbereich  
Studium und  
Lehrentwicklung,  
Lernkrankenhaus TheSiMa,  
Mannheim, Germany

## 1. Background

Communicative competence is defined as “the ability to achieve communicative goals in a socially appropriate manner” [1]. This can be taught and learned through practice and experience (*ibid.*). A physician’s ability to communicate can contribute significantly to a patient’s recovery [2], [3], [4], [5], e. g., to reduce symptoms and increase quality of life [6].

Teaching and mastering communicative competence are considered an important pillar of medical education and identified in the medical licensing regulations [[http://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/index.html)]. In the draft legislation drawn up by the Federal Ministry of Health to revise medical education, holding a medical consultation with a patient is defined as a main area of competence [7]. Learning objectives for holding medical consultations are defined in the National Competency-based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) [<https://www.nklm.de>]. One goal of the 2020 Masterplan for Medical Studies is the implementation of a national longitudinal communication curriculum in medicine [8]. Reports from different medical schools in Germany were published, among other papers, in the GMS JME special topic issue on “communicative and social competencies” [9] and success factors have been identified [10], which can also be found, in part, in the Undelohr recommendations for curriculum development [11].

This paper picks up on the previous papers because the implementation of the curriculum in Mannheim is now

quite advanced and a range of experiences has been gathered, primarily with regular operation and the support and maintenance of the teaching program, and from which concrete recommendations can be drawn.

The Mannheimer reformed medical curriculum (MaReCuM), a model study program in medicine, was introduced at the Medical Faculty Mannheim of the University of Heidelberg in 2006 and augmented in 2008 with a longitudinal curriculum in communicative competencies. Communicating with patients, their families, and other colleagues forms one of the seven core competencies that are taught by MaReCuM. From the first semester onward, communication is taught, learned and tested. During the first study phase (years 1-2), basic theoretical knowledge, tools and approaches are taught and practiced in small student groups. During the second study phase (years 3-5), there are course units with simulated persons (SP), to which the previously learned tools and techniques can be applied. These conversations are successively built upon in terms of their content and complexity and culminate in communication with real patients during bedside teaching and the final practical phase of medical study (year 6).

The building blocks for successful curriculum implementation and the central factors for success – identified retrospectively at the Medical Faculty Mannheim – are presented in the following. These are addressed in chronological order from conception and implementation through to regular operation. Factors that pertain to more than one phase are also identified and compared with the existing literature.

## 2. Success factors for a longitudinal communication curriculum

### 2.1. Success factors applicable to multiple phases

#### 2.1.1. Centralized coordination

First of all, a central point for coordination was defined at the Medical Faculty Mannheim to ensure the complex process of creating and sustaining a longitudinal curriculum on communicative competency. This central point represents the contact partner for all participants, organizes the design-related tasks, works, in part, on the conception and design, bundles the quality management (particularly during regular operation) and enables cross-linkage—e. g., to scientific committees. In Mannheim this central point is housed at the academic teaching hospital, TheSiMa (Themenräume-Simulation-Mannheim). An additional staff member (50% full-time equivalent), funded with project money, was hired for a period of two years to exclusively handle the conceptual work on the communicative curriculum.

The acceptance of this central point is an especially critical success factor in terms of the process, since it ensures that all of the information comes together in one place and that specific work steps can be centrally managed. Failing this, it is easy for individual course units to be offered in different semesters that may be qualitatively high in value, but are not coordinated with each other longitudinally.

#### 2.1.2. Organizational support and identification

A longitudinal curriculum affects many areas of teaching and requires networking and cooperation among many participants. This necessitates coordination and compromises. Ensuring the commitment of all of the participants not only to the process, but also to the significance of teaching communication itself, is therefore another key factor for success [11]. This requires that all of the participants and the decision-makers responsible for the process are committed to the project, recognize its importance, want to and can carry responsibility for it. Other authors also refer to this as the vision or the urgency that must be seen or felt by all of the participants [12]. In addition to those involved with the internal process, it is important to secure the support of other officials and stakeholders, for instance, university deans, study committees, and student bodies.

While developing the longitudinal communication curriculum in Mannheim, a basic tenor was present, due among other things to the prior development of the reformed curriculum, regarding the value of such a project and this was clearly conveyed by those in leadership positions. Also, early and active inclusion of the people responsible for the modules served to strengthen the level of commitment. Stakeholders were regularly informed

through a variety of channels, per email and in personal conversations and meetings. The central stakeholders were reached in this manner and share responsibility for the curriculum through to this day; they support its continued development and are important links to their institutes, hospitals and other institutions.

### 2.2. The planning and implementation phase

#### 2.2.1. Working group

The basis for the content development of a longitudinal curriculum is formed by the cooperation between many different academic departments, institutes and hospitals. To enable this, the formation of a steering committee [11] or a working group [12] in terms of an academic advisory committee is recommended. Interdisciplinary and interprofessional collaboration is important not only in regard to the actual development of curricular content, but also as a pre-requisite for the success of the implementation process itself. Furthermore, such a group, composed of established and permanently responsible persons, can strengthen the approval for the project.

At the Medical Faculty Mannheim, the interprofessional working group is composed of persons responsible for the modules and teaching, those in leadership positions at hospitals, faculty heads and employees of the teaching hospital and SP program. The working group receives essential support from the Office of the Dean of Studies. There was no compensation for the work. The members of the working group joined the project out of an intrinsic motivation, for example, due to an interest in the topic or a conviction about its importance.

At the start of the planning phase, the working group had the support of an external expert on communication training. Following a kick-off meeting, two workshops were held on different topics, such as methods training, communication models, group dynamics, and conversational tools. These workshops were meant to inspire content and expand the knowledge of the participants – they also served on a meta-level as a team-building measure for the working group. After the workshops, there were other meetings to establish consensus regarding the curriculum.

#### 2.2.2. Developing the curriculum (actual-target analysis)

Generally speaking, a large number of courses already have content for teaching communication to medical students. It is important to take an inventory so as to make this visible and to recognize redundancies and missing content. Curricular mapping according to Harden [10], [13] or a survey instrument for structure analysis [14] can be used to accomplish this. At the Medical Faculty Mannheim, the actual situation was mapped through reverse blueprinting by the project staff member at the centralized coordination point. The existing teaching and learning materials were reviewed for content and documented; course observations were carried out, and

module coordinators and other people responsible at the subject level were interviewed. This resulted in a blueprint showing learning objectives, competencies, content and methods. This mapping was done over a period of about a year. Cooperation took place smoothly because the process was initiated and communicated from a central point.

As soon as the actual situation has been assessed, it is important to compare it with a defined target situation [12]. The learning objectives in the NKLM or the sample curriculum for communication in medicine [15] can be used as targets. By doing this, it is possible to determine if all of the individual learning objectives relevant to physician communication are covered or lacking in content or present in multiple forms. These results can be compiled and documented in a module manual and differentiated up through each individual course session. This makes it clear which learning objective should be taught using which content or tested at which time point and in which form.

A content-based comparison between the actual curricular content and methods and the targets was conducted at the Medical Faculty Mannheim based on the inventory analysis done in the conception phase. To do this, the Canadian CanMEDS framework [16] and the Skills Overview of the GMA committee on practical skills [17] were used, among other things, and the expertise of the working group members was drawn upon. This approach was selected because, at that point in time, the NKLM had not yet been adopted and the IMPP had not yet completed its nationwide Longkomm project. Finally, to develop a logical and coherent curricular thread, working group meetings were held, during which the results of the mapping exercise were discussed and individual courses were defined in terms of their type, scope and specific content.

Focusing the curriculum on specific content elements has proven effective, for instance, the implementation of specific feedback rules [18] and tools such as RE-Form (guidelines on opening conversations) [19], NURSE (dealing with emotions) [20], [21], [22] and SPIKES (delivering bad news) [23], [24]. This content is anchored longitudinally in terms of chronology and cross-sectionally according to content and subjects (see table 1). Furthermore, the Medical Faculty Mannheim has placed and still places value on the fact that clinically active physicians from all disciplines teach communication courses as a way to emphasize the importance of physician communication in all clinical subjects.

During the first two years of study basic theoretical knowledge is taught in lectures and seminars on the role of the physician, physician communication and building a relationship. This is repeated and covered in more depth in seminars. In the third year of study there are seminars on migration/health, psychosocial background, the doctor/patient relationship, holding medical consultations with patients, and handling emotions. These acquired techniques are practiced and honed in a simulated consultation with simulated patients. In the fourth year of

study there are seminars on delivering bad news, behavior modification, and suicidality; these are also practiced with SPs. After this come the first consultations with real patients. During the fifth year of study there are simulated consultations in pediatrics on the topic of conflict management and in primary care on the language barriers faced in consultations with patients who have migrant backgrounds.

### 2.2.3. Designing assessments

As part of constructive alignment [25], teaching and learning methods, learning objectives and the related test formats should be constructed so that they reflect each other. This means that practically acquired competencies should also be tested by means of a practical assessment. For this reason, two summative Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) were implemented in MaReCuM to assess communicative competencies. The topic of communication is integrated into the third-year OSCE. In addition to a station dedicated solely to communication, two of 12 stations include communicative tasks as part of the assignments.

The OSCE that assesses interdisciplinary learning in the fifth year of study includes communicative competence in the evaluation: Abilities to communicate in medical consultations account for 25% of an examinee's score, whereby a communication-relevant task is integrated into each of the 12 stations. The high value placed on physician communication is reinforced, as a result and also in respect to the final practical year of medical study.

The structures and courses in the longitudinal communication curriculum at the Medical Faculty Mannheim were compiled as a manual in an easy-to-handle booklet form. This contains information on the tools and strategies taught for holding medical consultations and additional sources on this topic. The manual is issued to students and teachers and updated on a regular basis.

### 2.2.4. Structuring the teaching

For (external) teachers who are involved mainly in their capacity as physicians, the realization of teaching students as part of a weekly schedule in the context of tightly scheduled hospital routines is often difficult.

To make teaching communication more attractive to these physician teachers, planning block courses and day-long teaching blocks, for instance, has proven more attractive in Mannheim than weekly course sessions. This also makes it possible to recruit external instructors for this type of teaching since they find the commute very worthwhile for an entire day of teaching.

### 2.2.5. Teacher training

Teachers often bring with them a variety of assumptions about pedagogy, content and motivation to the structure and design of courses on medical consultation skills, a situation that make teacher qualification necessary for

**Table 1: Courses in the longitudinal curriculum on communicative competencies in MaReCuM**

| Study year | Module   | Type   | Course   | CU     |   |
|------------|--|--------|--|--------|---|
| Years 1-2  | Introduction to Clinical Medicine              | S      | Physician Communication (RE-FORM)  | 2      |   |
|            |  | S      | Forming a Physician-Patient Relationship (NURSE)   | 2      |   |
|            | Physician and Patient (specialty topic: Heart) | L      | Physician and Patient: Medical Decisions   | 2      |   |
|            |  | S      | Theoretical and Practical Principles of Medical Decision-making  | 2      |   |
| Year 3     | Society & Health                               | L      | Social Context and Inequality in Health and Sickness   | 2      |   |
|            |  | S      | Social Context and the Physician-Patient Relationship  | 2      |   |
|            | Clinical Propaedeutics                         | S      | Holding Medical Consultations – Introduction   | 2      |   |
|            |  | S      | Holding Medical Consultations – Dealing with Emotions  | 2      |   |
|            |  | BST SP | Handling Emotions (RE-FORM and NURSE) – 6 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x Dealing with emotions</li> <li>• 2x Anamnesis</li> <li>• 2x Structuring the physician-patient consultation</li> </ul>   | 6      | Small groups of 6 students (each student holds a consultation and observes 5 consultations) |
| Year 4     | Clinical Medicine                              | S      | Delivering Bad News  | 2      |   |
|            |  | BST SP | Delivering Bad News (SPIKES) – 2 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Delivering bad news</li> <li>• 1x Consultation with partner (with 2 SPs)</li> </ul>  | 2      | Small groups of 6 students (2 students hold one consultation each)                          |
|            |  | S      | Behavior Modification 1-3 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction and principles of motivation</li> <li>• Forming intentions - in-depth look at motivational consultations</li> <li>• From intention to action</li> </ul>  | 6      |   |
|            |  | BST SP | Behavior Modification – 2 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x Diabetes (first consultation and follow-up) or</li> <li>• 2x Asthma (first consultation and follow-up)</li> </ul>   | 2      | Small groups of 6 students (2 students hold one consultation each)                          |
|            | Nerves and the Senses                          | BST    | Explorations with Real Patients <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression, mania, bipolar disorders</li> <li>• Dementia, depression in the elderly</li> <li>• Delirium, organic psychiatric disorders</li> <li>• Schizophrenia spectrum psychoses</li> <li>• Addiction and dependent behaviors</li> <li>• Pediatric/Adolescent psychiatry</li> <li>• Dissociative and somatoform disorders</li> <li>• Eating disorders</li> <li>• Personality disorders and BPD</li> <li>• Post-traumatic stress disorder</li> </ul> | 3 each |   |
|            |  | BST SP | Suicidality – 2 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Acute suicidality</li> <li>• 1x Status post attempted suicide</li> </ul>  | 3      | Small groups of 6 students (2 students hold one consultation each)                          |
|            |  |        |  |        |   |
| Year 5     | Pediatrics                                     | BST SP | Pediatric Medical Consultations – 2 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Indirect anamnesis</li> <li>• 1x Conflict management (with 2 SPs)</li> </ul>  | 2      | Small groups of 6 students (2 students hold one consultation each)                          |
|            | Primary Care                                   | BST SP | Holding Medical Consultations: Patients with Migration Background – 2 Consultations with SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Anamnesis</li> <li>• 1x Pre-treatment consultation</li> </ul>   | 2      | Small groups of 6 students (2 students hold one consultation each)                          |
| Year 6     | Practical Year                                 | BST    | Consultations with real patients (anamnesis, pre-treatment consultations, consultations with family members, patient handovers, patient presentations, and hospital rounds)  |        |   |

Note: S=seminar, L=lecture, BST=bedside teaching, BST SP=bedside teaching with simulated patient, CU=course unit à 45 minutes. A small group for bedside teaching is always comprised of 6 students.

this type of teaching format [x]. To ensure a consistently high and homogenous quality of instruction, the Medical Faculty Mannheim designed and launched required, multi-step, modular teacher trainings early on as preparation for teaching with SP. At first, this involved in-person training sessions. As of 2016, in response to the participants' complaints about scheduling, a more flexible blended-learning program has been offered and covers small learning units in bite-size format [26], [27]. Thus, the teacher training has been adapted to fit the needs of the teachers – particularly in terms of time and scheduling – and is highly accepted. As part of the teacher training, the participants first go through online training that concludes with a test of knowledge. Once this test has been passed, the participants are cleared to attend the in-person training. Teacher training ends with a formal observation of them while teaching with feedback afterward. In addition to basic qualification, teachers can seek qualification in more specialized subjects in the communication curriculum (behavior modification, delivering bad news, etc.). All of the training culminates in a certificate, which is required to teach communication courses (with SP). The bite-sized structure of the training program coupled with the online format also gives teachers the option to repeat any of the modules, as needed.

Specific training is also required for the examiners who serve as assessors in the OSCEs referred to above [28]. By putting emphasis on training that takes the needs of the instructors into account, it is not only possible to improve the quality of the teaching, but also boost the approval of the teachers.

Other authors have cited the importance of teacher training and manuals for standardization and quality assurance in the teaching of communication courses [12], and this has been broadened to include factors such as ongoing training and the expansion of teaching-learning research [10].

## 2.3. Regular operation

### 2.3.1. Maintaining operation of the teaching program

Realizing the teaching of courses on medical consultation skills represents a central task of normal operation. Belonging to this are creating the course schedules and preparing the individual seminars. This also encompasses the assignment of teachers and SPs to specific courses. Course materials, online content and training sessions must be kept up to date and expanded or revised. At the Medical Faculty Mannheim, teachers are given access to course files containing the course syllabus in table form, the required teaching materials and assignments, and observation criteria for the simulated consultations. These files serve to homogenize the instruction and assure quality. These files are provided by the central coordination point for all of the courses offered at TheSiMa. The basic studies program is administered by another office.

### 2.3.2. Recruiting teachers

The acquisition of new teachers is another task associated with regular operation. Teacher fluctuation must be monitored and counteracted through the targeted recruitment of new teachers. In Mannheim, extensive communication between the central point and hospitals, those responsible for the modules, and the Office of the Dean of Studies has proven constructive. What has shown itself to be particularly helpful is contacting these partners directly and forwarding a request for new teachers to the physicians who have already been given a teaching assignment.

### 2.3.3. Quality assurance

Under regular operation, assuring the quality of courses in communicative competencies forms a core task. At the Medical Faculty Mannheim this is ensured through many activities. First, the courses are regularly evaluated within the scope of the school-wide and university-wide evaluations using standardized questionnaires. In addition, the suggestions and feedback elicited from the teachers and students regarding the courses are used to adapt course content and teaching methods. Course materials are regularly updated by the central coordination point. Also, random teacher observations are carried out intermittently, in which the teaching is compared to the prescribed setting. The teachers receive feedback directly afterward. Feedback from the SPs regarding the quality of the instruction is also responded to.

The longitudinal communication curriculum itself is updated and adapted in regular reviews held by the central coordination, the members of the working group and their successors.

## 3. Conclusion

The experience of developing and implementing a longitudinal curriculum on communicative competencies at the Medical Faculty Mannheim shows that this process requires effort, resources and can be protracted. Maintaining regular teaching operation after the implementation phase and its associated tasks should not be underestimated. Taking success factors into account during the different phases of implementing a communication curriculum can, in our opinion, contribute to the success of the process and to the development of quality in medical education. In our view, these factors entail:

- establishing a centralized coordination point,
- ensuring organizational support,
- forming a working group,
- structured development of a curriculum,
- structuring the teaching,
- recruiting and training the teachers,
- maintaining the teaching program,
- established quality assurance.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

- 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
- Becker C, Hunziker S. Die Wichtigkeit der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. *Ther Umsch.* 2019;76(5):231-238. DOI: 10.1024/0040-5930/a001095
- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-1040. DOI: 10.1093/annonc/mdq441
- Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):607-609. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.002
- Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791-806. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00449-5
- Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, Kirsch I, Schyner RN, Nam BH, Nguyen LT, Park M, Rivers AL, McManus C, Kokkotou E, Drossman DA, Goldman P, Lembo AJ. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008;336(7651):999-1003. DOI: 10.1136/bmj.39524.439618.25
- Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2021. Zugänglich unter/available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf\\_AEApprO.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; 2017. Zugänglich unter/available from: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Presse/Presse\\_Dokumente/Masterplan\\_Endfassung\\_31\\_03\\_17.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Presse/Presse_Dokumente/Masterplan_Endfassung_31_03_17.pdf)
- Hempel L, Kienle R, Kiessling C, Löffler-Stastka H, Philipp S, Rockenbauch K, Schnabel KP, Zimmermann A. Special issue on teaching social and communicative competences - status quo. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc72. DOI: 10.3205/zma001468
- Hinding B, Brünahl CA, Buggenhagen H, Gronewold N, Hollinderbäumer A, Reschke K, Schultz JH, Jünger J. Pilot implementation of the national longitudinal communication curriculum: experiences from four German faculties. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc52. DOI: 10.3205/ZMA001448
- 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
- Kienle R, Freytag J, Lück S, Eberz P, Langenbeck S, Sehy V, Hitzblech T. Communication skills training in undergraduate medical education at Charité - Universitätsmedizin Berlin. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc56. DOI: 10.3205/ZMA001452
- Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach.* 2001;23(2):123-137. DOI: 10.1080/01421590120036547
- Hinding B, Gornostayeva M, Lux R, Brünahl C, Buggenhagen H, Gronewold N. Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten. Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Mainz: IMPP; 2020. Zugänglich unter/available from: [https://www.impp.de/files/PDF/BMG-Berichte/IMPP-Leitfaden-Kommunikative-Kompetenzen\\_komprimiert.pdf](https://www.impp.de/files/PDF/BMG-Berichte/IMPP-Leitfaden-Kommunikative-Kompetenzen_komprimiert.pdf)
- Universitätsklinikum Heidelberg. Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Ein Projekt des Nationalen Krebsplans. Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg; 2015. Zugänglich unter/available from: <https://www.medtalk-education.de/wp-content/uploads/2016/08/mustercurriculum-kommunikation-fuer-med-ausbildung.pdf>
- Frank JR, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.* Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Zugänglich unter/available from: [https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf)
- Schnabel KP, Boldt PD, Breuer G, Fichtner A, Karsten G, Kujumdshiev S, Schmidts M, Stosch C. A consensus statement on practical skills in medical school - a position paper by the GMA Committee on Practical Skills. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(4):Doc58. DOI: 10.3205/zma000770
- Stangl W. Gutes Feedback - Regeln für eine wirksame Rückmeldung. Zugänglich unter/available from: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/FeedbackRegeln.shtml>
- Kiessling C, Langewitz W. The longitudinal curriculum "social and communicative competencies" within Bologna-reformed undergraduate medical education in Basel. *GMS Z Med Ausbild.* 2013;30(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma000874
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. DOI: 10.3322/canjclin.55.3.164
- Smith RC. *Patient-centered Interviewing: An Evidence-based Method.* Philadelphia, PE; Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- Bohus M, Wolf-Arehult M. *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual.* Stuttgart: Schattauer; 2016.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
- Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncol.* 2005;2(2):138-142. DOI: 10.1016/S1548-5315(11)70867-1
- Biggs J. Enhancing Teaching through Constructive Alignment. *High Educ.* 1996;32:347-364. DOI: 10.1007/BF00138871
- Liebke L, Strohmer R, Lauber H, Winzer A, Strittmatter-Haubold V, Kaden JJ. Weiterbildung von Hochschuldozierenden in der medizinischen Lehre. Ein Blended-Learning basiertes Format. *Z Hochschule Weiterbild.* 2019;1:48-55. DOI: 10.25656/01:18317
- Strohmer R, Fritz HM, Kaden J. Mannheimer Dozentenschulung zur Lehre mit Simulationspatienten (MaDoz-SP). In: *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).* Bern, 14.-17.09.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2016. DocV40-218. DOI: 10.3205/16gma308
- Schüttpeiz-Brauns K, Nühse K, Strohmer R, Kaden JJ. Training OSCE examiners: minimal effort with far-reaching results. *Med Educ.* 2019;53(11):1153-11534. DOI: 10.1111/medu.13970

**Corresponding author:**

Renate Strohmer  
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg,  
Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung,  
Lernkrankenhaus TheSiMa, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3,  
D-68167 Mannheim, Germany  
renate.strohmer@medma.uni-heidelberg.de

**Please cite as**

Strohmer R, Linder U, Kaden JJ. How to: Success factors for the implementation and establishment of the "longitudinal curriculum" on communicative competencies at the Medical Faculty Mannheim . GMS J Med Educ. 2023;40(1):Doc11.  
DOI: 10.3205/zma001593, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015936

**This article is freely available from**  
<https://doi.org/10.3205/zma001593>

**Received:** 2022-04-21  
**Revised:** 2022-08-17  
**Accepted:** 2022-10-31  
**Published:** 2023-02-15

**Copyright**

©2023 Strohmer 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/>.

# Gewusst wie: Erfolgsfaktoren bei der Implementierung und Etablierung des longitudinalen Curriculums „Kommunikative Kompetenzen“ am Beispiel der Medizinischen Fakultät Mannheim

## Zusammenfassung

Kommunikative Fähigkeiten sind für den Arztberuf von großer Bedeutung und dementsprechend wird die Lehre hierzu insbesondere in den letzten Jahren an vielen Medizinischen Fakultäten fortwährend ausgebaut. Während einzelne Lehrveranstaltungen zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in den Curricula bereits etabliert sind, mangelt es teilweise noch an einer longitudinalen Verankerung über das gesamte Studium der Humanmedizin hinweg.

An der Medizinischen Fakultät Mannheim wurde bereits 2008 mit der Implementierung eines longitudinalen Curriculums „kommunikative Kompetenzen“ begonnen. In diesem Artikel werden übergreifende und phasenbezogene Erfolgsfaktoren dieses Prozesses nachgezeichnet und praxisbezogene Handlungsvorschläge und Tipps – basierend auf den persönlichen Erfahrungen der Autor\*innen sowie der verfügbaren Literatur – gegeben.

**Schlüsselwörter:** longitudinales Kommunikationscurriculum, Curriculumsentwicklung, kommunikative Kompetenzen, Gewusst wie

Renate Strohmmer<sup>1</sup>

Ute Linder<sup>1</sup>

Jens J. Kaden<sup>1</sup>

1 Medizinische Fakultät  
Mannheim, Universität  
Heidelberg, Geschäftsbereich  
Studium und  
Lehrentwicklung,  
Lernkrankenhaus TheSiMa,  
Mannheim, Deutschland

## 1. Allgemeines und Hintergrund

Kommunikative Kompetenz wird definiert als „Fähigkeit, kommunikative Ziele in sozial angemessener Form umzusetzen“ [1]. Durch Übung und Erfahrung ist sie lehr- und lernbar (ebd.). Die ärztliche Kommunikation kann einen wichtigen Beitrag zur Genesung der Patient\*innen leisten [2], [3], [4], [5], z. B. zur Reduktion von Symptomen und zur Steigerung der Lebensqualität [6].

Die Förderung kommunikativer Kompetenz gilt als wichtiger Grundpfeiler medizinischer Ausbildung, und ist in der ärztlichen Approbationsordnung benannt [[http://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/index.html)]. Im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung wird die ärztliche Gesprächsführung als ein übergeordnetes Kompetenzfeld definiert [7]. Im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) sind Lernziele zur ärztlichen Gesprächsführung definiert [<https://www.nklm.de>]. Ein Ziel des Masterplans Medizinstudium 2020 ist die Umsetzung eines nationalen longitudinalen Kommunikationscurriculums in der Medizin [8]. Hierzu wurden u. a. im GMS JME Themenheft „kommunikative und soziale Kompetenzen“ Berichte aus verschiedenen Medizinischen Fakultäten in Deutschland vorgestellt [9] und Erfolgsfaktoren abgeleitet [10], welche sich teils auch

in den „Undeloher Empfehlungen“ zur Curriculumsentwicklung finden [11].

An dieser Stelle knüpft der vorliegende Artikel an, da die Implementierung des Curriculums in Mannheim schon sehr weit fortgeschritten ist und vor allem im Bereich des Regelbetriebs und der Aufrechterhaltung des Lehrbetriebs bzw. dessen Pflege vielfältige Erfahrungen vorliegen und konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

An der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg wurde 2006 das Mannheimer Reformierte Curriculum für Medizin und Medizinnahe Berufe (MaReCuM) eingeführt, welches 2008 durch die Implementierung eines longitudinalen Curriculums „kommunikative Kompetenzen“ ergänzt wurde. Die Kommunikation mit Patient\*innen, Angehörigen und Kolleg\*innen ist eine der sieben Kernkompetenzen, die in MaReCuM vermittelt werden. Ab dem ersten Semester wird Kommunikation gelehrt, gelernt und geprüft. Im ersten Studienabschnitt (1.–2. Studienjahr) werden theoretisches Grundwissen, Instrumente und Vorgehensweisen vermittelt und im Rahmen studentischer Kleingruppen geübt. Im zweiten Studienabschnitt (3.–5. Studienjahr) kommen Unterrichtseinheiten mit Simulationspersonen (SP) hinzu, in denen die erlernten Werkzeuge und Techniken angewandt werden können. Diese Gespräche werden sukzessive thematisch ausgebaut, gewinnen inhaltlich an Komplexität und münden schließlich in der Kommunikation mit realen

Patient\*innen im Rahmen von Unterricht am Krankenbett (UaK) bzw. im Praktischen Jahr (PJ, 6. Studienjahr). Im Folgenden sollen die Bausteine einer erfolgreichen Curriculumsimplementierung und zentrale Erfolgsfaktoren vorgestellt werden, die rückblickend an der Medizinischen Fakultät Mannheim identifiziert wurden. Diese werden in chronologischer Abfolge von der Konzeptions- und Implementierungsphase bis zum Regelbetrieb dargestellt. Auch phasenübergreifende Faktoren werden benannt und mit der aktuellen Literatur abgeglichen.

## 2. Erfolgsfaktoren eines longitudinalen Kommunikationscurriculums

### 2.1. Phasenübergreifende Erfolgsfaktoren

#### 2.1.1. Zentrale Stelle

Um den komplexen Prozess der Erstellung und Aufrechterhaltung eines longitudinalen Curriculums „kommunikative Kompetenzen“ zu gewährleisten, wurde an der Medizinischen Fakultät Mannheim zunächst eine „Zentrale Stelle“ zur Koordination definiert. Diese ist Ansprechpartner\*in aller Beteiligten, organisiert die Konzeptionsaufgaben, arbeitet teils selbst an der Konzeption mit, bündelt das Qualitätsmanagement (insbesondere im Regelbetrieb) und dient der Quervernetzung – z. B. zu wissenschaftlichen Fachausschüssen. In Mannheim ist diese Stelle im Lernkrankenhaus TheSiMa („Themenräume-Simulation-Mannheim“) angesiedelt. In der Konzeptionsphase war zusätzlich eine weitere Mitarbeiterin (50 % VZÄ), finanziert über Projektgelder, für einen Zeitraum von zwei Jahren exklusiv mit der Konzeptionsarbeit des Kommunikationscurriculums betraut.

Insbesondere die Akzeptanz dieser zentralen Stelle ist ein kritischer Erfolgsfaktor für den Prozess, da so sichergestellt wird, dass alle Informationen an einer Stelle zusammenlaufen und entsprechende Arbeitsschritte zentral gesteuert werden können. Andernfalls entstehen leicht einzelne Unterrichtseinheiten in den verschiedenen Studienjahren, die zwar qualitativ hochwertig sein können, jedoch nicht longitudinal aufeinander abgestimmt sind.

#### 2.1.2. Organisationale Unterstützung und Identifikation

Ein longitudinales Curriculum betrifft viele Lehrbereiche und erfordert die Vernetzung und Zusammenarbeit vieler Beteiligten. Es macht Abstimmungen und Kompromisse notwendig. Die Sicherung des Engagements aller Beteiligten hinsichtlich des zu gestaltenden Prozesses, aber auch hinsichtlich der Bedeutung von Kommunikationsunterricht selbst, ist darum ein weiteres zentrales Erfolgskriterium [11]. Es erfordert, dass alle Beteiligten und die Entscheidungsträger des Prozesses von dem Vorhaben überzeugt sind, dessen Wichtigkeit anerkennen und es mittragen möchten und können. Andere Autor\*innen

nennen dies auch die Vision bzw. die Dringlichkeit, die von allen Beteiligten mitgetragen und empfunden werden muss [12]. Neben prozessinternen Beteiligten gilt es auch die Unterstützung weiterer Funktionsträger\*innen und Stakeholder, wie bspw. Dekan\*in, Studienkommission und Fachschaft zu sichern.

Bei der Erarbeitung des longitudinalen Curriculums ‚Kommunikative Kompetenzen‘ in Mannheim war, unter anderem bedingt durch die vorangegangene Erarbeitung des reformierten Curriculums, ein Grundtenor hinsichtlich der Wertigkeit eines solchen Projektes gegeben und wurde von den Vorgesetzten kommuniziert. Auch das frühzeitige aktive Einbinden von bspw. Modulverantwortlichen diente der Stärkung des Commitments. Stakeholder wurden regelmäßig über unterschiedliche Kanäle, beispielsweise per E-Mail – aber auch in persönlichen Gesprächen und Präsenztreffen informiert. Die zentralen Stakeholder konnten so erreicht werden und tragen das Curriculum bis heute mit, sie unterstützen dessen Fortentwicklung und sind wichtiges Bindeglied zu ihren Instituten, Kliniken und anderen Einrichtungen.

### 2.2. Die Planungs- und Implementierungsphase

#### 2.2.1. Arbeitsgruppe

Die Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung eines longitudinalen Curriculums ist die Zusammenarbeit vieler verschiedener Fachbereiche, Institute und Kliniken. Um dies zu ermöglichen, ist die Bildung einer Steuerungsgruppe [11] bzw. Arbeitsgruppe (AG) im Sinne eines wissenschaftlichen Beirats empfohlen [12]. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur auf inhaltlicher Ebene bei der tatsächlichen Erarbeitung des Curriculums wichtig, sondern auch eine Voraussetzung für das Gelingen des Implementierungsprozesses selbst. Außerdem kann eine solche Gruppe aus feststehenden längerfristig Verantwortlichen die Zustimmung zum Vorhaben stärken.

An der Medizinischen Fakultät Mannheim setzte sich die interprofessionelle AG aus Modul- und Lehrverantwortlichen, Leitungspersonen von Kliniken, Verantwortlichen der Fakultät sowie Mitarbeitenden von Lernkrankenhaus und SP-Programm zusammen. Grundlegende Unterstützung erhielt die AG durch das Studiendekanat. Es fand keine Kompensation der Arbeitsanteile statt. Die Mitglieder der AG haben sich aus intrinsischer Motivation dem Vorhaben angeschlossen, bspw. aus Interesse bzw. empfundener Wichtigkeit der Thematik.

Zu Beginn der Planungsphase hatte die AG Unterstützung durch einen externen Experten auf dem Gebiet der Kommunikationsausbildung. Nach einem Kick-Off Meeting fanden zwei Workshops zu unterschiedlichen Themen, wie z. B. Methodentraining, Kommunikationsmodelle, Gruppendynamik und Gesprächsführungsinstrumente, statt. Die Workshops sollten einen inhaltlichen Impuls geben und die Kenntnisse der Teilnehmenden erweitern – sie dienten auf der Meta-Ebene aber auch der Team-

entwicklung der AG. Nach den Workshops fanden weitere Meetings zur Konsensfindung des Curriculums statt.

### 2.2.2. Erstellung des Curriculums (Ist-Soll-Analyse)

Im Regelfall finden sich bereits in einer Vielzahl von Lehrveranstaltungen Inhalte zur Lehre von Kommunikation im Medizinstudium. Diese gilt es in einer Bestandsaufnahme sichtbar zu machen, um Redundanzen und fehlende Inhalte zu erkennen. Hierfür kann bspw. das ‚Curricular Mapping‘ nach Harden [10], [13] oder ein strukturanalytisches Befragungsinstrument [14] genutzt werden. An der Medizinischen Fakultät Mannheim wurde das Mapping des Ist-Standes im Sinn eines „reverse blueprinting“ durch die Projektmitarbeiterin der zentralen Stelle geleistet, die bestehende Unterrichts- und Lernmaterialien auf Inhaltsebene gesichtet und dokumentiert, aber auch Unterrichtsbesuche abgehalten sowie Interviews mit Modulkoordinator\*innen und Fachverantwortlichen geführt hat. Daraus wurde ein Blueprint mit Lernzielen, Kompetenzen, Inhalten und Methoden erstellt. Das Mapping fand über einen Zeitraum von ca. einem Jahr statt. Die Kooperation verlief unproblematisch, da der Prozess von leitender Stelle initiiert und kommuniziert wurde.

Sobald der Ist-Stand erfasst ist, gilt es diesen mit einem definierten Soll zu vergleichen [12]. Als Zielwerte können die Lernziele des NKLM bzw. das Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin [15] dienen. Somit kann individuell festgestellt werden, ob alle Lernziele der ärztlichen Kommunikation abgedeckt sind oder ob Inhalte fehlen bzw. mehrfach vorhanden sind. Die Ergebnisse können in einem Modulhandbuch festgehalten und bis auf Einzelunterrichtsebene ausdifferenziert werden. Somit wird deutlich, welche Lernziele durch welche Lehrinhalte zu welchen Zeitpunkten in welcher Form vermittelt und geprüft werden sollen.

Ausgehend von der in der Konzeptionsphase erfolgten Bestandsanalyse wurde an der medizinischen Fakultät Mannheim ein inhaltlicher Soll-Abgleich der Lehrinhalte und Methoden durchgeführt. Hierfür wurde unter anderem der kanadische CanMEDS Kompetenzrahmen für Ärzt\*innen [16] und die Skills Übersicht des GMA-Ausschusses für praktische Fertigkeiten [17] genutzt und auf die konzertierten Expert\*inneneinschätzungen aller Beteiligten der AG zurückgegriffen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da zu diesem Zeitpunkt der NKLM noch nicht verabschiedet und das bundesweite „Longkomm“-Projekt des IMPP noch nicht abgeschlossen waren. Um schließlich einen logischen curricularen Strang zu entwickeln, wurden AG-Sitzungen abgehalten, in denen die Ergebnisse des Mappings besprochen und die Verortung der einzelnen Lehrveranstaltungen, deren Art, Umfang und konkrete Inhalte festgelegt wurden.

Die curriculare Fokussierung auf bestimmte inhaltliche Elemente hat sich bewährt, wie bspw. die Implementierung von spezifischen Feedbackregeln [18] sowie von Tools wie RE-Form (Leitfaden zur Gesprächseröffnung) [19], NURSE (Umgang mit Emotionen) [20], [21], [22]

und SPIKES (Überbringen schlechter Nachrichten) [23], [24]. Diese Inhalte sind zeitlich längsschnittlich und inhalts- bzw. fächerbezogen querschnittlich im Curriculum verankert (siehe Tabelle 1). Darüber hinaus wurde und wird an der Medizinischen Fakultät Mannheim Wert daraufgelegt, dass klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen Kommunikationsunterricht abhalten, um die Bedeutung der ärztlichen Kommunikation in allen klinischen Fächern herauszustellen.

In den ersten beiden Studienjahren werden theoretische Grundlagen in den Vorlesungen und Seminaren zur Rolle als Ärztin oder Arzt und zur ärztlichen Kommunikation und Beziehungsgestaltung vermittelt sowie in Seminaren wiederholt und vertieft. Im dritten Studienjahr finden Seminare zu Migration/Gesundheit, zum psychosozialen Hintergrund und zur Arzt-Patient-Beziehung sowie zur ärztlichen Gesprächsführung und zum Umgang mit Emotionen statt. Im Rahmen von Simulationsgesprächen mit SP werden die erlernten Techniken eingeübt. Im vierten Studienjahr werden Seminare zum Überbringen schlechter Nachrichten, zur Verhaltensänderung und zum Thema Suizidalität ebenfalls durch Übungen mit SP gefestigt. Es folgen ersten Gespräche mit Realpatient\*innen. Im fünften Studienjahr finden Simulationsgespräche in der Pädiatrie zum Thema Konfliktmanagement und in der Primärversorgung zum Thema Sprachbarrieren bei Migrationshintergrund statt.

### 2.2.3. Gestaltung von Prüfungen

Im Sinne des „constructive alignments“ [25] sollen Lehr- bzw. Lernmethoden, Lernziele und die zugehörige Prüfungsform aufeinander abgestimmt sein. Dies bedeutet, dass praktisch erworbene Kompetenzen auch im Rahmen einer praktisch orientierten Prüfung erfasst werden sollten. Darum wurden zur Prüfung von Kommunikationskompetenzen zwei summative OSCEs (objective structured clinical examinations) in das MaReCuM implementiert. Beim OSCE im dritten Studienjahr ist das Thema Kommunikation integriert. Neben einer reinen Kommunikationsstation beinhalten zwei von zwölf Stationen anteilige Kommunikationsaufgaben.

Der OSCE zum Erlangen des fächerübergreifenden Leistungsnachweises im fünften Studienjahr berücksichtigt in der Bewertung das Kompetenz Kommunikation: Fähigkeiten der ärztlichen Gesprächsführung fließen hier zu 25 % in die Bewertung der Prüflinge ein, wobei an jeder der zwölf Stationen eine Kommunikationsaufgabe implementiert ist. Somit wird der hohe Stellenwert der ärztlichen Kommunikation – auch mit Blick auf das anschließende PJ – gesichert.

Die Strukturen und Lehrveranstaltungen des longitudinalen Kommunikationscurriculums an der Medizinischen Fakultät Mannheim wurden in einem handlichen Manual im Booklet Format zusammengefasst. Dieses enthält Informationen zu den gelehrt Instrumenten der ärztlichen Gesprächsführung und weiterführende Quellen zur Thematik. Das Manual wird an Studierende und Lehrende ausgegeben und fortlaufend aktualisiert.

Tabelle 1: Unterrichtseinheiten des longitudinalen Curriculums ‚Kommunikative Kompetenzen‘ im MaReCuM

| Studienjahr       | Modul                               | Art    | Veranstaltung  | UE   |   |
|-------------------|-------------------------------------|--------|--|------|---|
| 1./2. Studienjahr | Einführung in die Klinische Medizin | S      | Ärztliche Kommunikation (RE-FORM)  | 2    |   |
|                   |                                     | S      | Ärztliche Beziehungsgestaltung (NURSE)   | 2    |   |
|                   | Arzt und Patient (FS Herz)          | VL     | Arzt und Patient: Ärztliches Handeln   | 2    |   |
|                   |                                     | S      | Theoretische und praktische Grundlagen ärztlichen Handelns   | 2    |   |
| 3. Studienjahr    | Gesellschaft & Gesundheit           | VL     | Sozialer Kontext und Ungleichheit in Gesundheit und Krankheit  | 2    |   |
|                   |                                     | S      | Sozialer Kontext und Arzt-Patienten-Beziehung  | 2    |   |
|                   | Klinische Propädeutik               | S      | Ärztliche Gesprächsführung – Einführung  | 2    |   |
|                   |                                     | S      | Ärztliche Gesprächsführung – Umgang mit Emotionen  | 2    |   |
|                   |                                     | UaK SP | Umgang mit Emotionen (RE-FORM und NURSE) – 6 Gespräche mit SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x Umgang mit Emotionen</li> <li>• 2x Anamneseerhebung</li> <li>• 2x Strukturierung des Arzt-Patienten-Gesprächs</li> </ul>  | 6    | Kleingruppe à 6 Studierende (jede*r führt selbst ein Gespräch und beobachtet 5 Gespräche) |
| 4. Studienjahr    | Klinische Medizin                   | S      | Überbringung schlechter Nachrichten  | 2    |   |
|                   |                                     | UaK SP | Überbringung schlechter Nachrichten (SPIKES) – 2 Gespräche mit SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Überbringen schlechter Nachricht</li> <li>• 1x Gespräch mit Partner*in (mit 2 SP)</li> </ul>  | 2    | Kleingruppe à 6 Studierende (2 Studierende führen je ein Gespräch)                        |
|                   |                                     | S      | Verhaltensänderung 1-3 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung und Grundlagen der Motivation</li> <li>• Absichtsbildung - Vertiefung motivierende Gesprächsführung</li> <li>• Von der Absichtsbildung zur Handlung</li> </ul>  | 6    |   |
|                   |                                     | UaK SP | Verhaltensänderung – 2 Gespräche mit SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x Diabetes (Erst- und Folgegespräch) oder</li> <li>• 2x Asthma (Erst- und Folgegespräch)</li> </ul>   | 2    | Kleingruppe à 6 Studierende (2 Studierende führen je ein Gespräch)                        |
|                   | Nerven und Sinne                    | UaK    | Explorationen mit realen Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression, Manie, Bipolare Störungen</li> <li>• Demenz, Depression im Alter</li> <li>• Delirante Syndrome, organisch bedingte psychische Störungen</li> <li>• Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis</li> <li>• Sucht und abhängiges Verhalten</li> <li>• Kinder-/Jugendpsychiatrie</li> <li>• Dissoziative und somatoforme Störungen</li> <li>• Essstörungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen und BPS</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung</li> </ul> | je 3 |   |
|                   |                                     | UaK SP | Suizidalität – 2 Gespräche mit SP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x akute Suizidalität</li> <li>• 1x Zustand nach Suizidversuch</li> </ul>  | 3    | Kleingruppe à 6 Studierende (2 Studierende führen je ein Gespräch)                        |
| 5. Studienjahr    | Pädiatrie                           | UaK SP | Ärztliche Gesprächsführung in der Pädiatrie – 2 Gespräche mit SP <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Fremdanamnese</li> <li>• 1x Konfliktmanagement (mit 2 SP)</li> </ul>  | 2    | Kleingruppe à 6 Studierende (2 Studierende führen je ein Gespräch)                        |
|                   | Primärversorgung                    | UaK SP | Ärztliche Gesprächsführung: Patient mit Migrationshintergrund – 2 Gespräche mit SP <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x Anamnese</li> <li>• 1x Aufklärungsgespräch</li> </ul>   | 2    | Kleingruppe à 6 Studierende (2 Studierende führen je ein Gespräch)                        |
| 6. Studienjahr    | Praktisches Jahr                    | UaK    | Gespräche mit realen Patienten (Anamnese-, Aufklärungs- und Angehörigengespräche, Übergabe, Patientenvorstellung und Visitenführung)   |      |   |

Anmerkung: S=Seminar, VL=Vorlesung, UaK=Unterricht am Krankenbett, UaK SP=Unterricht am Krankenbett mit Simulationsperson, UE=Unterrichtseinheit à 45 Minuten. Eine Kleingruppe im UaK umfasst immer 6 Studierende.

### 2.2.4. Strukturierung der Lehre

Für (externe) Dozierende, die hauptamtlich als Ärzt\*innen eingebunden sind, ist die Realisierung von studentischem Unterricht im wöchentlichen Angebot vor dem Hintergrund eines eng getakteten Klinikalltags oftmals schwierig.

Um die Attraktivität der Kommunikationslehre für Dozierende zu steigern, hat sich in Mannheim die Planung von bspw. Blockveranstaltungen und tageweiser Lehrblöcke – im Vergleich zu wöchentlichen Unterrichtsstunden – als attraktiv erwiesen. Somit können auch externe Dozierende für die Lehre gewonnen werden, da sie die Anreise für einen ganzen Unterrichtstag als sehr lohnenswert empfinden.

### 2.2.5. Dozierendenschulungen

Lehrende bringen oft heterogene didaktische, inhaltliche und motivationale Voraussetzungen für die Gestaltung von Unterricht der ärztlichen Gesprächsführung mit, was eine Qualifizierung der Lehrenden zum Einsatz in dieser Unterrichtsform notwendig macht [x]. Um eine gleichbleibend hohe und homogene Qualität des Unterrichts sicherzustellen, wurde an der Medizinischen Fakultät Mannheim frühzeitig ein mehrstufiges, modulares und verpflichtendes Schulungskonzept für Lehrende als Vorbereitung zur Lehre mit SP konzipiert und ausgerollt. Zunächst handelte es sich um Präsenzs Schulungen. Seit 2016 wurde aufgrund des von Seiten der Teilnehmenden bemängelten Zeitrahmens eine Flexibilisierung durch die Umstellung auf ein Blended-Learning-Angebot, welches kleine Lerneinheiten im Bite-Size-Learning-Format umfasst, erreicht [26], [27]. Somit passt sich die Weiterbildung der Dozierenden an ihre Voraussetzungen – insbesondere in zeitlicher Hinsicht – an und wird sehr gut angenommen. Im Rahmen der Dozierendenschulung durchlaufen die Teilnehmenden zunächst eine Online-Schulung, die mit einem wissensüberprüfenden Test endet. Nach bestandenen Test sind die Teilnehmenden berechtigt, an der Präsenzs Schulung teilzunehmen. Die Dozierendenschulung endet mit einer Supervision der eigenen Lehrtätigkeit und einem abschließenden Feedback.

Neben einer Basisqualifikation können Dozierende sich in bestimmten spezifischen Themenfeldern (Verhaltensänderung, Überbringen schlechter Nachrichten) für den Kommunikationsunterricht weiterqualifizieren. Alle Weiterbildungen münden in ein Zertifikat, das die Voraussetzung für den Kommunikationsunterricht (mit SP) ist. Der kleinteilige Aufbau der Schulungen sowie das Online-Format ermöglichen es den Dozierenden zudem, bei Bedarf das entsprechende Modul zur jeweiligen Unterrichtseinheit zu wiederholen.

Auch zur Vorbereitung auf die Tätigkeit als Prüfer\*in in den oben genannten OSCEs gibt es eine entsprechende verpflichtende Schulung [28]. Durch diese Betonung der Schulungen, die gleichzeitig Rücksicht auf die Bedürfnisse der Dozierenden nehmen, kann nicht nur die Qualität der Lehre verbessert, sondern auch die Zustimmung der Dozierenden gestärkt werden.

Die Bedeutung von Dozierendenschulungen und -manualen für die Standardisierung und Qualitätssicherung von Kommunikationsunterricht wird auch von anderen Autor\*innen genannt [12] bzw. erweitert um Faktoren wie fortlaufende Schulungen und Ausbau der Lehr-Lern-Forschung [10].

## 2.3. Der Regelbetrieb

### 2.3.1. Aufrechterhaltung des Lehrbetriebs

Die Realisierung des Lehrbetriebs ärztlicher Gesprächsführung stellt eine zentrale Aufgabe im Regelbetrieb dar. Hierzu zählen die Stundenplanerstellung sowie die Vorbereitung der einzelnen Seminare. Dies umfasst auch die Einsatzplanung der Dozierenden sowie ggf. der SP. Unterrichtsmaterialien, Online-Inhalte und Schulungen müssen aktuell gehalten und ggf. ergänzt werden. An der Medizinischen Fakultät Mannheim werden Unterrichtsmappen mit dem tabellarischen Unterrichtsablauf, benötigte Lehrmaterialien sowie Aufgabenstellungen und Beobachtungskriterien für die Simulationsgespräche für die Lehrenden bereitgelegt. Diese Mappen dienen der Homogenisierung und Qualitätssicherung des Unterrichts. Für alle am Lernkrankenhaus TheSiMa stattfindenden Unterrichtseinheiten werden diese von der zentralen Stelle bereitgelegt. Das Grundstudium wird an anderer Stelle verwaltet.

### 2.3.2. Akquise von Lehrenden

Die Akquise neuer Dozierender stellt eine weitere Aufgabe im Regelbetrieb dar. Die Fluktuation von Lehrenden muss beobachtet und rechtzeitig durch gezielte Anwerbung neuer Dozierender gegengesteuert werden. In Mannheim hat sich hierbei die umfangreiche Kommunikation seitens der Zentralen Stelle mit Kliniken, Modulverantwortlichen und Studiendekanat als zielführend herausgestellt. Als besonders hilfreich hat es sich erwiesen, die genannten Stellen direkt zu kontaktieren und um Weiterleitung der Akquise-Anfrage an ihre Ärzt\*innen mit Lehrauftrag zu bitten.

### 2.3.3. Qualitätssicherung

Im Regelbetrieb stellt die Qualitätssicherung des Unterrichts kommunikativer Fähigkeiten einen zentralen Punkt dar. An der Medizinischen Fakultät Mannheim wird dies durch eine Vielzahl an Aktivitäten gesichert. Zunächst wird der Unterricht regulär im Rahmen der fakultäts- bzw. universitätsweiten Evaluationsmaßnahmen mittels standardisierten Fragebögen beurteilt. Darüber hinaus werden vorgebrachte Anregungen bzw. Rückmeldungen der Lehrenden und Studierenden zum Unterricht zur Anpassung von Unterrichtsinhalten und -methoden genutzt. Von Seiten der Zentralen Stelle werden Unterrichtsmaterialien regelmäßig aktualisiert. Außerdem finden durch sie intermittierende stichprobenhafte Supervisionen der Dozierenden statt, bei welchen auch ein Abgleich des Unterrichts mit dem vorgegebenen Setting erfolgt. Die

Dozierenden erhalten direkt im Anschluss ein Feedback. Auch auf Rückmeldungen von SP zu Unterrichtsqualität wird eingegangen.

Das Longitudinale Kommunikationscurriculum selbst wird im Rahmen regelmäßiger Revisionsitzungen aktualisiert und adaptiert. Hieran nehmen neben der Zentralen Stelle die Mitglieder der AG bzw. ihre Nachfolger\*innen teil.

### 3. Fazit

Die Erfahrungen zur Entwicklung und Implementierung eines longitudinalen Curriculums „kommunikative Kompetenzen“ an der Medizinischen Fakultät Mannheim haben gezeigt, dass dieser Prozess aufwendig, ressourcenintensiv und langwierig sein kann. Insbesondere die Aufrechterhaltung des regulären Lehrbetriebs nach abgeschlossener Implementierungsphase und die damit verbundenen Aufgaben dürfen nicht unterschätzt werden. Die Berücksichtigung von Erfolgsfaktoren in den verschiedenen Phasen der Implementierung eines Kommunikationscurriculums kann aus unserer Sicht zu einem Gelingen des Prozesses und zur Qualitätsentwicklung des Studiums der Humanmedizin beitragen. Hierbei handelt es sich aus unserer Sicht um die folgenden Erfolgsfaktoren:

- Etablierung einer zentralen Stelle,
- Sicherung der organisationalen Unterstützung,
- Bilden einer AG,
- Strukturierte Erstellung des Curriculums,
- Strukturierung der Lehre,
- Akquise und Schulung von Dozierenden,
- Aufrechterhaltung des Lehrbetriebs,
- etablierte Qualitätssicherung.

### Interessenkonflikt

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

### Literatur

- 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
- Becker C, Hunziker S. Die Wichtigkeit der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung. *Ther Umsch.* 2019;76(5):231-238. DOI: 10.1024/0040-5930/a001095
- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-1040. DOI: 10.1093/annonc/mdq441
- Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):607-609. DOI: 10.1016/j.pec.2017.03.002
- Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791-806. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00449-5
- Kapthuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, Kirsch I, Schyner RN, Nam BH, Nguyen LT, Park M, Rivers AL, McManus C, Kokkotou E, Drossman DA, Goldman P, Lembo AJ. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008;336(7651):999-1003. DOI: 10.1136/bmj.39524.439618.25
- Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2021. Zugänglich unter/available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf\\_AEApprO.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung. Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; 2017. Zugänglich unter/available from: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Presse/Presse\\_Dokumente/Masterplan\\_Endfassung\\_31\\_03\\_17.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Presse/Presse_Dokumente/Masterplan_Endfassung_31_03_17.pdf)
- Hempel L, Kienle R, Kiessling C, Löffler-Stastka H, Philipp S, Rockenbach K, Schnabel KP, Zimmermann A. Special issue on teaching social and communicative competences - status quo. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc72. DOI: 10.3205/zma001468
- Hinding B, Brünahl CA, Buggenhagen H, Gronewold N, Hollinderbäumer A, Reschke K, Schultz JH, Jünger J. Pilot implementation of the national longitudinal communication curriculum: experiences from four German faculties. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc52. DOI: 10.3205/ZMA001448
- Pruski 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
- Kienle R, Freytag J, Lück S, Eberz P, Langenbeck S, Sehy V, Hitzblech T. Communication skills training in undergraduate medical education at Charité - Universitätsmedizin Berlin. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc56. DOI: 10.3205/ZMA001452
- Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach.* 2001;23(2):123-137. DOI: 10.1080/01421590120036547
- Hinding B, Gornostayeva M, Lux R, Brünahl C, Buggenhagen H, Gronewold N. Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten. Leitfaden zur Implementierung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Mainz: IMPP; 2020. Zugänglich unter/available from: [https://www.impp.de/files/PDF/BMG-Berichte/IMPP-Leitfaden-Kommunikative-Kompetenzen\\_komprimiert.pdf](https://www.impp.de/files/PDF/BMG-Berichte/IMPP-Leitfaden-Kommunikative-Kompetenzen_komprimiert.pdf)
- Universitätsklinikum Heidelberg. Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. Ein Projekt des Nationalen Krebsplans. Heidelberg: Universitätsklinikum Heidelberg; 2015. Zugänglich unter/available from: <https://www.medtalk-education.de/wp-content/uploads/2016/08/mustercurriculum-kommunikation-fuer-med-ausbildung.pdf>
- Frank JR, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Zugänglich unter/available from: [https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf)
- Schnabel KP, Boldt PD, Breuer G, Fichtner A, Karsten G, Kujumdshiev S, Schmidts M, Stosch C. A consensus statement on practical skills in medical school - a position paper by the GMA Committee on Practical Skills. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(4):Doc58. DOI: 10.3205/zma000770
- Stangl W. Gutes Feedback - Regeln für eine wirksame Rückmeldung. Zugänglich unter/available from: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/FeedbackRegeln.shtml>

19. Kiessling C, Langewitz W. The longitudinal curriculum "social and communicative competencies" within Bologna-reformed undergraduate medical education in Basel. *GMS Z Med Ausbild.* 2013;30(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma000874
20. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. DOI: 10.3322/canjclin.55.3.164
21. Smith RC. *Patient-centered Interviewing: An Evidence-based Method.* Philadelphia, PE; Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
22. Bohus M, Wolf-Arehult M. *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual.* Stuttgart: Schattauer; 2016.
23. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302
24. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncol.* 2005;2(2):138-142. DOI: 10.1016/S1548-5315(11)70867-1
25. Biggs J. Enhancing Teaching through Constructive Alignment. *High Educ.* 1996;32:347-364. DOI: 10.1007/BF00138871
26. Liebke L, Strohmer R, Lauber H, Winzer A, Strittmatter-Haubold V, Kaden JJ. Weiterbildung von Hochschuldozierenden in der medizinischen Lehre. Ein Blended-Learning basiertes Format. *Z Hochschule Weiterbild.* 2019;1:48-55. DOI: 10.25656/01:18317
27. Strohmer R, Fritz HM, Kaden J. Mannheimer Dozentenschulung zur Lehre mit Simulationspatienten (MaDoz-SP). In: *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).* Bern, 14.-17.09.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2016. DocV40-218. DOI: 10.3205/16gma308
28. Schüttpeitz-Brauns K, Nühse K, Strohmer R, Kaden JJ. Training OSCE examiners: minimal effort with far-reaching results. *Med Educ.* 2019;53(11):1153-11534. DOI: 10.1111/medu.13970

**Korrespondenzadresse:**

Renate Strohmer  
 Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg,  
 Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung,  
 Lernkrankenhaus TheSiMa, Theodor-Kutzer-Ufer 1-3,  
 68167 Mannheim, Deutschland  
 renete.strohmer@medma.uni-heidelberg.de

**Bitte zitieren als**

*Strohmer R, Linder U, Kaden JJ. How to: Success factors for the implementation and establishment of the "longitudinal curriculum" on communicative competencies at the Medical Faculty Mannheim. GMS J Med Educ.* 2023;40(1):Doc11.  
 DOI: 10.3205/zma001593, URN: urn:nbn:de:0183-zma0015936

**Artikel online frei zugänglich unter**

<https://doi.org/10.3205/zma001593>

**Eingereicht:** 21.04.2022

**Überarbeitet:** 17.08.2022

**Angenommen:** 31.10.2022

**Veröffentlicht:** 15.02.2023

**Copyright**

©2023 Strohmer 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/>.