



Institut für medizinische und  
pharmazeutische Prüfungsfragen

# Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten

Leitfaden zur Implementierung des nationalen  
longitudinalen Mustercurriculums  
Kommunikation in der Medizin

„Pilot-  
implementierung  
longitudinales  
Mustercurriculum  
Kommunikation  
in der Medizin“

gefördert vom  
Bundesministerium  
für Gesundheit



**Impressum:**

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen  
Rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts  
Rheinstraße 4 F · 55116 Mainz

Mainz, Juni 2020

**Bildnachweis:**

Titelabbildung iStock, YakobchukOlana

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## PROJEKTLEITUNG

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz

Leitung: **Prof. Dr. med. Jana Jünger, MME (Bern)**

Wissenschaftliche Gesamtkoordination: **Dr. phil. Barbara Hinding**

## KOOPERATIONSPARTNER/INNEN

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Leitung: **PD Dr. med. Christian Brünahl**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Jennifer Höck**

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Rudolf Frey Lernklinik – Zentrale Lehrplattform

Leitung: **Dr. med. Holger Buggenhagen, MME**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Dr. rer. physiol. Anke Hollinderbäumer, MME**

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik

Leitung: **PD Dr. med. Jobst-Hendrik Schultz, MME**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Nadine Gronewold**

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und

Endokrinologie, Magdeburg, Deutschland

Leitung: **Dr. med. Kirsten Reschke, MME**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin: **Tanja Pohl**

## AUTORINNEN UND AUTOREN

Barbara Hinding, Maryna Gornostayeva, Richard Lux, Christian Brünahl, Holger Buggenhagen, Nadine Gronewold, Anke Hollinderbäumer, Kirsten Reschke, Jobst-Hendrik Schultz, Jana Jünger



# DANKSAGUNG

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen, die an der Entwicklung und Umsetzung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation mitgewirkt haben. Ihre Expertise, Motivation und Ihr Engagement haben es ermöglicht, der ärztlichen Kommunikation in der medizinischen Ausbildung einen höheren Stellenwert einzuräumen und die Gesundheitspolitik für die nachhaltige Integration in Curricula und Staatsexamina zu gewinnen.

Insbesondere danken wir dem Bundesministerium für Gesundheit, das die Wichtigkeit des Themas anerkannt und mit seiner finanziellen Förderung ermöglicht hat, Konzepte sowie Strukturen und Prozesse zur nachhaltigen Implementierung kommunikativer Kompetenzen zu entwickeln und zu pilotieren. Dadurch wurden wertvolle und zukunftsweisende Erkenntnisse gesammelt, wie die für die ärztliche Tätigkeit wichtige Kernkompetenz „Kommunikation“ flächendeckend an den medizinischen Fakultäten vermittelt und überprüft werden kann.

Wir freuen uns sehr, diese Erkenntnisse allen Interessierten zur Verfügung zu stellen, um möglichst viele medizinische Fakultäten bei der Implementierung von Kommunikationscurricula zu unterstützen. Unser Ziel ist es, den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten bereits während der Ausbildung wichtige Werkzeuge für das Arzt-Patienten-Gespräch zu vermitteln. Durch die verpflichtende Integration kommunikativer Inhalte in die Staatsexamina möchten wir einen Beitrag zur Stärkung der Patientensicherheit und Optimierung der Patientenversorgung leisten.



# INHALT

<b>1.</b>	<b>An wen richtet sich der Leitfaden und worum geht es darin?</b>	10
<b>2.</b>	<b>Warum geht es nicht ohne Lehre in der Kommunikation?</b>	14
<b>3.</b>	<b>Wie lehren wir Kommunikation auf einer gemeinsamen Grundlage?</b>	17
3.1.	Das nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation	18
3.2.	Pilotierung des Mustercurriculums	23
<b>4.</b>	<b>Strategie ist wichtig!</b>	25
4.1.	Standortbestimmung: Informationen sammeln und den gegenwärtigen Stand beurteilen	26
4.1.1.	Erkennen, wo wir stehen – Entwicklungsstand	27
4.1.2.	Auf die Details kommt es an – Curricular Mapping	28
4.2.	Rahmenbedingungen klären und optimieren	30
4.2.1.	Institutionelle Veränderungsbereitschaft	31
4.2.2.	Interne Rechtsgrundlagen	31
4.2.3.	Ausstattung und Ressourcen	32
4.3.	Umsetzung: Maßnahmen und Werkzeuge anpassen und nutzen	33
4.3.1.	Realitätsnahe Gesprächssituationen üben – Simulationspersonenprogramme	33
4.3.2.	Kommunikation lehren will gelernt sein – Qualifikation von Dozierenden	34
4.3.3.	Prüfen rechtzeitig einplanen – Abstimmung mit Lehrinhalten	35
4.3.4.	Umsetzungsschritte planen – Lenkung und Koordination	36
<b>5.</b>	<b>Wie gelingt die Implementierung an Ihrem Standort?</b>	40
5.1.	Gefühl der Dringlichkeit wecken	41
5.2.	Starkes Leitungs-Veränderungs-Team aufbauen	42
5.3.	Veränderungsziele und Strategieentwicklung festlegen	43
5.4.	Um Verständnis und Akzeptanz werben	45
5.5.	Breite Umsetzungsbasis schaffen	45
5.6.	Kurzfristige Erfolgserlebnisse sichtbar machen	46
5.7.	Kontinuität und Dynamik ermöglichen	46
5.8.	Institutionalisierung und Nachhaltigkeit sicherstellen	47
<b>6.</b>	<b>Kommunikation in die Staatsexamina integrieren und auf die Weiterbildung vorbereiten!</b>	49
6.1.	Welche Vorgaben gilt es zu erfüllen?	50
6.2.	Was genau muss man wissen und können?	51
<b>7.</b>	<b>Der Weg zum Ziel! Das Sieben-Punkte-Programm</b>	58
<b>8.</b>	<b>Literatur</b>	63





**AN WEN RICHTET SICH DER  
LEITFADEN UND WORUM  
GEHT ES DARIN?**

# 1. AN WEN RICHTET SICH DER LEITFADEN UND WORUM GEHT ES DARIN?

Der vorliegende Leitfaden richtet sich in erster Linie an Verantwortliche für die Curricula medizinischer Fakultäten, die an ihrem Standort für die Integration kommunikativer Inhalte in Lehre und Prüfung zuständig sind. Der Leitfaden bietet Unterstützung: bei Umsetzung der politischen Vorgaben für die Stärkung kommunikativer Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung und bei der Implementierung oder der Weiterentwicklung eines Kommunikationscurriculums

Der Leitfaden fokussiert auf konkrete Aspekte zur Gestaltung kommunikativer Lehre und Prüfungen. Darüber hinaus präsentiert er Strategien und Werkzeuge für Veränderungsprozesse. Diese wurden im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „**Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten – Pilotimplementierung, Begleitevaluation und Erarbeitung von Implementierungsstrategien für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin**“ erarbeitet.

Schritt für Schritt erläutert dieser Leitfaden das Vorgehen bei der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung eines Kommunikationscurriculums. Es beginnt mit der Frage, auf welchem Stand sich eine Fakultät mit der systematischen Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der Ausbildung befindet. Als Grundlage für diese Standortbestimmung werden Konzepte und Methoden vorgestellt, mit deren Hilfe die vorhandene Kommunikationslehre in ihrem Entwicklungsstand beurteilt werden kann. Dargestellt werden Verfahren zur Klärung der strukturellen Voraussetzungen, der Ressourcen und Schwierigkeiten sowie Maßnahmen zur strategischen Planung des Implementierungsprozesses mit konkreten Beispielen.

Der vorliegende **Leitfaden** soll dazu beitragen:

- die politischen Vorgaben für die Integration kommunikativer Kompetenzen in die medizinische Ausbildung umzusetzen,
- die medizinischen Fakultäten bei der Implementierung von Lehre und Prüfungen im Bereich Kommunikation zu unterstützen,
- Forschungsaktivitäten zur Wirkung der Kommunikationslehre auf die spätere Patientenversorgung anzuregen.







**WARUM GEHT ES NICHT  
OHNE LEHRE IN DER  
KOMMUNIKATION?**

## 2. WARUM GEHT ES NICHT OHNE LEHRE IN DER KOMMUNIKATION?

Das Gespräch mit Patientinnen und Patienten gehört zur täglichen Routine praktizierender Ärztinnen und Ärzte. Eine Ärztin oder ein Arzt führt im Lauf ihres bzw. seines Arbeitslebens etwa 160.000 bis 300.000 Patientengespräche. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation einen positiven Einfluss sowohl auf subjektive (z.B. Schmerzskalen) als auch auf objektive Gesundheitsindikatoren (z. B. Blutdruck) haben kann. Die Literatur spricht dafür, dass eine qualitativ hochwertige Kommunikation von großer Bedeutung für die Patientenversorgung ist. Ganz besonders bei fortgeschrittenen Erkrankungen mit limitierter Prognose zeigen sich positive Effekte auf die Lebensqualität [1]. Daher kann Kommunikation als eine klinische Kernkompetenz betrachtet werden, die gelehrt und gelernt werden muss. Das Training kommunikativer Fertigkeiten sollte deshalb auch in medizinische Ausbildungscurricula eingebunden werden, als ein fortschreitender Entwicklungsprozess [1, 2].

Internationale medizinische Ausbildungseinrichtungen erkennen die Wichtigkeit der Lehre und Prüfung kommunikationsbezogener Fertigkeiten in der medizinischen Ausbildung an (z.B. Institute for International Medical Education [IIME]; General Medical Council [GMC]; Liaison Committee on Medical Education [LCME]; Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools [CACMS]; Association of American Medical Colleges [AAMC], Association of Canadian Medical Colleges [ACMC]) [2].

Die Grundlagen der Kommunikationskompetenz als ein zentrales Element des Arztberufs müssen demnach bereits in der Ausbildung gelehrt werden. Auch die nationale und internationale Forschung legt nahe, dass Kommunikationskompetenz während des Medizinstudiums gelehrt und geprüft werden sollte [3, 4]. Für die Entwicklung und Beurteilung kommunikationsbezogener Kompetenzen während der medizinischen Ausbildung wird ein einheitliches, integriertes, longitudinales Curriculum empfohlen, im Unterschied zur konventionellen Rotation [2, 5]. Ein einheitliches Prüfungskonzept kommunikationsbezogener Kompetenzen liefert wiederholt Gelegenheiten für Beurteilung und Feedback und verstärkt sowohl grundlegende als auch komplexe Kommunikationsfertigkeiten [2]. Studien haben gezeigt, dass ein integriertes longitudinales Curriculum bessere Lernergebnisse mit sich bringt als ein einzelner konzentrierter Kurs [5, 6]. Weitere Stärken integrierter longitudinaler Curricula bestehen in einer größeren Patientenorientierung und der klinischen Unabhängigkeit des Gelernten, da die Studierenden die Inhalte über verschiedene Kontexte hinweg immer wieder hören [7, 8]. Dieser Ansatz hilft den Studierenden auch, vertrauensvolle Beziehungen zu den Lehrpersonen aufzubauen und ihre Rolle in der Patientenversorgung zu finden und auszufüllen [9–11].

In den letzten Jahren entstanden an einigen Fakultäten Curricula, die das Einüben grundlegender Fertigkeiten in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten in der medizinischen Ausbildung umfassen [6, 12–16]. Beispielsweise wurde an der Medizinischen Fakultät Heidelberg bereits 2001 mit der Implementierung eines interdisziplinären longitudinalen Curriculums zur nachhaltigen Förderung kommunikativer und klinischer Kompetenzen begonnen. Ergebnis ist ein bis heute innovatives Curriculum, das mit einem integriert-klinischen Teil in der vorklinischen Phase beginnt und sich in Form eines medizinischen Kommunikations- und Interaktionstrainings über alle klinischen Semester erstreckt [12]. An der Medizinischen Fakultät in Düsseldorf wurde die bestehende Kommunikationslehre in einem mehrstufigen Prozess longitudinal und interdisziplinär erweitert [16]. In Witten-Herdecke, an der Berliner Charité und in Hamburg wurden im Rahmen der Einrichtung von Modellstudiengängen Kommunikationscurricula entwickelt und integriert [15, 17, 18]. Auch in Tübingen, Leipzig oder Dresden wurde ein Ausbildungsbereich „Kommunikation in der Medizin“ aufgebaut. Dabei sind innovative, aber auch sehr unterschiedliche Curricula entstanden.

Angesichts dieser Vielfalt stellt sich die Frage nach den fakultätsübergreifenden Anforderungen an eine gute Lehre zu kommunikativen Kompetenzen. Deren übergeordnetes Ziel besteht darin, dass zukünftige Ärztinnen und Ärzte über eine Kommunikationskompetenz verfügen, mit der sie auf den Start in die Weiterbildung und das Berufsleben angemessen vorbereitet sind. Damit dies gewährleistet werden kann, sind einheitliche Qualitätskriterien erforderlich. Nur so kann eine größere Homogenität der vermittelten Inhalte und eine bessere Vergleichbarkeit der Lehre an den Fakultäten erreicht werden. Die Orientierung an einem übergeordneten Konzept zu Inhalt und Umfang von Kommunikationscurricula stellt sicher, dass alle Studierenden mit der gleichen Vorbereitung und dem gleichen Stand zu kommunikativen Kompetenzen bei den Staatsexamina antreten und das Studium beenden.

Mit dem **„Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“** liegt ein umfassendes, abgestimmtes Konzept vor. Das Mustercurriculum zeigt, wie Lehre und Prüfung kommunikativer Kompetenzen an den Fakultäten inhaltlich weiterentwickelt werden können. Auf dieser Grundlage ist eine vergleichbare Umsetzung an den Fakultäten möglich.

In Maßnahme <8> des **Masterplans Medizinstudium 2020** wird die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung vorgegeben. In diesem Sinne unterstützt der Masterplan Medizinstudium 2020 explizit die Umsetzung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation [19].



A large, stylized number '3' is the central graphic element. It is composed of three overlapping, rounded shapes in different shades of teal and green, creating a layered, 3D effect. The top part is a dark teal, the middle part is a medium green, and the bottom part is a lighter, almost white-green. The number is positioned on the right side of the page, with its left edge extending towards the center.

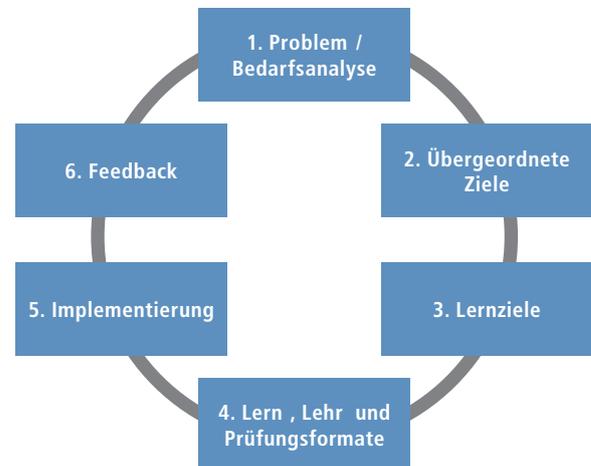
**WIE LEHREN WIR KOMMUNIKATION  
AUF EINER GEMEINSAMEN  
GRUNDLAGE?**

### 3.1 DAS NATIONALE LONGITUDINALE MUSTERCURRICULUM KOMMUNIKATION

Das Mustercurriculum Kommunikation stellt den Ausgangspunkt für ein einheitliches Vorgehen bei der Entwicklung eines Kommunikationscurriculums in der Medizin dar. Es wurde im vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Krebsplans geförderten Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ (kurz: Longkomm) entwickelt. In einer interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland wurde gemeinsam von November 2012 bis November 2015 ein Entwurf ausgearbeitet [20, 21]. Dieser wurde beim Abschluss Symposium im Jahr 2016 konsentiert. Zudem wurde die Heidelberger Erklärung zur Förderung kommunikativer Kompetenzen verabschiedet.

<https://www.medtalk-education.de/wp-content/uploads/2016/02/heidelberger-erklaerung.pdf>

Grundlage für die Entwicklung des oben genannten Mustercurriculums war der **Six-Step-Approach zur Curriculumsentwicklung** von Kern [22] (vgl. Abbildung 1). Der Bedarf für ein Mustercurriculum Kommunikation entstand durch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung im Jahr 2012, nach der die Lehre und das Prüfen kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium verpflichtend wurden. Die übergeordneten Ziele entstammen den „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) und den dort enthaltenen Kompetenzen, die spezifischen Lernziele aus dem Natio-

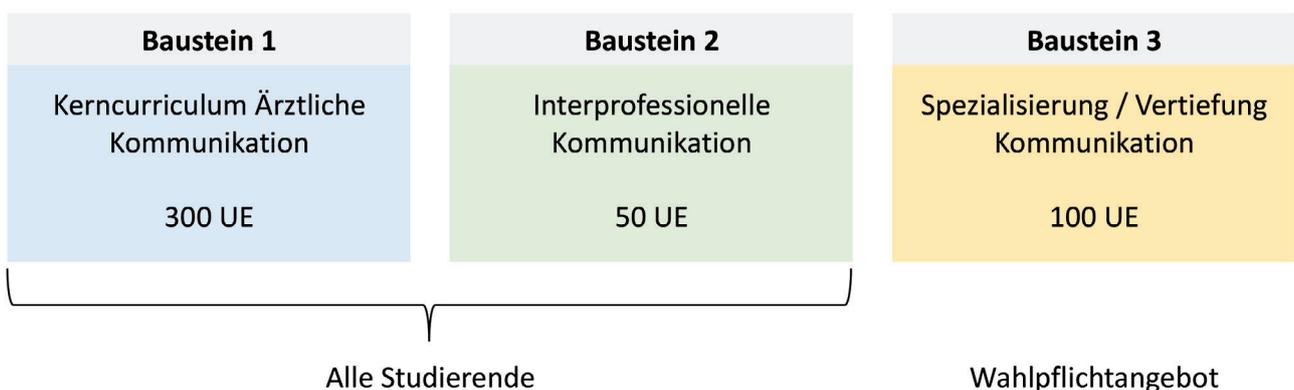


In Anlehnung an: DE Kern, PA Thomas, DM Howard (1998). Curriculum Development for Medical Education: A six step Approach. Baltimore: John Hopkins University Press

**Abbildung 1:** Der Six-Step-Approach zur Curriculumsentwicklung

nalen kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin aus dem Jahr 2015 (NKLM) [20, 23].

Bei der Erstellung des Mustercurriculums wurde der Schritt 4 „Lern-, Lehr- und Prüfungsformate“ vertiefend ausgearbeitet. Ausgehend von einer Studie zum Ist-Stand der Kommunikationslehre in Deutschland und einer Sammlung von Best-Practice-Beispielen wurde jedem Lernziel des NKLM zur ärztlichen Gesprächsführung ein zeitlicher Umfang zugeordnet. Der Gesamtumfang beträgt 450 Unterrichtseinheiten (UE) [24].



**Abbildung 2:** Das longitudinale Mustercurriculum Kommunikation für die medizinische Ausbildung

Das Mustercurriculum Kommunikation für die medizinische Ausbildung sieht insgesamt drei Bausteine für die Kommunikationslehre vor (vgl. Abbildung 2):

- Baustein I: Kerncurriculum „Ärztliche Kommunikation“ (Umfang: 300 UE)
- Baustein II: Interprofessionelle Kommunikation (Umfang: 50 UE)
- Baustein III: Spezialisierung/ Vertiefung Kommunikation (Umfang: 100 UE).

Während die Bausteine I und II als verpflichtendes Angebot für alle Studierenden empfohlen werden, ist Baustein III Teil des Wahlpflichtangebots, aus dem die Studierenden spezifische Kurse mit kommunikativen Inhalten auswählen können.

Der Baustein I zur ärztlichen Gesprächsführung bildet das „Kerncurriculum Ärztliche Kommunikation“ mit 300 Unterrichtseinheiten, welche die sechs Kompetenzbereiche des NKLM-Kapitels 14c abbilden (Tabelle 1). Dieses Kerncurriculum ist veröffentlicht und über eine Internetseite zugänglich [25].

Die Kompetenzbereiche werden im Studienverlauf longitudinal angeboten. Grundlagen, Konzepte, Modelle und einfache Fertigkeiten werden in den Einführungskursen und den ersten Studienjahren vermittelt. Darauf aufbauend werden komplexere Skills zur Bewältigung von herausfordernden Situationen integriert in die klinischen Inhalte gelehrt. Im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) wird die Kommunikationslehre versorgungsnah fortgeführt, zum Beispiel als Training der kommunikativen Aspekte bei der Visite [26, 27].

**Tabelle 1:** Übersicht über die je NKLM-Kompetenzbereich empfohlenen UE für den Baustein I des Mustercurriculums

Kompetenzbereiche des Bausteins I „Ärztliche Kommunikation“ (Kapitel 14c des NKLM)		UE
1.	Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	20
2.	Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	106
3.	Emotional herausfordernde Situationen	68
4.	Herausfordernde Kontexte	35
5.	Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren	43
6.	Andere mediale Kanäle und Settings	28
<b>Gesamtumfang Kerncurriculum</b>		<b>300</b>

Den Baustein „Interprofessionelle Kommunikation“ gestaltete die berufsübergreifende Arbeitsgruppe im von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt „Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ [28]. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe identifizierten Projektmitglieder in einem mehrstufigen Abstimmungsprozess interprofessionelle Themen, die in das Mustercurriculum aufgenommen wurden sollten.

Der Baustein „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“ sieht 50 Unterrichtseinheiten (UE) vor, die exemplarisch aus acht Tagen à sechs UE Lehre und zwei UE Prüfungen bestehen. Der inhaltliche Rahmen wurde evidenzbasiert auf Grundlage der Versorgungsanlässe aus beruflichen Alltagssituationen, beispielsweise Übergabe, Visite, Entlassungsmanagement etc. definiert (vgl. Tabelle 2).

## 3.1 DAS NATIONALE LONGITUDINALE MUSTERCURRICULUM KOMMUNIKATION

**Tabelle 2:** Interprofessionelle Versorgungsanlässe zur verpflichtenden curricularen Integration (Blueprint)

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme</li> <li>• Anamnese</li> <li>• Dokumentation (I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergabe</li> <li>• Dokumentation (II)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassungsmanagement</li> <li>• Sozialrechtliche Entscheidungsfindung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung</li> <li>• Sicherheitskultur / Fehlerkommunikation und -offenbarung</li> </ul>
Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite (I)</li> <li>• Fallbesprechungen (I)</li> <li>• Therapieplanung (I)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite (II)</li> <li>• Fallbesprechungen (II)</li> <li>• Therapieplanung (II)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Entscheidungsfindung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überbringen schlechter Nachrichten</li> </ul>

Die **Wahlpflichtangebote „Spezialisierung/Vertiefung Kommunikation“** können an den medizinischen Fakultäten abhängig von den fakultätsspezifischen Schwerpunkten flexibel gestaltet werden.

Während der Entwicklung des Mustercurriculums entstanden mehrerer Begleitinstrumente, darunter Schulungskonzepte zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen für die Weiterbildung von Dozierenden und zur Qualifizierung studentischer Tutorinnen und Tutoren. Hierzu wurden u.a. Best-Practice-Beispiele aus verschiedenen Standorten gesammelt und einheitlich aufbereitet. Alle aufbereiteten Best-Practice-Beispiele sind in einer „Toolbox“ gebündelt, um sie zu erhalten und den Fakultäten zugänglich zu machen.

### Die Toolbox zum Austausch von Best-Practice-Beispielen in der Kommunikationslehre

Die „Toolbox“ ist eine moderierte Plattform, auf der Lehr- und Prüfbeispiele zwischen Lehrenden ausgetauscht werden und wechselseitig zugänglich sind [29, 30]. Die Inhalte sind so aufbereitet, dass sie ganz oder in Teilen in die eigene Lehre übernommen werden können. Sie umfassen Fallbeispiele, Präsentationen, Anleitungen zur Durchführung von Rollenspielen, Skripte für Unterrichtseinheiten mit Simulationspersonen und weitere

Informationsmaterialien, die zur Gestaltung des Unterrichts hilfreich bzw. erforderlich sind. Jedem Best-Practice-Beispiel sind zudem die Kommunikationslernziele des NKLM aus dem Jahr 2015 zugeordnet. Dadurch kann über einen Index gezielt nach bestimmten Inhalten gesucht werden. Beispielsweise führt die Recherche nach den Lernzielen zur Risikokommunikation (14c.4.2) zu zahlreichen Best-Practice-Beispielen, die zu unterschiedlichen Krankheitsbildern strukturierte Unterrichtseinheiten zum Erlernen und Üben der Risikoeinschätzung und -information für Beratungsgespräche und eine partizipative Entscheidungsfindung zur Verfügung stellen. Diese entstammen zum Teil einem spezifischen Curriculum zu Interessenkonflikten, zur Risikokommunikation und partizipativer Entscheidungsfindung, das im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie getestet wurde. Die Ergebnisse zeigen bei den Teilnehmenden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine statistisch signifikante Zunahme der Fähigkeit zur Risikokommunikation sowohl unmittelbar nach dem Training als auch in einer Follow-up-Untersuchung 30 Wochen später [32]. Im Rahmen des Projekts „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten“ wurden Unterrichtseinheiten zum Thema Risikokommunikation an einem Standort in die Kommunikationslehre aufgenommen und an einem weiteren als Pilotprojekt umgesetzt.

Die Vielfalt, Detailliertheit und der Praxisbezug machen die Best-Practice-Beispiele insbesondere am Anfang der Curriculumsentwicklung, wenn neue Unterrichtseinheiten konzipiert werden müssen, zu einem wertvollen Hilfsmittel bei der Umsetzung des Mustercurriculums. Weiterhin dient es der externen Vernetzung und dem Austausch zwischen Dozierenden innerhalb einer Ausbildungseinrichtung sowie standortübergreifend. Die Toolbox und einzelne Best-Practice-Beispiele sind online einsehbar unter <https://www.medtalk-education.de/toolbox/>.

Die Toolbox ergänzt seit dem Jahr 2018 das **Lehrbuch „Ärztliche Kommunikation – Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020“**. In sechs Kapiteln entsprechend den sechs Kompetenzbereichen des Kapitels 14c des NKLK werden die zugehörigen Lernziele in mehr als hundert Einzelbeiträgen adressiert. Anhand konkreter Fallbeispiele werden die verschiedenen Problemfelder erläutert und Vorschläge zur optimalen Gesprächsführung ausführlich vorgestellt. Übungsaufgaben, Checklisten und Selbsttests ergänzen die Empfehlungen und Handlungsanleitungen. Das Buch wendet sich sowohl an Studierende als auch an Ärztinnen und Ärzte, die sich auf dem Gebiet der Arzt-Patienten-Kommunikation weiterentwickeln möchten. Zudem gibt es Lehrenden wertvolle Anregungen für die Unterrichtsgestaltung und die Konzeption von Prüfungen [31].

### Qualifizierung Dozierender

Im Rahmen des Longkomm-Projektes wurde zudem ein Qualifizierungskonzept für Dozierende zur Vorbereitung auf die Lehre zur Förderung kommunikativer Kompetenzen entwickelt [32, 33]. Daran waren Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Gesundheitsberufe (z. B. Medizin, Psychologie, Gesundheits-, Therapie- und Pflegewissenschaften) beteiligt. Das Konzept umfasst zwei aufeinander aufbauende Module, um unterschiedliche Ausgangsbedingungen, Vorkenntnisse und Bedürfnisse der Teilnehmenden zu berücksichtigen: eine Schulung für Einsteigerinnen und Einsteiger sowie eine Aufbau-Schulung mit jeweils 16 Unterrichtseinheiten (Tabelle 3).

**Tabelle 3:** Module und zeitlicher Rahmen der Einsteigerinnen- und Einsteiger-Schulung und der Aufbau-Schulung für Dozierende auf dem Gebiet der Arzt-Patient-Kommunikation.

<b>Modul Einsteigerinnen und Einsteiger-Schulung (16 UE gesamt)</b>	
Theoretische Grundlagen der Kommunikation	2 UE
Gesprächsstrukturierung	2 UE
Beziehungsaufbau, Emotion und Empathie	2 UE
Feedback	2 UE
Hospitation	4 UE
Praxiseinheit mit begleitender Reflexion	4 UE
<b>Module Aufbau Schulung (16 UE gesamt)</b>	
Überbringen schlechter Nachrichten	4 UE
Fehlerkommunikation	4 UE
Interprofessionelle Kommunikation	4 UE
Sensible Themen (je nach Fachgebiet)	4 UE

## 3.1 DAS NATIONALE LONGITUDINALE MUSTERCURRICULUM KOMMUNIKATION

### Schulung „Von Studierenden zu Tutorinnen und Tutoren“

Im Medizinstudium fest etabliert sind Peer-Assisted-Learning-Konzepte (PAL), beispielsweise in Kursen zur Anatomie, Klinischen Untersuchung oder zum problemorientierten Lernen (POL). Die Etablierung und Durchführung von peer-gestützten Tutorien erweist sich als vergleichsweise ressourcensparend. Hinsichtlich der Vielzahl an curricularen, zeitlichen, institutionellen und strukturellen Variationen handelt es sich zudem um ein sehr flexibel einsetzbares Lehr-Lernformat [34, 35]. Die Schulung studentischer Tutorinnen und Tutoren unterscheidet sich jedoch zwischen den medizinischen Fakultäten stark, von einer informellen Anleitung durch erfahrene Dozierende bis hin zu einem strukturierten Curriculum mit einer Abschlussprüfung [38]. Daher wurde ein Qualifizierungsprogramm für Tutorinnen und Tutoren für den Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation erarbeitet und laufend weiterentwickelt. Neben Medizinstudierenden werden auch Studierende der Pharmazie, Auszubildende der Psychotherapie sowie Studierende und Auszubildende anderer Heil- und Gesundheitsberufe eingeladen [36–38].

Das Schulungskonzept umfasst zwei Basismodule, die Studierende zunächst in Medizindidaktik, Grundlagen der Kommunikation und Gruppenleitung sowie in spezifischer Kommunikation qualifizieren. Diese werden ergänzt um eine spezifische Vorbereitung auf die Durchführung von Tutorien, eine Praxisphase mit eigener Lehrtätigkeit und einer Vertiefung zu spezifischen Themen im Bereich Kommunikation (Überbringen schlechter Nachrichten, interprofessionelle Kommunikation, partizipative Entscheidungsfindung, Überprüfung kommunikativer Kompetenzen).

## 3.2 PILOTIERUNG DES MUSTERCURRICULUMS

Das Mustercurriculum wurde im Rahmen des Projekts „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten – Pilotimplementierung, Begleitevaluation und Erarbeitung von Implementierungsstrategien für ein longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin“ exemplarisch umgesetzt. Dabei wurde der **Baustein I „Kerncurriculum Ärztliche Gesprächsführung“** an vier Fakultäten unter wissenschaftlicher Begleitung pilotimplementiert. Die vier Fakultäten wurden so ausgewählt, dass sie möglichst unterschiedliche Ausgangsbedingungen aufwiesen, um eine große Bandbreite im Entwicklungsstand ihrer vorhandenen Curricula und ihrer institutionellen Rahmenbedingungen abzubilden. Dadurch war es möglich, Pilotierungsprozesse unter verschiedenen Voraussetzungen zu beobachten, zu beschreiben und typische Herausforderungen in verschiedenen Phasen zu erkennen.

Zunächst wurde der Ist-Stand der Kommunikationslehre an jedem Projektstandort erfasst und die Abdeckung des Kerncurriculums „Ärztliche Kommunikation“ (Baustein I) analysiert. So konnte der Entwicklungsbedarf des bisherigen fakultären Curriculums beschrieben sowie Ziele und Strategien für eine Anpassung an das Kerncurriculum „Ärztliche Kommunikation“ formuliert werden. Im Anschluss erfolgte eine circa **18-monatige Pilotierungsphase** und eine abschließende Evaluation hinsichtlich Quantität und Qualität. Aus den Erfahrungen mit der Pilotimplementierung und Ergebnissen der Evaluation wurden Strategien und Maßnahmen abgeleitet, wie die Implementierung eines Kommunikationscurriculums erfolgreich umgesetzt werden kann.

Am Ende der Pilotierung lagen vier Curricula vor, welche die Vorgaben des Mustercurriculums annähernd erfüllen und dennoch fakultätsspezifische Schwerpunkte abbilden. Das Mustercurriculum gibt zwar Lernziele vor, deren Umsetzung in Unterrichtseinheiten muss im Zuge der Implementierung jedoch spezifisch ausgestaltet werden. Neben der Frage, in welchen Fächern und in welchen Lehrveranstaltungen welche Lernziele aufgegriffen werden sollen, müssen zum Beispiel Unterrichtsmethoden definiert und Fallbeispiele formuliert werden. Dadurch wird eine Anpassung an die Gegebenheiten der Fakultät möglich. Diese können ihren inhaltlichen Fokus schärfen sowie ihre vorhandenen Schwerpunkte weiter ausbauen und gezielt profilieren.

Der vorliegende Leitfaden baut auf den Erfahrungen aus dem Pilotimplementierungsprojekt auf und soll mit seinen Empfehlungen die Umsetzung des nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin an den weiteren medizinischen Fakultäten unterstützen.





## 4.1 STANDORTBESTIMMUNG: INFORMATIONEN SAMMELN UND DEN GEGENWÄRTIGEN STAND BEURTEILEN

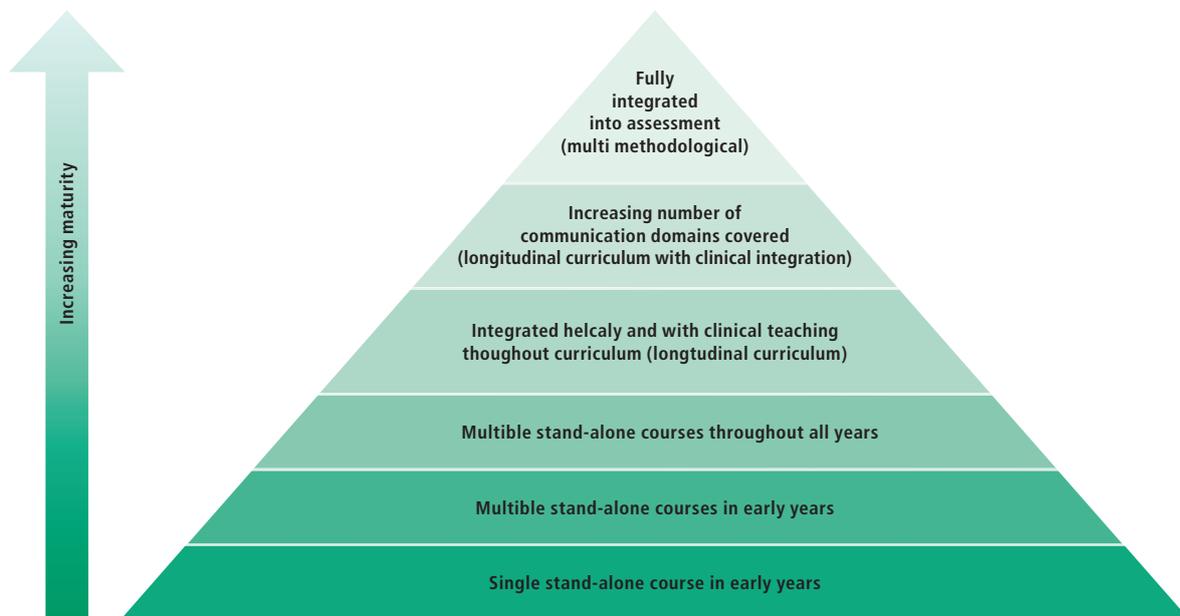
Wo steht Ihre Fakultät mit der Implementierung des Kommunikationscurriculums? Was wurde bisher erreicht? Was ist schon vorhanden und was müsste noch hinzukommen, um alle inhaltlichen Bereiche abzudecken? Ist das Curriculum wirklich longitudinal? Um diese und weitere Fragen beantworten zu können, sind Vergleichsmaß-

stäbe erforderlich. Mit dem Konzept des Reifegrads von Kommunikationscurricula sowie dem Curricular Mapping zum Vergleich mit den Empfehlungen des Mustercurriculums werden im Folgenden Kriterien formuliert, die bei der Beschreibung des Entwicklungsstands eines vorhandenen Curriculums helfen.

## 4.1.1. ERKENNEN, WO WIR STEHEN – ENTWICKLUNGSSTAND

Zum Entwicklungsstand von Kommunikationscurricula hat Silverman ein Konzept vorgelegt, das einen prototypischen Verlauf einer Curriculumsimplementierung an Fakultäten abbildet [39]. Silverman beschreibt den jeweiligen Entwicklungsstand in sechs qualitativ unterscheidbaren Stufen. Diese sind in Form einer Pyramide angeordnet (vgl. Abbildung 3), wobei die Qualität von unten nach oben zunimmt. An der Basis der Pyramide steht ein lediglich in Einzelkursen stattfindender Kommu-

nikationsunterricht. Auf der nächsten Stufe nimmt zwar die Zahl der Kurse zu, sie finden aber nur in den ersten Studienjahren statt und erst auf einer weiteren Stufe über die gesamte Studienzeit. Einen qualitativen Sprung bietet Stufe vier mit einem longitudinalen Curriculum, das helikal integriert (in Lernspiralen aufeinander aufbauend) und in den klinischen Unterricht eingebunden ist. An der Spitze auf Stufe sechs bilden die Prüfungen das Kommunikationsthema vollständig ab.



**Abbildung 3:** Pyramide des zunehmenden Reifegrads von Kommunikationscurricula nach Silverman [39]

Mit der Silverman-Pyramide ist eine qualitative, auf Kriterien basierte Einschätzung des Reifegrads eines Curriculums möglich. Gibt es an Ihrer Fakultät eher nur einzelne Kurse oder Unterrichtseinheiten? Finden diese nur in der vorklinischen Phase statt oder über die gesamte Studienzeit? Ist das Curriculum longitudinal, mit aufeinander aufbauenden Unterrichtseinheiten und Veranstaltungen, integriert in die klinische Lehre? Sind die gewünschten Kommunikationsthemen überwiegend abge-

deckt? Gibt es Kommunikationsprüfungen und sind diese im Sinne des Constructive Alignment auf die Lehre abgestimmt?

Ein Überblick über die aktuelle Lehre mit kommunikativen Inhalten ist wesentlich. Aber erst eine umfassende Befragung der Dozierenden gewährleistet eine vollständige Bestandsaufnahme.

## 4.1.2.AUF DIE DETAILS KOMMT ES AN – CURRICULAR MAPPING

Das Curricular Mapping ist eine Methode zur Beschreibung der Lehrinhalte und -prozesse. Mit einem Curricular Mapping wird erfasst, was inhaltlich gelehrt und geprüft wird, mit welchen Methoden und zu welchem Zeitpunkt. [40]. Die Umsetzung von Lernzielen wird systematisch dokumentiert. Dies ermöglicht den Vergleich zwischen dem, was gelehrt wird und dem, was das Mustercurriculum vorsieht.

Im Projekt „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten“ wurde hierfür ein Befragungsinstrument spezifisch zur Beschreibung des Kommunikationscurriculums entwickelt. Es besteht aus drei Teilen: (1) einer Strukturanalyse I, in der übergeordnete Aspekte des Kommunikationscurriculums erfragt werden, (2) einer Strukturanalyse II, in der es um die Merkmale der einzelnen Lehrveranstaltungen mit kommunikationsbezogenen

Inhalten geht und (3) einer Inhaltsanalyse, in der die behandelten Lernziele erhoben werden.

Im Einzelnen umfasst das Befragungsinstrument zur Strukturanalyse Teil I Fragen zur:

- Koordination der Kommunikationslehre
- Ausstattung der Kommunikationskurse (inkl. personeller Ressourcen, Simulationspersonen, Räumlichkeiten, Technik)
- Evaluation der Kommunikationslehre/ Veranstaltungen
- Finanzierung der Kommunikationslehre
- Prüfung kommunikativer Kompetenzen (Formate, Organisation)
- Ausbildung der Dozierenden.

### Fragebogen Teil II ( → vom Lehrverantwortlichen für jede Veranstaltung auszufüllen)

#### „Strukturanalyse zu den Lehrveranstaltungen zur Kommunikation“

Welche Ihrer Lehrveranstaltungen gehören zum Kommunikationscurriculum bzw. in welchen Ihrer Lehrveranstaltungen wird Kommunikation gelehrt? (Bitte für jede Veranstaltung einen Fragebogen Teil II ausfüllen!)

IV. Veranstaltungen	Lehrveranstaltung oder Prüfung	
1. Titel der Veranstaltung:	_____	
2. Befragte/r	Name: _____ Funktion: _____ Qualifikation: _____	
3. In welchem Semester wird die Veranstaltung durchgeführt?	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Semester	
4. Zu welchem Fach gehört die Veranstaltung (AO-Fächer)?		
<input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Anästhesiologie <input type="checkbox"/> Anatomie <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin, Sozialmedizin <input type="checkbox"/> Augenheilkunde <input type="checkbox"/> Biochemie/Molekularbiologie <input type="checkbox"/> Biologie für Mediziner <input type="checkbox"/> Chemie für Mediziner <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Dermatologie, Venerologie <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde, Geburtshelkunde <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Humangenetik <input type="checkbox"/> Hygiene, Mikrobiologie, Virologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/> Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik <input type="checkbox"/> Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Pharmakologie, Toxikologie <input type="checkbox"/> Physik für Mediziner <input type="checkbox"/> Physiologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> QB 1 Epidemiologie, medizinische Biometrie, medizinische Informatik <input type="checkbox"/> QB 2 Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin	<input type="checkbox"/> QB 3 Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> QB 4 Infektiologie, Immunologie <input type="checkbox"/> QB 5 Klinisch-pathologische Konferenz <input type="checkbox"/> QB 6 Klinische Umweltmedizin <input type="checkbox"/> QB 7 Medizin des Alters und des alten Menschen <input type="checkbox"/> QB 8 Notfallmedizin <input type="checkbox"/> QB 9 Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie <input type="checkbox"/> QB 10 Prävention, Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> QB 11 Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz <input type="checkbox"/> QB 12 Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren <input type="checkbox"/> QB 13 Palliativmedizin <input type="checkbox"/> QB 14 Schmerzmedizin

Abbildung 4: Auszug aus dem Fragebogen Strukturanalyse II

Neben diesem veranstaltungsübergreifenden Teil werden für jede Lehrveranstaltung mit Unterrichtseinheiten zur Kommunikation im Teil II der Strukturanalyse (Abbildung 4) folgende Merkmale identifiziert:

- in welchem Semester die Veranstaltung durchgeführt wird,
- zu welchem Fach sie gehört,
- wie groß der Anteil an Kommunikation im Verhältnis zur Gesamtveranstaltung ist,

- ob das Kommunikationsthema in klinische Inhalte eingebettet ist,
- welches Lehrformat die Veranstaltung hat und
- welche Lehrmethoden eingesetzt werden.

Für die Inhaltsanalyse wurden die Lernziele aus dem Kapitels 14c „Ärztliche Gesprächsführung“ des NKLM aus dem Jahr 2015 vorgelegt. Die Dozierenden gaben für jede ihrer Veranstaltungen mit Kommunikationsinhalt an, welche Lernziele behandelt werden (vgl. Abbildung 5).

<b>Fach:</b>		
<b>Veranstaltung:</b>		
<b>NKLM AP 14c "Fertigkeiten ärztlicher Gesprächsführung"</b>		
Kompetenzbereiche, 25 Teilkompetenzbereiche, 115 Lernziele		
<b>1.</b>	<b>Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen erkennt die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und die Gesundheitsversorgung an und weiß, dass Kommunikation lernbar ist</b>	
1.1.	reflektiert und begründet ihr/sein kommunikatives Handeln auf der Grundlage von Konzepten und Modellen der ärztlichen Kommunikation	
1.1.1.	allgemeine theoretische Grundlagen der Kommunikation erklären.	<input type="checkbox"/>
1.1.2.	spezifische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation (Einflussfaktoren, Spezifika und Anforderungen) erklären.	<input type="checkbox"/>
1.1.3.	das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Gesundheit und Krankheit erklären.	<input type="checkbox"/>
1.1.4.	die theoretischen Konzepte der Übertragung/Gegenübertragung, Reziprozität, Intersubjektivität sowie den Einfluss von Erwartung und Erfahrung in ihren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation erklären.	<input type="checkbox"/>
1.1.5.	unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation und die unterschiedlichen Auswirkungen von patienten- und artzentrierter Kommunikation erklären.	<input type="checkbox"/>
1.1.6.	Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation auf Sicherheit, Adhärenz, Outcome, Lebensqualität, Konflikte, Bewältigungsstrategien und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten erklären.	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	<b>Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation ist in der Lage, eine vertrauensvolle, stabile Arzt-Patienten-Beziehung zu gestalten und beherrscht eine professionelle Gesprächsführung unter Berücksichtigung der spezifischen Gesprächstypen, Gesprächsphasen und Gesprächsaufgaben</b>	

Abbildung 5: Fragebogen zur Inhaltsanalyse (Lernzielabdeckung)

Das Instrument ist das Ergebnis eines mehrstufigen Entwicklungsprozesses. Grundlage war ein im oben bereits beschriebenen Longkomm-Projekt entwickelter teilstandardisierter Interviewleitfaden. Dieser wurde von den Beteiligten des Projekts „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten“ mit langjährigen Erfahrungen in der medizinischen Ausbildung in einem iterativen Prozess überarbeitet. Der Fokus lag dabei auf der inhaltlichen Relevanz, der Vollständigkeit sowie der Handhabbarkeit für die anstehende Ist-Standanalyse der Kommunikationscurricula an den am Projekt beteiligten Fakultäten.

Die Durchführung dieser Befragung zum Ist-Stand der Kommunikationslehre erfordert zunächst die Identifizierung möglichst aller Lehrveranstaltungen mit kommunikationsbezogenen Inhalten an der Fakultät. Erste Ansprechpartnerinnen und -partner hierfür sind die Lehrverantwortlichen der Institute, Abteilungen oder Fächer. Anschließend werden die entsprechenden Dozierenden zu jeder ihrer Veranstaltungen mit dem Interviewleitfaden (Strukturanalyse Teil II) und dem Fragebogen zur Inhaltsanalyse in einem Face-to-Face-Interview befragt. Ein persönlich durchgeführtes Interview mit vorheriger

Terminvereinbarung hat den Vorteil, dass eine höhere Rücklaufquote erwartet werden kann als bei einer schriftlichen oder online durchgeführten Befragung. Ein möglicher Nachteil ist, dass insbesondere bei einem umfangreicheren Kommunikationscurriculum, an dem viele Dozierende beteiligt sind, ein hoher Aufwand für die Terminkoordination entsteht und größere zeitliche Ressourcen für die Einzelgespräche eingeplant werden müssen.

Die anschließende Auswertung der erhobenen Daten zielt auf die Gegenüberstellung mit den Empfehlungen des Mustercurriculums und damit auf die Aufdeckung von Lücken und Redundanzen. Gibt es Lernziele, die bisher nicht oder nicht in ausreichendem Umfang abgedeckt werden? Gibt es Lernziele, die häufiger behandelt werden als durch das Mustercurriculum empfohlen?

Hilfreich ist auch die zusammenfassende Analyse der Lernziele, die zu einem Kompetenzbereich gehören (vgl. Tabelle 1). Die Analyse zeigt, ob möglicherweise ganze Themenbereiche überrepräsentiert sind während andere eher wenig abgedeckt werden.

## 4.2. RAHMENBEDINGUNGEN KLÄREN UND OPTIMIEREN

Im Folgenden werden fördernde und hemmende Faktoren vorgestellt, die den Implementierungsprozess beeinflussen können. Es handelt sich um Rahmenbedingungen, die im Vorfeld einer Implementierung bezüglich ihrer Ausprägung und ihrer möglichen Wirkungen analysiert werden, um dann bei Bedarf Lösungsstrategien entwickeln zu können.

## 4.2.1. INSTITUTIONELLE VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT

Die Bereitschaft einer Organisation, die geplante Veränderung durchzuführen, ist von großer Bedeutung für den Veränderungsprozess. Das Ausmaß, in dem eine Organisation und ihre Mitglieder auf die Umsetzung der Veränderungsmaßnahme vorbereitet, motiviert und dazu befähigt sind, ist richtungsweisend für die Entscheidungen bei der Planung und Implementierung von Veränderungsprozessen und erfordert Berücksichtigung bei der Kommunikation [41–43].

**Veränderungsbereitschaft betrifft sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren**, die den Implementierungsprozess fördern oder hemmen. Dazu gehören beispielsweise:

- die Unterstützung durch die Führungsebene,
- die grundsätzliche Einstellung zu Kommunikationslehre bei Lehrenden und Studierenden,
- das aktive Mitwirken durch die Fachverantwortlichen,
- das Vorhandensein qualifizierter Dozierender,
- die Zurverfügungstellung von Zeitfenstern für kommunikationsbezogene Unterrichtseinheiten,
- die Existenz eines Steuerungsteams,
- die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen.

Es ist wichtig, sich im Vorfeld einer detaillierten Planung der Implementierung einen Überblick über diese und gegebenenfalls weitere Faktoren zu verschaffen. Somit lassen sich Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen und notwendige Anpassungen struktureller Bedingungen identifizieren. Daher werden im Folgenden einige ausgewählte Punkte eingehender erläutert.

## 4.2.2. INTERNE RECHTSGRUNDLAGEN

Bestehende Rechtsgrundlagen wie die **Studien- und Prüfungsordnungen der Medizinischen Fakultäten** legen den Rahmen einer Einbettung neuer curricularer Inhalte fest. Zusätzliche Lehrveranstaltungen sind meist nur als Einzelprojekte mit freiwilliger Teilnahme möglich, eine Verankerung als Pflichtveranstaltungen ist oft sehr schwierig. Aus diesem Grund bietet sich die Integration

von Kommunikationsinhalten in die vorhandenen Veranstaltungen an, gegebenenfalls auch durch die Modifikation von Unterrichtskonzepten. Die Integration innovativer Prüfungen hingegen erfordert in der Regel eine Änderung der Prüfungs- oder Studienordnung und sollte daher möglichst frühzeitig geplant und initiiert werden.

## 4.2.3. AUSSTATTUNG UND RESSOURCEN

Die Bereitstellung erforderlicher Ressourcen auf institutioneller Ebene ist die Voraussetzung für die Implementierung und Verstetigung eines Kommunikationscurriculums. Im Voraus ist zu identifizieren, welche personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Umsetzung der Kommunikationslehre und die Durchführung von Prüfungen im Minimum notwendig sind.

Im Hinblick auf **personelle Ressourcen** ist ein zentrales Steuerungsteam für die Kommunikationslehre zu empfehlen, das in Abhängigkeit von der Größe der Medizinischen Fakultät folgende Personalstellen, inklusive Stellenanteilen, (Beispielplanung) umfasst:

- 1 wissenschaftliche Koordination
- 1 wissenschaftliche Hilfskraft-Stelle (40 – 80 h/ Monat)
- 1 - 2 Simulationspersonen (SP)-Trainerinnen oder Trainer
- 1 administrative Koordination

Für die Umsetzung und Implementierung der Kommunikationslehre empfiehlt es sich, den Einsatz von Simulationspersonen im Unterricht und für Prüfungen zu nutzen, um ärztliche Gesprächsführung realitätsnah üben zu können. Hiermit sind neben den oben genannten SP-Trainerinnen und Trainern zusätzliche Kosten für SP-Honorare verbunden, für die ausreichende **finanzielle Ressourcen** zur Verfügung gestellt werden müssen.

Hinzu kommt die Entwicklung **administrativer Prozesse und Strukturen**, die den Implementierungsprozess fördern und unterstützen. Beispielweise ist es hilfreich, zentrale Strukturen zur Verwaltung von Simulationspersonen aufzubauen, die der gesamten Fakultät zur Verfügung stehen. Kooperationen mit anderen übergeordneten Bereichen, z.B. mit dem Skills Lab zur Mitnutzung von Räumlichkeiten sind ebenfalls sinnvoll. Eine zentrale Ansprechpartnerin bzw. ein zentraler Ansprechpartner ist für die Kommunikation und die Abstimmungsprozesse zwischen den einzelnen Abteilungen sowie die Organisation regelmäßiger Arbeitstreffen hilfreich.

**Für die Kalkulation zeitlicher Ressourcen** stellt das Nationale Longitudinale Mustercurriculum Kommunikation eine wichtige Orientierungshilfe dar. Dort sind insgesamt 450 Unterrichtseinheiten (UE) vorgesehen: 300 UE davon sind für das Kerncurriculum „Ärztliche Kommunikation“ festgelegt. 50 UE werden für „Interprofessionelle Kommunikation“ und 100 UE im Rahmen des Wahlfachangebots empfohlen.

Für die Durchführung von Unterricht und Prüfungen bedarf es geeigneter **Räumlichkeiten** mit entsprechender **Ausstattung**. Beispielweise wird für den Rotationsunterricht in Kleingruppen (circa sechs Studierende pro Gruppe) eine ausreichende Anzahl geeigneter Räume benötigt, ebenso für die praktischen Prüfungen in Form von OSCEs. Auch darf die technische Ausstattung für die Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen nicht fehlen. Hierzu gehören zum Beispiel Videokameras, Beamer, Lautsprecher, Tablets, Einwegspiegel etc.

## 4.3. UMSETZUNG: MASSNAHMEN UND WERKZEUGE ANPASSEN UND NUTZEN

### 4.3.1. REALITÄTSNAHE GESPRÄCHSSITUATIONEN ÜBEN – SIMULATIONSPERSONENPROGRAMME

Der Einsatz von Simulationspersonen (SP) in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zählt zu den effektivsten Lernmethoden, um kommunikative Kompetenzen zu trainieren. So können realitätsnah unterschiedliche Gesprächssituationen geübt werden, darunter auch herausfordernde Kontexte wie das Überbringen schlechter Nachrichten, den Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten oder die partizipative Entscheidungsfindung.

Simulationspersonen-Programme sind mittlerweile an fast allen medizinischen Fakultäten in Deutschland vorhanden. Die Methode SP ist fest verankert. SPs werden relativ häufig in Lehre und Prüfungen eingesetzt. Allerdings sind Gestaltung und Qualitätsanforderungen der SP-Programme sehr unterschiedlich [44].

Der Ausschuss „Simulationspersonen“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat ein Positionspapier erarbeitet und, basierend auf der Forschungslage sowie den internationalen Kriterien und Standards für SP-Einsätze, Mindestanforderungen und Entwicklungsperspektiven für die SP-Programme im deutschsprachigen Raum formuliert [45].

Mit dem Ziel, die Standardisierungsprozesse im deutschsprachigen Raum zu fördern, entstand das Buch „Simulationspatienten – Handbuch für medizinische und Gesundheitsberufe“, das theoretische Grundlagen sowie viele praktische Hinweise für den SP-Einsatz inklusive konkreter Beispiele und Materialien beinhaltet [46].

## 4.3.2. KOMMUNIKATION LEHREN WILL GELERNT SEIN – QUALIFIKATION VON DOZIERENDEN

Die Etablierung und Ausdifferenzierung eines Kommunikationscurriculums erfordert spezifische Kompetenzen in verschiedenen Bereichen. Vordringlich ist die Qualifizierung der Lehrenden. Auch für das Simulationspatientenprogramm müssen geschulte Trainerinnen und Trainer vorhanden sein. Die bereits vorhandene Expertise sollte zu Beginn ermittelt und mit Blick auf die zukünftigen Anforderungen bewertet werden.

Hierzu liegen im Rahmen des Mustercurriculums Schulungskonzepte vor, sowohl für Dozierende als auch für studentische Tutorinnen und Tutoren (siehe oben). Das Ausbildungsprogramm für studentische Tutorinnen und Tutoren ist ein Kooperationsprojekt verschiedener Partnerfakultäten, die an ihren Standorten Gastgeber für die Schulungen sind (Abbildung 6). Das Zertifikat „Studentische/r Kommunikationstrainer/in“ erhalten alle erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen.

Weitere Möglichkeiten zur Qualifizierung des Lehrpersonals bieten interne Hospitationen und das Erarbeiten kleiner Bausteine in gemeinsamen Projekten, auch mit externen Expertinnen und Experten.



**Abbildung 6:** Standorte des Qualifizierungsprogramms für studentische Tutorinnen und Tutoren

### 4.3.3. PRÜFEN RECHTZEITIG EINPLANEN – ABSTIMMUNG MIT LEHRINHALTEN

Auch wenn das Thema Prüfungen zu Beginn der Curriculumsimplementierung nicht selten nachrangig behandelt wird, ist es vorteilhaft, diese frühzeitig zu konzipieren. Im Sinne eines **Constructive Alignment** müssen Lehrinhalte und Prüfungen aufeinander abgestimmt werden. Daher ist es sinnvoll, Prüfungen gemeinsam mit den Lehrveranstaltungen und Unterrichtseinheiten zur Kommunikation als Gesamtkonstrukt zu planen.

Wird an der Fakultät bereits Kommunikation geprüft, ist eine Bestandsaufnahme dieser Prüfungen erforderlich, um an die vorhandenen Formate und Konzepte anzuknüpfen und diese weiterentwickeln zu können. Zu klären sind grundlegende Fragen wie die Anzahl und der Zeitpunkt der Prüfungen, der Abschnitt bzw. das Fach, in dem sie durchgeführt werden und das Format, z. B. OSCE oder MC-Fragen, Reflexionsbericht oder MiniCEX. Diese Fragen lassen sich u.U. im Rahmen des Curricular Mappings beantworten. Vertiefend sollte geklärt werden, wer für die Prüfungsinhalte und -formate verant-

wortlich ist, ob diese fächerbezogen oder interdisziplinär ausgerichtet sind und welche Inhalte genau geprüft werden. Idealerweise soll es einen **Prüfungsblueprint** geben, der die Planung einer ausgewogenen Überprüfung kommunikativer Kompetenzen ermöglicht und Abstimmungsprozesse bezüglich der Prüfinhalte unterstützt. Weiterhin sollen die eingesetzten Bewertungsinstrumente (Checklisten, Beurteilungs-/Bewertungsbögen etc.) insbesondere im Hinblick auf den definierten Erwartungshorizont vereinheitlicht werden.

Daran anknüpfend wird dann in Zusammenarbeit mit den Fächern ein abgestimmtes Prüfungsprogramm entwickelt. Das bedeutet, dass Prüfungen in Zusammenhang mit den im Unterricht vermittelten Kompetenzen stehen, longitudinal aufeinander aufbauen und auf die Staatsexamina vorbereiten. Dabei muss analysiert werden, ob und inwieweit kommunikative Inhalte in bestehende Prüfungen integriert werden können und welche Prüfformate dafür in Betracht kommen.

## 4.3.4. UMSETZUNGSSCHRITTE PLANEN – LENKUNG UND KOORDINATION

Ein Instrument zur Erfassung der institutionellen und übergeordneten Rahmenbedingungen stellt die **SWOT-Analyse** dar. Dieses Verfahren diente ursprünglich der Unternehmensanalyse, kommt heute jedoch in vielen Bereichen für Fragen nach der Positionierung zum Einsatz. SWOT steht für strengths, weaknesses, opportunities und threats. Bei einer SWOT-Analyse werden die Stärken und Schwächen einer Organisation sowie die Chancen und Risiken ihres Umfelds systematisch analysiert. Mit ihrer Hilfe werden die Stärken und Schwächen der vorhandenen Kommunikationslehre beschrieben und ein Bewusstsein für die lokalen und übergeordneten Chancen und Risiken geschaffen. Die Methode dient

dazu, die Stärken auszubauen, die Schwächen zu minimieren oder zu kompensieren, Chancen zu nutzen und Bedrohungen zu erkennen [47].

Die SWOT-Matrix wird im Rahmen einer Gruppendiskussion bearbeitet. Der Teilnehmendenkreis sollte möglichst viele Sichtweisen umfassen und die Perspektiven sowohl der Dozierenden als auch Studierenden, Lehrverantwortlichen und Vertreterinnen und Vertreter des Studiendekanats abbilden.

Damit verbunden ist das Ziel, auf den jeweiligen Standort angepasste Lösungsvorschläge für die geplante Implementierung zu erarbeiten.

<b>Stärken</b> Worin sind wir schon gut?	<b>Schwächen</b> Wo treten Probleme auf?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zentrales SP-Programm</li> <li>• Motivierte und engagierte Einzeldozierende</li> <li>• Bewusstsein für notwendige Veränderungen</li> <li>• Interdisziplinäre und interprofessionelle Lehreinheiten</li> <li>• Durchführung von OSCE-Prüfungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe interprofessionelle Ausprägung</li> <li>• Dezentrale Lehrverantwortung</li> <li>• Mangel an klinischer Integration kommunikativer Inhalte</li> <li>• Fehlende Ressourcen</li> <li>• Geringes Interesse der Studierenden</li> </ul>
<b>Chancen</b> Von welchen externen Entwicklungen kann das Vorhaben profitieren?	<b>Risiken</b> Welche Entwicklungen könnten Probleme bereiten?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masterplan Medizinstudium 2020</li> <li>• Patientensicherheit</li> <li>• Forderungen des Wissenschaftsrats</li> <li>• Gesetzesänderungen</li> <li>• Einbindung von Patientenverbänden</li> <li>• Öffentlichkeit, Gesellschaft, Medien</li> <li>• Herausfordernde, neue Kontexte: Diversity/ Migration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele unterschiedliche Interessen</li> <li>• Definition „gute Kommunikation“</li> <li>• Erworbene Kompetenzen in der Praxis aufgrund von Zeitdruck nicht anwendbar</li> <li>• Abwanderung zentraler Personen/ Unterstützerinnen und Unterstützer</li> </ul>

**Abbildung 7:** Beispiel für eine SWOT-Matrix

Zudem ist die Gründung einer fakultätsübergreifenden Arbeitsgruppe Kommunikation zu empfehlen, in der Vertreterinnen und Vertreter aus möglichst vielen Fachbereichen und Abteilungen sowie z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Studiendekanats repräsentiert sind.

Externe Vernetzungen und Kooperationen im Rahmen verschiedener didaktischer Qualifizierungsprogramme und Gesellschaften, beispielsweise das Programm Master of Medical Education, das MedizinDidaktikNetz und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung bieten eine gute Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen sowie Konzepte und Ressourcen zu bündeln. Zudem können Forschungsgelder beantragt werden. Dabei sind standortübergreifende Verbundanträge empfehlenswert.

Ausgehend von den Voraussetzungen und dem Bedarf bezüglich der genannten Faktoren wird ein Projektplan zur Implementierung des Kommunikationscurriculums erstellt. Darin werden konkrete Schritte festgelegt und Entscheidungen dokumentiert, beispielsweise welche Mittel bei welchen Stellen beantragt und welche Strukturen für die notwendigen Abstimmungsprozesse geschaffen werden müssen.

Am Ende steht ein **Zeit- und Kostenplan**. Dieser beinhaltet den zeitlichen Ablauf der Implementierung und die benötigten Finanzressourcen. Er bildet die Grundlage für Verhandlungen (beispielsweise mit dem Dekanat) und ermöglicht die anschauliche Vorstellung des Vorhabens in Gremien und gegebenenfalls bei weiteren Stakeholdern.



The background is a solid teal color. On the right side, there are several overlapping geometric shapes: a large dark teal rectangle, a medium teal rectangle, and a large light teal circle. These shapes create a layered, abstract composition.

**WIE GELINGT DIE  
IMPLEMENTIERUNG  
AN IHREM STANDORT?**

## 5. WIE GELINGT DIE IMPLEMENTIERUNG AN IHREM STANDORT?

Eine klare, für den Standort spezifische Umsetzungsstrategie ist elementar. Eine Möglichkeit, diese Strategie zu entwickeln, zeigt das im Folgenden vorgestellte Modell zum Veränderungsmanagement. Im Rahmen der Pilotimplementierung wurde es probeweise von den beteiligten Fakultäten angewandt, um den Implementierungsprozess für den eigenen Standort zu strukturieren und strategisch zu planen. Die Konzepte des Change-Managements von Lewin und von Kotter sind hierfür besonders geeignet, da sie die Aufgaben und Maßnahmen spezifizieren, die sich in Veränderungsprojekten stellen [48–50]. Sie sollen Führungskräften Orientierung bei der Planung und Gestaltung von Veränderungsprozessen geben.

Seinen Ursprung hat das Change Management in den von Lewin beschriebenen Phasen der Veränderung. Sie beschreiben, wie eine Veränderung zunächst vorbereitet, dann durchgeführt und schließlich wieder verfestigt werden muss. In der Vorbereitungsphase werden Ideen und Pläne kommuniziert, die Diskussion mit Betroffenen gesucht und vorbereitende Analysen durchgeführt. Nach der Durchführung, in der Konsolidierungsphase am Ende des Prozesses, stellen Evaluation und Optimierung sowie die Institutionalisierung zentrale Aufgaben dar [51].

Davon ausgehend identifizierte Kotter [48, 49] durch die Untersuchung gescheiterter Veränderungsprozesse erfolgskritische Faktoren, aus denen er in Form einer Empfehlung acht Schritte zur Gestaltung von Veränderungsprozessen ableitete (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Die acht Schritte des Change Managements

Vorbereitungsphase	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gefühl der Dringlichkeit der Veränderung wecken</li> <li>2. Starkes Leitungs-Veränderungs-Team zusammenstellen</li> <li>3. Zielvorstellung /Strategie zur Veränderung entwickeln</li> </ol>
Durchführungsphase	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Um Verständnis und Akzeptanz werben</li> <li>5. Breite Umsetzungsbasis ermöglichen</li> <li>6. Für kurzfristige Erfolgserlebnisse sorgen</li> </ol>
Konsolidierung	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Konsolidieren, Ableiten weiterer Veränderungen</li> <li>8. Institutionalisierung der neuen Ansätze</li> </ol>

Im Folgenden wird die strategische Planung und das Vorgehen der vier am Projekt beteiligten Fakultäten anhand der einzelnen Schritte des oben beschriebenen Change-Management-Modells vorgestellt. Auch wenn das Vorgehen an jedem Standort spezifisch war, wird hier zugunsten der Lesbarkeit nicht zwischen den Fakultäten unterschieden. Das ist möglich, weil die Kommunikationscurricula an jeweils zwei Fakultäten bereits zu Beginn des Projekts einen ähnlichen Reifegrad aufwiesen. Zwei wurden zu Beginn des Projekts der Stufe drei der Silverman-Pyramide zugeordnet und standen vor der Aufgabe, die vorhandene Kommunikationslehre in die Fächer sowie longitudinal zu integrieren. Die beiden anderen konnten auf der obersten Stufe der Pyramide verortet

werden, mit einem integrierten, longitudinalen Curriculum und einem Prüfungskonzept.

Die beiden Fakultäten mit dem geringeren Reifegrad bearbeiteten daher im Schwerpunkt die Schritte 1 bis 6 des Change-Management-Konzepts. Ihre Aufgabe bestand in der Verbreiterung des kommunikationsbezogenen Lehrangebots und in der longitudinalen Integration in die Fächer. Die beiden anderen Fakultäten, die bereits ein integriertes Curriculum haben, befanden sich in der Phase der Konsolidierung mit der Aufgabe ihr Curriculum durch neue Inhalte zu optimieren und die Kompetenzentwicklung weiter voranzutreiben (Schritt 7, zum Teil auch 8 nach Kotter).

## 5.1. GEFÜHL DER DRINGLICHKEIT WECKEN

Das Gefühl für die Dringlichkeit von Veränderungen ist eine Grundvoraussetzung erfolgreicher Veränderungsprozesse. Lehrende und Studierende müssen einen Veränderungsdruck wahrnehmen und von der Notwendigkeit einer Veränderung überzeugt sein. Ein Gefühl der Dringlichkeit entsteht zum Beispiel, wenn die Diskrepanzen sichtbar werden zwischen dem, was ist und dem, was erreicht werden soll [49].

Als wirkungsvoll hat sich die **Präsentation des Vorhabens in den Gremiensitzungen** erwiesen. Dabei haben sich mehrere Argumente bewährt:

- Der Verweis auf die politischen Anforderungen zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung
- Die Evidenz zu den Auswirkungen guter Kommunikation auf Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität, Gesundheit etc.
- Aufzeigen der Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zustand des Kommunikationscurriculums am Standort
- Die Sensibilisierung für die Bedeutung des Kommunikationsunterrichts und die Auseinandersetzung mit dem Thema

Besonders bewährt hat sich der Verweis auf die politischen Anforderungen. Der Hinweis auf die Aufnahme der ärztlichen Gesprächsführung als Prüfungsgegenstand in der Approbationsordnung und insbesondere die hervorgehobene Bedeutung der Kommunikation im Masterplan Medizinstudium 2020 in Verbindung mit der nahenden Frist zu dessen Umsetzung trägt zur Verdeutlichung des politischen Gewünschten bei. Das Gleiche gilt für die Erläuterung der Diskrepanz zwischen dem derzeitigen Kommunikationsunterricht und den nach dem NKLM erforderlichen Inhalten. Ergänzend wurde mit positiven Beispielen aus anderen Fakultäten ein Benchmarking-Effekt mit dem Ziel der Steigerung der eigenen Attraktivität erzielt.

Die Darstellung von Evidenz zu den Auswirkungen guter Kommunikation auf die Zufriedenheit, Versorgungsqualität und Patientenoutcomes bietet ein weiteres überzeugendes Argument. Zugrunde gelegt werden kann bspw. die unter [51–59] zitierte Literatur. Weiterhin können Studien angeführt werden, die zeigen, welche Einsparungen im Gesundheitssystem durch gute Kommunikation möglich sind [60].

Die Ergebnisse der oben beschriebenen Einstufung auf der Silverman-Pyramide und des Curricular Mappings beschreiben den Status quo in der Kommunikationslehre (siehe 4.1). Mit ihrer Hilfe lässt sich verdeutlichen, welche Bereiche das vorhandene Curriculum bereits abdeckt und welche Diskrepanzen zum angestrebten Soll-Zustand dringend angegangen werden müssen.

Als ein Nebeneffekt der Befragung von Dozierenden im Rahmen einer Bestandsaufnahme entstehen neue Netzwerke: Es werden viele Gespräche geführt, der Grund für die Befragung, das Thema und seine Dringlichkeit erläutert. Dadurch wird Kommunikation zum positiv konnotierten Gesprächsgegenstand an der Fakultät.

## 5.2. STARKES LEITUNGS-VERÄNDERUNGS-TEAM AUFBAUEN

Es muss ein Team aufgebaut werden, das sich die Aufgabe der Curriculumsimplementierung zu eigen macht und auch von außen damit identifiziert wird. Die richtige Zusammensetzung ist ein erfolgskritischer Faktor: Das Team muss fachlich kompetent und glaubwürdig sein sowie genügend Einfluss haben, um Veränderungen voran zu treiben. Folgende Merkmale sollten berücksichtigt werden [48]:

- **Formeller Einfluss:** Sind im Team Personen, die wichtige Positionen in der Fakultät einnehmen und die Möglichkeiten haben, sich auch gegen Widerstände durchzusetzen?
- **Expertise:** Reicht die fachliche Kompetenz des Teams aus, um den Implementierungsprozess erfolgreich umzusetzen?
- **Glaubwürdigkeit:** Haben die Teammitglieder genügend Rückhalt, Glaubwürdigkeit und Vertrauen? Sind informelle Meinungsführer berücksichtigt worden?

Das bedeutet, dass eine reine Zusicherung der Unterstützung durch das Dekanat nicht ausreicht, sondern dass die Dekanin bzw. der Dekan oder die Prodekanin bzw. der Prodekan für Lehre ein aktives Mitglied des Teams sein sollte.

Vorteilhaft ist auch, wenn Teammitglieder in vielen Bereichen der Fakultät bekannt sind. Die horizontale Vernetzung mit Lehrstuhlinhaberinnen und Lehrstuhlinhabern und anderen Dozierenden wurde zum Teil als ebenso wichtig betrachtet wie der Einfluss innerhalb der Hierarchie. Gerade der persönliche Kontakt in einer vertrauensvollen Beziehung kann Anlass für Einstellungsänderungen sein.

Ebenso kann aus den Erfahrungen mit dem Aufbau von Steuerungsteams abgeleitet werden, dass ein gutes Netzwerk innerhalb der Fakultät das Veränderungsteam in vielfältiger Weise unterstützt. Unter anderem zeigte sich dies durch Gesprächsbereitschaft, mehr Diskussionsbeiträge, eine stärkere Beteiligung an Befragungen und eine vereinfachte Weitergabe von Informationen. Zum Aufbau dieses Netzwerks und zu dessen langfristigem Erhalt trugen zusätzliche Kooperationen und gemeinsame Projekte mit Instituten und Lehrstuhlinhaberinnen und Lehrstuhlinhabern auch zu anderen Themen entscheidend bei.

Dabei kann der Kreis an Unterstützern weit gezogen werden. Zu denken ist auch an Doktorandinnen und Doktoranden, an MME-Studierende und an Kolleginnen und Kollegen aus der Ausbildungs- bzw. Lehr-Lern-Forschung.

Patientinnen und Patienten bzw. Patientenorganisationen stärken den Praxisbezug, bringen ihre eigene Sicht auf die Arzt-Patienten-Beziehung und den Versorgungsprozess ein und schärfen so den Fokus auf Qualität und Patientensicherheit.

Eine besonders wichtige Maßnahme im Rahmen der inhaltlichen und didaktisch-methodischen Gestaltung ist die Beteiligung von Studierenden. Sie sollten in den Prozess eingebunden werden und ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern, um diese später bei der Umsetzung berücksichtigen zu können.

## 5.3. VERÄNDERUNGSZIELE UND STRATEGIEENTWICKLUNG FESTLEGEN

Ohne eine klare, aufeinander abgestimmte Vorstellung davon, was das Ergebnis sein soll, ist es schwierig, ein Ziel zu erreichen. Daher ist in Anlehnung an Kotter eine gemeinsame Vision guter Lehre zur Kommunikation erforderlich, deren Grundlage das nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation bildet. Inhalt und Umfang der Kommunikationslehre sind darin umrissen. Sie müssen den Spezifikationen an den Medizinischen Fakultäten angeglichen werden. Dabei darf durchaus zukunftsweisend gedacht werden. Wie soll die Kommunikationslehre in zwei, in fünf oder in zehn Jahren aussehen? In diesem Schritt wird ein Soll-Zustand definiert. Zwischenziele und Übergangsphasen werden festgelegt, mit denen er erreicht werden soll.

Bei der Planung des Gesamtprozesses ist zu unterscheiden zwischen übergeordneten Strategien, die den Handlungsrahmen definieren und nachgeordneten Teilstrategien, die sich auf bestimmte Handlungsfelder und Aufgaben beziehen.

Eine solche übergeordnete Strategieentscheidung betrifft die Wahl zwischen der Implementierung des Kommunikationscurriculums in einen neu zu entwickelnden Studiengang, der weitreichenden Umgestaltung des bestehenden Studiengangs oder der Integration in ein bereits bestehendes Curriculum. Bei der Neuentwicklung eines Modellstudiengangs kann das Kommunikationscurriculum von Anfang an eingeplant und gemeinsam mit anderen innovativen Ausbildungsinhalten und -formaten umgesetzt werden. Kommunikation ist dann ein Bestandteil des neuen Gesamtcurriculums, das top-down an der Fakultät umgesetzt wird. In den meisten Fällen wird jedoch die Integration in ein gewachsenes Curriculum des Regelstudiengangs erfolgen müssen. Die Lehrinhalte zur Kommunikation werden dann sukzessive in die bestehenden Lehrstrukturen Eingang finden.

Der Schritt der Strategieentwicklung umfasst im Fall der Integration in ein vorhandenes Curriculum vorrangig die Erweiterung des kommunikationsbezogenen Lehrangebotes, die detailliert geplant werden muss. Angeknüpft wird dabei an die Ergebnisse der Bestandsaufnahme im Rahmen des Curricular Mappings, die zeigen, wo die zentralen Ansatzpunkte für das Vorgehen liegen. Über Lücken und Redundanzen in den Inhalten hinaus können die Erkenntnisse aus dem Curricular Mapping Aufschluss über die Integration in die Fächer und die longitudinale Kohärenz geben (Constructive Alignment): Wird Kommunikation in den Lehrveranstaltungen verschiedener Fächer unterrichtet und sind die Unterrichtsinhalte sinnvoll aufeinander abgestimmt? Bauen die Inhalte und Methoden im Sinne einer Lernspirale über die Studienzeit hinweg aufeinander auf? Wird das, was gelehrt wird, auch adäquat geprüft?

Zeigt die Bestandsaufnahme der Kommunikationslehre, dass die meisten Lernziele bereits abgedeckt werden, ohne dass dies vorher in diesem Ausmaß bekannt gewesen wäre, ist dies ein Hinweis darauf, dass zwischen den einzelnen Fachdisziplinen nur wenig Austausch besteht und die Unterrichtsinhalte, ihre theoretischen Grundlagen, die vermittelten Gesprächsmodelle und Begrifflichkeiten etc. nicht ausreichend auf einander abgestimmt werden. Die Folge sind inhaltliche Redundanzen und ein insgesamt inkohärentes Bild des Kommunikationscurriculums.

Um dieser Herausforderung zu begegnen, müssen Aktivitäten zur Vernetzung der Fachdisziplinen und der Dozierenden einen hohen Stellenwert einnehmen. Hierfür müssen Strukturen geschaffen werden. Eine zentrale Organisation des Lehrangebots, beispielsweise mittels einer Lernplattform, durch die Informationen über Veranstaltungen zusammengeführt werden, kann diesen Prozess unterstützen und verstetigen.

## 5.3. VERÄNDERUNGSZIELE UND STRATEGIEENTWICKLUNG FESTLEGEN

Zur weiteren Präzisierung der Zielvorstellung im Rahmen der longitudinalen Integration in die Fächer kann vor allem zur Weiterentwicklung von Kommunikationscurricula in einer frühen Entwicklungsphase ein Blueprint erstellt werden. Dieser ordnet die Lernziele aus dem Mustercurriculum den einzelnen Fächern zu, die diese dann in

ihre Lehre und sukzessive auch in ihre Prüfungen integrieren. Dieses Vorgehen bedeutet zwar einen großen Aufwand, da eine genaue Abstimmung zwischen den Beteiligten erforderlich ist, ermöglicht in der Folge jedoch eine konsentrierte Planung und eine koordinierte Umsetzung.

**Tabelle 5:** Planung zur Verteilung der Lernziele auf Fachgebiete und Semester

Lernziel	Fachgebiet	Fachsemester	Methoden/ Settings/ Fallbeispiele
1.1.5 unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation und die unterschiedlichen Auswirkungen von patienten- und arztzentrierter Kommunikation erklären	Medizinische Psychologie	3	ggf. kleinere Übungen /Beispiele Integrieren
2.1.1 eine patientenzentrierte (kongruente, akzeptierende und empathische) Grundhaltung einnehmen, entsprechend kommunizieren und dabei Nähe und Distanz professionell gestalten	Medizinische Psychologie	3	Bsp. Toolbox; Gespräch mit Dozent/ Dozentin/Medizinstudentin
2.1.4 Techniken der systematischen und strukturierten Informationssammlung anwenden	Einführung in die klinische Medizin	3-4	Bsp. Toolbox: Anamnese bei Rückenschmerzen; Patient mit Angst vor Auslösen des implantierten Defibrillators (Umgang mit Emotionalität)

Hierfür kann (ähnlich wie in Tabelle 5) für jedes Lernziel oder auch für Lernzielgruppen festgehalten werden, in welchem Fach und zu welchem Zeitpunkt sie gelehrt werden. Gegebenenfalls können auch Methoden und Fallbeispiele hinterlegt werden. Dies sollte im Rahmen eines Abstimmungsprozesses erfolgen, in den die beteiligten Fachverantwortlichen und Lehrenden eingebunden sind und der mit einem verbindlichen Konsens abgeschlossen wird. Der Blueprint dokumentiert sowohl die Entwicklung als auch das Ergebnis. Den Fachdisziplinen bietet der

Blueprint einen Orientierungsrahmen, innerhalb dessen sie ihre Kommunikationslehre gestalten und Schwerpunkte ausbilden können. Übergeordnet ergibt sich ein systematischer Überblick über Zuständigkeiten und über die fachlichen Zusammenhänge, in denen die Lernziele gelehrt werden. Dadurch haben die Lehr- und Prüfungsbeauftragten bessere Möglichkeiten, sich zu vernetzen, vorhandene Ressourcen zu bündeln und die Qualität im Bereich der Kommunikation kontinuierlich und nachhaltig zu stärken.

## 5.4. UM VERSTÄNDNIS UND AKZEPTANZ WERBEN

Wenn das Ziel formuliert ist und die einzelnen Schritte definiert sind, muss das Vorhaben an der gesamten Fakultät publik gemacht werden. Man sollte keine Möglichkeit auslassen, um darüber zu informieren und mit verständlichen und nachvollziehbaren Argumenten um Akzeptanz zu werben.

Bewährt haben sich:

- Die Darstellung der Vorteile für die Fakultät
- Eine Präsentation von Forschungsergebnissen, die die Bedeutung guter Kommunikation zeigen (z. B. zu Patientensicherheit und Adhärenz, Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit, Fluktuation etc.)
- Das Hervorheben von Patientenbedürfnissen und Patientenorientierung
- Ein Verweis auf das Rollenverständnis: Ärztin und Arzt als Kommunikatorin und Kommunikator

Zudem kann auf verschiedene Methoden und Kanäle der Kommunikation und Information zurückgegriffen werden: Besonders überzeugend ist es, wenn Studierende ihren Wunsch und ihre Argumente für ein Kommunikationscurriculum oder dessen Weiterentwicklung in Lehrveranstaltungen und in Gremiensitzungen vorbringen.

Wichtig ist es auch, den Dialog mit jenen Dozierenden zu suchen, die kein Interesse zeigen, zögern oder Neuerungen skeptisch gegenüberstehen. Ihre Motivlagen müssen vom Implementierungsteam verstanden und mit entsprechenden Angeboten adressiert werden. Hierfür bieten sich beispielsweise persönliche Einzelgespräche an, in denen auch Unsicherheiten erörtert werden können: Dazu gehört das Fehlen einer Idee zu Kommunikationsinhalten für das eigene Fach, zu Unterrichtskonzept und -gestaltung etc. Nicht alle Ärztinnen und Ärzte fühlen sich als Dozierende adäquat auf den Unterricht in ärztlicher Gesprächsführung vorbereitet.

## 5.5. BREITE UMSETZUNGSBASIS SCHAFFEN

Die Implementierung des Mustercurriculums erfordert es, möglichst viele Dozierende, Studierende und weitere Personengruppen an der Fakultät zu beteiligen und zu aktivieren. Dafür werden unter Umständen Hindernisse wie etwa fehlende Kompetenzen durch Qualifizierungsmaßnahmen kompensiert und lang etablierte Strukturen modifiziert, um die Kommunikationslehre in die Fachdisziplinen zu tragen und dort verankern zu können. Um eine langfristige Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachverantwortlichen zur weiteren Entwicklung des Curriculums und zur Abstimmung der Kommunikationslehre aufzubauen, müssen gegebenenfalls neue Strukturen durch Maßnahmen wie beispielsweise regelmäßigen Sitzungsterminen und der Definition personeller Verantwortlichkeiten ausgebildet werden.

Das Fehlen qualifizierter Dozierender hat sich insbesondere am Anfang der Implementierung des Curriculums als Hindernis erwiesen. Maßnahmen und Programme der Kompetenzentwicklung sind im Rahmen des Aufbaus einer breiten Umsetzungsbasis eine zentrale Aufgabe. Dozierende sollten Angebote zu passenden Qualifizierungen frühzeitig erhalten. Einbezogen werden können auch Studierende, die dann im Rahmen von Peer-Assisted Learning Kommunikationstrainings durchführen.

Weiterhin ist an den Auf- bzw. Ausbau digitaler Angebote zu denken. Mit E- und Blended-Learning-Formaten kann eine große Anzahl von Personen erreicht werden und weitestgehend unabhängig von Zeit- und Ort lernen und üben.

## 5.6. KURZFRISTIGE ERFOLGSERLEBNISSE SICHTBAR MACHEN

Auch kurzfristige Erfolgserlebnisse bestätigen und fördern die Motivation. Sie müssen jedoch aktiv herbeigeführt werden. Gut geeignet sind Pilotveranstaltungen und Leuchtturmprojekte, die fakultätsweit angekündigt und beworben werden können. Diese können evaluiert werden, und die positiven Evaluationsergebnisse sind schnell publik gemacht. Darüber hinaus sollten die Fortschritte in der Fakultät sowie die Leistungen der Beteiligten Anerkennung finden.

Erfolgserlebnisse garantieren zudem Trainings für Dozierende. Idealerweise ist die Teilnahme mit Anreizen verbunden. Zertifikate, Weiterbildungspunkte oder die Anerkennung als Teilleistung für die Habilitation fördern nicht nur die Motivation zur Teilnahme, sondern demonstrieren auch den Erfolg nach außen. Geprüft werden sollte auch die Möglichkeit der Aner-

kennung besonderer Lehrleistungen. Können Lehrpreise auch für Kommunikationslehre vergeben werden?

Eine weitere Aufgabe im Rahmen der Kommunikation von Erfolgen ist die wiederholte Darstellung der Fortschritte des Kommunikationscurriculums an der Fakultät. Jedes erreichte Ziel, jeder erfolgreich absolvierte Zwischenschritt bietet sich zur Bekanntmachung an. Auch sollten die Fortschritte regelmäßig in den Gremien vorgestellt werden. Weitere wichtige Möglichkeiten bieten die hausinternen Publikationskanäle und das Intranet.

## 5.7. KONTINUITÄT UND DYNAMIK ERMÖGLICHEN

Wurde ein Curriculum entwickelt, ist das Ziel einer langfristigen, nachhaltigen Implementierung noch nicht mit Sicherheit erreicht. Im Lauf der Zeit können Konflikte mit konkurrierenden Anforderungen oder mit bestehenden Grundsätzen und Regeln auftreten. Es ist deshalb wichtig, die Thematisierung des Kommunikationscurriculums aufrechtzuerhalten und es weiter auszuarbeiten und zu differenzieren. Das betrifft die Inhalte, aber auch die Strukturen. Beispielsweise sollten sich die Dozierenden der verschiedenen Fachdisziplinen weiterhin regelmäßig treffen. Hilfreich ist der Aufbau bzw. die Nutzung eines zentralen Systems für den kontinuierlichen Austausch von Informationen zur Kommunikationslehre.

Eine wiederkehrende Re-Evaluation unterstützt den Prozess der stetigen Verbesserung. Aus dieser Perspektive ist der Entwicklungsprozess eines Curriculums nie „abge-

schlossen“. Es sind fortlaufend Anpassungen an neue Entwicklungen erforderlich, etwa die Integration von Inhalten zu digitaler Kommunikation oder die zielorientiertere Ausrichtung an neue Anforderungen in den staatlichen Prüfungen. Im Grunde muss der Prozess der Optimierung ständig aufrechterhalten werden, indem immer wieder innovative Projekte durchgeführt und neue Themen umgesetzt werden. Da Umfang und Komplexität des Curriculums dabei zunehmen, sind für die Koordination langfristig besetzte Personalstellen erforderlich.

Die Pflege und der Ausbau des bestehenden Netzwerkes sowie der Austausch mit externen Expertinnen und Experten sind in diesem Zusammenhang der ständigen Weiterentwicklung vordringliche Aufgaben.

## 5.8. INSTITUTIONALISIERUNG UND NACHHALTIGKEIT SICHERSTELLEN

Die Verankerung der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der Fakultätskultur ist ein längerfristiger Prozess, als dessen Ergebnis das Kommunikationscurriculum zu einem regulären und selbstverständlichen Teil des Studiums an der Fakultät geworden ist. Kommunikation als Gegenstand der Lehre muss in den Werten und im Denken von Lehrenden und Studierenden als ein gängiger Inhalt vorhanden sein. Zusätzlich zur Wertschätzung der Kommunikationslehre müssen Standards für gute Kommunikationslehre definiert und in das Qualitätsmanagement der Fakultät/Universität integriert werden. Zur Repräsentation nach außen empfiehlt es sich, eine breitere Öffentlichkeitsarbeit auszurichten, durch Beiträge in der regionalen Tagespresse, bei Veranstaltungen etc.

Dies sollte dazu beitragen, auch die übrigen Fakultäten und Einrichtungen der Universität, andere Gesundheitsberufe und Teile der Bevölkerung zu informieren und zu sensibilisieren.

Ein institutionalisiertes, fest verankertes Kommunikationscurriculum erfordert die nachhaltige Bereitstellung verlässlicher personeller und finanzieller Ressourcen. Das gilt für die Koordination und Administration genauso wie für das SP-Programm. Die für den laufenden Betrieb erforderlichen Investitionen sollten eine feste Größe im jährlichen Budget der Fakultät werden.





**KOMMUNIKATION IN DIE  
STAATSEXAMINA INTEGRIEREN  
UND AUF DIE WEITERBILDUNG  
VORBEREITEN!**

## 6.1. WELCHE VORGABEN GILT ES ZU ERFÜLLEN?

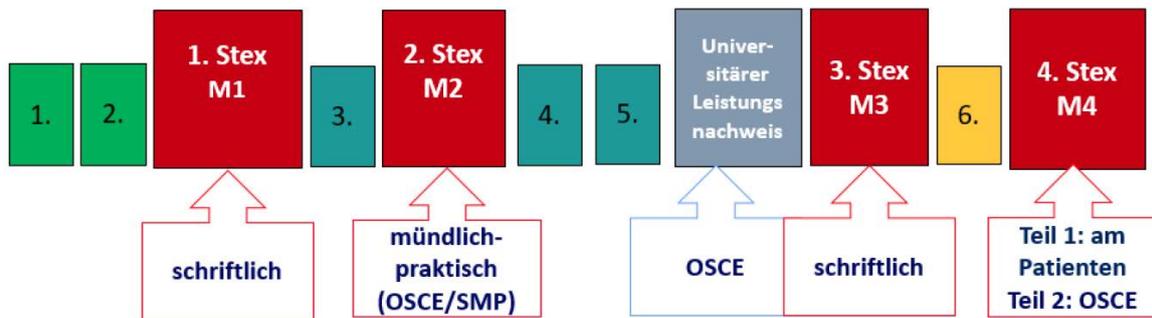
Die Prüfung kommunikativer Kompetenzen in den Staatsexamina soll sicherstellen, dass die Berufsanfängerinnen und -anfänger über das erforderliche Fachwissen verfügen und die nötigen Fertigkeiten in diesem Bereich sicher beherrschen. Dies ist eine Voraussetzung für den erfolgreichen Start in die Weiterbildung, in der die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen fachspezifisch vertieft werden sollen. Neuere Entwicklungen fordern hier eine stärkere Kompetenzorientierung und die Förderung einer ärztlichen Haltung zum Wohl des Patienten, wobei kommunikative Kompetenz als integraler Bestandteil dieser Haltung hervorgehoben wird [61–63]. Letzten Endes sichert die Prüfung kommunikativer Kompetenzen

in den Staatsexamina verlässliche Basiskompetenzen für die Weiterbildung, womit auch eine Stärkung der Patientensicherheit und die Sicherstellung der Versorgungsqualität verbunden sind.

Auch laut dem Masterplan Medizinstudium 2020 soll die Arzt-Patienten-Kommunikation in den Staatsexamina ein stärkeres Gewicht erhalten. Die hier explizit formulierten Maßnahmen werden konkret im Arbeitsentwurf der neuen ärztlichen Approbationsordnung aufgegriffen und die Vorgaben zu den Inhalten, Formaten und Abläufen der Staatsexamina ausformuliert [19, 64].

## 6.2. WAS GENAU MUSS MAN WISSEN UND KÖNNEN?

In den künftigen Staatsexamina sind vier Abschnitte der Ärztlichen Prüfung vorgesehen:



**Abbildung 8:** Die geplanten Abschnitte der Ärztlichen Prüfung

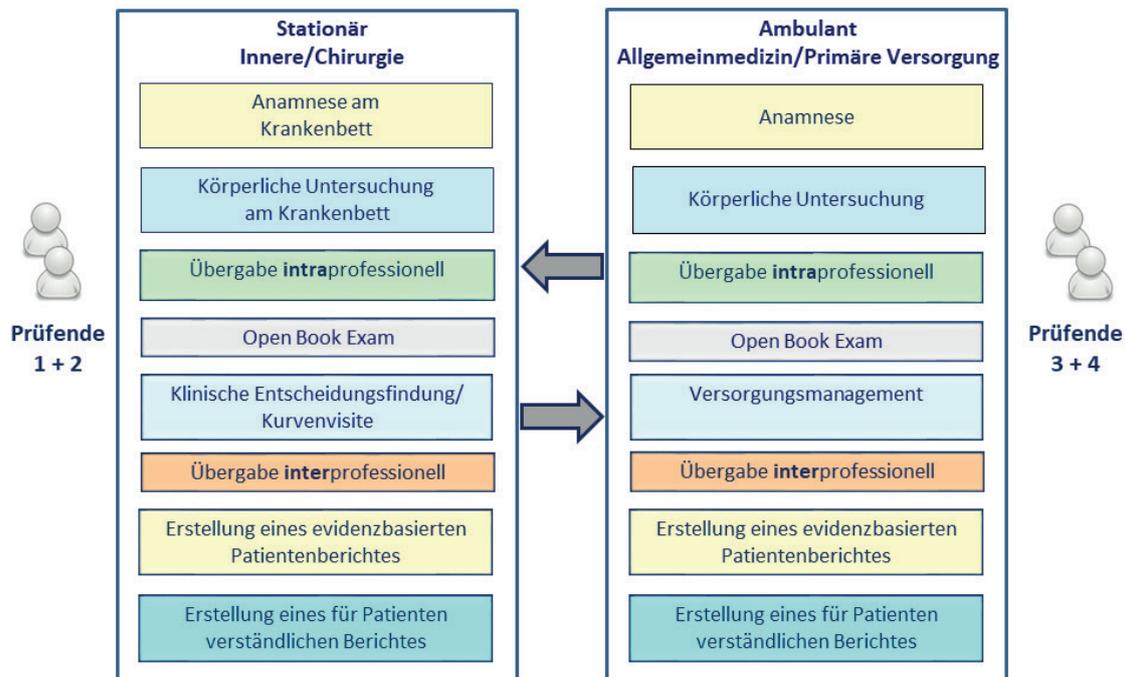
Die Inhalte aller vier Abschnitte der Ärztlichen Prüfung richten sich nach dem vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) zu erstellenden Gegenstandskatalog, der unter anderem ein eigenes Kapitel mit den Lernzielen zur ärztlichen Gesprächsführung enthält. So gehört die Überprüfung kommunikativer Kompetenzen zum verpflichtenden Bestandteil der Staatsexamina. Die Lernziele, die schriftlich geprüft werden können, sind bereits veröffentlicht [65] und werden mit einem angemessenen zeitlichen Vorlauf in die aktuellen schriftlichen Staatsexamina integriert. Theoretisches Fachwissen sowie Grundlagen der ärztlichen Kommunikation können im ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1) mit Multiple-Choice-Fragen geprüft werden. Im aktuellen zweiten schriftlichen Abschnitt (M2) können beispielsweise fallbasierte Fragen zu kritischen Entscheidungen im kommunikativen Kontext gestellt werden, die für die Lösung klinischer Probleme relevant sind.

### Teil 1: Mündlich praktische Prüfung an der Patientin oder am Patienten

Zur Überprüfung praktischer Fertigkeiten wurde vom IMPP ein Konzept zur Neugestaltung der Ärztlichen Abschlussprüfungen entwickelt [66]. Für die aktuelle M3-Prüfung (neue M4-Prüfung) wurde ein Entwurf für eine standardisierte mündlich-praktische Prüfung an der Patientin oder am Patienten in einem stationären und einem ambulanten Setting ausgearbeitet, wobei kommunikationsbezogene Aspekte integriert geprüft werden [67–70].

## 6.2. WAS GENAU MUSS MAN WISSEN UND KÖNNEN?

### M4 Teil 1 Prüfung an der Patientin oder am Patienten



**Abbildung 9:** Neugestaltung der mündlich-praktischen Prüfung M4 – Prüfung an der Patientin oder am Patienten

Es handelt sich um eine arbeitsplatzbasierte Prüfung an realen Patienten und Patientinnen auf einer chirurgischen oder internistischen Station sowie in einem ambulanten Setting. Die Prüfung beinhaltet acht Schritte, wobei fachliche und kommunikationsbezogene Aspekte integriert geprüft werden.

In den acht Schritten werden die ärztlichen Basiskompetenzen erfasst, beginnend mit einer vollständigen Anamnese und der körperlichen Untersuchung einer Patientin oder eines Patienten, unter der Aufsicht von zwei Prüfenden. Hierfür stehen den Studierenden 50 bis 60 Minuten zur Verfügung, so dass der Fall der Patientin oder des Patienten komplett erfasst werden kann. Die erhobenen Informationen werden strukturiert an die Prüfenden übergeben. Anschließend beantworten die Studierenden eine auf die Patientin oder den Patienten bezogene, konkrete Fragestellung nach dem PICO-Sche-

ma (Patient Population – Intervention – Comparison – Outcome) unter Durchführung einer wissenschaftlichen Literaturrecherche (Open Book Exam) und füllen eine standardisierte Patientenkurve aus. Im ambulanten Setting wird das weitere sektorenübergreifende Versorgungsmanagement geplant. Die Patientenkurve bzw. das Versorgungsmanagement wird den Prüfenden präsentiert und dient der Reflexion klinischer Entscheidungen. Anschließend erfolgt zur Demonstration der interprofessionellen Kompetenzen eine Patientenübergabe an die zuständige Person aus dem interprofessionellen Behandlungsteam. Zum Abschluss erstellen die Studierenden einen evidenzbasierten Patientenbericht sowie einen für Patientinnen und Patienten verständlichen Bericht, der den Behandelten selbst alle wichtigen Informationen zum Krankenhausaufenthalt oder Konsultationsanlass vermittelt.

Explizite ärztlich-kommunikative Aufgaben werden unter anderem bei einer ausführlichen Anamneseerhebung (Schritt eins) und bei der Übergabe der untersuchten Patientin oder des untersuchten Patienten an eine Oberärztin/einen Oberarzt (Schritt drei) geprüft. Die Performance der Prüflinge wird von zwei geschulten Prüfenden systematisch beobachtet und anhand der erarbeiteten, standardisierten Bewertungsbögen bewertet

Der Bewertungsbogen zur Anamnese beinhaltet umfassende Items zur aktuellen Situation und Symptomatik, zur Vorgeschichte, zur psychosozialen und Lebensstilanamnese. Zudem werden die allgemeine Gesprächsführung, die Gesprächseröffnung sowie eine Zusammenfassung bewertet. Der Bewertungsbogen zur Prüfung der intraprofessionellen Übergabe orientiert sich am „SOAP-Schema“ (subjective – objective – assessment – plan [31]) und erfasst die Ergebnisse der Anamnese, körperlichen Untersuchung, deren Beurteilung sowie die klinische Entscheidungsfindung, allgemeine Gesprächsführung bzw. -struktur.

Zudem werden kommunikative Aspekte bei der körperlichen Untersuchung sowie während der „interprofessionellen Übergabe“ mitgeprüft.

Bei der Erstellung eines evidenzbasierten Patientenberichtes sowie der Übertragung in einen Patientenbericht in eine für Patientinnen und Patienten verständliche Sprache erfolgt eine Überprüfung der schriftlichen Kommunikation (Schritte sieben und acht). Auch diese beiden Schritte werden anhand von standardisierten Bewertungsbögen beurteilt (siehe Anhang).

Zur optimalen Vorbereitung von Studierenden auf die „neue“ M4-Prüfung soll im Rahmen des Praktischen Jahres eine gezielte Förderung kommunikativer Kompetenzen erfolgen. Hierzu sollen regelmäßig formative arbeitsplatzbasierte Prüfungen eingesetzt werden. Dabei erhalten die Studierenden ein ausführliches und strukturiertes Feedback zu Ihrer Kompetenzentwicklung. Als Grundlage für das Feedback sollen die Bewertungsbögen der M4-Prüfung dienen.

## Teil 2: OSCE-Prüfungen

Im zweiten Teil der zukünftigen M4-Prüfung sollen spezifische kommunikative Kompetenzen im OSCE-Format, durch den Einsatz von Simulationspersonen, geprüft werden. Für den klinischen Alltag wichtige Inhalte, wie partizipative Entscheidungsfindung, Patientenaufklärung, Fehlermanagement etc., die im Setting mit einem realen Patienten oder einer realen Patientin bzw. mit Angehörigen oder Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe nicht abgebildet werden können, werden in simulierten Situationen standardisiert geprüft. Dabei erfolgt die Prüfung kommunikativer Inhalte integriert in das Fachwissen sowie in die verschiedenen Kompetenzbereiche.

Zur besseren Abstimmung der integrativen Überprüfung mehrerer Kompetenzen inklusive Kommunikation in verschiedenen Fachbereichen und anhand verschiedener Krankheitsbilder wurde ein Entwurf für einen Prüfungsblueprint erarbeitet. Als Grundlage diente die Struktur des kompetenzorientierten Gegenstandskataloges, der sich aktuell in der finalen Phase seiner Neugestaltung befindet.

## 6.2. WAS GENAU MUSS MAN WISSEN UND KÖNNEN?

### Entwurf: Blueprint OSCE (M4) 40 Studierende

Station	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zeit	Innere	Innere	Chir	Chir	All	All	Innere/Chirurgie/ Allgemeinmedizin*		WF (HNO, Anä, Päd, Radio...)	
8.30-10.30	a ♦	b ○	c *	a ♦	b ○	d ■	d ♦	b ○	c *	a ♦
10.30-12.30	a ■	b *	c ♦	a ■	b *	d ♦	d *	b *	c ♦	a ■
13.00-15.00	a *	b ■	c ○	a *	b ■	d *	d ○	b ■	c ○	a *
15.00-17.00	a ○	b ♦	c ■	a ○	b ♦	d ○	d ■	b ♦	c ■	a ○

**\* Querschnittsthemen**

Buchstaben entsprechen verschiedenen Aufgaben: z.B.

a: klinische Entscheidungsfindung/Beurteilung/Management

b: spezifische Kommunikation/interprofessionelle Kompetenzen

c: spezifische Prozedur/Notfälle

d: Wissenschaftskompetenz/professionelles Handeln/

♦, ■, \*, ○ ⇨ z.B. unterschiedliche Organsysteme oder Krankheitsbilder/Konsultationsanlässe

**Abbildung 10:** Entwurf für einen Blueprint zur Entwicklung von OSCEs im Rahmen der zukünftigen M4-Prüfung

Um eine Standardisierung des OSCE-Entwicklungsprozesses zu gewährleisten sowie einheitliche Bewertungsmaßstäbe zu erreichen, wurde vom IMPP eine Anleitung zur Erstellung einer OSCE-Station erarbeitet. Neben den übergeordneten Vorgaben zum Aufbau einer Station beinhaltet diese Anleitung spezifische Hinweise zu den Bewertungsmodalitäten (Checkliste vs. Global Rating) kommunikativer Aspekte. So sollen zur Beurteilung be-

stimmter kommunikativer Inhalte die Punkte pro Einzelaufgabe anhand eines Erwartungshorizontes (Checkliste) vergeben werden. Bei der Bewertung übergeordneter Aspekte wie „Allgemeine Gesprächsführung: Beziehung und Struktur“ wird eine allgemeine Einschätzung der studentischen Leistung durch die Prüferin oder den Prüfer zugrunde gelegt und ein Globales Rating verwendet.







**DER WEG ZUM ZIEL!  
DAS SIEBEN-PUNKTE-  
PROGRAMM**

## 7. DER WEG ZUM ZIEL! DAS SIEBEN-PUNKTE-PROGRAMM

Die Curriculumsimplementierung hat zum Ziel, Lehrinhalte zur ärztlichen Gesprächsführung und interprofessionellen Kommunikation in den Pflichtteil der humanmedizinischen Ausbildung zu integrieren. Die Umsetzung ist ein organisatorisch und sozial anspruchsvoller Prozess, der ein strukturiertes und strategisches Vorgehen erfordert.

Daher werden die Erfahrungen aus dem Projekt „Kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten“ noch einmal in Form von Empfehlungen zusammengefasst:

### 7.1. INHALTLICHE GESTALTUNG AM MUSTERCURRICULUM AUSRICHTEN

Das nationale longitudinale Mustercurriculum in der Medizin bietet die inhaltliche Grundlage für die detaillierte Ausarbeitung und Implementierung eines Kommunikationscurriculums. Angefangen bei den gemeinsamen Lernzielen und den im Mustercurriculum definierten zeitlichen Umfängen, den Lehr- und Prüfbeispielen in der Toolbox bis hin zu den Schulungsprogrammen für Dozier-

ende liegt damit auf der inhaltlichen Ebene eine umfangreiche, standardisierte Konzeption vor, die unmittelbar umgesetzt werden kann. Damit kann ein deutschlandweit einheitliches Kommunikationscurriculum absolviert werden, in dem Lehr- und Prüfungsinhalte optimal aufeinander und im Hinblick auf die Staatsexamina abgestimmt sind.

### 7.2. KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ PRÜFEN

Die im Curriculum definierten Lernziele müssen im Sinne eines Constructive Alignments frühzeitig in Prüfungen umgesetzt werden. Dabei ist es wichtig, geeignete Prüfungsformate einzusetzen. Neben den summativen gehören dazu auch formative Prüfungen, die den Studierenden im gesamten Studienverlauf regelmäßiges Feed-

back zu ihrer Kompetenzentwicklung ermöglichen. Zudem ist die verpflichtende Integration kommunikativer Inhalte in die Staatsexamina von großer Bedeutung. Dabei ist es wichtig, die fakultätsinternen Prüfungen und die Staatsexamina abzustimmen und eine gute Vorbereitung der Studierenden auf den Berufsanfang zu gewährleisten.

### **7.3. BESTANDSAUFNAHME DURCHFÜHREN UND ENTWICKLUNGSSTAND BESTIMMEN**

Zu Beginn der Implementierung ist die Erfassung des Entwicklungsgrades der Kommunikationslehre an der eigenen Fakultät unerlässlich. Hierzu bietet sich die „Silverman-Pyramide“ als inhaltlich sinnvolles und praktisch handhabbares Instrument an. Anschließend ist eine detaillierte strukturelle und inhaltliche Analyse der bestehen-

den Kommunikationslehre auf Basis einer Befragung der Dozierenden erforderlich, um Aufschluss über den genauen Umfang, die Verortung in den Fächern, die eingesetzten Lehrmethoden, Redundanzen und Lücken zu erhalten. Das Ergebnis dieser Analyse ist die Grundlage für die strategische Planung des weiteren Vorgehens.

### **7.4. STRATEGISCH PLANEN UND CHANGE MANAGEMENT ANWENDEN**

Zur strategischen Planung des Implementierungsprozesses liegen aus dem Veränderungsmanagement Techniken und Werkzeuge vor. Die Konzeption des Change Managements hat sich in der Anwendung auf die Implementierung des Kommunikationscurriculums bewährt.

Es unterstützt vor allem die Strukturierung der organisatorischen und sozialen Aufgaben und die vorausschauende Prozessgestaltung.

### **7.5. ALLE BETEILIGTEN AKTIVIEREN UND ZIELE UND STRUKTUREN TRANSPARENT GESTALTEN**

Eine Curriculumsimplementierung muss durch eine Steuerungsgruppe koordiniert und vorangebracht werden. Unterstützung durch das Fakultätsmanagements und einflussreiche Mitglieder sowie Interesse an der Vernetzung und Abstimmung mit den Betroffenen sind Voraussetzungen für Erfolg. Kooperationen und interdisziplinäre Einbindung verschiedener Expertisen sind bei allen Prozessen, insbesondere zur Integration der Lernziele in die klinischen Fächer, aber auch bei der Konzeption von Prüfungen und der Auswahl von Lehrmethoden und Prüfformaten unverzichtbar. Der Gesamtprozess soll von den Lehrverantwortlichen der einzelnen Fächer, den Dozierenden und den Studierenden begleitet werden.

Transparente Prozessgestaltung ermöglicht eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Das bedeutet, klare und verbindliche Strukturen wie Termine, Verantwortlichkeiten, Befugnisse und Entscheidungsprozesse festzulegen sowie Konzepte und konkrete Ziele zu definieren. Es empfiehlt sich, sämtliche Ergebnisse von Abstimmungsprozessen in einer Matrix bzw. einer elektronischen Plattform festzuhalten, die von allen Beteiligten eingesehen werden kann.

## 7.6. DOZIERENDE QUALIFIZIEREN

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Kommunikationslehre sollten alle Lehrenden, die kommunikationsbezogene Inhalte unterrichten, an bedarfsgerecht konzipierten Schulungen teilnehmen. Dies gilt nicht nur am

Anfang, wenn ein Curriculum neu aufgebaut wird, es handelt sich dabei aufgrund von Personalfuktuation und stetiger Weiterentwicklung des Curriculums vielmehr um eine dauerhafte Aufgabe.

## 7.7. DAS CURRICULUM EVALUIEREN UND FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN FÖRDERN

Die Aufnahme der kommunikationsbezogenen Lehre als gesonderter Gegenstand in das Qualitätsmanagement ist ein wichtiger Schritt in der Umsetzung des Mustercurriculums. Dabei können die verantwortlichen Dozierenden gemeinsam mit den Studierenden die Stärken und Schwächen ihrer Veranstaltungen herausarbeiten sowie das Feedback der Studierenden, ihre Wünsche und Ideen zur Grundlage von Verbesserungen und neuen Initiativen machen.

Innovative Lehr- und Prüfformate im Bereich der Kommunikation können auf Grundlage einer durchdachten Evaluation weiterentwickelt werden. Die Untersuchungen der Zusammenhänge von Lehre und Prüfungsergebnissen können Teil weiterer Forschungsaktivitäten sein. Dies ist von großer Bedeutung, da bislang Studien selten sind, die den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Ausrichtungen und Methoden der Lehre und den Auswirkungen auf die Patientenversorgung untersuchen. Insbesondere erstrebenswert sind Forschungsaktivitäten im Bereich Prüfungen, im Hinblick auf ihren Beitrag zur Verbesserung der Patientenorientierung sowie der Patientensicherheit.







1. Villalobos M, Coulibaly K, Krug K, et al.: A longitudinal communication approach in advanced lung cancer: A qualitative study of patients', relatives' and staff's perspectives. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018; 27(2): e12794.
2. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA: A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach* 2006; 28(5): e127-34.
3. Silverman DJ, Kurtz SM, Draper J.: Skills for Communicating with Patients.: Radcliffe Pub 2005.
4. Jünger J, Köllner V: Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre - Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden -. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53(2): 56-64.
5. Pepper J, Riegels NS, Ziv TA, Mazotti L: Twelve Tips for Students in Longitudinal Integrated Clerkships. *MedEdPublish* 2019; 8(1).
6. Kiessling C LW: Das Longitudinale Curriculum „Soziale und kommunikative Kompetenzen“ im Bologna-reformierten Medizinstudium in Basel. *GMS Z Med Ausbild* 2013; 30: 1-20.
7. Gaufberg E, Hirsh D, Krupat E, et al.: Into the future: Patient-centredness endures in longitudinal integrated clerkship graduates. *Med Educ* 2014; 48(6): 572-82.
8. Hauer KE, Hirsh D, Ma I, et al.: The role of role: Learning in longitudinal integrated and traditional block clerkships. *Med Educ* 2012; 46(7): 698-710.
9. Latessa RA, Swendiman RA, Parlier AB, Galvin SL, Hirsh DA: Graduates' Perceptions of Learning Affordances in Longitudinal Integrated Clerkships: A Dual-Institution, Mixed-Methods Study. *Acad Med* 2017; 92(9): 1313-9.
10. Hirsh DA, Holmboe ES, Cate O ten: Time to trust: Longitudinal integrated clerkships and entrustable professional activities. *Acad Med* 2014; 89(2): 201-4.
11. Hirsh D, Worley P: Better learning, better doctors, better community: How transforming clinical education can help repair society. *Med Educ* 2013; 47(9): 942-9.
12. Sator M, Jünger J: Von der Inselflösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum--Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65(5): 191-8.
13. Görlitz A, Blum K, Feckl J, Pander T, Suda M, Fischer M, Kiessling C: Implementierung eines longitudinalen lernzielbasierten Curriculums zur kommunikativen Kompetenz im Medizinischen Curriculum München (MeCuM). München: Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians Universität 2013.
14. Arends P, Breckwoldt J, Brunk I et al.: Integration des Längsschnittcurriculums ‚Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit‘ (KIT) im Modellstudiengang Humanmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Aachen 2012.
15. Mitzkat A, Schulz C, Kasenda B et al.: „Arzt im ganzen Spektrum“. Die integrierten Curricula der Mediziner Ausbildung an der Universität Witten/Herdecke – Rückblick auf sechs Jahre Lehre im Hinblick auf Praxisorientierung und theoretische Vorgaben. *GMS Z Med Ausbild* 2006; 23: 1-6.
16. Mortsiefer A, Rotthoff T, Schmelzer R, et al.: Implementation of the interdisciplinary curriculum Teaching and Assessing Communicative Competence in the fourth academic year of medical studies (CoMed). *GMS Z Med Ausbild* 2012; 29(1): Doc06.
17. Rheingans A, Soulos A, Mohr S, Meyer J, Guse AH: Der integrierte Modellstudiengang Medizin Hamburg iMED. *GMS J Med Educ* 2019; 36(5): 1,14.
18. Burger W FC: Der Berliner Reformstudiengang Medizin an der Charité - Erfahrungen der ersten fünf Jahre. *Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2004; 49: 337-43.
19. BMBF-Internetredaktion: „Masterplan Medizinstudium 2020“ - BMBF [Internet]. Bundesministerium für Bildung und Forschung - BMBF. <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>.
20. Jünger J, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Semrau J: Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen im Arztberuf am Beispiel der Onkologie. *Forum* 2016; 31(6): 473-8.
21. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Köllner V: Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Medizinische Welt* 2015; 66(4): 189-92.
22. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB (eds.): Curriculum development for medical education: a six-step approach. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press 1998.
23. Jünger J, Köllner V, Lengerke T, et al.: Kompetenzbasierter Lernzielkatalog »Ärztliche Gesprächsführung«. *Z Psychosom Med Psychother* 2016; 62(1): 5-19.
24. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V.: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Berlin 2015.
25. Universitätsklinikum Heidelberg: Entwicklung des Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin. <https://www.medtalk-education.de/wp-content/uploads/2016/08/mustercurriculum-kommunikation-fuer-med.-ausbildung.pdf>.
26. Nikendei C, Kraus B, Lauber H, et al.: An innovative model for teaching complex clinical procedures: Integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Med Teach* 2009; 29(2-3): 246-52.
27. Briem S, Kraus B, Schultz J-H, Jünger J, Herzog W, Nikendei C.: Training von Stationsvisiten mithilfe von standardisierten Patienten für Studierende des Praktischen Jahres. *GMS Z Med Ausbild* 2005; 22(4): Doc196.
28. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen: Berufsübergreifend denken- interprofessionell handeln. Mainz: IMPP 2019.
29. Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Ringel N, Fellmer-Drüg E, Brass K, Kurz W, Jünger J: Erfahrungen mit der Longkomm Toolbox – Import von Best Practice Beispielen zur Ärztlichen Gesprächsführung in eine Online-Plattform. Bern 2016.
30. Medtalk: Medtalk Toolbox. Best Practice Beispiele zur ärztlichen Gesprächsführung und zur interprofessionellen Kommunikation. <https://www.medtalk-education.de/toolbox/>.

31. Jünger J (ed.): Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan 2020. Stuttgart: Schattauer 2018.
32. Mutschler et al.: Entwicklung eines Einsteiger- und Aufbau-Workshops für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin. 2015.
33. Mutschler et al.: Entwicklung eines Einsteiger- und Aufbau-Workshops für Dozierende kommunikativer Kompetenzen in der Medizin 2015.
34. Topping KJ: The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. *Higher Education* 1996; 32(3): 321–45.
35. Falchikov N BM: Learning together: Peer tutoring in higher education. London: Routledge Falmer 2001.
36. Ringel N, Bürmann BM, Fellmer-Drueg E, Roos M, Herzog W, Nikendei C: Integriertes Peer Teaching klinischer und kommunikativer Kompetenzen - Wie bereiten wir studentische Tutoren darauf vor? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65(8): 288–95.
37. Fellmer-Drüg E, Drude N, Sator M et al: Einführung eines Curriculums zur medizindidaktischen Qualifizierung von studentischen TutorInnen mit Abschlusszertifikat. *GMS Z Med Ausbild* 2014; 31: Doc19.
38. Blohm MLJ, Branchereau S, Krautter M, Köhl Hackert N, Jünger J, Herzog W, Nikendei C.: Peer-Assisted Learning (PAL) im Skills-Lab – eine Bestandsaufnahme an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 2015; 32(1).
39. Silverman J: Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns*. 2009; 76(3): 361–7.
40. Harden RM: AMEE guide no. 21: curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med Teach* 2001; 23: 123–37.
41. Vakola M: Multilevel Readiness to Organizational Change: A Conceptual Approach. *Journal of Change Management* 2013; 13(1): 96–109.
42. Holt D & Vardaman JM: Toward a Comprehensive Understanding of Readiness for Change: The Case for an Expanded Conceptualization. *Journal of Change Management* 2013; 13(1): 9-8.
43. Armenakis A & Bedeian A: Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management* 1999; 25: 293.
44. Sommer M, Fritz AH, Thrien C, Kursch A, Peters TJ: Simulated patients in medical education - a survey on the current status in Germany, Austria and Switzerland. *GMS J Med Educ* 2019; 36(3): Doc27.
45. Peters TJ, Sommer M, Fritz AH, Kursch A, Thrien C: Minimum standards and development perspectives for the use of simulated patients - a position paper of the committee for simulated patients of the German Association for Medical Education. *GMS J Med Educ* 2019; 36(3): Doc31.
46. Peters TJ, Thrien C. (eds.): Simulationspatienten. Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen. Bern: Hogrefe 2018.
47. Weimann E, Weimann P: High performance im Krankenhausmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2012.
48. Kotter JP: Leading Change. Boston: Harvard Business School Press 2012.
49. Kotter JP: Leading Change. Boston: Harvard Business School Press 1996.
50. Lewin K: Group decision and social change. In: Maccoby, EE, Newcomb TM, and Hartley EL (ed.): *Readings in Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston 1958; 197–211.
51. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H: The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e94207.
52. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM: How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74(3): 295–301.
53. Venetis MK, Robinson JD, LaPlant Turkiewicz K et al: An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns* 2009; 77: 379–83.
54. Baile WF, Aaron J: Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005; 17(4): 331–5.
55. Thorne SE, Bultz BD, Baile WF: Is there a cost to poor communication in cancer care?: A critical review of the literature. *Psychooncology* 2005; 14(10): 875–84.
56. Stewart MA: Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 1995; 152(9): 1423–33.
57. Yelovich M-C: The patient-physician interaction as a meeting of experts: One solution to the problem of patient non-adherence. *J Eval Clin Pract* 2016; 22(4): 558–64.
58. Goedhuys, J., Rethans, J.: On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation.: A validity study. *Fam. Pract* 2001(18): 592–596.
59. Kerse N.: Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *The Annals of Family Medicine* 2004(2): 455–61.
60. McDonald A: A long and winding road: Improving communication with patients in the NHS. Report. National Health Service in Partnership with Marie Curie Care and Support through terminal illness. <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/policy/campaigns/the-long-and-winding-road.pdf>.
61. Ärztekammer Nordrhein: Neue Weiterbildungsordnung für Nordrhein beschlossen - Weiterbildung wird digital. Pressemitteilung 2019.
62. Erdogan B: Die neue Weiterbildung kommt. *Rheinisches Ärzteblatt*; 2020(2).

63. Bundesärztekammer: (Muster-)weiterbildungsordnung 2018. [https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2019-10/MWBO%202018\\_0.pdf](https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2019-10/MWBO%202018_0.pdf) (last accessed on 28 May 2020).
64. Ärzteblatt.de: Entwurf für eine neue Approbationsordnung vorgelegt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107829/Entwurf-fuer-neue-aerztliche-Approbationsordnung-vorgelegt>.
65. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen: Kompetenzorientierte Gegenstandskataloge. <https://www.impp.de/informationen/kompetenzorientierte-gegenstandskataloge.html>.
66. Jünger J: Kompetenzorientiert prüfen im Staatsexamen Medizin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2018; 61(2): 171–7.
67. Masterplan Medizinstudium 2020: Testprüfung in Neubukow. Focus. [https://www.focus.de/regional/mecklenburg-vorpommern/hochschulen-masterplan-medizinstudium-2020-test-pruefung-in-neubukow\\_id\\_11326920.html](https://www.focus.de/regional/mecklenburg-vorpommern/hochschulen-masterplan-medizinstudium-2020-test-pruefung-in-neubukow_id_11326920.html).
68. MV aktuell: Masterplan Medizinstudium 2020: Ostseezeitung. 2019, 2019. <https://www.ostsee-zeitung.de/Nachrichten/MV-aktuell/Masterplan-Medizinstudium-2020-Erste-Test-pruefung-in-Neubukow>.
69. Begger B: Und immer an die Patienten denken. Frankfurter Allgemeine Zeitung 2019.
70. Selgert L, Samigullin A, Lux R, Gornostayeva M, Hinding B, Schlasius-Ratter U, Hendelmeier M, Mihaljevic A, Wienand S, Schneidewind S, Bintaro P, Jonitz A, Jünger J.: Weiterentwicklung des medizinischen Staatsexamens in Deutschland: Prüfung am Patienten. Interprofessionelle Lehre. Düsseldorf 2019.



